

Besonderheiten der Behandlungsbedingungen bei der übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) persönlichkeitsgestörter Delinquenten

Fritz Lackinger und Gerhard Dammann

Es entspricht einer offenbar bereichs- und schulenübergreifenden Erfahrung in der Psychotherapie, dass Patienten, die in hohem Maße zu Impulsivität und zum Agieren innerer Konflikte neigen, auch gefährdet sind, die Rahmenbedingungen ihrer Therapie zu sprengen und sich dadurch selbst zu gefährden. Daraus wurde von verschiedenen Seiten die Notwendigkeit abgeleitet, entscheidende Rahmenbedingungen und Therapieregeln »vertraglich« zwischen Patient und Therapeut zu vereinbaren. Diskussion und Einigung auf bestimmte Standards und Regeln in Bezug auf die geplante Therapie scheint die Fähigkeit dieser Patienten zu verbessern, in Therapie zu bleiben und von dieser zu profitieren. In der vorliegenden Arbeit wird die Vorgehensweise in Bezug auf therapeutische Vereinbarungen in der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP – transference focused psychotherapy) nach Clarkin, Kernberg und Yeomans ausführlich dargestellt. Es wird erläutert, wie die forensische Psychotherapie begonnen hat, sich für TFP zu interessieren und diese bei delinquenten Patienten anzuwenden. Das Besprechen und Erarbeiten eines Therapievertrages mit forensischen Patienten weist einige Besonderheiten gegenüber den üblichen »Vertragsverhandlungen« als Vorbereitung einer nicht-forensischen übertragungsfokussierten Psychotherapie auf. Diesen Besonderheiten wird nachgegangen, wobei insbesondere das Versäumen von Therapiesitzungen, das Agieren außerhalb der Therapie, das Trivialisieren und die Thematisierung des Deliktes als vertragsrelevante Themen besprochen werden.

Schlüsselwörter: Therapievertrag, Therapievereinbarung, Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP), psychodynamische forensische Psychotherapie, Verschwiegenheit

Transference focused psychotherapy for offenders with personality disorders

A common experience across psychotherapy schools is that patients who strongly tend towards impulsivity and acting-out of inner conflicts, are at risk to break up the framework of their therapy and thus to jeopardize themselves. Hence it has been suggested to agree structural conditions and rules in a »contractual« manner between the patient and the therapist. Discussion of and agreement on specific standards and rules in relation to the planned therapy seems to improve the capability of these patients to remain in therapy and gain something from it. The paper describes the procedure for therapeutic agreements in transference focused psychotherapy (TFP) as developed by Clarkin, Kernberg and Yeomans. It is clarified, how forensic psychotherapy became interested in TFP and began to apply it to delinquent patients. The discussion and elaboration of a therapy contract with forensic patients shows some peculiarities in comparison to conventional »contract negotiations« as preparation to a non-forensic transference focused psychotherapy. These peculiarities are explored, whereby in particular the missing of therapy sessions, acting out outside the therapy, trivialising the contents of the therapeutic dialogue and talking about the offence are discussed as contract relevant themes.

Key words: Forensic psychotherapy, transference, treatment contract, confidentiality

Einleitung

Es gibt eine interessante Parallelentwicklung zwischen der allgemeinen Psychotherapie von Borderline-Patienten und der Psychotherapie von bestimmten Gruppen von Straftätern. In beiden Gebieten findet man, dass den Vereinbarungen (Therapieverträgen) zwischen Therapeut und Patient vor Beginn der eigentlichen Therapie eine steigende Bedeutung zugemessen wird. Relativ unabhängig voneinander hat sich in der Entwicklung spezifischer Borderline-Therapien (BATEMAN & FONAGY 1999, CLARKIN et al. 1999, KERNBERG et al. 1989, LINEHAN 1993, YEOMANS et al. 1992) und in der Entwicklung der forensischen Psychotherapie (BERNER et al. 1998, HANSTEIN 1999, BREM 1999, URBANIOK 2003) die Notwendigkeit gezeigt, entscheidende Rahmenbedingungen und Therapieregeln »vertraglich« zwischen Patient und Therapeut zu vereinbaren. Dies reflektiert, dass es einer offenbar bereichs- und schulenübergreifenden Erfahrung entspricht, dass Patienten, die in ho-

hem Maße zur Impulsivität und zum Agieren innerer Konflikte neigen, auch gefährdet sind, die Rahmenbedingungen einer Therapie zu sprengen oder zu unterminieren und dadurch sich selbst oder die Therapie zu gefährden. Gleichzeitig zeigen alle einschlägigen Untersuchungen sowohl für nicht-delinquente Borderline-Patienten als auch für forensische Patienten, dass die Therapieerfolge in hohem Ausmaß damit korrelieren, inwieweit es gelingt, Patienten in einer begonnenen Therapie zu halten. Es ist ein Ergebnis der Psychotherapieforschung in diesem Bereich, dass störungsspezifische Therapien die früher z. T. sehr hohen Abbruchraten (drop-outs) reduzieren können (DAMMANN et al. 2000 a). Diskussion und Einigung auf bestimmte Standards und Regeln in Bezug auf die geplante Therapie scheint die Fähigkeit dieser Patienten zu verbessern, in Therapie zu bleiben.

In dieser Arbeit werden die Überlegungen und Kriterien, die in der so genannten Übertragungsfokussierten Psychotherapie (Transference Focused Psychotherapy [TFP]) nach CLARKIN,

KERNBERG und YEOMANS (1999) in Bezug auf Therapieverträge bzw. Therapievereinbarungen entwickelt wurden, auf notwendige Modifikationen für den forensischen Bereich hin untersucht und diese Modifikationen dargestellt.

Das Konzept der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP)

Seit 1999 gibt es das Manual zur psychodynamischen Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit von CLARKIN, KERNBERG und YEOMANS (2001 auf deutsch erschienen). Darin wird eine spezielle Psychotherapiemethode beschrieben, die *Transference-Focused Psychotherapy* (TFP).¹ Inzwischen liegen auch einige Einführungen zum TFP-Verfahren in deutscher Sprache vor (BUCHHEIM et al. 1999; DAMMANN et al. 2000 b; BUCHHEIM & DAMMANN 2000).

Diese Methode wurde besonders für die Behandlung von Patienten entwickelt, deren Störungen im DSM-IV auf der Achse II als Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen klassifiziert werden (d. h. als histrionische, narzisstische, Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörung). Die Autoren des TFP-Manuals gehen heute jedoch über die Zuordnung bestimmter deskriptiver DSM-Diagnosen zu ihrer Therapiemethode hinaus und beziehen sich auf das im engeren Sinne psychoanalytische Diagnosesystem von KERNBERG (1970, 1975), in dem zwischen einer strukturellen neurotischen, einer Borderline- und einer psychotischen Persönlichkeitsorganisation unterschieden wird. Die wenig supportive, expressive TFP wird von den Autoren als Methode der Wahl für die meisten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO) betrachtet.²

Die Grundkonzeption der Borderline-Pathologie in der Theorie Kernbergs gibt dem Affekt der Aggression, der Ich-Schwäche und der Über-Ich-Pathologie große Bedeutung. Diese Aspekte finden sich auch in der Konzipierung des therapeutischen Prozesses wieder, die im Grunde von zwei fundamentalen Prinzipien geprägt ist. Erstens braucht die Therapie mit Borderline-Patienten einen besonders klaren und starken Rahmen, damit der Tendenz zum therapiegefährdenden Agieren Grenzen gesetzt und somit die Therapie überhaupt durchgeführt werden kann. Und zweitens spielt in der Arbeit mit der Übertragung des Patienten die Aggression eine besondere Rolle, d. h. die manifeste und die latente negative Übertragung stehen zusammen mit den korrespondierenden Gegenübertragungen des Therapeuten oft lange Zeit im Vordergrund von TFP-Behandlungen.

Das Verfahren weist einige Besonderheiten auf:

- Differenzierte Diagnostik
- Therapievereinbarungen
- Thematische Hierarchien
- Abweichungen von der technischen Neutralität
- Audiovisuelle Aufzeichnungen der Therapiesitzungen
- Therapiespezifische Skala zur Bewertung der Manualtreue und Kompetenz des Therapeuten
- Supervision

Die Diagnostik zu Beginn der Therapie (genaue Anamnese der früheren Therapien und Therapieversuche sowie der früheren Suizidversuche; Vorhandensein und Ausmaß weiterer komorbider Störungen wie Depressionen, antisoziale Persönlichkeitszüge etc.) dient dazu, mögliche im weiteren Therapieverlauf auftretende Probleme zu antizipieren und hat prognostische Bedeutung. Das Vertrautsein mit der psychodynamischen Interviewtechnik des Strukturellen Interviews (Qualität der Objektbeziehungen, Realitätsverzerrungen, Identitätsdiffusion etc.) bildet auch für die Therapievereinbarungsphase und

die spätere TFP-Behandlungstechnik (Klärung, Konfrontation, Interpretation) eine wesentliche Voraussetzung.

Die Bedeutung des Rahmen drückt sich u. a. darin aus, dass die Therapie erst nach einer ausführlichen »*Vertragsverhandlungsphase*« begonnen werden darf, in der alle Regeln und potenziellen Gefahren für die Therapie besprochen und ihre Handhabung so explizit wie möglich gemacht werden müssen. Von den sieben im TFP-Manual beschriebenen Formen des so genannten taktischen Vorgehens (Regeln) beschäftigen sich die ersten vier mit diesem Aspekt. Etwa müssen bei der Auswahl des Hauptthemas in jeder einzelnen Sitzung immer zuerst die »*Behinderungen der Arbeit an der Übertragung*« berücksichtigt werden. Darunter sind nicht nur offenkundige Suizid- oder Morddrohungen zu verstehen, sondern *alle Gefährdungen der Therapie*: jede Unehrlichkeit gegenüber dem Therapeuten, jede Verletzung des Therapievertrages, Agieren innerhalb und außerhalb der Sitzungen oder die Trivialisierung der Therapieinhalte. Weiter ist es wesentlich, den *sekundären Krankheitsgewinn* von Symptomen oder Therapiearrangement auszuschalten. Schließlich wird definiert, was *technische Neutralität* ist, aber auch wo sie ihre Grenzen hat. Das Abweichen von der technischen Neutralität kommt in der TFP öfter vor als im klassischen psychoanalytischen Verfahren. Sie muss jedoch nach Überwindung der Krise durch Deutung des Geschehenen wieder hergestellt werden. Schließlich ist auch das Erarbeiten einer »*gemeinsam geteilten Realität*« (durch Klärung von Realitätsverzerrungen) ein Aspekt der therapeutischen Technik, der gewissermaßen den Rahmen sichert, in dem die eigentliche »*übertragungsfokussierte Therapiearbeit*« stattfinden kann. Nur ich-dystone Realitätsverzerrungen sind einer Deutung zugänglich.

