

**Dr. Gwen Adshead
und Eileen Horne**

A close-up, high-contrast photograph of a man's face, looking directly at the camera. The lighting is dramatic, with the right side of his face (viewer's left) in shadow. The text is overlaid in large, white, sans-serif capital letters. The word 'WARUM' is at the top, 'MENSCHEN' is in a black horizontal bar across the middle, 'BÖSES' is below that, and 'TUN' is at the bottom.

**WARUM
MENSCHEN
BÖSES
TUN**

**Eine forensische
Psychaterin erzählt
von ihren Fällen**

DUMONT

Dr. Gwen Adshead
und Eileen Horne

WARUM
MENSCHEN
BÖSES
TUN

DUMONT

Eine forensische
Psychaterin erzählt
von ihren Fällen

Von Mördern und Menschen

Seit über dreißig Jahren arbeitet die führende forensische Psychiaterin Dr. Gwen Adshead mit den schlimmsten Verbrecher:innen, Menschen, die von der Boulevardpresse gern als »Monster« bezeichnet werden. Sie nimmt uns mit in die Therapiesitzungen und offenbart, was diese Männer und Frauen denken und erlebt haben. Sie zeigt sie in ihrer ganzen Komplexität, Abgründigkeit und Menschlichkeit. Wie eine Detektivin sucht die Autorin nach den Faktoren, die einen Menschen zum Mörder machen, und entschlüsselt so den Code des Bösen.

Dabei entlarvt sie nicht nur Mythen und Vorurteile, sondern hinterfragt auch die Strukturen eines Gesundheitssystems, das Therapien oft viel zu spät ermöglicht.

›Warum Menschen Böses tun‹ erzählt spannend und mit radikaler Empathie von Grausamkeit und Verzweiflung, aber auch von Veränderung und Heilung.

»Brillant«

SUNDAY TIMES

»Zutiefst menschlich«

IRISH TIMES



© Philip Vanoutrive

Dr. Gwen Adshead ist eine renommierte forensische Psychiaterin und Psychotherapeutin. Neben ihrer langjährigen Tätigkeit im psychiatrischen Hochsicherheitskrankenhaus Broadmoor Hospital arbeitete sie u. a. in der Bewährungshilfe, im Frauengefängnis und fürs Familiengericht. 2013 wurde Adshead mit der President's Medal für ihre Verdienste in der Psychiatrie geehrt.



© Patrick Douétil

Eileen Horne ist eine amerikanische Autorin, Dramatikerin und ehemalige Fernsehproduzentin. Sie hat Kreatives Schreiben in London studiert und mehrere Bücher veröffentlicht.

Roberto de Hollanda arbeitet als Literaturagent, in der Filmbranche und übersetzt aus dem Englischen, Spanischen und Portugiesischen, u.a. Anna Romer, Jack Kerouac, Almudena Grandes und Julia Phillips.

**Gwen Adshead
und Eileen Horne**

**WARUM
MENSCHEN
BÖSES
TUN**

Eine forensische Psychiaterin
erzählt von ihren Fällen

Aus dem Englischen
von Roberto de Hollanda

DUMONT

Die englische Originalausgabe erschien 2021 unter dem Titel
›The Devil You Know. Stories of Human Cruelty and Compassion‹
bei Faber & Faber, London.

Copyright © 2021 by Dr. Gwen Adshead und Eileen Horne

eBook 2022

© 2022 für die deutsche Ausgabe: DuMont Buchverlag, Köln

Alle Rechte vorbehalten

Übersetzung: Roberto de Hollanda

Lektorat: Timea Wanko

Umschlaggestaltung: Lübbecke Naumann Thoben, Köln

Umschlagabbildung: © plainpicture/Leander Hopf

Satz: Fagott, Ffm

eBook-Konvertierung: CPI books GmbH, Leck

ISBN eBook 978-3-8321-8268-7

www.dumont-buchverlag.de

*Für Laura,
deren Seele uns zusammenbrachte*

EINLEITUNG

In jenen fernen Zeiten, als Menschen sich im Flugzeug noch miteinander unterhielten, wurde ich manchmal gefragt, was ich beruflich mache. »Ich bin Psychiaterin und Psychotherapeutin und arbeite mit Gewalttätern und -täterinnen«, antwortete ich dann. Die leichte Neugier wich Verwunderung. »Soll das heißen, dass Sie solche Menschen tatsächlich behandeln?« Das führte zuweilen zu einem spontanen Vortrag darüber, »was für ein sinnloser Aufwand« es sei, sich mit »derartigen Ungeheuern« zu beschäftigen. Manchmal bekam ich auch ein eher verwirrtes: »Denen ist doch nicht zu helfen, sind die nicht von Natur aus so?« Gelegentlich mischte sich ein britischer Mitreisender ein und sagte in gedämpftem Ton: »Ehrlich gesagt bin ich der Meinung, dass das Parlament die Todesstrafe wieder einführen sollte.« Heutzutage behaupte ich bei den seltenen Gelegenheiten, dass jemand während des Anschnallens eine Unterhaltung beginnt, ich sei Floristin. Allerdings hat jede:r, der oder die sich von menschlicher Grausamkeit sowohl fasziniert wie auch abgestoßen fühlt, zum Umgang mit Gewalt und denjenigen, die sie ausüben, eine bessere und ehrlichere Antwort verdient, und darum habe ich dieses Buch geschrieben.

Ein lateinisches Sprichwort besagt, dass die Dämonen, die wir kennen, nicht so gefährlich sind wie jene, die wir nicht kennen. Wären meine Mitreisenden Mitglieder einer Therapiegruppe, könnte ich sie bitten, über diesen Satz nachzudenken. Von einer solchen hypothetischen Therapiegruppe aus »Flugzeugsitznachbarn« würde ich mir viel versprechen – bestimmt wäre es eine freundliche, gesprächige Runde. Wir könnten mit den aus der Religion oder der eigenen Fantasie bekannten

Dämonen beginnen. »Was ist mit dem Dämon, den wir nicht kennen?«, würde ich dann fragen. »Was wäre er für Sie?« »Offenkundig etwas Fremdes«, würde jemand antworten. »Wie eins dieser Monster, mit denen Sie arbeiten.« Nach und nach würde die Gruppe – so hoffe ich – herausfinden, dass dieser Dämon auch für ein grausames und herabsetzendes Ich stehen könnte, das in uns allen lebt. Das zu akzeptieren, wird einigen nicht leichtfallen, denken wir nur an die schönen Worte von Lears Tochter: »Doch hat er sich von jeher nur obenhin gekannt.«

In den folgenden Geschichten werde ich zeigen, was meine Kolleg:innen und ich mit »diesen Monstern« tun, und wie und warum Zuhören und Mitfühlen einen Unterschied machen können. Ich urteile nicht über diejenigen, die womöglich anderer Ansicht sind, so wie ich auch über meine Patienten und Patientinnen kein Urteil fälle. Jede:r ist fasziniert von dem, was wir »das Böse« nennen, dieser menschlichen Fähigkeit zur Gewalt und Grausamkeit – mehr als genug Beweise lassen sich in unseren Nachrichten- und Unterhaltungsmedien dafür finden.¹ Zwar nimmt in den letzten Jahrzehnten den Statistiken zufolge Gewalt, egal in welcher Form, stetig ab, dafür aber wächst unser Verlangen, mehr über sie zu erfahren. Ich schließe mich selbst ausdrücklich ein, immerhin habe ich mir diesen Beruf ausgesucht.

