

Reinmar du Bois

Externe Supervision wird im Maßregelvollzug überall praktiziert, aber in der Literatur kaum erwähnt oder kritisch reflektiert. Supervisoren müssen unabhängig von der klinischen Leitung agieren, aber werden dennoch Zeugen und Teilhaber wichtiger therapeutischer und sogar juristischer Entscheidungen. Typische Erwartungen und Übertragungsprozesse müssen vom Supervisor durchschaut werden, werden aber meist nicht offen angesprochen. Der Aufsatz referiert Techniken, die sich bei der Supervision professionell gemischter forensischer Teams bewährt haben, und beschäftigt sich abschließend mit häufig wiederkehrenden Themen und Grundkonflikten der forensisch therapeutischen Arbeit. Es handelt sich hier um das Problem der fehlenden Freiwilligkeit, um die Notwendigkeit, die Biografie der Täter in Bezug zur Tat zu setzen und auch in Bezug zum Verlauf der Therapie. Es handelt sich weiter um die lange Dauer der Behandlungen und schließlich um die Frage, wie die Dreiecksbeziehung zwischen Klinik, Patient und Justiz gestaltet werden kann.

**Schlüsselwörter:** Externe Fallsupervision, Maßregelvollzug, Übertragungsbeziehung

### External Supervision in Secure Forensic Hospitals

External supervision is common practice in secure hospitals, yet little is written about it. The external supervisor must stay clear of clinical responsibility, but witnesses and partakes in important therapeutic and legal decisions. Typical expectations and transference processes towards the supervisor have to be identified, but often remain undisclosed. The paper describes techniques found to be suitable for the supervision of multi-professional forensic teams. Finally the paper deals with recurring topics and basic conflicts of forensic therapeutic work: how to deal with the lack of voluntariness, how to bridge the gap between biography and crime, how to recover appropriate biographical links in the course of treatment, how to cope with the indefinite duration of treatment and how to shape the triangular relationship between therapist, patient and criminal justice system.

**Key words:** External supervision, forensic psychiatry, transference

### Einleitung

Die Tatsache, dass externe Fallsupervision im Maßregelvollzug breit praktiziert und unbestritten als wichtiges Merkmal der Prozessqualität erachtet wird, kann nicht über die vielen offenen Fragen hinwegtäuschen, welche sich aus der alltäglichen Praxis dieser Form der Supervision ergeben, die ja – anders als Formen der sogenannten Intervision – nicht aus der Mitte der eigenen Organisation geleistet wird. Die supervidierte Klinik setzt ihren Fuß gewissermaßen vor die eigene Tür und setzt sich den Blicken anderer, Außenstehender, aus. Der Supervisor schaut – in umgekehrter Richtung – in die Klinik hinein. Dieser Prozess verlangt gegenseitiges Vertrauen, Verständnis für die besonderen Arbeitsbedingungen in forensisch-psychiatrischen Settings und sogar eine gewisse Affinität des Denkens zwischen Supervisor und Supervisand. Gleichzeitig sollten sich beide in keiner Abhängigkeit zueinander befinden, klare Grenzen ihrer jeweiligen Zuständigkeit ziehen und die Verschiedenheiten anerkennen, wo immer diese sichtbar werden. Die hier skizzierten Anforderungen zeigen bereits, an welchen Sollbruchstellen sich die externe Supervision bewähren muss oder misslingen kann.

Die externe Fallsupervision in forensischen Kliniken ist bislang nur ungenügend beforscht und kaum kritisch befragt worden. Eine zentrale Frage betrifft die Rolle des Supervisors bei therapeutischen Entscheidungen. Der forensische Supervisor wird zum Zeugen und Teilhaber von Entscheidungsprozessen, die nur von der Klinikleitung zu einem Ergebnis geführt werden können, nicht zuletzt, weil sie in einem juristischen Kontext, quasi außerhalb der Therapie, vertreten werden müssen. Eine

andere Frage betrifft die Methode und das Thema der Supervision. Die Methode schwankt zwischen Fallanalyse, berufsrollenspezifischer Selbsterfahrung mit Übertragungsanalyse und fachlicher Weiterbildung in seminaristischer Form. Thema und Gegenstand der Supervision können Interaktionen Einzelner mit einem Patienten wie auch die Interaktion aller mit einem Patienten sein.