Die Bearbeitung der Übertragung ist im TFP-Konzept von einem Überwiegen der negativen Übertragung in den frühen und mittleren Therapiephasen geprägt. Die negative Übertragung spiegelt nichts anderes wider als das Vorherrschen aggressiv getönter Objektbeziehungsrepräsentanzen gegenüber libidinös besetzten. Die Struktur der verinnerlichten Objektbeziehungen aktualisiert sich in der Übertragung. Das TFP-Manual benennt eine Reihe von *strategischen Prinzipien*, die den Umgang mit den einseitigen und rasch wechselnden Übertragungskonstellationen in Borderline-Therapien leiten sollen. Am Anfang steht immer

- 1 Es handelt sich um ein manualgeleitetes, psychodynamisches, und empirisch gestütztes Verfahren. In seinen Grundzügen wurde es bereits Mitte der 1960er von Otto Kernberg im Rahmen des Psychotherapie-Forschungsprojektes der Menninger Foundation entwickelt und in einer Artikel-Serie vorgestellt (KERNBERG 1966, 1967, 1968). Später wurde diese Therapiemethode unter den Anforderungen des Psychotherapieforschungsprogramms am New York Hospital – Cornell Medical Center, Westchester Division erstmals in ein Psychotherapie-Handbuch gegossen (KERNBERG et al. 1989, dt. 1993). In den 1990er-Jahren wurden die Forschungen zur psychodynamischen Borderline-Therapie am Institut für Persönlichkeitsstörungen des New York Presbyterian Hospital, Westchester Division, zusammengefasst, dessen Direktor Otto Kernberg seit seiner Gründung ist (YEOMANS et al. 1992, CLARKIN et al. 1999 [dt. 2001], KOENIGSBERG et al. 2000).
- 2 Die Indikation von TFP für Patienten mit BPO wird nicht als eine 100%ige verstanden. Es gibt eine kleine neurosenah Gruppe, die besser mit klassischer Psychoanalyse behandelt wird, am anderen Extrem gibt es eine Gruppe, die nur mit stützender Psychotherapie behandelt werden kann.

das Erleben und Tolerieren der Verwirrung der inneren Welt des Patienten. Dann sollen schrittweise die dominanten Muster in der Übertragung erkannt, die »Akteure« metaphorisch benannt und die Rollenwechsel gedeutet werden (zur Arbeit mit Metaphern siehe auch BRÖMMEL & DAMMANN 2004). Schließlich geht es darum, die Zusammenhänge zwischen sich gegenseitig abwehrenden Objektbeziehungsdyaden (die mit dem inneren Konflikt in Beziehung stehen) zu deuten und so die gespaltenen Teil-Selbst- und Teil-Objekt-Vorstellungen zu integrieren.

Für die TFP typisch und im Manual entsprechend ausführlich behandelt sind weiterhin das Management diverser Therapiekrisen (infolge von Suizidalität, Aggressivität, psychotischen oder depressiven Episoden, stationären Aufenthalten etc.) und die Vorgehensweisen bei gleichzeitiger medikamentöser Behandlung.

Das Interesse der forensischen Psychotherapie für die TFP

Die psychoanalytische Theorie und aus ihr abgeleitete Therapieverfahren haben in der therapeutischen Arbeit mit Straffälligen eine lange Tradition. FREUD (1916) hat mit seiner Arbeit *Der Verbrecher aus Schuldgefühl* für viele seiner Schüler und Nachfolger anregend gewirkt. AICHHORN (1925) war ein Pionier in der Arbeit mit verwahrlosten Jugendlichen. Technisch empfahl er, die Übertragung zwar zu benutzen, nämlich zur Herstellung und Festigung einer potenziell identifikatorischen Beziehung, sie aber nicht zu deuten. Damit legte er den Grundstein für eine lange Tradition, in der Delinquente eher stützend und emotional korrigierend als konfrontativ und deutend behandelt wurden. EISSLER (1949, 1953) führte nach dem Zweiten Weltkrieg diesen Gedanken weiter. Der Therapeut müsse in der Therapie mit Delinquenten eine positive Übertragung aktiv herstellen, indem er sich als Projektionsfigur für die narzisstische Omnipotenz zur Verfügung stelle. Ganz im Gegensatz zur psychoanalytischen Therapie mit neurotischen Patienten müsse man Delinquenten irgendwann einmal auch eine reale Befriedigung zukommen lassen, da nur diese als gültig anerkannt würde. Während ALEXANDER und HEALY (1935) in ähnlicher Weise eine psychoanalytisch orientierte stützende Therapie für Delinquenten propagierten, scheint GLOVER (1949, 1960) der Erste gewesen zu sein, der sowohl die negative Übertragung stärker beleuchtete als auch in bestimmten Fällen die Deutung der Übertragung bei kriminellen Psychopathen für möglich und notwendig hielt. BOWLBY (1944) erforschte die grundlegenden Zusammenhänge zwischen Deprivation und Delinquenz. WINNICOTT (1956) knüpfte daran an, ergänzte die Deprivationstheorie um die Konzepte des falschen Selbst und der antisozialen Tendenz als Zeichen der Hoffnung und stimmte im Übrigen mit allen anderen Autoren darin überein, dass die antisoziale Tendenz nicht mit klassischer Psychoanalyse behandelt werden könnte. Er befürwortete eine sehr »haltende Fürsorge«, in der das delinquente Kind nicht nur Hoffnung, sondern auch Verzweiflung erleben könne. In den 1960er-Jahren entwickelten einige holländische Psychoanalytiker psychotherapeutische Konzepte für die Behandlung von Straffälligen (GOUDSMIT 1964, HART DE RUYTER 1967), die zeitweise auch in den deutschsprachigen Ländern sehr populär wurden (REINKE 1997) und die Träger der neu entstehenden sozialtherapeutischen Anstalten in Deutschland bzw. der therapeutischen Sonderanstalten in Österreich inspirierten. SCHORSCH et al. (1985) und BERNER und KARLICK-BOLTEN (1986) sollen beispielhaft für jene analytisch orientierten Therapeuten und Forscher genannt werden, die die psychodynamische Therapie mit Delinquenten bis Mitte der 1980er-Jahre

weiterentwickelten. Obwohl ihre Untersuchungen durchaus Erfolg versprechende Resultate dokumentierten,³ scheint damit im deutschsprachigen Raum der Höhepunkt der forensischen psychodynamischen Therapie erreicht worden zu sein.⁴

In den 1970er- und 1980er-Jahren begannen v. a. in den USA verhaltenstherapeutische Behandlungsmethoden zunehmend parallel zu den psychodynamischen Ansätzen Verwendung zu finden. Über die ersten Behandlungsprogramme, die so genannten Aversionsprogramme, wurden sofort große Erfolge berichtet. »Bald merkte man aber, dass das bloße Dekonditionieren keine dauerhaften positiven Veränderungen bewirkte.« (PFÄFFLIN 2001, S. 141) Dennoch konnte die empirische Psychotherapieforschung zunächst die Glaubwürdigkeit der klassischen psychodynamischen Ansätze bezogen auf ihre Wirksamkeit unterminieren.⁵ Studien über die Rückfälligkeit von Sexualdelinquenten führten in den 1990er-Jahren zu einer wachsenden Skepsis gegenüber den »Vagheiten« der analytischen Einzeltherapien und zu einem neuen Boom an verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien. Kognitiv-behaviorale Programme hatten inzwischen die überholten Aversionstherapien abgelöst. Sie finden heute in Großbritannien und in Kanada flächendeckende Anwendung, etwa unter dem Namen SOTP (Sexual Offender Treatment Program). Seit der Jahrtausendwende werden Varianten dieser Programme auch in Deutschland und Österreich angewendet (BREM 1999, BERNER & BECKER 2001, PFÄFFLIN

- 3 LOHSE und HAUCH (1983) von der Hamburger Abteilung für Sexualforschung publizierten eine Studie über die tiefenpsychologisch-orientierte Behandlung von 86 Sexualstraftätern. Bei einem Drittel ergab sich eine deutliche Besserung des psychischen Funktionsniveaus, bei einem weiteren Drittel gab es eine leichte Verbesserung und bei einem Drittel konnte keine psychische Verbesserung konstatiert werden. Neuerliche Anzeigen gab es bei 21 % der behandelten Patienten. SCHORSCH et al. (1985) fanden eine Rückfälligkeit von 27 % bei behandelten Sexualstraftätern, was insbesondere unter dem Gesichtspunkt als Erfolg zu betrachten ist, als 21 % der untersuchten Delinquenten eine progrediente Verlaufsform zeigten. BERNER & KARLICK-BOLTEN (1986) fanden, dass behandelte Sexualdelinquenten im Durchschnitt etwa zu 28 % einschlägig rückfällig wurden, während 58 % der Unbehandelten neue Sexualdelikte setzten. Das auffälligste Ergebnis war jedoch, dass jene Sexualdelinquenten, die auf eigenen Wunsch zur Behandlung kamen, mit 18 % einschlägiger Rückfälligkeit das weitaus beste Ergebnis erbrachten.
- 4 In den angelsächsischen Ländern gibt es wieder eine verstärkte Aktivität psychodynamischer forensischer Psychotherapeuten, die sich u. a. in der Gründung der International Association of Forensic Psychotherapy (IAFP) ausdrückte, deren erster Kongress 1991 in London stattfand (CORDESS & COX 1995). Seit 1996 wird von Murray Cox bzw. seit seinem Tod von Gwen Adshead die Buch-Serie »Forensic Focus« herausgegeben, in der mittlerweile mehr als 25 Bände erschienen sind. Eine weitere Schriftenreihe (die Forensic Psychotherapy Monograph Series, verlegt im Karnac Verlag) dokumentiert diese inhaltliche Aktivität ebenfalls (KAHR 2001, DOCTOR 2003, SOCARIDES 2004).
- 5 Dies hängt u. a. auch damit zusammen, dass psychoanalytisch und psychodynamisch arbeitende Therapeuten über Jahrzehnte versäumt haben, empirische Psychotherapieforschung zu betreiben und entsprechende Ergebnisse vorzulegen. Dies wiederum führte dazu, dass ihre Arbeit in den zunehmend üblichen Metaanalysen unberücksichtigt blieb.

2001, MÜLLER-ISBERNER/GRETENKORD 2002). Die kognitiv-behavioralen Programme wurden in den letzten Jahren durch einen noch neueren Trend ergänzt. So genannte Rückfallspräventionsprogramme (RPPs) versprechen hohe Effektivität bei besonders niedrigen Kosten (PFÄFFLIN 2001). Langzeitpsychotherapien scheinen sich dadurch, so der Trend, als überflüssig zu erweisen, da durch wenige Stunden Rückfallsprophylaxe angeblich mindestens gleichwertige Ergebnisse erreichbar seien. Nach LAWS (1999) mangelt es jedoch auch den RPPs für Sexualtäter noch an empirischer Validierung.

Im Vergleich zu den anfangs hohen Erwartungen an die kognitiv-behavioralen Therapiemethoden bei forensischen Patienten scheint langsam eine gewisse Ernüchterung einzutreten.⁶ So werden analytisch ausgebildete Psychotherapeuten manchmal als Supervisoren für kognitiv-behavioral orientierte Programme angefragt. Außerdem scheint es zu einer Art gegenseitigen Durchdringung behavioraler und dynamischer Konzepte zu kommen (BERNER et al. 1998, BERNER & BECKER 2001).

Heute kann aus verschiedenen Gründen nicht einfach auf die klassische psychodynamische forensische Therapie zurückgegriffen werden, wenn es darum geht, eine zeitgemäße forensische Psychotherapie zu entwickeln. Zu sehr haben sich die Standards geändert. Es werden heute konzeptuelle Klarheit, stringente Anwendung und empirische Validierbarkeit, wenn nicht Validierung erwartet. Das Schlagwort »*evidence based treatment*« ist in aller Munde. Immer mehr Therapieverfahren liegen in manualisierter Form vor, was (wegen der Operationalisierung) für die empirische Beforschbarkeit im Grunde eine Voraussetzung ist.