Als ich in den 1980er-Jahren Medizin studierte, war die Psychiatrie noch ein Fachgebiet, das oft übergangen oder missachtet wurde, obwohl seit der Antike Konsens darüber herrscht, dass ein gesunder Geist Voraussetzung für einen gesunden Körper ist. (Und wie es einer meiner Kollegen gern ausdrückt: »Psychiater sind Ärzte, die sich um den einzigen Teil des Körpers kümmern, der zählt.«) Anfangs liebäugelte ich damit, mich in orthopädischer Chirurgie zu spezialisieren, wahrscheinlich, weil ich Dinge reparieren wollte und mich die pragmatische Ausrichtung dieses Fachs reizte. Aber ich fühlte mich auch zur Psychiatrie hingezogen und mich faszinierte, wie sie mit der menschlichen Identität und Kommunikationsfähigkeit zusammenhängt. Ich fand, dass dieser Bereich sowohl intellektuell wie auch emotional überaus stimulierend sein könnte. Ich erkannte, dass Komplexität und Leistungsfähigkeit des menschlichen

Geistes gewaltig sind und diese Erkenntnis nicht nur persönlich, sondern auch politisch bedeutsam ist.

Im Laufe der Jahrhunderte fanden Menschen immer wieder andere Bilder für diesen Geist und griffen dabei oft auf die jeweils aktuellen Technologien zurück – heutzutage ist dies meistens der Computer: eine Maschine mit »vorprogrammierter« Identität. Gedanken oder Emotionen werden wie Daten »verarbeitet« und »gespeichert« und wir »wechseln den Modus«, wenn wir verschiedene Funktionen ausführen. Eine derartige Betrachtungsweise eignet sich für bestimmte Forschungsgebiete, sagt aber wenig über die Komplexität der menschlichen Erfahrung aus, insbesondere in dem relationalen Raum, in dem wir alle unser Leben leben. Physiker wie Carlo Rovelli behaupten, das Universum sei relational, daher müsse der Geist ebenfalls relational sein. Wenn das stimmt, dann brauchen wir zutreffendere Bilder, die die organische, sich ständig weiterentwickelnde Natur der psychologischen Erfahrung widerspiegeln.

Ich stelle mir die Psyche lieber als Korallenriff vor: uralt, vielschichtig und geheimnisvoll, nicht ohne Schatten und Gefahren, aber mit einer gesunden Vielfalt. Auf den ersten Blick mag es chaotisch erscheinen, tatsächlich aber ist es ein komplexes, unendlich faszinierendes und strukturiertes Ökosystem. Gerät ein Riff unter ökologischen Stress, bleicht es aus und verkümmert, doch die Wissenschaft hat auch gezeigt, dass es auf Eingriffe reagiert und widerstandsfähiger gemacht werden kann. Als Studentin lernte ich bald, dass das Studium der Psychiatrie einen »Sprung in die Tiefe«, einen »Tauchgang unter die Oberfläche« erfordert, in eine Dunkelheit, in der Dinge von großer Schönheit warten, aber auch Gefahren lauern. Es dauerte eine Weile, bis ich mich akklimatisiert und gelernt hatte, durchzuatmen.

Seitdem durfte ich während meiner langen beruflichen Laufbahn immer wieder Situationen erleben, die mich mit Ehrfurcht und Staunen erfüllten und die ich mit dem Meer und seinen verborgenen Tiefen verbinde – ich liebe E.E.Cummings Vorstellung, dass »es immer unser Selbst ist, das wir im Meer finden«.² Diesen Werdegang einzuschlagen, war ein immens lohnendes und oft unvorhersehbares Unterfangen; es hat mir gezeigt, dass

Gut und Böse, die Vorstellung von Richtig und Falsch, aber auch Kategorien wie Opfer und Täter nicht unumstößlich sind und nebeneinander bestehen können. Anfangs dachte ich, es ginge bei meiner Arbeit darum, Menschen zu helfen, sich besser zu fühlen, aber mit der Zeit lernte ich, dass wir sie dabei unterstützen, »ihre Psyche kennenzulernen«, und das ist etwas ganz anderes. Dieser Prozess verläuft für meine Patienten und Patientinnen nicht schmerzfrei, und auch für mich wurde es manchmal stürmisch. Dabei entstehen zwangsläufig belastende Gefühle, die jedoch eher tiefe Traurigkeit und Hilflosigkeit auslösen als Entsetzen und Abscheu. Meine Aufgabe besteht darin, diese Reaktionen zu erkennen und sie mitfühlend, aber auch distanziert zu benennen; Buddhisten würden es vielleicht als »Schweben im Bardo« bezeichnen.

Während meiner psychiatrischen Ausbildung lernte ich die forensische Arbeit kennen. Sie befasst sich mit den dunkleren Regungen des Bewusstseins, die als potenzielle Risikofaktoren gelten. Das Wort »forensisch« leitet sich vom lateinischen *forum* ab, einem Ort, an dem Rechtsstreitigkeiten verhandelt wurden. Neben allgemeinen medizinischen Aufgaben wie der Begutachtung, der Erstellung von Diagnosen und der koordinierten Versorgung von Klient:innen befassen sich forensische Psychiater:innen auch mit der Frage, wie eine Gesellschaft auf Menschen, die gegen das Strafrecht verstoßen, reagiert und wie sie mit ihnen umgehen soll. Die Arbeit wirft auch interessante ethische und rechtliche Fragen auf, was die Verantwortung, die Handlungs- und Schuldfähigkeit von psychisch kranken Menschen angeht. Viele forensische Psychiater:innen arbeiten in geschlossenen Einrichtungen als Teil eines Teams von Fachleuten, das eine koordinierte Betreuung anbietet. Sie sind wie »Tauchpartner«, die einen Plan ausarbeiten und sich die Verantwortung für ihre Sicherheit teilen. Ich arbeite von Natur aus gern im Team, davon zeugt meine Arbeit als Gruppentherapeutin (und dieses Buch), daher schien die Arbeit in der Forensik wie für mich geschaffen.

