

Übertragungsfokussierte Psychotherapie mit forensischen Patienten

Von Fritz Lackinger

im September 2004

Zusammenfassung

Die forensische Psychotherapie hat eine lange psychodynamische Tradition, die zurückreicht bis zu Aichhorn, Glover, Eissler oder Winnicott. In den 1970er und 1980er Jahren wurde sie – im deutschsprachigen Raum – durch Psychoanalytiker wie Goudsmit, Schorsch und Berner weiterentwickelt. Seit den 1990er Jahren wurde diese Tradition allerdings etwas an den Rand gedrängt, da kognitiv-behaviorale Therapien auch im forensischen Bereich stark expandierten. Zur gleichen Zeit machte die psychodynamische Psychotherapie im Bereich Borderline-Therapie große Fortschritte. Otto Kernberg entwickelte das Konzept der Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO) und zusammen mit einigen Mitarbeitern erarbeitete er eine borderline-spezifische Psychotherapiemethode, die 1999 in manualisierter Form als transference focused psychotherapy (TFP) publiziert wurde. Es gibt zunehmende empirische Belege für die Wirksamkeit von TFP bei Borderline-Patienten. Aber TFP wurde nicht für antisoziale Patienten entwickelt, obwohl gezeigt wurde, dass Delinquenten häufig die strukturellen Charakteristika der BPO aufweisen.

Die vorliegende Arbeit versucht zu zeigen, in welchen Bereichen TFP erweitert oder weiterentwickelt werden muss, um für forensische Patienten anwendbar zu werden. Zuallererst ist da der Bereich der Diagnostik. Da Delinquenten keine homogene Gruppe bilden müssen sie nach strukturellen Kriterien exakt diagnostiziert werden. Die Arbeit untersucht drei Hauptformen der Delinquenz, nämlich Diebstahl, Gewalt- und Sexualdelinquenz. Sie untersucht die Psychodynamik dieser drei Varianten der Delinquenz und leitet daraus eine abgestufte Reihe von Schweregraden ab. Diese Schweregrade haben therapeutische und prognostische Implikationen, wie es bei der TFP-Diagnostik auch üblich ist. Es wird vorgeschlagen, ein forensisches STIPO zu entwickeln, wobei STIPO für ein strukturiertes Interview für Persönlichkeitsorganisation steht.

Außerdem versucht die Arbeit die Implikationen der forensischen Situation für das therapeutische Setting, den therapeutischen Rahmen und die Aushandlung des Therapievertrages zu klären. Sie zeigt, wie man mit so delikatzen Fragen wie der Freiwilligkeit in der Therapie, den Gebrauch von Gerichtsakten durch den Therapeuten, Verschwiegenheit und Geheimhaltung in Situationen des Rückfalls usw. umgehen soll. Sie erklärt, wie ein Therapeut mit der Frage des Deliktes bei Therapievertragsgesprächen umgehen soll, wenn das Delikt entweder geleugnet wird oder wenn der Delinquent sich weigert, über das Delikt zu sprechen. Am Ende werden weitere Fragen skizziert, deren Beantwortung notwendig ist, um eine forensische TFP zu entwickeln.

Seit 1999 gibt es das Manual zur psychodynamischen Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit von Clarkin, Yeomans und Kernberg (1999), 2001 ist es auf deutsch erschienen. Darin wird eine spezielle Psychotherapiemethode beschrieben, die von den Autoren „Transference-Focused Psychotherapy“ (TFP) genannt wird¹. Diese Methode wurde für die Behandlung von Patienten entwickelt, deren Störungen im

¹ TFP ist die weiterentwickelte, manualisierte Version einer psychodynamischen Therapie für Borderline-Patienten, die in ihren Grundzügen bereits Mitte der 1960er von Otto Kernberg im Rahmen des Psychotherapie-Forschungsprojektes der Menninger Foundation entwickelt und in einer Artikel-Serie vorgestellt wurde (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). In den 1990er Jahren wurden die Forschungen zur

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 jedoch rasch 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 neurotischen, einer Borderline- und einer psychotischen Persönlichkeitsorganisation unterschieden wird. TFP wird als Methode der Wahl für die meisten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO) betrachtet².