Vor diesem Hintergrund haben psychodynamisch orientierte Therapeuten, die ausschließlich oder teilweise mit dissozialen und forensischen Patienten arbeiten, nach und nach ein Interesse für die übertragungsfokussierte Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit nach Kernberg entwickelt.⁷ Allerdings gibt es auch bestimmte Schwierigkeiten bei dieser Begegnung, die mit den Besonderheiten der forensischen Klientel und den abweichenden Rahmenbedingungen des forensischen Behandlungssettings zusammenhängen.

Die TFP ist ihrem Anspruch nach zwar eine Therapiemethode für fast das gesamte Spektrum der Persönlichkeitsstörungen, wie es etwa im DSM-IV aufgefächert ist.⁸ Denn das Konzept der BPO beruht auf strukturell-dynamischen Kriterien, die zumindest in allen schweren Persönlichkeitsstörungen zu finden sind (Identitätsdiffusion, primitive Abwehrmechanismen, erhaltene, Realitätskontrolle, unspezifische Zeichen von Ich-Schwäche), und dazu gehört auch die antisoziale Persönlichkeitsstörung. Aber in den Darstellungen der Therapiemethode dominieren dann doch immer die Borderline-, die histrionische und die narzisstische Persönlichkeitsstörung. Antisoziale Tendenzen spielen meist keine oder nur eine geringe Rolle in den Fallbeispielen, Delinquenten werden im TFP-Manual praktisch niemals als Beispiele verwendet. Als wichtigste Beispiele für Therapiegefährdung werden immer wieder »*Suizidalität und selbstschädigendes Verhalten*« abgehandelt, als Beispiel für fremdschädigende Verhaltensweisen kommen meist nur die »*Mordimpulse gegenüber dem Therapeuten*« vor, nicht aber die bei Delinquenten sehr viel häufigeren Impulse zu weniger schweren Delikten außerhalb der Therapie. Hinzu kommt, dass von Kernberg vielfach betont wurde, dass antisoziale Persönlichkeitsstörungen (im Unterschied etwa zu malign narzisstischen mit antisozialen Zügen) kaum behandelbar seien: »*Im Hinblick auf erwachsene Patienten haben sich die Ergebnisse*

ambulanter Psychotherapie von Patienten mit antisozialen Persönlichkeitsstörungen als sehr entmutigend erwiesen.« (KERNBERG 1996, S. 65).⁹

Es fällt auch auf, dass das klinische Material zu einem Großteil aus der Arbeit mit weiblichen Patienten stammt. Dies reflektiert zwar die Tatsache, dass auch in empirischen Prävalenzstudien übereinstimmend ein Überwiegen der Frauen gegenüber den Männern bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPD) im Verhältnis von 2:1 oder sogar 3:1 festgestellt wurde (vgl. etwa WIDIGER/TRULL 1993). Es reflektiert aber noch viel mehr die Tatsache, dass die Männer mit BPD eher in Gefängnissen als in Kliniken zu finden sind (ECKERT et al. 1997). Und für die antisoziale Persönlichkeitsstörung gilt dies in sogar noch höherem Maße, sie findet sich kaum in den üblichen klinischen Stichproben und schon gar nicht in privaten Psychotherapiepraxen. Gefängnispopulationen gehörten daher auch offensichtlich nicht zu den klinischen Gruppen, deren Untersuchung in die Entwicklung der TFP eingeflossen ist. Dies erklärt vermutlich, warum die Psychodynamik der Dissozialität und der Kriminalität im TFP-Manual nur in sehr allgemeiner Form gestreift wird. Auf der anderen Seite wird gerade die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Delinquenten im Allgemeinen hoch bis sehr hoch eingeschätzt (BERNER et al. 1992, BERGER et al. 1999). Von besonderer Bedeutung (bezüglich der Frage von Schuldfähigkeit, Legalprognose und Behandelbarkeit) sind dabei die antisoziale, die narzisstische, die schizotype und die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BERNER & KARLICK-BOLTEN 1985, McELROY et al. 1999). Es finden sich aber auch zahlreiche »leichtere« Persönlichkeitsstörungen bei Sexualdelinquenten (wie zwanghafte oder selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen) (CHANTRY & CRAIG 1994, REHDER 1996, RAYMOND et al. 1999).

Eine andere Folge des Ausschlusses der Delinquenten aus der »Basispopulation« der TFP war natürlich auch, dass die mit Delinquenz, polizeilicher Verfolgung, gerichtlicher Bestrafung und Bewährung usw. zusammenhängenden Probleme nicht in die Manual-Kapitel über den Therapievertrag eingeflossen sind. Für forensische Psychotherapeuten bleiben hier daher wesentliche Fragen offen, auch wenn sie die TFP für eine auf den ersten Blick sehr geeignete Therapiemethode für ihre Klientel halten. (Etwa die Frage, inwieweit man einen Patienten erfolgreich behandeln kann oder nicht, der auf Grund einer juristischen Auflage und somit nicht rein freiwillig in die Behandlung kommt.)

Ist die TFP als Therapiemethode überhaupt für antisoziale

6 In der Wiener Justizanstalt Mittersteig, einer österreichischen Sondereinrichtung zur Behandlung geistig abnormer Rechtsbrecher, wurde nach einigen Jahren eines kognitiv-behavioral ausgerichteten Behandlungskonzeptes, in dem die psychodynamische Einzeltherapie als Auslaufmodell abgetan wurde, seit 2003 wieder mit einem analytisch orientierten Rahmenkonzept begonnen. Die Einzeltherapie wird zunehmend von TFP-ausgebildeten Psychotherapeuten getragen.

7 Vgl. etwa BERNER (1990, 1995, 2000), BERNER et al. (1998), BÖLLINGER (1979, 1995), RAUCHFLEISCH (1997, 1999, 2000).

8 Vgl. CLARKIN et al. (1999), S. 5. Hier werden alle Cluster A Persönlichkeitsstörungen (also paranoide, schizoide und schizotypische), alle Cluster B Persönlichkeitsstörungen (also antisoziale, Borderline-, histrionische und narzisstische) und zusätzlich die abhängige Persönlichkeitsstörung aus dem Cluster C aufgelistet.

9 Vergleiche auch KERNBERG (1984, 1985, 1989a, 1989b, 1992).

und delinquente Patienten geeignet? Diese Frage zerfällt in zwei Teilfragen: Erstens, beinhaltet die psychodynamische Theorie, auf der TFP aufbaut, ein genügend differenziertes Verständnis der unterschiedlichen Ausprägungen und Schweregrade von Antisozialität, wie sie bei forensischen Patienten vorkommen? Zweitens, sind die therapeutischen Rahmenbedingungen der TFP auf forensische Therapien übertragbar bzw. können die dafür notwendigen Modifikationen als Variation des TFP-Modells verstanden werden oder gehen sie über den Rahmen dieses Modells hinaus? Die erste Frage soll in einem eigenen zukünftigen Beitrag untersucht werden. Es wird hier unterstellt, dass sie mit einem »bedingten Ja« beantwortbar ist. Hier können wir im Folgenden nur der zweiten Frage nachgehen, nachdem zunächst die allgemeinen Grundlagen der Arbeit mit Therapievereinbarungen in dieser psychoanalytisch orientierten Psychotherapie dargestellt werden.

Allgemeine Aspekte der Arbeit mit Therapievereinbarungen

Funktionen der Therapievereinbarungen

Die Therapievereinbarungen nach den Vorgesprächen und der Diagnostikphase, aber noch vor Beginn der eigentlichen Therapie, haben mehrere Funktionen (DAMMANN et al. 2001):

- Sie schützen die Therapie vor extremen Verhaltensweisen des Patienten und setzen Grenzen.
- Die Therapievereinbarungen kanalisieren die psychische Dynamik des Patienten in das Übertragungsgeschehen der Therapie, indem dem Patienten die Möglichkeit »genommen« wird, die Konflikte etc. im Außen oder durch Symptomatologie auszuagieren. Dadurch wird das Erscheinen und die Interpretation der darunter liegenden Affekte und Konflikte in der Übertragung erleichtert.
- Sie antizipieren mögliche Problemsituationen in der noch neutraleren Atmosphäre des Therapiebeginns.
- Sie schaffen Möglichkeiten, zusätzliche notwendige Elemente in die Therapie einzubauen wie Selbsthilfegruppen (Anonyme Alkoholiker) oder Zusatztherapien (z. B. DBT-Fertigkeitentraining, LINEHAN 1993).
- Sie prüfen die Motivation, die Fähigkeit und Bereitschaft von Patient und Therapeut, sich auf eine länger dauernde intensive Therapie einzulassen.
- Problematische Übertragungsmuster treten dadurch bereits früh in Erscheinung.
- Sie minimieren den sekundären Krankheitsgewinn, den ein Patient aus einem bestimmten Problemverhalten heraus erhält.

Es ist sicherlich notwendig, dass die getroffenen Regelungen des Vertrags auch psychodynamisch verstanden werden. Schließlich wird im Anerkennen der Möglichkeit, dass ein »Vertrag« nicht zustande kommt oder scheitert, dass eine Beziehung also auch nicht gelingen kann, dem Realitätsprinzip zentral Rechnung getragen.

Die Therapievereinbarungsphase

Die Therapievereinbarungsphase erhält einen relativ großen Raum bei der Planung und dem Zustandekommen einer psychodynamischen Borderline-Therapie nach TFP.

Der Patient erfährt zu Beginn der Therapievereinbarungsphase, dass die folgenden Gespräche noch nicht Teil der Therapie sind. Erst danach könne entschieden werden, ob es zu einem Therapiebeginn komme. Die Kontraktphase erfolgt zwar einerseits grundsätzlich am Anfang, noch vor der Therapie, ist dabei aber auf der anderen Seite auch ein permanenter Prozess,

der ggf. immer wieder erfolgen muss, beispielsweise wenn neue schädigende Ereignisse eingetreten sind.

Die Stunden, die für den »Therapievertrag« (es handelt sich selbstverständlich nicht um einen »Vertrag« im juristischen Sinn¹⁰) eingeplant werden (meist zwischen zwei und fünf) geben dem Patienten (zusammen mit den diagnostischen Vorgesprächen) bereits eine Ahnung davon, dass er einige typische Vorstellungen, was die Psychotherapie angeht, wird revidieren lernen müssen, zum Beispiel:

- »Erst muss es mir durch die Therapie besser gehen, dann kann ich was verändern.«
 - Der Wunsch nach totaler Veränderung (es wird quasi alles vom Patienten als Problem genannt: Arbeit, Beziehungen, Stimmungsschwankungen, Körper, Identität etc. etc.). Der Therapeut ist folglich mit einem unrealistischen (grandiosen) Anspruch an die Möglichkeiten von Psychotherapie konfrontiert.
 - Viele Borderline-Patienten wollen bestimmte Bereiche (etwa Arbeit, Sexualität etc.) erst später in der Therapie bearbeitet wissen oder gar ganz aus der Therapie ausklammern.
- Grundsätzlich wird bei den psychodynamischen Therapieansätzen davon ausgegangen, dass persönlichkeitsgestörte Patienten in der Lage sind, symptomatologische Exzesse zu kontrollieren, wenn dafür der Rahmen einer tragfähigen therapeutischen (Übertragungs-)Beziehung vorhanden ist. Die psychodynamische Therapievereinbarung muss nicht schriftlich erfolgen.