Nach meiner Ausbildung zur forensischen Psychiaterin wurde mir bald bewusst, dass ich auch als Psychotherapeutin arbeiten wollte. Als dieser Berufszweig entstand, waren die meisten Psychiater:innen zugleich

Psychotherapeut:innen, aber im späten zwanzigsten Jahrhundert wurden daraus getrennte Disziplinen, und es galt als ungewöhnlich, wenn ein:e Psychiater:in auch als Psychotherapeut:in tätig war. Für mich aber lag die Kunst der Psychiatrie darin, mit Menschen in einen Dialog zu treten und Schritt für Schritt ihre Lebensgeschichte zu entschlüsseln: Ich wollte mit ihnen in die Tiefe gehen und ihnen Zeit und Raum zur Reflexion geben. Während meiner Weiterbildung zur Psychotherapeutin beschäftigte ich mich mit bestimmten Forschungsgebieten wie mütterlicher Gewalt, Trauma und Gruppenarbeit, aber auch mit medizinischer Ethik und der Behandlung von Ärzten und Ärztinnen. Dieses und vieles mehr ist in den folgenden Geschichten eingewoben. Ein wichtiger roter Faden in meiner Arbeit war die Beschäftigung mit den Auswirkungen frühkindlicher Bindungen auf Beziehungen und ihrem Zusammenhang mit späteren Gewalttaten. Dies hatte, wie ich noch darlegen werde, einen großen Einfluss auf meine Vorstellung von menschlichem Verhalten.

Jedes Gewaltverbrechen ist eine Tragödie, nicht nur für die Opfer und ihre Familien, sondern auch für die Täter und Täterinnen. Ich plädiere keineswegs dafür, dass jede Gewalttat entschuldigt wird oder dass unsere Gefängnisse und geschützten Einrichtungen geschlossen werden. Ich glaube fest an Gerechtigkeit und Konsequenzen innerhalb eines humanen Rechtsrahmens, und angesichts einiger schrecklicher Dinge, die ich gesehen oder gehört habe, zweifle ich nicht daran, dass eine bestimmte Gruppe von Gewalttäter:innen in Sicherheitsverwahrung gehört. Ich verstehe auch, warum Menschen das Bedürfnis haben, Gewalttäter:innen zu verurteilen: Rache ist ein tief verwurzelter menschlicher Impuls, so etwas wie ein Ur-Gerechtigkeitsgefühl, das uns aber in unserer Angst und Wut gefangen hält und nur jene Grausamkeit reflektiert, die wir angeblich so verabscheuen. Das kann schmerzhaft sein: Es steckt ein Körnchen Wahrheit in der gängigen Vorstellung, einen anderen Menschen zu hassen sei so, als würde man selbst Gift nehmen und warten, dass der andere stirbt. Und wie Gandhi und andere bemerkt haben, ist es ein Merkmal gerechter Gesellschaften, dass wir den Schlimmsten unter uns mit Mitgefühl begegnen.

Mit der Zeit habe ich mir angewöhnt, meine Patienten und Patientinnen als Überlebende einer Katastrophe zu sehen, wobei sie selbst die Katastrophe sind und meine Kolleg:innen und ich das Erste-Hilfe-Team. Ich begegne ihnen an einem Wendepunkt in ihrem Leben und helfe ihnen, sich mit einer neuen Identität zu arrangieren, die sich vielleicht irreversibel anfühlt. Einer meiner Patienten brachte es auf den Punkt: »Man kann ein Ex-Busfahrer sein, aber kein Ex-Mörder.« Unsere Arbeit fordert von den Menschen, dass sie den Umgang mit ihrer Lebensgeschichte lernen und Verantwortung für ihre Handlungen übernehmen, und das kann ein schwieriger und langwieriger Prozess sein. Zudem spielt sich unsere Arbeit vor dem Hintergrund wechselnder politischer Programme ab, die Ressourcen und Resultate der Psychiatrie beeinflussen. Ich erinnere mich noch gut daran, wie der damalige britische Premierminister John Major Anfang der 1990er-Jahre, nicht lange nachdem ich meine forensische Laufbahn begonnen hatte, den berühmten Satz äußerte: »Die Gesellschaft muss weniger verstehen und mehr verurteilen.«³ Die anschließende Welle von Masseninhaftierungen, obligatorischen Mindeststrafen und drastischen Kürzungen innerhalb der psychiatrischen Versorgung hatte sowohl in Großbritannien als auch in der restlichen Welt weitreichende und verheerende soziale Folgen – darüber ist an anderer Stelle von sachkundigen Leuten viel geschrieben und gesagt worden. Ich möchte nur anmerken, dass wir viel zu viele Menschen wegsperren, um das gesellschaftliche Verlangen nach Bestrafung zu stillen, obwohl nur ein kleiner Prozentsatz von ihnen zu grausam oder zu gefährlich ist, um wieder in die Gesellschaft integriert zu werden.

Ich habe mein ganzes Arbeitsleben, mehr als dreißig Jahre, im Nationalen Gesundheitsdienst Großbritanniens (NHS) verbracht. Die meiste Zeit habe ich im Broadmoor Hospital in Berkshire gearbeitet, etwa achtzig Kilometer westlich von London. Broadmoor wurde 1863 als Teil des viktorianischen Vorhabens erbaut, »Asyle« für »geisteskranke Verbrecher« zu errichten (im Griechischen bedeutet »Asyl« »Zuflucht«, wir würden es eher mit »Heim« oder »Anstalt« übersetzen). Es waren Einrichtungen, in denen die Insass:innen manchmal auf unbestimmte Zeit festgehalten

wurden. Mit seiner falschen gotischen Fassade und seiner Vergangenheit, zu der auch die Unterbringung einiger berüchtigter Gewaltverbrecher und -verbrecherinnen gehörte, nimmt Broadmoor seit Langem einen besonders schaurigen Platz in den Köpfen der Brit:innen ein. Bei einem Ausbildungsbesuch dort während meines Studiums hielt auch ich diese Anstalt mit der ganzen Gewissheit und Ignoranz der Jugend für antiquiert, ja barbarisch. Als ich dann tatsächlich dort arbeitete, wurde ich eines Besseren belehrt. Unsere geschützten psychiatrischen Anstalten erfüllen eine wichtige humane Funktion, und ich bin froh, dass die meisten anderen entwickelten Länder ähnliche psychiatrische Einrichtungen oder eine angemessene Alternative haben.

Heute gelten Einrichtungen wie Broadmoor nicht mehr als Verliese für Menschen, denen nicht geholfen werden kann und die nie wieder entlassen werden; im Gegenteil, der Schwerpunkt liegt auf Rehabilitation und Genesung, mit einem durchschnittlichen Aufenthalt von fünf Jahren. Im Broadmoor Hospital gibt es inzwischen nur noch etwa zweihundert Betten, nicht mal halb so viele wie zu der Zeit, als ich dort anfang. Viel mehr Menschen werden jetzt in Anstalten mit mittlerer und niedriger Sicherheitsstufe eingewiesen, in denen ich im Laufe der Jahre ebenfalls arbeitete. Die meisten Patient:innen in solchen Einrichtungen werden entweder nach einem Gerichtsverfahren durch eine:n Richter:in eingewiesen oder aus dem Gefängnis zur Behandlung dorthin verlegt, wenn sich ihr psychischer Gesundheitszustand verschlimmert. Es kann aber auch (allerdings seltener) sein, dass sie aus einer privaten oder betreuten Wohnsituation zu uns kommen, weil sie eine Gefahr für andere darstellen.