1. Das BPO-Konzept

Kernberg (1967, 1975) geht davon aus, dass Borderline-Persönlichkeiten zwar die erste Stufe der Differenzierung, nämlich das Anerkennen eines prinzipiellen Unterschiedes zwischen innerer und äußerer Realität, erreicht und innerlich repräsentiert haben. Er betrachtet jedoch das Misslingen der darauf folgenden Entwicklungsstufe, nämlich der Integration widersprüchlicher (d.h. „guter“ und „böser“) Objektbeziehungsrepräsentanzen, als die Kernproblematik der Borderline-Persönlichkeit. Dieses Misslingen ist die Folge des *Vorherrschens primitiver Abwehrmechanismen*, allen voran der Spaltung, über die Zeit ihres altersangemessenen Vorherrschens hinaus. Die Spaltung kann letztlich deswegen nicht überwunden werden, weil die idealisierten inneren Objektbeziehungsrepräsentanzen vor der Kontaminierung durch besonders starke negative (v.a. aggressive) Affekte bzw. davon gefärbten Objektbeziehungsrepräsentanzen geschützt werden müssen. Die Ursache für das Vorhandensein außergewöhnlich starker aggressiver Affekte wird in einer variabel gewichteten Kombination aus biologisch-genetischen und erworbenen (traumatischen) Faktoren gesehen.

Die Folgen der mangelhaften Integration der Objektbeziehungsrepräsentanzen zeigen sich einerseits auf der Ebene der psychischen Struktur und andererseits auf der Ebene der äußeren Objektbeziehungen. Aufgrund des unauflöslichen Zusammendenkens dieser beiden Ebenen kann Kernberg seinen Ansatz zu Recht auch als Integration von psychoanalytischer Ich-Psychologie und Objektbeziehungstheorie bezeichnen. Da im Normalfall die Herausbildung der klassischen drei-teiligen psychischen Struktur von Es, Ich und Überich das Ergebnis der Integration der guten (idealisierten) und der bösen (paranoiden) Objektbeziehungsrepräsentanzen ist, kommt diese bei BPO erst gar nicht zustande, zumindest nicht vollständig.

Dies hat wesentliche Implikationen für die Ich-Identität, die Effizienz der Ich-Funktionen und die Funktionsweise des Überich. V.a. wird das für BPO-Patienten charakteristische diffuse Selbstbild, die nach Erikson (1956) so genannte *Identitätsdiffusion*, als Folge oszillierender Partialobjekt-Dyaden verständlich. Kernberg kann damit aber auch die bei Borderline-Patienten allgemein beobachteten *unspezifischen Anzeichen von Ich-Schwäche* (etwa die typische Impulsivität) erklären, und ebenso die Neigung zu Überich-Pathologien (etwa zu antisozialem Verhalten). Die äußeren Objektbeziehungen von Borderline-Patienten können kaum Beziehungen zwischen „ganzen“ Menschen sein, vielmehr herrschen aufgrund der primitiven Abwehrstruktur Beziehungskonflikte vor, die durch das projektive *Inszenieren von Partialobjektbeziehungen* zu Stande kommen.

2. Das TFP-Konzept

Die Grundkonzeption der Borderline-Pathologie in der Theorie Kernbergs gibt dem Affekt der Aggression, der Ich-Schwäche und der Überich-Pathologie große Bedeutung. Diese Aspekte finden sich naturgemäß 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

psychodynamischen Borderline-Therapie am Institut für Persönlichkeitsstörungen des New York Presbyterian Hospital, Westchester Division, zusammengefasst, dessen Direktor Otto Kernberg seit seiner Gründung ist.

² Die Indikation von TFP für Patienten mit BPO wird nicht als eine 100%-ige verstanden. Es gibt eine kleine neurosenaher Gruppe, die besser mit klassischer Psychoanalyse behandelt wird, am anderen Extrem gibt es eine Gruppe, die nur mit stützender Psychotherapie behandelt werden kann.

stehen zusammen mit den korrespondierenden Gegenübertragungen des Therapeuten oft lange Zeit im Vordergrund von TFP-Behandlungen.

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 potentiellen Gefahren für die Therapie besprochen und ihre Handhabung so explizit wie möglich gemacht werden müssen. Von den sieben im TFP-Manual beschriebenen Formen des taktischen Vorgehens 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 Unehrllichkeit gegenüber dem Therapeuten, jede Verletzung des Therapievertrages, Agieren innerhalb und außerhalb der Sitzungen oder die Trivialisierung der Therapieinhalte. Weiters 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 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. Schließlich geht es darum, die Zusammenhänge zwischen sich gegenseitig abwehrenden Objektbeziehungsdyaden (d.h. den inneren Konflikt) zu deuten und im weiteren die gespaltenen Teil-Selbst- und Teil-Objekt-Vorstellungen zu integrieren.