Voraussetzungen und Hindernisse der Vertrags

Der Kontrakt betrifft beide Beteiligten und ist geprägt von einer Atmosphäre des Dialogs. Manchmal kann es während der Therapievertragsphase sinnvoll sein, notwendig erscheinende Treffen mit Dritten (Partner, Familienangehörigen) durchzuführen, bevor die Therapie begonnen hat. Die Therapievereinbarung dient auch dazu, dass sich der Therapeut durch den Therapievertrag sicherer und komfortabler für die schwierige therapeutische Arbeit mit einem Borderline-Patienten fühlt. Oft berichten Therapeuten in Supervisionen, dass sie sich wie durch den Patienten (seinem Druck und den Schwierigkeiten) »geknebelt« fühlen. »Heroische« Indikationen sind zumeist kritisch zu sehen. In wirklichen Krisensituationen sollte im Übrigen entweder gehandelt oder gedeutet werden.

Inhalte des Therapievertrags

Die Therapievereinbarung beinhaltet sowohl allgemeine wie spezielle Elemente. Zu den allgemeinen Aspekten auf Seiten des Patienten, d. h. seinen Verpflichtungen, gehören:

1. Die zeitlichen Vereinbarungen, mit denen begonnen werden sollte (Stundendauer, Termine in der Woche, Frequenz etc.). Dabei bietet das Versäumen von Vorgesprächen durch den Patienten oft einen »guten« Diskussionseinstieg.
2. Es wird dann über die finanziellen Aspekte gesprochen (Ausfallhonorar etc.).
3. Es wird weiter über die grundsätzlichen Erwartungen an die Therapie gesprochen und wie weit diese realistisch sind. Viele Patienten wünschen sich zum Beispiel einen Trainer oder einen (Über-Ich-haften) strengen Kontrolleur. Oft möchten diese Patienten auch, dass der Therapeut sie ohne Worte (und ohne Vertrag) versteht, was dann gedeutet werden kann.
4. Auch in der Arbeit mit persönlichkeitsgestörten Patienten gilt das Prinzip der freien Assoziation, das heißt, dass der Patient

10 Aus diesem Grunde sollte statt von »Therapievertrag« besser von »Therapievereinbarungen« gesprochen werden.

alles sagen sollte, was ihm durch den Kopf geht, selbst wenn es ihm nebensächlich oder peinlich erscheint.

Dem Patienten wird der Unterschied zwischen echten Notfällen (unvorhersehbaren Katastrophen, die für jeden Menschen die Notwendigkeit einer Krisenintervention begründen würden) und chronischen psychischen Schwierigkeiten dargestellt und erläutert. Im Gegensatz zu echten Notfällen muss bei den chronischen Problemen davon ausgegangen werden, dass der Patient diese bis zur nächsten Therapiestunde ohne zusätzliche Therapiesitzung ertragen kann.

Die Therapievertragsphase dient insbesondere dazu, tragfähige Regelungen über wichtige mögliche Problembereiche zu erstellen. Es werden auch die individuellen spezifischen Gefahren, die sich aus der Anamnese der früheren Therapien und früheren Suizidversuchen ergeben haben, berücksichtigt, etwa:

- Suizidalität und Suiziddrohungen
- Telefonregelungen (nächtliche Anrufe!)
- Ferienabwesenheit
- Suchtverhalten
- Kleptomanie
- Versäumen von oder Schweigen während Therapiestunden.

Das Nicht-zustande-Kommen eines Therapievertrags

Es ist ausdrücklich nicht das Ziel, dass es jedem Therapeuten-Patienten-Paar gelingt, einen Therapievertrag zu formulieren. Bewegen sich die Beteiligten nicht aufeinander zu, sollen zentrale Aspekte ausgeklammert werden, entsprechen die Vorstellungen nicht der Realität, so ist es sinnvoller, dass man sich nicht auf eine psychodynamische Therapie einlässt, wenn dies ausreichend lang geklärt wurde. Es empfiehlt sich dann, dem Patienten eine alternative Behandlungsmöglichkeit anzubieten. Manchmal kommen die Patienten dann, zu einem späteren Zeitpunkt und nun fähiger oder gewillter, erneut.

Der Therapeut muss während der Phase des Therapievertrags die Balance beachten zwischen nur oberflächlicher Zustimmung, die zu wenig wäre und einer unambivalenten tiefen Zustimmung, zu der zu diesem Zeitpunkt der persönlichkeitsgestörte Patient noch gar nicht in der Lage ist.

Bruch der Therapievereinbarungen

Umgang mit Vertragsbrüchen

Von Therapeuten, die mit schwerkranken Patienten arbeiten (etwa in therapeutischen Wohngemeinschaften, Tageskliniken etc.) wird oft die Frage aufgeworfen, welche Konsequenzen Vertragsbrüche haben. In der Tat vermeidet es das TFP-Manual, Handlungsanweisungen für konkrete Situation zu geben, da man die Frage nach den genauen Konsequenzen nur individuell und anhand des einzelnen Falles beantworten kann. Sowohl eine zu rigide Handhabung des Vertrags – die quasi den Vertrag in den Mittelpunkt der Therapie stellt, statt in ihm ein Instrument zu sehen, das Therapie erst ermöglicht – wie eine nur halbherzige Umsetzung – die dann eher zu einer weiteren Verschlimmerung der Situation für Patient und Therapeut führen kann – scheinen als Gefahren auf. Die Therapievereinbarung ist folglich nur dann von wirklichem Gewinn, wenn auch mit ihr psychodynamisch oder psychotherapeutisch umgegangen wird.

Kommt es zu einem Bruch der Vereinbarungen (oder einem Versuch, dies zu tun), erfolgt mit dem Patienten zunächst eine genaue Analyse der Situation, die zu dem Vertragsbruch geführt hat; dies ist insbesondere dann wichtig, wenn der Patient dem

Vertragsbruch keine größere Bedeutung beimisst oder beimesen will oder ihn sogar (scheinbar) gar nicht bemerkt. Es können mindestens vier verschiedene Gründe für Vertragsbrüche in Psychotherapien unterschieden werden:

Gründe für Vertragsbrüche

- Der Patient kannte (im Unterschied zum Therapeuten) den Therapievertrag nicht wirklich, d. h. der Patient hatte beispielsweise aus Angst, den Therapieplatz sonst nicht zu erhalten, schnell in einen Vertrag eingewilligt.
- Die Therapievereinbarung war unrealistisch und konnte nicht wirklich durchgehalten werden. Vorgehensweise: Gegebenenfalls eine realistischere Modifikation des Vertrags; genaue Analyse (auch auf der Übertragungs-, Gegenübertragungsebene) dessen, was zu einem Überschätzen der Fähigkeiten bzw. Unterschätzen der Gefahren geführt hatte (Idealisierungen etc.).
- Der Patient wollte »ausprobieren«, wie weit er oder sie gehen kann. Mögliche Lücken oder Unklarheiten etc. der Vereinbarung werden in solchen Situationen ausgelotet oder auf die Spitze getrieben.
- Schließlich die eigentlichen intentional bewusst herbeigeführten Vertragsbrüche (d. h. obwohl der Patient die Konsequenzen gänzlich kannte). Vorgehensweise: Je nach Haltung des Therapeuten ist entweder eine sofortige Beendigung der Therapie (mit dem Angebot der Vermittlung des Patienten an eine andere therapeutische Anlaufstelle) möglich oder aber der Patient erhält eine »letzte Chance«, nachdem sorgfältig mit ihm übertragungsfokussiert durchgearbeitet wurde, warum er (trotz aller Schwierigkeiten, die er in seinem Leben hat), den oft einzigen Bereich, wo er Hilfe und menschliche Begegnung erfahren kann, zu zerstören versucht hat.

Ein Vertragsbruch kann Übertragungsmanifestation, ödipales »Spiel mit dem Feuer«, Ausdruck von Überforderung des Patienten durch einen zu strengen Vertrag oder aber destruktives Agieren sein. In einigen Fällen bricht der Patient auch den Therapievertrag, weil er (z. B. aus motivationalen Gründen oder Angst vor zu großer Abhängigkeit etc.) die Therapie abbrechen möchte, sich aber nicht traut, dies frei zu äußern. Er delegiert also mit dem Bruch der Vereinbarungen eine Entscheidung an den Therapeuten, auch um sich weiter als Opfer und nicht als aktiv handelnde Person erleben zu können.

Konsequenzen

Entsprechend gibt es auch verschiedene Möglichkeiten wie reagiert werden kann:

1. Der Patient muss die Bedingungen nachträglich erfüllen, also z. B. doch zum Arzt gehen, nachdem er sich geschnitten hatte, und zunächst nicht zum Arzt gegangen war, was er in der Therapie berichtet (dies kann aber pädagogisch wirken).
2. Der Vertragsbruch wird rein in seiner Übertragungsdimension analysiert (dies kann aber auch dazu dienen, dass reale Konsequenzen vermieden werden).
3. Neuformulierung oder Erweiterung der Vereinbarung (dies kann aber als Realitätsbeugung oder Entwertung verstanden werden).
4. Die Therapie wird beendet; dies sollte nie ohne »Vorwarnung« geschehen.

Behandlungsindikation und therapeutischer Rahmen

Was die Indikation betrifft, so gilt grundsätzlich auch für delinquente Patienten der neurotischen Ausprägungsstufen, dass sie mit den etablierten Formen von Psychotherapie behandelbar

sind. Die Patienten unterscheiden sich in ihrer Struktur nicht wesentlich von allen anderen Psychotherapiepatienten. Ein Psychoanalytiker würde daher in der Regel sowohl bei einem neurotischen Dieb als auch bei einem neurotischen Exhibitionisten eine Psychoanalyse für indiziert halten. Im forensischen Kontext kommt es allerdings kaum jemals zu dieser Indikationsstellung, da hier v. a. das Kriterium der Gefährlichkeit ausschlaggebend und – darauf ausgerichtet – das Prinzip der Kosteneffizienz anzuwenden ist. Das bedeutet, dass die Rückfallsgefahr mit den kostengünstigsten Methoden reduziert werden soll, unabhängig davon, ob dies auch eine umfassende Heilung des Patienten mit sich bringt. Diese Herangehensweise erklärt (und rechtfertigt) zu einem großen Teil, warum in der forensischen Therapie (etwa bei nicht-gewalttätigen Sexualdelinquenten) kognitiv-behaviorale Gruppenprogramme angewendet werden. Wenn die Rückfälligkeit tatsächlich gesenkt werden kann, sind aus Sicht der Justizverwaltung – auch extrem kurze Rückfallspräventionsprogramme ausreichend.

Aus dem hier vertretenen psychodynamischen Ansatz heraus wäre anzunehmen, dass neurotisch strukturierte Patienten tatsächlich auch von kurzen (aber effizient gemachten) Programmen profitieren können, weil sie aufgrund ihrer vergleichsweise reifen psychischen Struktur in einem breiten Sinne lernfähig sind. Wenn sie auch ihre tieferen Triebkonflikte durch diese Programme nicht verändern können, so können sie doch Verhaltensweisen lernen, die ihnen mehr soziale Kompetenz, eine verbesserte Anpassung und damit ein straffreies Leben ermöglichen.