Als NHS-Mitarbeiterin habe ich auch viel Zeit damit verbracht, Menschen in Strafanstalten zu behandeln. Die psychiatrischen Versorgungsdienste in Großbritannien sind seit den 1990er-Jahren dazu verpflichtet, Gefängnisinsass:innen mit psychischen Problemen zu betreuen. Sogenannte »Inreach-Teams«, spezielle Betreuungsdienste für Personen in Justizvollzugsanstalten, tun ihr Bestes, um die ständig wachsende Anzahl von Insass:innen zu unterstützen und zu behandeln. Ich habe selbst erlebt, dass die Nachfrage nach psychiatrischer Versorgung in

den Gefängnissen die Kapazitäten bei Weitem übersteigt und dass eine Inhaftierung psychische Erkrankungen noch verschlimmert. Diese Misere ist bekannt und muss dringend angegangen werden. Man schätzt, dass 70 Prozent der Insass:innen britischer Gefängnisse mindestens unter zwei psychischen Erkrankungen leiden, die von Depressionen über Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bis hin zu Psychosen reichen. Die Law-and-Order-Politik der letzten Jahre hat zu einem starken Anstieg von Inhaftierten geführt. In Großbritannien hat sich ihre Zahl seit Beginn meines Studiums verdoppelt, in den USA sogar mehr als verdreifacht. Zwar ist die Kriminalitätsrate in diesem Zeitraum generell gesunken, doch bedeutet die Zunahme der Inhaftierungen (die in England und Wales höher ist als irgendwo sonst in Westeuropa), dass die relative Zahl psychisch kranker Menschen in den Gefängnissen ebenfalls gestiegen ist.⁴

Diese Zahlen und die verschärfte Rechtslage erklären die ernstesten Probleme sozialer und ethnischer Ungleichheit in unserer Welt besser als irgendwelche vermuteten Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Kriminalität. Die überwiegende Mehrheit der Menschen mit seelischen Erkrankungen wird niemals irgendwelche Gesetze brechen, ja nicht einmal ein Knöllchen bekommen. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie Opfer einer Straftat werden, ist dagegen leider viel größer. Die kleine Gruppe von psychisch erkrankten Menschen, die nach einer Gewalttat im Gefängnis landen, kommt dort nicht gut zurecht. Die Bedingungen sind schon für Menschen, die an Leib und Seele gesund sind, schwierig genug. Der Mangel an Ressourcen hat zur Folge, dass nur 10 bis 20 Prozent der Gefangenen, die als »schwer psychisch krank« eingestuft werden, die benötigte Hilfe und Behandlung erhalten. Selbst dann müssen sie unter Umständen lange darauf warten. Die »Triage« für die Psyche ist nicht so einfach wie die für gebrochene Gliedmaßen oder Schusswunden.

Meine Kolleg:innen und ich müssen mit diesem moralischen Widerspruch und dem Wissen, wie fehlerhaft und unzulänglich das System ist, leben. Wir sind Teil einer Demokratie, in der das Volk die Regierung wählt und unsere Gesetze den Willen der Mehrheit abbilden. Das bedeutet, dass Straftäter:innen unserem Auftrag entsprechend behandelt werden. Auf

jede Person mit psychischen Problemen, die ich behandle, kommen viele weitere, die ich nie erreichen werde. Das zu wissen, bedeutet nicht, dass ich aus lauter Protest die Hände über dem Kopf zusammenschlagen und mich von dannen machen kann – alle Ärzt:innen tun, was in ihrer Macht steht. Im Übrigen gibt es auch viele Menschen, die unsere Hilfe ablehnen, selbst wenn sie ihnen angeboten wird. Man kann niemanden zu einer Psychotherapie zwingen.

Über den Bereich der forensischen Psychiatrie ist in der Öffentlichkeit kaum etwas bekannt. Normalerweise werden psychische Erkrankungen und die Behandlung von Gewalttäter:innen mythologisiert oder falsch dargestellt, oft in fiktionaler Form oder als sogenannte wahre Kriminalfälle, die meist ignorieren, dass wir alle Menschen sind. In einer Zeit, in der offenbar an vielen verschiedenen Fronten abgerechnet wird, habe ich das dringende Bedürfnis, an die Öffentlichkeit zu treten. Die intensiven täglichen Debatten zu vielen akuten sozialen Fragen, die mithilfe von schnellen Kommunikationstechnologien ständig neu befeuert werden, scheinen mir vor allem von Angst geprägt zu sein. Und was ist furchterregender als ein »Monster«, das eine Gewalttat verübt hat? Wie ein Hai, der durch die Schatten des Riffs huscht, wird ein:e Gewalttäter:in vornehmlich als Raubtier wahrgenommen. Dieser Mensch, der wie jeder von uns einmal ein Kind war, mit ähnlichen Vorstellungen von Freude und Kummer wie wir, geht in der Polarität und im öffentlichen Lärm der Verurteilung einfach unter.

Jahrelang habe ich Vorlesungen über Gewalt oder Konzepte wie »das Böse« gehalten, und es hat mir während meiner gesamten Karriere Spaß gemacht, für ein akademisches und professionelles Publikum zu schreiben. Seit einiger Zeit halte ich auch Vorträge in der Öffentlichkeit und fühle mich gewappnet, ein breiteres Publikum einzuladen, mich in die Therapiesitzungen zu begleiten, in denen ich so viel über die Psyche gelernt habe. Aber meine Arbeit kann zäh und verworren sein; manche Patient:innen haben Schwierigkeiten, über ihre Gefühle oder Gedanken zu sprechen, während andere nicht begreifen, was Realität ist. Um meine Erfahrungen weiterzugeben, habe ich mich mit meiner guten Freundin

Eileen Horne zusammengetan, einer Dramatikerin und Geschichtenerzählerin. Sie arbeitet seit Langem – wie ich auch – daran, dem Sinnlosen einen Sinn zu verleihen und die Vorstellungskraft zu nutzen, um Mitgefühl zu wecken. Gemeinsam zeichneten wir meinen beruflichen Werdegang durch eine Reihe von Geschichten nach, die auch einen Einblick in die strukturellen Veränderungen des NHS sowie in die Fortschritte der Psychotherapie und des Justizsystems der letzten drei Jahrzehnte ermöglichen. Mein Wissen fußt auf den Erfahrungen, die ich in Großbritannien gemacht habe, aber ich beziehe mich auch auf Studien, Daten und berufliche Praktiken aus anderen Ländern, insbesondere aus den USA.