Die thematische und methodische Freiheit des externen Supervisors kann als dessen Vorzug, aber auch als dessen Schwäche angesehen werden. Um allzu große Beliebigkeit oder Konfusion zu vermeiden, könnten sich Anbieter von Supervision und deren Nutzer vorab auf ein bestimmtes Konzept und auf bestimmte Regeln und Grenzen verständigen. Gerade weil der Supervisor jedoch entschieden von außen kommen und die Rolle eines »Jokers«, also eines freien und ungebundenen Mitspielers und Ratgebers, einnehmen soll, wird gerne auf solche Festlegungen verzichtet – mit der Folge, dass die hinter dem Verzicht verborgen liegenden Erwartungen und Übertragungen unausgesprochen bleiben.

### Auf den Supervisor gerichtete Erwartungen und Übertragungen

Weil nun der Supervisor zumeist keinen im Voraus definierten und stets gleichen Arbeitsplan verfolgt, muss er bei jeder Veranstaltung die Interessenlage der Teilnehmer erneut ausloten. Möchte das Team das (schwierige oder widerspruchsvolle) Verhalten eines Patienten besser »verstehen« und dessen Motive durchschauen? Möchte das Team spekulieren, ob von einem Patienten trotz dessen Zwangslage ein Minimum an Mitarbeit

und Motivation zu erwarten ist? Möchte sich das Team über die objektive Gefährlichkeit eines Patienten klar werden oder kann sich das Team damit begnügen, die subjektive Seite, also die fantasierte Gefährlichkeit in der Gegenübertragung anzuschauen und auf diese Weise neue Sicherheit im therapeutischen Verhalten gewinnen oder auch nur einen schwierigen Patienten besser ertragen oder auf neue Ideen für die Therapieplanung kommen? Ist das Team gemeinsam mit Therapeuten und Klinikleitung gerade dabei, Entscheidungen vorzubereiten (Lockerungen, Therapeutenwechsel, Verlegungen, Entlassungen), und möchten sie sich darüber klar werden, an welchem Punkt dieses Entscheidungsprozesses sie angelangt sind? Möchte das Team eine interne Meinungsverschiedenheit, Unschärfe oder Divergenz in der Einschätzung eines Patienten überwinden, und sieht es im Supervisor den scharfen Diagnostiker oder sogar »Schiedsrichter«, der entscheidet, wer im Besitz der besseren Erkenntnis ist?

Die *Übertragungsbeziehung* zum Supervisor ist stets eine Gemengelage aus Neugier, Anlehnungsbedürfnissen und Skepsis. Das Spektrum narzisstischer Übertragungen reicht von Hochachtung bis zu Verächtlichkeit. Der Supervisor wird bisweilen als väterliche oder mütterliche Figur erlebt, die Empathie und Verständnis zeigt und Anerkennung zollt. Die Supervision imponiert bisweilen als Orakel, d. h. aus der Gedankenwelt des Supervisors treten scheinbar neue vielversprechende Ideen oder Ahnungen hervor. Ein besonders ideenreicher Supervisor kann sich dabei freilich dem Verdacht aussetzen, er meine, alles besser zu wissen. Andere Nutzer halten entgegen, der Supervisor wisse nicht im Mindesten, wie es in der Einrichtung wirklich zugehe, stehe also weit abseits der Behandlungsrealität. Manipulativ gewendet, wird dem Supervisor bisweilen nur deshalb Beifall gezollt, weil er einer bestimmten, von Teilen des Teams vertretenen Meinung beipflichtet. Der Supervisor kann auch als Kritiker und Gegner empfunden werden, dem folglich Informationen vorenthalten werden und der bestenfalls zu Meinungen hinzuführen ist, die in der Institution ohnehin vertreten werden.