Für Störungen auf dem Borderline-Niveau trifft dieser Optimismus jedoch kaum zu. Kognitiv-behaviorale Programme können nur so weit wirksam sein, als die Übertragungsdynamik, die von der Pathologie des Patienten gespeist wird, es zulässt, dass die Inhalte überhaupt unverzerrt wahrgenommen und aufgenommen werden. Dies ist im Borderline-Spektrum umso weniger der Fall, je massiver die Spaltung der Selbst- und Objektrepräsentanzen ist. Die intrapsychische Spaltung reproduziert sich nämlich in kürzester Zeit als Spaltungsübertragung in der Therapie und setzt den Therapeuten massiven Projektionen aus. Genau für den progressiven Umgang mit solchen Situationen wurde die TFP entwickelt. Die empirische Forschung wird erst noch überprüfen müssen, ob die als allgemein gültig verkündeten Anfangserfolge der kognitiv-behavioralen Programme auch bei diesen Patienten-Gruppen langfristig halten.

Während es bei den komplizierten Neurosen eine Streitfrage ist, denken wir, dass für die narzisstischen und die sadomasochistischen Delinquenten eine forensisch adaptierte TFP die Therapiemethode der Wahl ist. Die klinischen Erfahrungen der Forensischen Nachbetreuungsambulanz (vgl. WAGNER et al. 1997) bzw. des Forensisch-Therapeutischen Zentrums (FTZW), seit 2003 in Wien, scheinen diese These zu untermauern, wenn auch der derzeitige Forschungsstand keine »harte« Überprüfung irgendeiner Therapieindikation zulässt.¹¹

Die Delinquenten mit malignem Narzissmus sind jene Gruppe, die die Grenze der psychodynamischen Behandelbarkeit berührt. In diesen Fällen ist sehr häufig lange Zeit nur eine psychodynamisch orientierte supportive Therapie möglich (vgl. ROCKLAND 1989).¹² Manchmal kann diese dann in eine explorative, übertragungsfokussierte Psychotherapie übergeführt werden (mit oder ohne Therapeutenwechsel), manchmal bleibt sie supportiv und daher (mangels struktureller Veränderung) im Grunde nicht abschließbar, und manchmal wird sie einseitig abgebrochen.

Die antisozialen (psychopathischen) Persönlichkeiten im engeren Sinne sind in allen Deliktkategorien eine relativ kleine Gruppe. Kernberg unterscheidet diese Diagnose von der sehr viel weiteren des DSM-IV. Es handelt sich um Patienten, bei denen jede Loyalitätsfähigkeit in Beziehungen zugunsten eines destruktiven oder ausbeuterischen Narzissmus zerstört ist. Sie sind ambulant sicher psychotherapeutisch unbehandelbar. In stationärem Kontext und unter hohen Sicherheitsvorkehrungen sollten Therapieversuche unternommen werden. Es bleibt bis jetzt eine offene Frage, ob einzelne therapeutische Erfolge bei solchen Delinquenten eher als Indiz für eine ursprüngliche Fehldiagnose (es waren Patienten mit malignem Narzissmus und keine echten Psychopathen) oder als Hinweis auf eine doch – wenn auch nur unter besonderen stationären Bedingungen – behandelbare Untergruppe der Psychopathen aufgefasst werden sollten.

Damit haben wir die Problematik des therapeutischen Rahmens erreicht. Unter therapeutischem Rahmen wollen wir hier die Summe der verschiedenen allgemeinen Rahmenbedingungen einer Therapiemethode verstehen. In der TFP gibt es etwa folgende Rahmenbedingungen:

1. *Das Therapiesetting:* Dies umfasst die freie Vereinbarung von Zeit, Ort und Regelmäßigkeit der therapeutischen Sitzungen. Die Frequenz beträgt zwei bis drei Sitzungen pro Woche. Patient und Therapeut sitzen sich gegenüber. Weiter gehört auch die finanzielle Regelung der Therapie zum Setting.

2. *Die therapeutischen Rollen:* Dies meint die spezifischen Aufgaben des Patienten (freie und vollständige Mitteilung der subjektiven Erfahrung) und des Therapeuten (aufmerksame und respektvolle Exploration des Patienten und der therapeutischen Situation) innerhalb der Therapie.

3. *Die verwendeten Informationen:* Sie stammen aus drei »Kanälen«, wobei in der TFP gerade auch die Kanäle zwei und drei besonders wichtig sind:

- verbale Mitteilungen des Patienten zu seinem subjektiven Erleben,
- non-verbales Verhalten inkl. des Kommunikationsstils (und des »Acting-out«),
- die Gegenübertragung des Therapeuten.

In einer forensischen TFP sind die Rahmenbedingungen um einige wesentliche Punkte zu ergänzen:

1. *Wer ist der Auftraggeber des Therapeuten?* Was in jeder »normalen« Psychotherapie völlig klar ist, nämlich dass der Patient den Therapeuten beauftragt, ist im forensischen Kontext komplexer. Die Tatsache, dass der Therapeut vom Justizsystem bezahlt wird, impliziert, dass der Auftraggeber im rechtlichen Sinne die Justiz (also entweder das Gericht oder die Justizanstalt) ist. Dies bedeutet, dass die Therapie nicht nur dem persönlichen Wohl des Patienten dient, sondern auch einem öffentlichen Interesse, nämlich der Rückfallvermeidung. Dennoch sollte der Therapeut auch einen Auftrag vom Patienten erhalten. Dieser kann auf eine reine Einverständniserklärung reduziert oder – etwa durch die Bezahlung eines Selbstbehaltes – ein eigenständiger Teilauftrag an den Therapeuten sein.

11 Eine aktualisierte Untersuchung der Rückfälligkeit der im FTZW behandelten Patienten ist derzeit im Gange.

12 Für die Anwendung der psychodynamisch orientierten Supportiven Therapie (POST) im forensischen Bereich sind ebenso wie für TFP mehrere Modifikationen erforderlich. Eine entsprechende Adaptierung wurde für den internen Gebrauch im FTZW erarbeitet. Sie wurde jedoch noch nicht veröffentlicht.

2. *Wie kommt die Therapie zustande?* Auch diese Frage ist in »normalen« Therapien leicht zu beantworten, da der Patient den Therapeuten aus einem Leidensdruck heraus aufsucht und aus freien Stücken mit der Durchführung einer Therapie beauftragt. In forensischen Therapien mangelt es häufig an subjektivem Leidensdruck und daher an Freiwilligkeit. Der Gesetzgeber bindet daher die Gewährung von Freiheit an die Teilnahme an einer Therapie. Ist daher die Freiwilligkeit aufgehoben und der Begriff der Zwangstherapie gerechtfertigt? Nein, die Freiwilligkeit ist bedingt, weil der Staat bestimmte Zwangsmaßnahmen nur unter der Bedingung der Therapie aufhebt. Die Freiwilligkeit ist eingeschränkt, aber nicht aufgehoben, denn der Patient hat immer die Möglichkeit, die Therapie zu verweigern, und dafür Straf- oder Maßnahmenvollzug ohne Therapie einzutauschen.

3. *Das Therapiesetting:* Die Therapie beginnt häufig in einem stationären Rahmen, z. B. im Gefängnis. Dadurch werden Ort und Zeit teilweise von Faktoren mitbestimmt, die außerhalb der Dyade von Therapeut und Patient liegen. Üblicherweise stellt sich im Gefängnis die Frage der Finanzierung nicht. Der Übergang zu einem ambulanten Setting auf Freigang oder nach der Entlassung verändert in der Regel auch Settingsvereinbarungen.

4. *Die therapeutischen Rollen:* Die Tatsache, dass der Therapeut sowohl von der Justiz als auch vom Patienten einen Auftrag zu seiner Arbeit erhält, verändert seine Rolle im Vergleich zu »normalen« Psychotherapeuten. Psychodynamisch betrachtet delegiert der Patient (mehr oder weniger global) einen Selbstanteil, nämlich die Wahrnehmung wichtiger Teile der sozialen Realität, an »die Gesellschaft«. Aufgabe des Therapeuten ist nicht nur die »aufmerksame und respektvolle Exploration des Patienten«, sondern auch das beharrliche Deuten dieser externalisierten Anteile und ein Sich-zur-Verfügung-Stellen für die projektive Identifizierung mit den bestrafenden und repressiven Anteilen des Patienten. Dabei soll der Therapeut deuten, nicht agieren, außer in einer Hinsicht. So wie ein Therapeut für einen akut suizidalen Patienten u. U. stellvertretend den externalisierten Lebenswunsch real wahrnehmen muss, so muss der forensische Therapeut stellvertretend die soziale Realität wahrnehmen, indem er dem Gericht die Einhaltung oder den Bruch der Therapieweisung bekannt gibt (siehe unten). Es ist dabei wichtig, dass der Patient zu Beginn der Therapie darüber informiert wird, dass der Therapeut diese Aufgabe übernehmen wird. Hier liegt ein wesentlicher Unterschied bei der Behandlung von stark delinquenten Personen. In einer nicht-forensischen, »normalen« übertragungsfokussierten Psychotherapie würde der Therapeut beispielsweise nicht handelnd eingreifen, wenn eine Borderline-Patientin über gelegentliche Ladendiebstähle in der Therapie berichtet. Es wird hier dem Modell des destruktiven Narzissmus von ROSENFELD (1971) gefolgt, das davon ausgeht, dass diese Charakterstruktur gleichsam »Mafia-ähnliche« Strukturen beinhaltet, welche die unbewusste Welt des Patienten zu dominieren und (Objekt-) Beziehungen zu korrumpieren suchen. Zentrale Aufgabe des Therapeuten ist es dabei, sich nicht korrumpieren zu lassen, d. h. nicht bestechlich, sondern integre zu bleiben.

5. *Die verwendeten Informationen:* Neben den oben erwähnten Kanälen muss der forensische Therapeut eine weitere Informationsquelle heranziehen, nämlich die Gerichts- und Strafakten des Delinquenten. Die Notwendigkeit dieser zusätzlichen Informationsquelle leitet sich ebenfalls aus der Abspaltung wesentlicher Realitätsaspekte ab. Um narzisstisches Verleugnen

oder psychopathisches Manipulieren erkennen und thematisieren zu können, muss der Therapeut unabhängige Informationen über das Delikt und den weiteren legalen Verlauf haben.

Spezielle Aspekte der Therapievereinbarungen mit forensischen Patienten

Das Besprechen und Erarbeiten eines Therapievertrages mit forensischen Patienten weist einige Besonderheiten gegenüber den üblichen »Vertragsverhandlungen« als Vorbereitung einer nicht-forensischen übertragungsfokussierten Psychotherapie auf. Diese Besonderheiten sollen hier dargestellt werden. Die Zielsetzung des Therapievertrages ist immer die Gleiche: Er soll den Rahmen der Therapie absichern und dadurch die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Therapie vergrößern. Was aber sind die hauptsächlichen Bedrohungen für eine forensische Psychotherapie?