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

3. Das Interesse der forensischen Therapie für TFP

Die psychoanalytische Theorie und aus ihr abgeleitete Therapieverfahren haben in der therapeutischen Arbeit mit Straffälligen eine lange Tradition. Freud (1916d) 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 potentiell 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 und die Träger der neu entstehenden sozialtherapeutischen Anstalten in Deutschland bzw. der therapeutischen Sonderanstalten in Österreich inspirierten. Schorsch et al. (1985) und Berner/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 dokumentierten³, scheint damit im deutschsprachigen Raum der Höhepunkt der forensischen psychodynamischen Therapie erreicht worden zu sein⁴.

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 unterminierte die empirische Psychotherapieforschung v. a. die Glaubwürdigkeit der klassischen psychodynamischen Ansätze⁵. 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 2001). 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 als überflüssig zu erweisen, da durch wenige Stunden Rückfallsprophylaxe mindestens gleichwertige Ergebnisse erreichbar seien. Nach Laws (1999) mangelt es jedoch auch den RPPs für Sexualtäter noch an empirischer Validierung.

Im Vergleich zu den hohen Erwartungen an die kognitiv-behavioralen Therapiemethoden bei forensischen Patienten scheint langsam eine gewisse Ernüchterung einzutreten⁶. 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

3 Lohse und Hauch (1983) von der Hamburger Abteilung für Sexualforschung publizierten eine Studie über die tiefenpsychologisch-orientierte Behandlung von 86 Sexualstraftätern. Bei 1/3 ergab sich eine deutliche Besserung des psychischen Funktionsniveaus, bei einem weiteren 1/3 gab es eine leichte Verbesserung und bei einem 1/3 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 setzte. 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 und deren erster Kongress 1991 in London stattfand (Cordess/Cox 1995). Eine neue 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.

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.

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 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 Therapie der Borderline-Persönlichkeit nach Kernberg entwickelt⁷. Allerdings gibt es auch bestimmte Schwierigkeiten bei dieser Begegnung, die mit den Besonderheiten des forensischen Klientels und den abweichenden Rahmenbedingungen des forensischen Behandlungssettings zusammenhängen.

TFP ist ihrem Anspruch nach zwar eine Therapiemethode für fast das gesamte Spektrum der Persönlichkeitsstörungen, wie es etwa im DSM-IV aufgefächert ist⁸. 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.

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 von TFP eingeflossen ist. Dies erklärt vermutlich, warum die Psychodynamik der Dissozialität und der Kriminalität im TFP-Manual nur in sehr allgemeiner Form gestreift wird.

Eine andere Folge des Ausschlusses der Delinquenten aus der „Basispopulation“ von 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 TFP für eine auf den ersten Blick sehr geeignete Therapiemethode für ihr Klientel halten.

Gehen wir noch einmal einen Schritt zurück. Ist TFP als Therapiemethode überhaupt für antisoziale 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 von 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? Diesen zwei Fragen soll im Folgenden nachgegangen werden. Zunächst referiere ich die fünf wesentlichen diagnostischen Konzepte, die Kernberg in anderen Arbeiten für den Bereich Antisozialität entwickelt hat (vgl. Kernberg 1984, 1985, 1989a, 1989b, 1992).

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.