Nur ein innerlich gereiftes und autonomes Team kann die genannten Übertragungseffekte und Gebrauchsformen der Supervision im Gleichgewicht halten und der Tätigkeit eines Supervisors Sinn und Wert abgewinnen, obwohl oder gerade weil dieser sich aus den dienstlichen Belangen der Klinik heraushält und obwohl er – in diesem Sinne – das Team bei der faktischen Erprobung und Umsetzung neuer Ideen im Stich lässt. Die kreative Entfaltung der Supervision würde aber unnötig eingeschränkt, wenn der Supervisor seine Abstinenz ständig betonen und die Autonomie und die Kritikfähigkeit der Nutzer ständig laut beschwören würde. Es genügt, wenn der externe Supervisor alles unterlässt, was die Teilnehmer suggestiv vereinnahmen, ihre Autonomie beeinträchtigen oder als Einmischung in die interne Zuständigkeit verstanden werden könnte.

### Die Technik der Supervision

Im Ablauf einer Supervision können hilfsweise *drei Phasen* unterschieden werden. In der *ersten Phase* wird das Thema der Supervision vorgestellt oder erarbeitet. Das Team erbringt für diesen Teil der Supervision oft Vorleistungen. Es verfolgt einen Plan. Die Teammitglieder entscheiden, welchen Patienten sie »vorstellen« möchten. Jemand macht zu Beginn der Supervision Ausführungen über den Patienten. Dabei werden biografische Daten, das Verhalten auf der Station oder das Delikt rekapituliert. Sowohl der Supervisor wie auch die übrigen Teilnehmer

stellen diesbezügliche Fragen oder schildern weitere Details, die den Patient skizzieren und charakterisieren sollen. Am Ende der ersten Phase sollte die Diskussion so weit gelangt sein, dass der Supervisor weiß, welches Anliegen die Gruppe mit der Supervision verfolgt. Der Supervisor sollte den Verlauf einer vorausgegangenen Diskussion verstehen können. Die Erwartung an die Supervision geht dahin, dass diese Diskussion wieder aufgenommen, auf ein höheres Reflexionsniveau gehoben oder sogar abgeschlossen werden kann.

Hierzu strebt der Supervisor in der *zweiten Phase* einen offenen Austausch von Eindrücken und Meinungen an. Manchmal ist es mühsam, einen solchen Diskurs in Gang zu bringen. Die zugrunde liegende Abwehrhaltung kann sich auf den vorgestellten Patienten oder auf Teammitglieder beziehen, die den Patienten vorstellen wollen. Auch diese repräsentieren jedoch einen Aspekt des Patienten. Auf diesen Aspekt, nicht auf die Person des Vortragenden stellt die Fallsupervision ihren Fokus ein. In anderen Fällen ist der Supervisor statt mit Inaktivität mit der besonderen Produktivität einer Gruppe konfrontiert, die es in konstruktive Bahnen zu lenken gilt. Hierbei kann und darf sich der Supervisor in seiner Rolle als Diskussionsleiter direktiv verhalten. Er kann auch Übertragungseffekte nutzen, zum Beispiel, indem er eine interne Diskussion auf sich selbst lenkt. Eine wichtige Steuerungsmöglichkeit besteht darin, Übertragungen auf sich selbst zu deuten. Dies empfiehlt sich vor allem, wenn es zu Übertragungen kommt, die den Diskussionprozess nicht begünstigen, sondern blockieren.

Der Supervisor hat auch die Möglichkeit, sich auf die gleiche Stufe mit den anderen Teilnehmern zu stellen und an der Diskussion auf gleicher Ebene zu beteiligen. Er kann dabei Meinungen vortragen, die theoretisch von (abwesenden) Gruppenmitgliedern stammen könnten, gewissermaßen zur Vervollständigung des Meinungsbildes. Der Supervisor wird diese Technik anwenden, wenn ihm die Diskussion thematisch zu eng oder zu wenig kontrastreich erscheint. Er kann also versuchen, mit eigenen Beiträgen Impulsgeber oder Katalysator für das Gruppengespräch zu werden. Der Supervisor kann hierzu auch die Beiträge anderer Teilnehmer durch eigene Kommentare verstärken, verdeutlichen oder überzeichnen. Sogar dann, wenn der Supervisor in einer ausreichend spontanen Diskussion ausschließlich als Zuhörer fungiert, kann er auf die Gruppe noch stimulierend wirken. Der Reiz für die Supervisionsteilnehmer liegt darin, dass sie ihren (alten) Diskurs vor einem wichtigen Zeugen und Zuschauer wiederholen, sich hierbei von außen wahrnehmen und neue Spielräume im eigenen Handeln entdecken.