In meinem Buch ist das Verhältnis zwischen den Geschlechtern ausgewogen, obwohl Frauen weniger als 5 Prozent aller Straftätigen⁵ ausmachen. Das liegt daran, dass ich stark in die Forschung zu weiblicher Gewalt involviert war, mit vielen gewalttätigen Frauen gearbeitet habe und es mir wichtig war, dass ihre Stimmen gehört werden. In etwa einem Viertel der Kapitel kommen People of Colour vor, was ungefähr dem Anteil der Insass:innen in Gefängnissen und geschützten Einrichtungen entspricht. Eine aufschlussreiche Tatsache, wenn man bedenkt, dass laut letzten Erhebungen People of Colour nur 13 Prozent der Gesamtbevölkerung Großbritanniens ausmachen. Man darf nicht übersehen, dass in unserem Strafrechtssystem toxische Vorurteile in Bezug auf Kultur, ethnische Zugehörigkeit und Herkunft existieren und Gerichtsurteile von dieser Voreingenommenheit (einschließlich meiner eigenen) beeinflusst werden.

Obwohl ich vorrangig mit Mördern und Mörderinnen arbeitete, die in geschützten psychiatrischen Einrichtungen einsaßen, möchte ich in diesem Buch auch Straftaten wie Brandstiftung, Stalking oder Sexualdelikte aufgreifen, begangen von Personen, die ich im Gefängnis oder während ihrer Bewährungszeit behandelte. In zwei Kapiteln geht es um Menschen, die keines Verbrechens angeklagt waren; ich sollte die potenzielle Gefahr beurteilen, die von ihnen ausging. In allen Fällen erzähle ich, wie und in welcher Funktion ich den Patient oder die Patientin kennenlernte, wie sich unsere jeweilige Interaktion entwickelte (einschließlich der von mir

begangenen Fehler), und berichte von anderen Erkenntnissen, Herausforderungen und gelegentlichen Bedrohungen. Einige Themen, die immer wieder Gegenstand der Therapiesitzungen sind, werden vielen Lesenden bekannt vorkommen, beispielsweise der Kampf um die Überwindung eines Traumas, die Notwendigkeit, alte und abträgliche Verhaltensweisen oder Identitäten abzustreifen, oder die Suche nach gesunden Möglichkeiten, mit Wut oder Verzweiflung umzugehen. Mal gibt es Fortschritte zu verzeichnen, mal sind die Probleme hartnäckig. Zwischendurch greife ich populäre Vorstellungen von Diagnosen wie Narzissmus und Psychopathie auf und untersuche die Mythen rund um »telegene« Straftaten wie Serienmord oder das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom.

Jedes Kapitel deckt ein anderes Gebiet ab, aber ein wichtiges Thema in diesem Buch und in der gesamten forensischen Arbeit sind die Gewaltrisikofaktoren. Einer meiner Kollegen vergleicht das Ausüben von Gewalt sehr treffend mit dem Zahlenschloss eines Fahrrads: Erst durch eine spezifische Kombination von Stressfaktoren »öffnet sich das Schloss«, und es kommt zur Tat. Die ersten beiden »Zahlen« sind wahrscheinlich gesellschaftspolitischer Natur und spiegeln Einstellungen zu Männlichkeit, Verletzlichkeit oder Armut wider. Um es ganz deutlich zu sagen: Die meisten Gewalttaten auf der Welt werden von jungen, mittellosen Männern verübt. Die nächsten beiden »Zahlen« beziehen sich auf persönliche, biografische Aspekte des Täters beziehungsweise der Täterin, zum Beispiel den Drogenkonsum oder traumatische Erlebnisse in der Kindheit. Die letzte »Zahl«, diejenige, die das Schloss öffnet und eine verletzende, grausame Tat auslöst, ist die faszinierendste. Sie ist häufig idiosynkratisch, reagiert also auf etwas im Verhalten des Opfers, das nur für den oder die Täter:in Bedeutung hat. Das kann eine einfache Geste sein, ein vertrauter Satz, ja sogar ein Lächeln. Im Zentrum meiner Arbeit mit Täter:innen steht immer die Suche nach dieser letzten Gewalt auslösenden Bedeutung und wie sie mit der gesamten Lebensgeschichte, ihrer Selbstnarration, zusammenpassen könnte. Das herauszufinden kann wie das Aufspüren einer schwer fassbaren Beute sein, eines winzigen flinken Fisches in einem verschlungenen

Labyrinth aus Korallen. Es erfordert Zeit, Offenheit, die Bereitschaft hinzuschauen und ein wenig Licht.

Einer meiner einflussreichsten Lehrer und Mentoren war Dr. Murray Cox, ebenfalls medizinischer Psychotherapeut in Broadmoor. Er sprach immer davon, wie wichtig es sei, auf die unbewusste Poesie zu horchen, sogar bei denen, die einem auf gefährliche Weise fremd erscheinen. Sein Lieblingsbeispiel stammte von einer Patientin, die einmal sagte: »Ich bin blind, weil ich zu viel sehe, deshalb lerne ich unter einer dunklen Lampe.«⁶ Diese bemerkenswerte Metapher fasst hervorragend zusammen, warum ich dieses Buch geschrieben habe. Wir alle sind gelegentlich geblendet, sei es aus Angst, Intoleranz oder Verweigerung. Die Person, die im Flugzeug neben mir sitzt und meine Patient:innen für Monster hält, sieht vielleicht auch »zu viel«, wenn sie die Nachrichten verfolgt und die täglichen Schlagzeilen auf Facebook oder in ihrem Twitter-Feed liest. Ich lade die Lesenden ein, sich weit unter die Oberfläche zu wagen, in »die Tiefe zu tauchen«, dorthin, wo dunkle Geschichten viel Erhellendes enthalten. Gemeinsam werden wir einzelnen Menschen statt Datenpunkten oder Geschöpfen aus der Unterwelt begegnen, und ich werde aufzeigen, wie ihr Leben mein eigenes beeinflusst hat und was sie uns lehren können.