4. Konzepte der Antisozialität im Werk von Kernberg

4.1 Das Spektrum der Antisozialität

Die antisoziale Persönlichkeitsstörung wird an vielen Stellen im Kernbergschen Oeuvre explizit aus dem Indikationsbereich der psychodynamischen Psychotherapie ausgenommen⁹, an anderen jedoch in diesen eingeschlossen¹⁰. Der Widerspruch erklärt sich daraus, dass Kernberg die gegenwärtigen DSM-Kriterien für die antisoziale Persönlichkeitsstörung für zu weit gefasst hält¹¹. Nach diesen Kriterien würden etwa 80% aller Kriminellen diese Diagnose bekommen (vgl. Frances 1980), was Kernberg offenbar als zu unspezifisch erscheint. Außerdem fehlen in den gegenwärtigen DSM-Kriterien so entscheidende Punkte wie die Fähigkeit, anderen gegenüber loyal zu sein, Schuld- und Signalangst zu fühlen und aus vergangenen Erfahrungen zu lernen. Kernberg hat daher ein eigenes Konzept der „*antisozialen Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne*“ entwickelt, das der „*antisozialen Persönlichkeitsstörung im Sinne des DSM*“ gegenübergestellt wird bzw. nur eine kleine Teilmenge davon ausmacht¹². Da Kernberg selbst seinen Begriff der antisozialen Persönlichkeit eng an Cleckleys Psychopathie-Begriff anlehnt (Kernberg 1989, 1992), wird hier im Folgenden immer von der psychopathischen Persönlichkeit die Rede sein, wenn der engere Begriff gemeint ist. Der Begriff *antisoziale Persönlichkeitsstörung* wird im Sinne der DSM-IV-Kriterien verwendet. Nur die *psychopathische Persönlichkeit* wird von Kernberg für psychotherapeutisch unbehandelbar gehalten. Sie stellt den extremen Endpunkt eines Kontinuums der narzisstischen Persönlichkeitspathologie dar, dessen andere Stufen und Ausprägungen seien aber sehr wohl prinzipiell behandelbar. Der Narzissmus bzw. dessen pathologische Entwicklung ist für Kernberg die Schlüsselpathologie für das Verständnis von Antisozialität in allen ihren Erscheinungsformen. Antisozialität sollte seiner Meinung nach jedenfalls in ihrer psychodynamischen Bedeutung definiert werden und nicht einfach als kriminelles Verhalten oder mangelnde Gesetzeskonformität.

4.1.1 Die psychopathische Persönlichkeit

Sie zeigt typischerweise eine narzisstische Persönlichkeit. Die typischen Symptome der rein-narzisstischen Persönlichkeit bestehen zusammengefasst in Grandiosität, Neid, Entwertung und Mangel an Empathie und Hingabe (vgl. Kernberg 1989).

Darüber hinaus zeigen psychopathische Persönlichkeiten typischerweise eine Reihe folgender *antisozialer Verhaltensweisen*:

- parasitärer Typus: Lügen, Stehlen, Einbrechen, Fälschen, Betrügen, Prostitution
- aggressiver Typus: Überfall, Mord und bewaffneter Raub

Die *Über-Ich-Pathologie* bei der psychopathischen Persönlichkeit hat folgende Charakteristika:

- Unfähigkeit zu authentischen Schuldgefühlen und Reue.
- Auch nach einer Konfrontation mit den Folgen ihres antisozialen Verhaltens tritt keine wirkliche Verhaltensänderung gegenüber den bisherigen Opfern ein (trotz wortreichem Zur-Schau-Stellen von Schuld und Bedauern).
- Es gibt auch keine Besorgtheit über diesen Mangel an Veränderung.
- Der Patient kann sich keine ethische Dimension bei anderen vorstellen; auch wenn er z.B. direkt beim Lügen erwischt wird, empfindet er keine Schuld, sondern befürchtet bestenfalls Ärger auf Seiten des Interviewers.
- Psychopathische Persönlichkeiten geben immer nur jene Aspekte ihres antisozialen Verhaltens zu, deren sie bereits überführt sind, niemals gestehen sie von sich aus Schuld ein.
- Sie zeigen eine permanente Manipulationstendenz sowie pathologisches Lügen.

Sie zeigen folgende Pathologien im *Bereich der Objektbeziehungen*:

⁹ Vgl. etwa Kernberg et al. (1989), S. 17, Fußnote; oder auch Kernberg (1984): „*Bei der antisozialen Persönlichkeit ist die Prognose für alle psychoanalytischen Behandlungsformen außerordentlich ungünstig, und man sollte sie wahrscheinlich gar nicht mit den üblichen Formen der Psychotherapie behandeln*“ (S. 249). Der gleiche Gedanke findet sich auch im TFP-Manual, vgl. Clarkin et al. (1999), S. 190.

¹⁰ Siehe Fußnote 7.

¹¹ Im DSM-I und DSM-II war die antisoziale (bzw. soziopathische) Persönlichkeitsstörung noch wesentlich enger im Sinne des klassischen anglo-amerikanischen Psychopathiebegriffes definiert. Dafür gab es zusätzlich noch die dissoziale Reaktion.

¹² Eine ähnliche Differenzierung zwischen einem engeren und einem weiteren Begriff von Antisozialität findet sich auch in der nicht-analytischen forensischen Psychiatrie. Vgl. zuletzt etwa Herpetz/Habermeyer (2004).

- Sie gehen nur oberflächliche Beziehungen ein und können emotionell nichts in andere Menschen, oder auch nur in Haustiere, investieren.
- Sie zeigen eine Unfähigkeit, sich zu verlieben oder Zärtlichkeit für jemanden zu empfinden.