In der *dritten abschließenden Phase* zieht der Supervisor den Diskussionsprozess an sich und formuliert Thesen, die sich im günstigsten Fall so weit aus der Diskussion herausheben, dass sie nicht direkt wieder von der Diskussion absorbiert werden können. Solche Thesen haben beispielsweise den Charakter von Zusammenfassungen, Ausdeutungen und theoretischen Entwürfen. Sie können sich mit der Dynamik der Supervisionsstunde, der Psychodynamik des Patienten oder den Befindlichkeiten im Behandlerteam beschäftigen – ebenfalls mit Bezug auf den konkreten Patienten. Die Schlussphase kann den Charakter eines Kurzreferats annehmen und dabei einem Fallseminar mit Weiterbildungscharakter nahekommen. Der Supervisor hat während der zweiten Phase der Supervision genug Zeit, darüber nachzudenken, in welcher Richtung er sich am Ende die »Deutungshoheit« über den Fall sichern will.

Bei seinen eigenen Ausführungen sollte sich der Supervisor nicht unmittelbar an den Argumenten und Sprachregelungen

der Klinik orientieren, sondern möglichst eine Metasprache wählen oder Argumente verwenden, die schief und quer zu den gewohnten Entscheidungskriterien verlaufen. Anderenfalls würde dem Missverständnis Vorschub geleistet, die Gedanken des Supervisors ließen sich ohne Weiteres in klinische Entscheidungen umsetzen. Wenn die externe Supervision tatsächlich dazu genutzt wurde, wichtige interne Entscheidungen vorzubereiten, muss ausdrücklich an den Unterschied zwischen unverbindlicher Reflexion und verbindlichem Handeln erinnert werden.

### **Wiederkehrende Themen und Grundkonflikte der Arbeit mit forensischen Patienten**

#### **Unfreiwilligkeit und Therapiemotivation der Patienten**

Alle Patienten der forensischen Psychiatrie unterziehen sich der Maßnahme unter dem Druck der Justiz. Teilweise stehen sie aber auch subjektiv unter dem Eindruck ihrer Gefährlichkeit und sehen in der Klinik das Gegenüber, das ihnen bei der Kontrolle gefährlicher eigener Anteile hilft. Sie sehen in der geschlossenen Station den Container, der mithilft, einen inneren Zustand, der sonst nicht »(aus)haltbar« wäre, zu beherrschen. Eine andere typische Haltung, mit der die therapeutische Zusammenarbeit vorläufig gesichert wird, besteht darin, die Tatsache der Freiheitsbeschränkung stillschweigend zu akzeptieren und Gesprächsthemen aufzusuchen, bei denen der Komplex ausgeklammert werden kann. Der wichtigste »symbolische« Platzhalter für alle Fragen der Akzeptanz der Therapie und der Einsicht in die eigene Gefährlichkeit sind die Ausgangsregelungen und Lockerungen. Natürlich kann die Bearbeitung auch dieses Themas in den Dienst massiver Leugnung gestellt werden. So können Verhandlungen über Lockerungen in die Erörterung einer abstrakten Gerechtigkeit münden oder auch in verschiedene psychopathologische Richtungen entgleisen – paranoid, dissoziativ oder depressiv. Die Therapeuten sind gefordert, in diesem großen Agierfeld immer wieder Räume zu öffnen, in denen die Patienten innehalten und nachdenken können.