Das wird nicht leicht sein. Man braucht radikale Empathie, um sich zu einem Mann zu setzen, der einen anderen Menschen enthauptet, zu einer Frau, die Dutzende Male auf einen Freund eingestochen, oder zu jemandem, der sein eigenes Kind missbraucht hat. Während die Patient:innen den therapeutischen Prozess durchlaufen, fragen Sie sich als Leser:in vielleicht: »Welches Recht haben solche Menschen auf Gefühle wie Liebe, Trauer oder Bedauern?« (Dazu fällt mir Shylock aus Shakespeares »Der Kaufmann von Venedig« ein: »Wenn ihr uns stecht, bluten wir nicht?«) Um sie zu verstehen, bedarf es der Vorstellungskraft: Man muss sich dorthin begeben, wo sie sind, um das zu sehen, was sie sehen. Der große Meeresforscher Jacques Cousteau hat einmal gesagt: »Die beste Weise, Fische zu beobachten, besteht darin, selber zum Fisch zu werden.«⁷ Einige Dinge, die ich Ihnen zeige, werden Sie kaum wieder vergessen können. Aber ich weiß aus eigener Beobachtung, dass es eine

gute Übung sein kann, Einsicht aus Erfahrungen zu gewinnen, die uns fremd sind. Ich werde Sie begleiten und mit Ihnen daran arbeiten, Leid in etwas Bedeutsames zu verwandeln. Während das Licht Kapitel für Kapitel zunimmt, wird der oder die Leser:in hoffentlich Möglichkeiten für Akzeptanz und Veränderung erkennen lernen.

Dr. Gwen Adshead

ANMERKUNGEN DER AUTORINNEN

Die folgenden Geschichten sind im Kontext der psychiatrischen Gesundheitsversorgung des Nationalen Gesundheitsdiensts Großbritanniens (NHS) angesiedelt. Der NHS wurde nach dem Zweiten Weltkrieg gegründet, gemäß dem Prinzip, die medizinische Versorgung vom Staat bereitzustellen und aus der öffentlichen Hand finanzieren zu lassen, da von einer gesunden Bevölkerung alle Bürger:innen profitieren. Aber die Kosten des NHS sind gestiegen, weil die Menschen länger leben und die medizinischen Technologien und Medikamente immer teurer werden. Mehrere Regierungen haben versucht, den NHS in Richtung eines marktorientierteren Modells zu bewegen, um sich dieser Entwicklung anzupassen. Dadurch wird die Gesundheitsversorgung in Großbritannien aber zu einer Ware, die man kaufen und verkaufen kann, ähnlich dem Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten. Immer mehr Menschen, die es sich leisten können, entscheiden sich dafür, die schrumpfenden NHS-Leistungen mit privaten Zusatzversicherungen auszugleichen. Die anhaltende Umstrukturierung konzentriert sich auf Kostensenkungen, vornehmlich mittels Kürzung von Leistungen. Daher bietet der NHS heute erheblich weniger als früher, besonders mit Blick auf die psychiatrische Gesundheitsversorgung, wie viele unserer Geschichten zeigen. Wir behandeln eine breite Palette von Themen im Zusammenhang mit Straftaten, psychischer Gesundheit, forensischer Psychiatrie und der Behandlung von psychischen Erkrankungen, die allesamt große eigenständige Forschungsgebiete darstellen. Dieses Buch ist weder ein Lehrbuch noch ein umfassender Überblick, auch stellt es keinen Anspruch

auf Expertise in allen behandelten Bereichen. Angesichts der komplexen, umfangreichen Literatur und der vielen Debatten über die menschliche Psyche geben wir zu jedem Kapitel am Ende des Buches ein paar ausgewählte Leseempfehlungen und listen die verwendeten Quellen auf. Sie sind für diejenigen Leser:innen gedacht, die sich näher mit dem jeweiligen Thema beschäftigen möchten.

Wenn das Wort »Straftäter:in« im Text auftaucht, ist dies nicht abwertend oder menschenverachtend gemeint; es ist ein Rechtsbegriff, der Menschen bezeichnet, die wegen einer Straftat verurteilt wurden. Auch das Wort »normal« taucht häufig auf, meistens in Anführungszeichen, denn es ist ein belastetes Adjektiv, das sich in einer Welt von Milliarden Menschen einer einfachen Definition entzieht. Die Autorinnen stellen keine Thesen darüber auf, was in einem kategorischen Sinne für eine Gruppe von Menschen oder eine Institution »normal« sein könnte. Zu den ersten Dingen, die Psychiater:innen in ihrer Ausbildung lernen, gehört, dass »Normalität« eher so etwas ist wie Tofu in einer scharfen Suppe, der seinen Geschmack erst durch die anderen Zutaten gewinnt. Scheinbare Normalität kann durchaus ein Schleier sein, hinter dem sich Risiken verbergen, wie mehr als eins der von mir beschriebenen Beispiele zeigen wird.

Ein weiteres Schlüsselwort, das wir während des Schreibens im Auge behielten, ist »Privileg«, und zwar in doppelter Hinsicht: Erstens ist es ein echtes Privileg, Zeuge von Menschen zu sein, die das Wagnis eingehen, zu offenbaren, was Shakespeare als »unsere Blößen« bezeichnet. Dafür schulden wir ihnen Respekt. Zweitens stellt der Begriff »Privileg« auch ein lebenswichtiges medizinisch-rechtliches Konzept dar, will heißen, Informationen über Klient:innen und Gespräche mit ihnen müssen wie private Informationen behandelt werden. Der Schutz der Privatsphäre ist in der forensischen Arbeit nicht nur auf die Täter:innen begrenzt, mit denen wir arbeiten, er umfasst auch ihre Opfer und deren Familien. Unsere Geschichten wurden mit Würde und Respekt für alle verfasst. Es ist offensichtlich weder rechtlich noch ethisch möglich, individuelle medizinische Fälle zu beschreiben, daher haben wir Komposita erstellt, indem wir auf viele Begegnungen und Fallstudien zurückgriffen. Die elf

hier vorgestellten, aus lauter Mosaiksteinchen zusammengesetzten Porträts sind klinisch und psychologisch korrekt, doch bei Google wird man sie nicht finden.

Dr. Gwen Adshead und Eileen Horne

KAPITEL 1

TONY

»Wer möchte einen Serienmörder übernehmen?« Wir saßen in der wöchentlichen Besprechung der psychotherapeutischen Abteilung unserer Klinik, wo Einweisungen besprochen und anschließend den verschiedenen Ärzt:innen zugeteilt wurden. Die meisten von uns hatten einen neuen Fall übernommen, und jetzt waren wir dabei, die letzten zu vergeben. Die ironische Frage des Teamleiters wurde mit kurzem Gelächter bedacht, doch niemand meldete sich freiwillig. »Wirklich? Keine Interessenten?« Es juckte mich in den Fingern, die Hand zu heben, aber als Unerfahrenste im Raum hatte ich Angst, dass man mich beruflich für naiv halten oder glauben könnte, ich hätte ein unangebrachtes Interesse an dem Fall. Ich konnte das unsichtbare kollektive Achselzucken meiner Kolleg:innen am Tisch förmlich spüren. Die von Unterhaltungsmedien und der Presse aufgeheizte Öffentlichkeit ist immer wieder fasziniert von diesen seltenen Menschen, die mehrere Tötungsdelikte begangen haben. In meinem Beruf dagegen stoßen sie auf erheblich weniger Interesse. Eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft wird für sie nie eine Option sein. Wie einer meiner Kollegen einmal sagte: »Worüber kann man sich schon mit ihnen unterhalten, außer über den Tod?«