Bei forensischen Therapien ist im Vergleich mit Borderline-Therapien auf psychiatrischen Stationen oder in der freien Praxis die Gefahr eines bewusst entschiedenen Therapieabbruchs durch den Patienten relativ gering. Das geht natürlich nicht auf eine größere psychische Stabilität der forensischen Patienten zurück, sondern auf den Aspekt des therapeutischen Rahmens, der durch den Justiz-Auftrag repräsentiert wird. Therapieabbrüche haben für forensische Patienten in der Regel stark negative Folgen in anderen Bereichen, so dass der Impulsivität hier eine mächtige Grenze gesetzt ist. Das macht eine forensische Therapie aber deshalb nicht »einfacher« als eine nicht-forensische, im Gegenteil.

Das Agieren der narzisstischen, therapiefreudlichen Selbstanteile innerhalb der Therapie wird in gewisser Weise unterdrückt, was dazu führt, dass sich diese Anteile in anderen Formen Ausdruck verschaffen. Dafür gibt es drei bevorzugte Wege. Einmal das häufige Versäumen von Therapiesitzungen mit mehr oder wenig glaubwürdigen Begründungen, zweitens das versteckte, therapiegefährdende Agieren außerhalb der Therapie und drittens das Trivialisieren der Therapieinhalte.

Das Versäumen von Therapiesitzungen

Dieses kann verschiedenste Gründe haben. Manchmal führt die meist schwierige soziale Situation von Haftentlassenen dazu, dass Ämterwege oder Arbeitsverpflichtungen tatsächlich häufig mit Therapieterminen kollidieren. Obwohl generell die Therapieweisung Vorrang vor z. B. beruflichen Verpflichtungen hat, ist es oft besonders wichtig, dass Haftentlassene sich sozial integrieren und finanziell auf die eigenen Füße kommen. Sie müssen und sollen daher alle Möglichkeiten wahrnehmen, einen Arbeitsplatz zu bekommen und zu behalten. Wenn der Therapeut einschätzt, dass sich die Terminprobleme tatsächlich aus den sozialen Integrationsbemühungen des Patienten ergeben, sollte er so flexibel wie möglich sein, was das Verschieben von Therapieterminen betrifft.

Häufig ist es aber zumindest nicht nur das. Verschiedenste Verpflichtungen können bewusste oder unbewusste Vorwände sein, um bestimmten Auseinandersetzungen in der Therapie auszuweichen. Der Therapeut, der diesen Eindruck hat, muss dieses Thema prioritär thematisieren und zunächst zu explorieren versuchen, ob von Seiten des Patienten eine ausreichende Ehrlichkeit gegeben ist. Wenn der Therapeut von einem unbewussten Widerstand gegen die Therapie ausgeht, dann sollte er sich nicht auf Diskussionen über die Dringlichkeit bestimmter externer Termine einlassen und auch nicht moralisch die Wichtigkeit der Therapie einmahnen. Vielmehr sollte er die

Beziehung zwischen Patient und Therapeut thematisieren und herauszufinden versuchen, vor welchen Ängsten der Patient ausweichen könnte.

Der Therapeut sollte für sich eine Grenze definieren, ab welchem Ausmaß an versäumten Sitzungen die Therapie aufhört, eine Therapie zu sein. Er sollte dem Patienten gegenüber aber nach Möglichkeit keine bestimmte Anzahl oder keinen bestimmten Prozentsatz nennen, sondern lediglich darauf beharren, dass die Regelmäßigkeit der Sitzungen eine Voraussetzung für die Therapie ist. In fast allen Fällen von unbewusstem Widerstand lässt sich dessen Thema nach einiger Zeit fokussierter Bemühungen herausfinden.

Manchmal aber stellt sich auch heraus, dass tatsächlich ein bewusstes Manipulieren durch den Patienten vorliegt. Er legt sich berufliche Termine bspw. absichtlich so, dass sie mit der Therapie kollidieren. In diesem Fall gibt es zwei verschiedene Möglichkeiten. Entweder es handelt sich um einen passageren Widerstand, der mit aktuellen Entwicklungen in der Therapie zu tun hat, und – ähnlich wie der rein unbewusste Widerstand – durch Fokussierung der Übertragungsbeziehung auflösbar ist. Oder das Manipulieren und absichtliche Versäumen von Stunden ist Ausdruck einer generell psychopathischen Einstellung zur Therapie, d.h. der Patient will die Therapieweisung nur äußerlich und mit minimalem Aufwand erfüllen, möchte sich aber innerlich von der Therapie so wenig wie möglich berühren lassen. Das wäre das Sichtbarwerden einer ausgeprägten psychopathischen Übertragung und dementsprechend zu behandeln. Der psychodynamische Hintergrund besteht in der Regel darin, dass der Patient wie felsenfest überzeugt ist, dass in erster Linie der Therapeut unaufrichtig ist. Mit anderen Worten, er projiziert seine eigenen Tendenzen auf den Therapeuten. Er versucht sogar, den Therapeuten zu korrumpieren (projektive Identifizierung), indem er ihm nahe legt, ein Auge zuzudrücken, dann hätte er doch selbst auch eine freie Stunde, die er doch wohl der Institution verrechnen könne. Dahinter steckt die unbewusste Überzeugung, dass jede Nähe und Bindung trügerisch ist. Technisch ist hier folgendermaßen vorzugehen. Alle Lügen und Täuschungen müssen offen angesprochen und konfrontiert werden. Sie müssen als Schutzmechanismus gedeutet werden. Wenn der Patient ausweicht und bspw. »über bestimmte Dinge« nicht reden will, dann müssen die Gründe dafür im Sinne einer dahinter liegenden Angst vor einem Missbrauch durch den Therapeuten analysiert werden. Die Auflösung der Unehrllichkeit lässt normalerweise eine abgewehrte paranoide Einstellung hervorkommen.¹³ Für den Umgang damit findet sich im TFP-Manual ausreichend Anleitung

Das Agieren außerhalb der Therapie

Das Agieren kann die Form von Regelverstößen annehmen. Die forensische Therapie kann gefährdet werden, wenn der Delinquent bestimmte Regeln des Justizsystems nicht beachtet. Dabei muss er noch gar nicht gegen das Strafgesetzbuch verstoßen. Bei intramuralen Therapien genügen u. U. gravierende Verstöße gegen die Anstaltsordnung, bei extramuralen Therapien stellen Nichteinhaltungen von gerichtlichen Weisungen Therapiegefährdungen dar, da u. U. aus diesen Gründen eine Verhaftung drohen kann. Die größte Gefahr in diesem Zusammenhang stellt natürlich der kriminelle Rückfall dar, sei er nun einschlägig oder nicht-einschlägig.

Der Therapievertrag muss die Verpflichtung zur Einhaltung aller Vollzugsregeln, Weisungen und Gesetze beinhalten, denen der Delinquent zu einem gegebenen Zeitpunkt unterliegt. Und

er muss Vorgehensweisen definieren, nach denen der Therapeut im Falle einer Verletzung dieser Verpflichtung verfährt. Dies berührt die Frage der Verschwiegenheit des Therapeuten und es berührt die Frage, unter welchen Umständen eine Therapie abgebrochen werden muss.

Regelverstöße jeglicher Art sollten in der Therapie besprochen werden, damit auch die damit zusammenhängenden Konflikte und Fantasien des Patienten in der Therapie bearbeitet werden können. Dass der Patient die Regelverstöße in seiner Therapie allerdings überhaupt berichtet, setzt voraus,

a) dass er diese besprechen (und vielleicht bearbeiten) will und

b) dass ihm entweder keine äußeren Konsequenzen drohen oder ihm diese Konsequenzen akzeptabel erscheinen.

Wenn Punkt a) nicht gegeben ist, zeigt sich dies oft in einer Trivialisierung der Therapieinhalte (siehe hierzu den nächsten Abschnitt). Die Frage der äußeren Konsequenzen hängt natürlich zusammen mit der (auch persönlichen) therapeutischen Haltung des Therapeuten zur Verschwiegenheit und mit den rechtlichen Gegebenheiten diesbezüglich und muss deshalb in den Gesprächen über den Therapievertrag erörtert werden.

Da die rechtliche Situation, was die Schweige- bzw. Berichtspflicht von Psychotherapeuten betrifft, in den drei deutschsprachigen Ländern Deutschland, Österreich und Schweiz sehr unterschiedlich ist, werden wir uns hier auf allgemeine Überlegungen beschränken. Eine Konkretisierung wäre im Zusammenhang mit einer Analyse der jeweils gültigen Rechtslage an anderer Stelle wünschenswert.

Abgesehen von der rechtlichen Situation kann der forensische Psychotherapeut durch eine weitgehende Verschwiegenheitsverpflichtung auch in erhebliche Gewissenskonflikte kommen, wenn er durch seine Tätigkeit etwa von Delikten erfährt, die sein Patient begangen hat, laufend weiter begeht oder zu begehen plant. Dies ist zwar in der Realität extrem selten der Fall, weil rückfällige Patienten dies in aller Regel auch vor ihrem Therapeuten verheimlichen. Aber es kann vorkommen, und v. a. es beschäftigt die Fantasie des delinquenten Patienten, wie weit sein Therapeut verschwiegen bliebe, wenn etwas vorfallen würde. Kann er ihm Fantasien und Wünsche mitteilen, die in eine delinquente Richtung gehen? Und würde der Therapeut dies als »gefährlich« einstufen und darüber den Richter oder einen Gutachter informieren, so dass sich die Entlassung oder die Aufhebung der Weisung verzögern würde? Um diesen Unsicherheiten einen Rahmen zu geben, ist es notwendig, solche Fragen ausführlich vor Beginn der Therapie, eben im Rahmen der Gespräche über den Therapievertrag, zu behandeln (also etwa die Frage, welche Verhaltensweisen durch die Schweigepflicht geschützt sind und welche nicht).

Wie immer die konkrete gesetzliche Regelung bezüglich bereits begangener oder eventuell drohender Delikte aussieht, ist es schwierig, als forensischer Therapeut seinem inhaftierten oder gerade haftentlassenen Patienten glaubhaft zu machen, dass keinerlei Informationen über delinquente Fantasien an Anstaltsbedienstete, Gutachter oder Richter weitergegeben werden. Das Justizsystem erzeugt eine gewisse immanente »Paranoia«, die in leichter Form oft auch sonst nicht-paranoide Menschen erfasst. Das Ausmaß des paranoiden Misstrauens ist jedoch sehr wohl von der individuellen Psychopathologie abhängig.

¹³ Es wird daher in der Behandlung dieser Patienten oft von einem Wechsel zwischen »psychopathischer« und »paranoider« Übertragung gesprochen.

Die Besprechung dieses Themas ist also eine gute Gelegenheit, paranoide Tendenzen zu erheben.

Um diese system-immanente »Paranoia« möglichst abzuschwächen, ist es von Vorteil, wenn der Therapeut freimütig seine Einstellung zu den Verschwiegenheitsfragen erklärt. Dazu gehört die Mitteilung, welche gesetzlichen Regeln und Pflichten in dieser Hinsicht in seinem Kontext gelten.

Allerdings besteht bei allen gesetzlichen Regelungen immer ein bestimmter Ermessens- und Interpretationsspielraum. Der Psychotherapeut muss daher auch die Grenze der Verschwiegenheit, die ihm sein Gewissen diktiert, skizzieren. Diese muss jeder Therapeut bis zu einem gewissen Grade für sich selbst definieren, indem er eine moralische Güterabwägung vornimmt. Entscheidend scheint zu sein, dass der Therapeut dem Patienten vermittelt, dass es sich um keine nur vorgeschobenen und um keine willkürlichen Grenzen der Behandlung handelt, sondern dass die Behandlung tatsächlich nur unter diesen Bedingungen stattfinden kann.