#### **Die Tat und die Person des Täters im Lichte der Biografie**

Verschiedene Faktoren auf dem Lebensweg straffälliger Patienten führen dazu, dass sie weniger Bereitschaft mitbringen, sich mit ihren inneren Schwierigkeiten auseinanderzusetzen. Wichtige Ankerpunkte für die therapeutische Arbeit sind daher zunächst und immer wieder die erwähnten Verhandlungen über konkrete Bedingungen des Aufenthaltes im Maßregelvollzug und das soziale Miteinander auf der Station. Die Bearbeitung der Tat entwickelt sich als Nächstes zum Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit. Hinter diesen Themen tritt die Bearbeitung der Biografie entweder ganz zurück oder aber sie rückt nach anfänglichen Versuchen bei längeren Aufenthalten wieder in den Hintergrund. Ohnehin gelingt es während der biografischen Arbeit nur wenigen Patienten aus eigener Kraft, die alles entscheidenden frühen Jahre ihres Lebens wachzurufen. Gerade bei Patienten, die sich bereits seit mehreren Jahren im Maßregelvollzug aufhalten, schrumpfen die biografischen Erkenntnisse auf die stereotype Wiederholung weniger Deckerinnerungen zusammen. Die biografische Neugier des externen Supervisors, der einen Langzeitpatienten näher kennenlernen will, obwohl dieser dem Team nur allzu vertraut ist, regt dazu an, das Interesse an der Biografie zu erneuern. Alte Fragen zu wichtigen Lebensereignissen und zu den frühen signifikanten Beziehungen warten darauf, neu gestellt zu werden. Sogar die nächsten Angehörigen aus der Kindheit, vor allem die Eltern, stehen bereit, sich nochmals fragen zu lassen und die frühen Jah-

re ihrer Elternschaft noch einmal zu vergegenwärtigen. Mit biografischen Erkenntnissen lassen sich vertiefte Hypothesen zur psychischen Entwicklung und zu den frühen Dimensionen des Temperaments generieren. Hier lassen sich auch traumatische Lebensumstände aufspüren oder errahnen. Von dort ergeben sich Querverbindungen zur Delinquenz und zur Indexstat. Die zeitlichen und inhaltlichen Koordinaten der Therapie werden erkennbar und können der Biografie zugeordnet werden.

#### **Die Dauer der Behandlungen**

Ein Überblick ergibt, dass sich die Teilnehmer der Supervision immer wieder mit der Länge der Behandlungen und deren bisweilen unabsehbarer Dauer auseinandersetzen. Die Auseinandersetzung variiert je nach dem Zeiterleben, der persönlichen Zeitstrukturierung, dem Lebensalter und der Lebenserfahrungen der Mitarbeiter und der Patienten. Angesichts der langen Behandlungen droht das therapeutische Geschehen im Hier und Jetzt oder in ewigen Wiederholungen derselben krisenhaften Muster stecken zu bleiben. Der zeitliche Überblick geht verloren. Es entsteht der Eindruck von Sinnlosigkeit und Stillstand. Oder aber die erreichbaren Ziele erscheinen banal.

Nicht alle Patienten, die lange Zeit im Maßregelvollzug verbringen, vermitteln den Eindruck von Unendlichkeit in gleicher Art und Intensität. Die Supervision kann biografische Ankerpunkte aufsuchen und den Befund der Endlosigkeit in Richtung auf den einzelnen Patienten und dessen interpersonelle Dynamik auflösen, dabei auch die Wiederholung traumatischer Muster identifizieren. Depressive Patienten erzeugen besonders intensive Erfahrungen des Stillstandes und des Verlustes zeitlicher Orientierung. Das Einfrieren der Zeit und die Verweigerung jeglichen Fortschrittes kann einen Patienten davor bewahren, traumatisches Material bewusst werden zu lassen oder weitere Objektverluste zu erleiden. Die ständige Klage über ein Gefühl der Langeweile kann der Abwehr eines bedrohlichen inneren Aufbruchs dienen. Solange die Betreuer die Qual der Langeweile mit ihren Patienten teilen, teilen sie unbewusst auch deren Angst vor einem Kontrollverlust.