Ich hatte noch viel zu lernen. Es war Mitte der 1990er-Jahre, und ich hatte erst kürzlich im Broadmoor Hospital angefangen, einer Einrichtung des NHS inmitten sanfter Hügel und Wälder in einer malerischen Gegend im Südosten Englands, nicht weit vom Eton College und von Schloss Windsor entfernt. Nachdem ich einige Jahre zuvor meine Ausbildung als forensische Psychiaterin beendet hatte, war ich froh, als man mir einen Teilzeitjob als »Locum« – eine Art Vertretung oder Aushilfskraft, die bei Bedarf einspringt – im Broadmoor Hospital anbot, während ich die

Zusatzausbildung als Psychotherapeutin absolvierte. Um meine Kenntnisse zu vertiefen, musste ich so viele Stunden wie möglich damit verbringen, Patient:innen in Einzeltherapien zu behandeln, solange ich unter Supervision stand. Ich dachte, dass ein Mann, der keine Perspektive hatte, eine Menge Zeit haben würde – und wenn er über den Tod sprechen wollte, nun ja, auch das gehörte zu meinem Lehrplan.

Vielleicht überrascht es, dass wir diese Diskussion überhaupt führten. Die Einstellung zur psychiatrischen Versorgung von Straftäter:innen, egal ob sie sich in einer Klinik oder im Gefängnis befinden, und die Bereitstellung von finanziellen Mitteln unterscheiden sich weltweit sehr stark. Meine europäischen und australischen Kolleg:innen arbeiten in ähnlichen Systemen wie wir in Großbritannien, wo ein Mindestmaß an Einzeltherapien angeboten wird. Aber viele andere Länder haben nicht einmal das. Vor allem meine amerikanischen Kolleg:innen weisen immer wieder auf diese Unterschiede hin. Nachdem ich eine Reihe von Ländern besucht hatte, um aus erster Hand zu erfahren, wie dort die Dinge funktionieren, fiel mir auf, dass Staaten wie Norwegen oder Holland, die im letzten Jahrhundert die Erfahrung militärischer Besatzung gemacht hatten, die humansten und fortschrittlichsten Einstellungen zur psychosozialen Behandlung von Gewalttäter:innen haben. Einige Studien legen nahe, dass man mit entsprechender Erfahrung diese Mitmenschen eher als Kranke betrachtet, die Regeln brechen, statt als »schlechte Menschen« per se.

»Ich übernehme den Fall«, sagte ich schließlich. »Wie heißt er?« Ich sah meinen Supervisor an, in der Hoffnung, er würde mich unterstützen. Er lächelte zustimmend. »Nur zu, Gwen.« Einer der Oberärzte mischte sich ein: »Ich habe einen wie ihn mal jahrelang im Gefängnis betreut. Er hat nur endlos von seinem Kunstunterricht erzählt und wie gut er Stilleben malen konnte.« Diese Bemerkung kam mir eigentlich interessant vor, aber bevor ich weitere Fragen stellen konnte, reichte mir mein Chef die Einweisungsunterlagen. »Er gehört Ihnen. Tony X. hat drei Männer umgebracht. Ich glaube, er hat sie enthauptet. Ach ja, und übrigens hat er ausdrücklich um eine Therapie gebeten.« Der ältere Kollege warf mir einen vielsagenden Blick zu: »Nehmen Sie sich in Acht.«

Später erzählte mir mein Supervisor, ein Mann mit viel Erfahrung, dass er selbst in seiner ganzen Karriere nur einen Serienmörder persönlich kennengelernt hatte, und auch nur für eine Begutachtung, nicht für eine Langzeittherapie. Ich war froh, dass ich auf sein Wissen und seine Unterstützung bauen konnte. Bis heute schätze ich das Gefühl, von meinen Kolleg:innen aufgefangen zu werden, mehr als alles andere und vermisse es, wenn ich außerhalb von institutionellen Umgebungen arbeite. Ich gestand ihm, dass ich froh sei, eine solche Gelegenheit zu erhalten. Dann aber verließ mich der Mut ein wenig. Ich fing an, mich so gut wie möglich vorzubereiten, musste aber bald feststellen, dass es zwar viele reißerische Berichte über Serienmörder:innen gab, aber nur wenige Informationen darüber, wie man mit ihnen spricht, und nichts darüber, wie man ihnen eine Therapie anbietet.

Definitionsgemäß sind Serienmörder:innen Wiederholungstäter:innen, doch gibt es keinen offiziellen Konsens darüber, wie vieler Opfer es bedarf, um in diesen makabren Club aufgenommen zu werden. In der Vergangenheit hat man viel darüber debattiert und ist zu dem Schluss gekommen, dass es drei oder mehr sein sollten, auch wenn die öffentliche Aufmerksamkeit sich immer unweigerlich auf die kleinere Gruppe jener außergewöhnlichen Individuen stürzt, die nacheinander Dutzende von Menschen umgebracht haben. Es war ein wenig beunruhigend, dass zu dieser Gruppe auch Kollegen und Kolleginnen gehörten. Gewissermaßen hatten sie es sogar leichter und verfügten über die Möglichkeiten, ihre Verbrechen auszuführen und dabei oft jahrelang unentdeckt zu bleiben. Eine Abkühlphase oder kurze Lücke zwischen den einzelnen Morden gehört ebenfalls zu den bekannten Kriterien. Außerdem geht man davon aus, dass sie sich ihre Opfer nicht zufällig aussuchen. Amokläufer:innen, die an einem Tag Dutzende von Menschen umbringen, gehören nicht in diese Kategorie, und aus irgendeinem Grund, den ich nie ganz begriffen habe, auch Politiker und Anführer nicht, die für den Tod von Tausenden oder sogar Millionen Menschen verantwortlich sind.¹

Aus der gewaltigen Menge an Literatur, Filmen und Fernsehsendungen, die sich mit diesem Thema befassen, könnte man leicht den Eindruck

gewinnen, dass die Ermordung mehrerer Menschen ein gewöhnliches Verbrechen ist, das ständig und überall geschieht. Doch die Daten liefern ein anderes Bild. Es gibt Belege dafür, dass Serienmorde auf allen Kontinenten vorkommen, aber selbst wenn man jene berücksichtigt, die nicht erfasst werden, unentdeckt bleiben oder auf mangelhaften oder bewusst undurchsichtigen Daten basieren, wissen wir, dass die Anzahl solcher Morde verschwindend gering ist. Ich kann Ihnen ebenso wenig konkrete Zahlen für diese Art von Verbrechen nennen wie für die meisten anderen Formen von Gewalt. Nichts ist sicher, bis auf die Ungewissheit auf diesem Gebiet, und zwar aus einer Vielzahl von Gründen: Zum Beispiel werden Daten erst gar nicht erfasst oder sie sind kaum vergleichbar, da sich im Laufe der Zeit und in den verschiedenen Ländern unterschiedliche Klassifizierungsstandards und Methoden entwickelt haben. Eine Suchmaschinenabfrage zu den weltweiten Zahlen für Serienmorde ergibt mehr als sechs Millionen Einträge. Die Mehrheit davon bestätigt, dass Serienmörder überwiegend männlich und eine vom Aussterben bedrohte Spezies sind, die in den letzten Jahren immer weiter schrumpft. Dies entspricht den weltweiten Kriminalitätsstatistiken, die in den letzten fünfundzwanzig Jahren generell einen allmählichen Rückgang von Gewalt aufweisen.