Trivialisieren der Therapieinhalte

Diese Art der Therapiegefährdung wird auch im TFP-Manual besprochen. Sie ist im forensisch-therapeutischen Kontext aber vermutlich häufiger als sonst. Wann ist sie gegeben? Diese Frage stellt sich oft am Übergang zwischen früher und mittlerer Therapiephase. Wenn das Agieren nachgelassen hat und der Rahmen zunehmend eingehalten wird, kann es passieren, dass sich die Abwehr nun der Trivialisierung bedient, um die affektiv am meisten besetzten Themen zu vermeiden.

Auf der Verhaltensebene erscheint der Patient angemessen, er berichtet aber u. U. von Ängsten und Verstimmungen zwischen den Sitzungen, die in den Sitzungen nicht in Erscheinung treten. Manchmal gibt es sogar telefonische Nachrichten, die vom Patienten in der nächsten Sitzung nicht einmal erwähnt werden.

In anderen Fällen stellt sich das Gefühl ein, dass die Beziehung des Patienten zum Therapeuten den Charakter einer persönlichen Bekanntschaft oder gar einer Freundschaft annimmt. Die ursprüngliche Symptomatik bessert sich und nichts scheint auf delinquente Tendenzen oder Impulse hinzuweisen, obwohl nichts an der psychischen Struktur verändert wurde. Meist bestehen auch bestimmte Probleme im äußeren Leben des Patienten fort, sie werden aber immer mehr als allgemein-übliche Probleme dargestellt. Die Therapie wurde möglicherweise zu einer Quelle narzisstischer Befriedigung. Der Therapeut kann ebenfalls in einen Zustand geraten, in dem er das Ausmaß der Probleme des Patienten vergisst. Besonders dramatisch wird es, wenn sich der Patient aus dem realen Leben zunehmend zurückzieht, um das Gefühl der Besonderheit und Grandiosität, das er in der Therapie erlebt, vor den Ansprüchen der Außenwelt zu schützen.

Manchmal wird die Trivialisierung vom Patienten verteidigt mit Hinweis auf die Regel der freien Assoziation. Doch muss der Therapeut natürlich aufkommende Widerstände deuten. Die Assoziationen des Patienten sind immer relevant, aber besonders relevant sind Widerstände, die der tieferen Bearbeitung entgegenstehen. Der Therapeut muss das Abgleiten zu unwichtigen Themen aufzeigen.

Häufig wird auf diese Weise auch der abgewehrte Hass auf die Therapie oder den Therapeuten mobilisiert. Trivialisierungen sind eine bekannte Strategie bei der Bemühung, alle primitiven Affekte abzuspalten. Wenn der Therapeut dies anspricht, können heftige Affekte mobilisiert werden, womit der Zweck erreicht ist. Es kann aber auch zu einem rationalisierenden

Reden über Affekte kommen. Dies kann ein erster Schritt dabei sein, das Leben aus dem Blickwinkel des beobachtenden Ich-Anteils zu sehen. Dieser Prozess sollte unterstützt werden, wobei gleichzeitig auch darauf hinzuwirken ist, dass es nicht bei diesem ersten Schritt bleibt.

Wenn jedoch abwehrend (absplattend oder verleugnend) trivialisiert wird, sollte man den Patienten damit konfrontieren. »Sie sprechen über dieses Thema mit wenig Gefühl, übergeben jedoch auffallend jedes ›heiße‹ Thema.«

Manchmal bleiben die primitiven Affekte längere Zeit aus der Therapie ausgespart, nur um plötzlich zu einem bestimmten Zeitpunkt wiederzuerscheinen.

Das Thematisieren des Deliktes

Ein Thema, das ebenfalls typisch für Vertragsverhandlungen vor forensischen Therapien ist, betrifft das Thematisieren des Deliktes. Der Patient kann dazu verschiedene Haltungen vorbringen, von denen einige den Therapeuten vor ein Problem stellen:

- Er habe das Delikt (jedenfalls in seinen wesentlichen Aspekten) nicht begangen. Er könne daher auch nicht darüber reden.
- Er habe das Delikt zwar begangen, aber nicht so, wie es das Gericht festgestellt habe. Er könne natürlich nur über das reden, was er wirklich gemacht habe.
- Das Delikt sei ungefähr so vorgefallen, wie es das Gericht festgestellt habe. Er habe jedoch schon so viel darüber geredet, dass er jetzt nichts mehr davon wissen wolle.

Umgang mit geleugneten Delikten

Das Delikt ist für einen Täter aus verschiedenen Gründen oft nicht leicht zugänglich. Er kann Erinnerungsprobleme haben, weil sein Gedächtnis sich seinen narzisstischen Selbstvorstellungen anpasst und das »Undenkbare« auch für »unmöglich« erklärt. Manchmal besteht aber auch ein schambesetztes Gefühl der Urheberschaft gegenüber einem Delikt, dieses ist jedoch schwach und wird gegenüber nicht vertrauten Personen versteckt. Und in noch anderen Fällen, besteht eine psychopathische Haltung, der zufolge »alles abstreiten« im Zweifel immer die beste Vorgehensweise ist. Der Therapeut sollte herausfinden versuchen, was die Motivation für das Abstreiten des Deliktes im Einzelfall ist. Oft ist dies jedoch in den Vertragsgesprächen nicht endgültig möglich.

Es kommt dann darauf an, ob der Patient irgendeine eigene Therapiemotivation vorbringen kann, auch wenn diese mit dem Delikt scheinbar nichts zu tun hat. Dies kann als Versuch interpretiert werden, zunächst einmal vorsichtig eine Beziehung zum Therapeuten zu finden, um später zu entscheiden, wie mit dem Delikt weiter umgegangen werden soll. In diesem Fall ist ein *bedingter Therapiebeginn* möglich, d. h. es wird im Therapievertrag vereinbart, dass die Therapie nur unter der Voraussetzung begonnen werden kann, dass später noch einmal auf das Delikt zurückgekommen wird. Wenn der Patient auch mit der Unterstützung des Therapeuten überhaupt keine Eigenmotivation definieren kann, kann kein Therapievertrag zu Stande kommen.

Abgestrittene Delikte sollten zu keinen vorzeitigen Machtkämpfen zwischen Patient und Therapeut führen. Es empfiehlt sich abzuwarten, ob eine verbesserte therapeutische Beziehung mittelfristig mehr Offenheit ermöglicht. Die Übertragungskonstellation sollte gedeutet werden. Vielleicht finden sich im Therapieverlauf Hinweise, die den verleugnenden Umgang des

Patienten mit dem Delikt von einer anderen Seite beleuchten. Eine Therapie kann jedoch nicht als erfolgreich gelten, wenn im Laufe der Therapie kein klares Bild über das Delikt entsteht.

Vermeidung des Delikt-Themas

Wenn das Delikt vom Patienten zwar grundsätzlich oder in Teilen anerkannt wird, aber seine Thematisierung ganz oder teilweise vermieden wird, gibt es mehrere Möglichkeiten, wie vorzugehen ist. Wenn eine nachvollziehbare Therapiemotivation angegeben werden kann und sonst nichts gegen eine Therapie spricht, sollte auch hier ein *bedingter Therapiebeginn* zugesagt werden. Irgendwann muss das Delikt zum Thema werden.

In bestimmten Fällen ist das Delikt auch für den Täter ein Trauma gewesen. In diesen Fällen wäre es ein technischer Fehler, auf der sofortigen Thematisierung des Deliktes zu bestehen. Es muss nach anderen (eventuell nonverbalen) Ausdrucksformen der damit verbundenen Affekte und Konflikte gesucht werden. Der Therapeut sollte jedoch nicht einfach abwarten, das würde vom Patienten unbewusst als Desinteresse wahrgenommen. Er muss versuchen, durch Deutungen der Übertragungen und Fantasien des Patienten Anschluss an das psychische Material zu finden, das mit dem Delikttrauma verbunden ist. Sicher kann eine forensische Therapie nicht als abgeschlossen gelten, solange das Delikt nicht substantiell zum Thema geworden ist.

In anderen Fällen repräsentiert die Vermeidung des Delikt-Themas Beschämung oder Angst vor einer Verachtung durch den Therapeuten. Gerade diese Gefühle müssen im Zusammenhang der Übertragung gedeutet und schrittweise aufgelöst werden. Stecken paranoide Ängste dahinter, oder geht es um Objektverlust und Depression?

Die schwierigsten Fälle sind vermutlich die, in denen die Vermeidung des Delikt-Themas am ehesten auf psychopathische Manipulation hinweist. Manchmal sind zwar auch solche Übertragungen gut auflösbar, indem – wie oben gesagt wurde – der Schutz- und Abwehrcharakter des Manipulierenden angesprochen und die tief eingeprägte Überzeugung von der Unverlässlichkeit scheinbar hilfreicher Objekte gedeutet wird. Häufig ist die Psychopathie aber stärker charakterlich verankert. In diesen Fällen ist Beharrlichkeit die einzige Waffe, die dem forensischen Psychotherapeuten bleibt. Nützt auch diese nichts, so bleibt ihm nichts anderes über, als auf die Bedingtheit des Therapiebeginns hinzuweisen. Der Therapievertrag enthält die Verpflichtung, sich mit dem Delikt auseinander zu setzen.

Schluss

Es wäre eine weiterführende Arbeit nötig, um die bis jetzt erarbeiteten Überlegungen in die Konzeptualisierung der verschiedenen Therapiephasen einzuarbeiten, die für die TFP beschrieben wurden. Dabei müssten folgende weitere Fragen untersucht werden: Welche spezifischen Widerstände gibt es in den einzelnen Phasen? Wo weichen forensische Patienten in den typischen Übertragungsverläufen von nicht forensischen Borderline-Patienten ab? Welche delinquenz-typischen Therapiekrisen gibt es? Unterscheidet sich das Therapieende in forensischen und nicht-forensischen Therapien?

Diese Fragen verweisen auf die Notwendigkeit, die konzeptuelle Arbeit in Richtung *einer forensischen TFP* fortzusetzen. Dies scheint uns auch eine Möglichkeit zu sein, die verschiedenen psychodynamischen Ansätze in der forensischen Psychotherapie miteinander ins Gespräch zu bringen und vielleicht mit einer gemeinsamen Perspektive auszustatten. Davon könnte letztlich

auch die Kommunikation zwischen den psychodynamischen und den behavioral-orientierten Richtungen in der forensischen Psychotherapie und damit diese insgesamt profitieren. Die zukünftige Debatte wird zeigen, in welchem Verhältnis eine forensische übertragungsfokussierte Psychotherapie zum *Hauptstrom der TFP* einerseits und zu den nicht-psychodynamischen forensischen Therapieschulen andererseits stehen wird.