Bisweilen dient der lange Aufenthalt der Bewältigung eines anders kaum auflösbaren intrapsychischen Problems. In anderen Fällen hat die lange Hospitalisierung Effekte hervorgebracht, die an die Stelle der ursprünglichen Pathologie gerückt sind und diese maskieren. Dabei muss sich die forensische Psychiatrie immer wieder mit Patienten auseinandersetzen, deren Lebensbezüge außerhalb der Klinik restlos weggebrochen sind und deren soziales Leben neu und gewissermaßen aus dem Nichts vor Ort erschaffen werden muss. Die Klinik kann wider besseres Wissen in eine Rivalität mit den Angehörigen geraten und mit diesen darum streiten, wie der Patient seinen künftigen Lebensweg gestalten soll. Bezeichnend für diese Fälle ist, dass weniger die konkrete Gefährlichkeit als die Unmöglichkeit eines Lebens außerhalb der Klinik zum zentralen Problem wird. Diese Patienten ziehen selbst keinen Lebenszweck als jenen des Maßregelvollzugs mehr in Betracht, überantworten damit ihre gesamte Existenz den Therapeuten der Klinik. Die Therapeuten geraten in die Position und Verantwortung, die sonst nur engsten Familienangehörigen zusteht. Sie müssen erkennen, dass der ursprüngliche gerichtliche Therapieauftrag nie erledigt und doch längst ad absurdum geführt wurde.

## Der Sicherungsauftrag und die Justiz als Auftraggeber

Die therapeutischen Teams im Maßregelvollzug gelangen in aller Regel – getragen vom intensiven persönlichen Umgang – zu einer eigenständigen, von Wohlwollen geprägten Haltung zu ihren Patienten. Diese Haltung kontrastiert positiv zu dem hohen Maß an öffentlichen Vorurteilen, rechtlichen Verurteilungen und sozialen Stigmatisierungen, denen die forensischen Patienten allgemein ausgesetzt sind. Forensische Behandlungsteams wehren sich auch gegen das öffentliche Verlangen, psychisch kranke Straftäter seien vor allem zu sichern und zu verwahren, und nehmen ihren therapeutischen Auftrag ernst. Nicht zu übersehen ist freilich, dass sich forensische Therapeuten ihre positive Grundhaltung und ihr Zutrauen nicht zuletzt deshalb leisten können, weil sie auf die Sicherungsvorkehrungen der Klinik vertrauen können. Diese Sicherheit wird stillschweigend vorausgesetzt.

Vor dem Hintergrund der ohnehin stets vorhandenen Sicherung ist schwer zu ermessen, wie stark die Mitarbeiter – in der Art einer doppelten Buchführung – dennoch von der geringen Berechenbarkeit ihrer Patienten überzeugt bleiben und insofern für die Sicherheit im konkreten Fall auch dankbar und mit ihr einverstanden sind. Der hohe – und in letzter Zeit immer höhere – Sicherheitsstandard fließt als wichtige Variable der Behandlungen selten in die Supervisionen ein, obwohl offensichtlich ist, dass dieser Umstand die Patienten und deren Betreuer gleichermaßen irritiert.

Stets steht über der forensisch therapeutischen Arbeit die Drohung, dass ein Missgeschick und eine Fehleinschätzung bei Lockerungen oder ein »Ausbruchversuch« die weitere therapeutische Arbeit vereiteln und disqualifizieren könnte, sowohl die Arbeit mit einzelnen Patienten wie auch die Arbeit im Gesamtrahmen der Klinik. In solchen Situationen erleben die Mitarbeiter, dass vonseiten der Justiz in ihre Arbeit hineinregiert wird. Bemerkenswert ist, dass diese Umstände selten in den Supervisionen erörtert werden, obwohl sie allgegenwärtig sind.

Die Auseinandersetzung mit dem juristischen Auftraggeber – in Schriftverkehr, in Gutachten und in Stellungnahmen – ist so präsent, dass es nicht zu weit gegriffen erscheint, die Justiz als unsichtbaren Dritten zu bezeichnen, der in den Therapiestunden, auf den Stationen und letztlich sogar in den Supervisionen virtuell anwesend und einbezogen ist. Die Justiz als »extramuraler« Dritter darf natürlich nicht als Störfall der forensischen Therapie angeprangert werden. Die Justiz ist unverzichtbarer Teil des therapeutischen Prozesses und verleiht diesem erst die reale Grundlage und Legitimation. Die extramurale juristische Instanz wird im günstigen Fall sogar als Garant von Sicherheit erlebt: als Schutz vor lähmenden und die Interaktion verzerrenden Gegenübertragungen des Teams auf besonders gefährliche Patienten.