Im Rahmen einer Studie, die 2016 von Professor Mike Aamodt an der Radford University in Virginia geleitet wurde, entstand eine Datenbank, die die letzten hundert Jahre umfasst. Ihr zufolge wurden im Jahr 2015 in den USA neunundzwanzig Serienmörder:innen gefasst, gegenüber einem Spitzenwert von einhundertfünfundvierzig während der 1980er-Jahre.² Einige FBI-Studien, die ich gesehen habe, beziffern diese Zahlen viel höher (über viertausend im Jahr 1982, zum Beispiel)³, was die Schwierigkeit der Datenerfassung und das Fehlen universeller Kriterien für den Vergleich unterstreicht. Trotzdem legen alle Quellen, die ich gefunden habe, nahe, dass die Anzahl der Serienmorde rückläufig ist. Ein Teil dieses Verdienstes ist den verbesserten Ermittlungs- und Überwachungsmethoden sowie den von verschiedenen Strafverfolgungsbehörden eingerichteten Spezialeinheiten zur Untersuchung und Abschreckung der Täter:innen zu

verdanken. Ein weiterer wichtiger Faktor ist wahrscheinlich die weit verbreitete Nutzung von Mobiltelefonen und Sozialen Medien, die es Menschen (Opfern wie Täter:innen) erschwert, spurlos unterzutauchen.

Die Strafverfolgungsbehörden veröffentlichen keine länderspezifischen Vergleichslisten von Serienmörder:innen, aber aus der oben erwähnten Radford-Studie geht hervor, dass die USA mit einem beträchtlichen Vorsprung an der Spitze stehen und fast 70 Prozent aller bekannten Serienmörder:innen der Welt stellen. Dies wird von anderen Quellen, die ich mir angesehen habe, von Wikipedia bis hin zu verschiedenen journalistischen Arbeiten, bestätigt. England nimmt mit 3,5 Prozent den zweiten Platz ein, Südafrika und Kanada folgen mit jeweils etwa 2,5 Prozent, und China mit seiner weitaus größeren Bevölkerung ist mit nur etwas mehr als 1 Prozent an der Gesamtzahl beteiligt. Ich weiß nicht, warum die USA die Liste auf diese Weise anführen, aber es gibt viele Theorien, die von fehlender Waffenregulierung über eine dezentralisierte Strafverfolgung bis hin zu dem in Amerika besonders stark ausgeprägten Individualismus reichen. Es kann aber auch gut sein, dass die Amerikaner:innen diese Täter:innen dank einer freien Presse und einer relativ transparenten Regierung einfach besser aufspüren und uns davon berichten. Aber die Zahl der Serienmörder:innen, die in den USA pro Jahr gefasst werden, ist im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung des Landes von über dreihundert Millionen Menschen immer noch winzig und wird überdies von den »gewöhnlichen« Mordfällen in den Schatten gestellt. In großen amerikanischen Ballungszentren wie Chicago oder New York gelten vierhundert Morde im Jahr als unauffällig. Im Gegensatz dazu entspricht diese Zahl zwei Dritteln der jährlichen Mordrate in ganz England und Wales zusammen.

Als ich Tony kennenlernte, wusste ich, dass Broadmoor schon mehrere Serienmörder:innen aufgenommen hatte, Menschen, die von der Boulevardpresse mit Pseudonymen wie »Ripper« oder »Strangler« bedacht worden waren. Obwohl die meisten psychisch kranken Mörder und Mörderinnen, die in unsere forensische Klinik eingewiesen worden waren, nur ein einziges Opfer umgebracht hatten, trugen diese wenigen

Wiederholungstäter:innen dazu bei, dass Broadmoor in der Öffentlichkeit als düsteres Sammelbecken von etwas unaussprechlich Bösem galt. Ich kannte diesen Ruf. Er wurde durch das Erscheinungsbild des Gebäudes, eine viktorianische Festung aus rotem Backstein, noch verstärkt, obwohl Modernisierungsprozesse bereits in Gang waren, als ich 1996 meine Arbeit dort aufnahm. Ich erinnere mich, wie beeindruckt ich anfangs von den scheinbar unzähligen Türen, Schleusen und Toren war. Man brauchte ein komplexes Sortiment an Schlüsseln, die jeden Morgen beim Sicherheitsdienst abgeholt werden mussten und die ich an einem großen, schweren Ledergürtel stets bei mir trug. Anfänglich war es umständlich, aber ich gewöhnte mich daran. Ich entwickelte sogar eine sentimentale Zuneigung für den extragroßen Gürtel, den ich bekam, als ich mit meinem ersten Kind schwanger war, und habe ihn bis heute behalten.

Das Innere der Anlage erinnerte mich mit seinen verschiedenen Gebäuden und Verbindungswegen anfangs an einen Universitätscampus. Es gab sorgfältig gepflegte Gärten und blühende Bäume. Das Beste von allem war die Terrasse, die einen herrlichen Blick auf vier Grafschaften bot. Ich hielt es immer für eine außerordentliche Geste der Großzügigkeit, diesen Männern und Frauen einen Ort zur Verfügung zu stellen, an dem sie sich frei bewegen konnten, mit einer Perspektive, die zum Nachdenken und zur Hoffnung anregte. Das Gelände war von hohen roten Backsteinmauern umgeben. Für mich waren sie eine nützliche Trennwand zwischen meinem privaten und meinem beruflichen Leben. Sie machte es mir möglich, die Arbeit jeden Abend hinter mir zu lassen und sie bis zu meiner Rückkehr sicher aufgehoben zu wissen.

Am ersten Sitzungstag mit Tony kam ich extra früh, um mich beim Stationspersonal anzumelden und mich zu vergewissern, dass niemand den Raum, den ich reserviert hatte, für sich beanspruchte. Wie in allen Krankenhäusern, in denen ich bisher gearbeitet hatte, gab es in Broadmoor nicht genügend Therapieräume, sodass man immer um seinen Platz kämpfen musste. Außerdem wollte ich das Zimmer so gestalten, wie es mir vorschwebte: die Stühle weit auseinander, der des Patienten am Fenster und meiner in der Nähe der Tür. »Der Klient darf niemals den Zutritt zum