Literatur

- AICHHORN A (1925) Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung. Bern – Stuttgart – Wien: Hans Huber 1951
- ALEXANDER F & HEALY W (1935) Roots of Crime. Montclair/N.J.: Patterson Smith 1969
- BATEMAN A & FONAGY P (2004) Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization Based Treatment. New York: Oxford University Press
- BERGER P, BERNER W, BOLTERAUER J, GUTIERREZ K & BERGER K (1999) Sadistic personality disorder in sex offenders: Relationship to antisocial personality disorder and sexual sadism. *Journal of Personality Disorders*, 13, 175–86
- BERNER W & KARLICK-BOLTEN E (1985) Vergleich zwischen »Paraphilie« und »sexuellen Impulshandlungen« bei Sexualdelinquenten, *Forensia*, 5, 157–73
- BERNER W (1990) Das Narzissmus-Konzept von Aichhorn bis Kernberg. *Bulletin der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung* 2
- BERNER W (1995) Imre Hermanns »Anklammerung«, die Pädophilie und eine neue Sicht der Triebe. *Psyche*, 50, 1996/11
- BERNER W (2000) Zur Differenzierung der Behandlung paraphiler Störungen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 13, 3
- BERNER W, BERGER P, GUTIERREZ K, JORDAN B & BERGER K (1992) The role of personality disorders in the treatment of sex offenders, *Journal of Offender Rehabilitation*, 18, 25–37
- BERNER W & BECKER KH (2001) »Sex Offender Treatment Programme« (SOTP) in der Sozialtherapeutischen Abteilung Hamburg-Nesselstrasse. In REHN G et al. (Hrsg): Behandlung gefährlicher Straftäter. Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse. Herbornheim: Centaurus
- BERNER W & KARLICK-BOLTEN E (1986) Verlaufsformen der Sexualkriminalität. Fft/M: Enke
- BERNER W, KLEBER R & LOHSE H (1998) Psychotherapie bei sexueller Delinquenz. In STRAUSS B (Hrsg) Psychotherapie der Sexualstörungen. Stuttgart: Thieme Verlag
- BÖLLINGER L (1979) Psychoanalyse und die Behandlung von Delinquenten. Karlsruhe: C.F.Müller Juristischer Verlag
- BÖLLINGER L (1995) Ambulante Psychotherapie mit im Maßregelvollzug untergebrachten Sexualstraftätern. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 8, 3
- BOWLBY J (1944) Forty-Four Juvenile Thieves: Their Character and Home-Life. *IJP* 25: 19–53 und 107–128
- BREM J (1999) Das Wiener Modell in der Arbeit mit sexuell missbrauchenden Männern. In DEGENER G (Hrsg) Sexuelle und körperliche Gewalt. Therapie jugendlicher und erwachsener Täter. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- BRÖMMEL B & DAMMANN G (2004) Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) und Übertragungsfokussierte

- Psychotherapie (TFP) in der Behandlung von Borderline-Störungen, Persönlichkeitsstörungen, 8 (3), 161–74
- BUCHHEIM P & DAMMANN G (2001) Erfahrungen mit Training und Anwendung der TFP. In CLARKIN JF, YEOMANS FE, KERNBERG OF (Hrsg) Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit: Manual zur Transference-Focused Psychotherapy (TFP), Schattauer, Stuttgart, pp. 295–321
- BUCHHEIM P, DAMMANN G, MARTIUS P, CLARKIN JF & KERNBERG OF (1999) Psychodynamische Therapie der Borderline-Persönlichkeit: ein Manual. Persönlichkeitsstörungen, 3 (2), 66–78
- CHANTRY K & CRAIG RJ (1994) Psychological screening of sexually violent offenders with the MCMI. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 430–5
- CLARKIN JF, YEOMANS FE & KERNBERG OF (1999) Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Stuttgart – New York: Schattauer 2001
- CORDESS Ch & COX M (1995) Forensic Psychotherapy. Crime. Psychodynamics and the Offender Patient. London: Kingsley 1998
- DAMMANN G, BUCHHEIM P, CLARKIN JF & KERNBERG OF (2000 b) Einführung in eine übertragungsfokussierte, manualisierte psychodynamische Therapie der Borderline-Störung. In KERNBERG OF, DULZ B & SACHSSE R (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York, pp. 461–81
- DAMMANN G, BUCHHEIM P, CLARKIN JF & KERNBERG OF (2001) Die Arbeit mit Therapievereinbarungen in der übertragungsfokussierten, psychodynamischen Therapie von Borderline-Störungen. In Dammann G & Janssen PL (Hrsg) Psychotherapie der Borderline-Störungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, pp. 59–70
- DAMMANN G, CLARKIN JF & KÄCHELE H (2000 a) Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme. In KERNBERG OF, DULZ B & SACHSSE R (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen, Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York, pp. 701–30
- DOCTOR R (Hrsg) (2003) Dangerous Patients: A Psychodynamic Approach to Risk Assessment and Management. London – New York: Karnac
- ECKERT J et al. (1997) Borderline-Persönlichkeitsstörung und Straffälligkeit – Warum sind Borderline-Patienten meistens weiblich? Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Technik, 1 (4): 181–188
- EISSLER KR & FEDERN P (Hrsg) (1949) Searchlights on Delinquency. New Psychoanalytic Studies. New York: International Universities Press 1958
- EISSLER KR (1953) The Effect of the Structure of the Ego on Psychoanalytic Technique. *JAPA*, 1: 104–143
- FREUD S (1916 d) Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit. *GW* 10: 364–391
- GLOVER E (1949) Outline of the Investigation and Treatment of Delinquency in Great Britain: 1912–1948. In EISSLER KR, FEDERN P (Hrsg) Searchlights on Delinquency. New Psychoanalytic Studies. New York: International Universities Press 1958
- GLOVER E (1960) The Roots of Crime. New York: International University Press 1970
- GOUDSMIT W (1964) Psychotherapie bei Delinquenten. *Psyche* 17: 664–684
- HANSTEIN W (1999) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Sexualstraftäter. In DEEGENER G Sexuelle und körperliche Gewalt. Therapie jugendlicher und erwachsener Täter. Weinheim: Beltz
- HART DE RUYTER Th (1967) Zur Psychotherapie der Dissozialität im Jugendalter. *Jahrbuch für Jugendpsychiatrie* 6: 79–107. Bern
- HAUCH M & LOHSE H (1996) Ambulante Psychotherapie bei sexueller Delinquenz. In SIGUSCH V (Hrsg) Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Stuttgart
- KAHR B (Hrsg) (2001) Forensic Psychotherapy and Psychopathology. Winnicottian Perspectives. London – New York: Karnac
- KERNBERG O (1966) Structural Derivatives of Object Relationships. *IJP* 47: 236–252
- KERNBERG OF (1967) Borderline Personality Organization. *JAPA* 15: 641–685
- KERNBERG OF (1968) The Treatment of Patients with Borderline Personality Organization. *IJP* 49: 600–619
- KERNBERG OF (1970) A Psychoanalytic Classification of Character Pathology. *JAPA* 18: 800–822
- KERNBERG OF (1975) Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. *Fft/M: Suhrkamp* 1983
- KERNBERG OF (1984) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta 1992
- KERNBERG OF (1985) Ein konzeptuelles Modell zur männlichen Perversion. *Forum Psychoanal.* 1: 167–188
- KERNBERG OF, BURSTEIN ED, COYNE L, APPELBAUM A, HORWITZ L & VOITH H (1972) Psychotherapy and Psychoanalysis: Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bull. Menninger Clin.* 36: 1–275
- KERNBERG OF, SELZER MA, KOENIGSBERG HW, CARR AC & APPELBAUM AH (1989) Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Verlag Hans Huber 1993
- KERNBERG OF (1996) Die narzisstische Persönlichkeitsstörung und ihre differentialdiagnostische Abgrenzung zum antisozialen Verhalten. In DERS (Hrsg) Narzisstische Persönlichkeitsstörungen. Schattauer-Verlag, Stuttgart
- KIEREIN et al. (1991) Psychologengesetz. Psychotherapiegesetz. Kurzkomentar. Wien: Orac Verlag
- KOENIGSBERG HW, KERNBERG OF, STONE MH, APPELBAUM AH, YEOMANS FE & DIAMOND DD (2000) Borderline Patients: Extending the Limits of Treatability. New York, Basic Books
- LAWS DR (1999) Relapse Prevention. *The State of the Art. Journal of Interpersonal Violence* 14: 285–302
- LINEHAN M (1993) Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press
- LOHSE H & HAUCH M (1983) Ambulante Psychotherapie bei sexueller Delinquenz. *Psychiatr. Prax.* 10: 147–152
- MCÉLROY SL, SOUTULLO CA, TAYLOR P, NELSON EB, BECKMAN DA, BRUSMAN LA, OMBABA JM, STRAKOWSKI SM & KECK PE (1999) Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 414–20
- MÜLLER-ISBERNER R & GRETENKORD L (Hrsg) (2002) Psychiatrische Kriminaltherapie. Zwei Bände. Lengerich: Pabst Science Publishers
- PFÄFFLIN F (2000) Psychodynamische Behandlung von Straftätern. *Recht & Psychiatrie* 18 (2000), 2, 52–56
- PFÄFFLIN F (2001) Rückfallspräventionsprogramme für

- Sexualstraftäter. *Recht & Psychiatrie* 19 (2001), 3, 140–151
- RAUCHFLEISCH U (1997) Ambulante Psychotherapie von Straftätern. Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie, 1 (4): 172–180
- RAUCHFLEISCH U (1999) Außenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- RAUCHFLEISCH U (2000) Dissozialität, Delinquenz. In MERTENS W, WALDVOGEL B (Hrsg) Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart – Berlin – Köln: Kohlhammer
- RAYMOND NC, COLEMAN E, OHLEKING F, CHRISTENSON GA & MINER M (1999) Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 786–8
- REHDER U (1996) Klassifizierung inhaftierter Sexualdelinquenten – 1. und 2. Teil. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 79, 291–304 und 373–385
- REINKE E (1997) Psychotherapie und Soziotherapie mit Straftätern. Gießen: Psychosozial-Verlag
- ROCKLAND LH (1989) Supportive Therapy. A Psychodynamic Approach. New York: Basic Books
- ROSENFELD H (1971) A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: An investigation into the aggressive aspects of narcissism. *International Journal of Psycho-Analysis*, 52, 169–78
- SCHORSCH E et al. (1985) Perversion als Straftat. Stuttgart: Enke 1999
- SOCARIDES ChW, LOEB LR (Hrsg) (2004) The Mind of the Paedophile. Psychoanalytic Perspectives. London – New York: Karnac
- URBANIOK F (2003) Der deliktorientierte Therapieansatz in der Behandlung von Straftätern – Konzeption, Methodik und strukturelle Rahmenbedingungen im Zürcher PPD-Modell. *Psychoth. Forum* 11: 202–213
- WAGNER E, KNECHT G, BOLTERAUER J (1997) Die Behandlung von Sexualstraftätern in einer forensischen Nachbetreuungambulanz. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 10 (2): 127–137
- WIDIGER T, TRULL T (1993) Borderline and narcissistic personality disorders. In: *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. 2nd ed. New York: Plenum Press
- WINNICOTT DW (1956) Die antisoziale Tendenz. In DERS (1984) *Aggression*. Fft/M: Klett-Cotta 1997
- YEOMANS et al. (1992) *Treating the Borderline Patient: A Contract-Based Approach*. New York: Basic Books

Anschrift der Verfasser

Fritz Lackinger
Forensisch-Therapeutisches Zentrum Wien
Novaragasse 9
A-1020 Wien
fritz.lackinger@ftzw.at

Gerhard Dammann
Universitäre psychiatrische Kliniken
Wilhelm-Klein-Str. 27
CH-4055 Basel
gerhard.dammann@upkbs.ch