In ungünstigen Fällen gerät die Dreiecksbeziehung zwischen Klinik, Patient und Justiz freilich aus dem Gleichgewicht. Ein psychisch akzentuierter, aber überwiegend delinquent agierender Patient kann – wiewohl in der Klinik gesichert und eingeschlossen – zum »ausgeschlossenen« Dritten werden. Hier wird die Partnerschaft der Klinik mit der Justiz zur dominanten Achse. Die Klinik kommt nicht umhin, die Justiz immer wieder einzuschalten und muss juristischen Sanktionen den Vortritt gegenüber therapeutischen Erwägungen geben, bis sie diesen Patienten gänzlich »aufgibt« und an die Justiz überantwortet.

Umgekehrt kann sich ein therapeutisches Bündnis der Klinik mit einzelnen Patienten besonders eng und gleichsam konspi-

rativ entwickeln, wobei die Justiz schließlich als Außenfeind wahrgenommen wird. Ausgangspunkt einer solchen »Verschwörungsfantasie« ist der berechtigte Wunsch, ein Patient möge auf weitere Fluchtversuche und Regelverletzungen verzichten, damit die Justiz keinen Grund hat, in die Arbeit der Klinik störend einzugreifen und diese sich auf die Therapie des Patienten konzentrieren kann.

In allen Konstellationen forensischer Psychotherapie existieren somit drei Mitspieler. Jeder dieser Mitspieler muss sich der Mitwirkung der anderen beiden vergewissern. Die externe Supervision ist besonders geeignet, Verschiebungen im Gleichgewicht dieser Dreiecksbeziehung aufzuspüren, sei es, dass die Therapie geneigt ist, sich mit einem (gut behandelbaren) Patienten gegen die Justiz zu verbünden, sei es, dass sich die Klinik angesichts eines gefährlichen, aber schlecht behandelbaren Patienten mit der Justiz verbündet und den Patienten dabei aufgibt. Schließlich kommt es sogar vor, dass die Klinik in die Position des Ausgeschlossenen gerät und ihre Handlungsmöglichkeiten verliert. Dies ist der Fall, wenn ein Patient mit Erfolg immer wieder seine antisoziale Identität unter Beweis stellt und somit die Justiz auf den Plan ruft und mit dieser in Dauerfehde gerät. In solchen Fällen geht die Klinik mit ihren therapeutischen Angeboten leer aus. Sie erhält am Ende weder von der Justiz noch vom Patienten ein überzeugendes Mandat und erfüllt allenfalls noch die Funktion des Platzhalters für eine Haftstrafe.

## Fazit

Ein Supervisor, der, wie hier empfohlen, die Dreiecksbeziehungen mit der Justiz und das darin eingebettete Wirken der forensischen Therapie von außen beobachtet und bewertet, aber nicht selbst Teil dieser Dynamik ist, kann neue Kräfte zur Reflexion und Selbstmotivation mobilisieren. Mit seiner Hilfe können die im Maßregelvollzug beruflich Tätigen ihren Standort gegenüber den Patienten und gegenüber der Justiz genauer bestimmen. Auf diesem Wege verstehen sie besser, unter welchen Voraussetzungen und warum sie handlungsfähig sind und erkennen das Besondere und den Sinn ihrer anspruchsvollen Arbeit.

## Literatur

- HINSELWOOD RD (1993) Locked in a role: a psychotherapist within the social defence system of a prison. *Journal of Forensic Psychiatry* 4: 427–440
- MCGAULEY G, HUMPHREY M (2003) Contribution of forensic psychotherapy to the care of forensic patients. *Advances in Psychiatric Treatment* 9: 117–124
- NORTON K, MCGAULEY G (2000) Forensic Psychotherapy in Britain: its role in assessment, treatment and training. *Criminal Behaviour and Mental Health* 10: 282–290
- ROGERS P, TOPPING-MORRIS B (1997) Clinical Supervision. *Nursing Management* 4: 13–15

## Anschrift des Verfassers

*Olgahospital*  
*Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie*  
*und Psychotherapie*  
*Bismarkstr. 8*  
*70176 Stuttgart*  
*r.dubois@olgahospital.de*