Pathologien im Bereich der *Ich-Funktionen*:

- Die Patienten haben keinerlei Angsttoleranz; auf jede Zunahme von Angst reagieren sie mit zusätzlichen Symptomen oder pathologischem Verhalten.
- Sie zeigen eine Unfähigkeit, Depression oder Trauer zu erleben.
- Weiters findet sich eine Unfähigkeit, für die Zukunft zu planen oder gegenwärtiges Erleben mit einem angestrebten Zustand zu vergleichen, sodass jede Planung lediglich auf unmittelbare Verbesserungen bzw. Spannungsreduktion zielt.
- Auch die Unfähigkeit, aus vergangenen Erfahrungen zu lernen, widerspiegelt dieselbe Unfähigkeit, das eigene Leben über eine kurze, unmittelbare Zeitspanne hinaus wahrzunehmen.
- Es entsteht oft der Eindruck eines "*holografischen Menschen*" (Paulina Kernberg), d.h. im Gespräch entwerfen die Patienten ein vages, vergeistigtes Bild von sich selbst, das auffällig von ihrer gegenwärtigen Realität und von ihrer realen Vergangenheit abweicht.

Folgende *Gegenübertragungen* sind bei psychopathischen Persönlichkeiten typisch:

- Gefühl der Verwirrung.
- Versuchung, die Informationen des Patienten unkritisch zu akzeptieren oder sie in paranoider Weise global zu verwerfen.
- Pseudoneutralität, die eine zugrunde liegende Entwertung des Patienten verhüllt.
- Wunsch, aus der Beziehung mit dem Patienten auszusteigen, weil dieser permanent die grundlegendsten Werte in menschlichen Beziehung verletzt.

Kompliziert wird die Diagnose der psychopathischen Persönlichkeit durch die *Kombination von antisozialem Verhalten mit Perversionen*. Der entscheidende Punkt ist dabei jeweils, wie viel ich-syntone Aggression in die abweichenden sexuellen Muster eingebaut ist. Je mehr die narzisstische Persönlichkeit in die psychopathische Persönlichkeit übergeht, umso lebensbedrohlicher wird das aggressive Verhalten auch im Bereich der Sexualität. Eine Untergruppe der aggressiven psychopathischen Persönlichkeiten konzentrieren ihr kriminelles Verhalten auf sexuelle Angriffe bzw. sexuell motivierten Mord.

4.1.2 Maligner Narzissmus

Es gibt eine Zwischengruppe zwischen der „reinen“ narzisstischen Persönlichkeitsstörung und der psychopathischen Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne. Diese Zwischengruppe zeigt zwar antisoziales Verhalten auf der Grundlage einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur, jedoch sind die Patienten in bestimmten Bereichen durchaus fähig zu nicht-selbstsüchtigem Engagement in Beziehungen, zu authentischer Sorge um andere und um sich selbst, zum Erleben authentischer Schuldgefühle und zur Identifizierung mit nicht-selbstsüchtigen Wertsystemen, während sie all dies in anderen Bereichen nicht können.

Die Zwischengruppe teilt sich wieder in zwei Untergruppen, jene der narzisstischen Persönlichkeiten mit passiv-parasitärem antisozialen Verhalten und jene mit vorwiegend aggressivem antisozialen Verhalten. Die zweite Gruppe entspricht dem, was Kernberg auch "malignen Narzissmus" nennt. Diese Patienten zeigen ebenfalls eine typische narzisstische Persönlichkeitsstörung. Dazu kommen

- antisoziales Verhalten
- ich-syntoner Sadismus oder charakterlich verankerte Aggression
- eine paranoide Orientierung.

Zur Differentialdiagnose der *Über-Ich-Pathologie* zwischen psychopathischer Persönlichkeit und malignem Narzissmus sind folgende Aspekte des letzteren wesentlich:

- Die Fähigkeit zu Loyalität und zu Besorgnis um andere ist erhalten.
- Die Fähigkeit, Schuldgefühle zu erleben, ist erhalten.
- Diese Patienten können sich vorstellen, dass andere Menschen moralische Überzeugungen haben.
- Diese Patienten können aus der Vergangenheit lernen und für die Zukunft planen.

Die Differentialdiagnose der *Über-Ich-Pathologie* zwischen "nur" narzisstischen und malignen narzisstischen Persönlichkeiten kann anhand folgender Aspekte gestellt werden:

- Der ich-syntone Sadismus kann sich in einer Ideologie der aggressiven Selbstbehauptung ausdrücken.
- Der ich-syntone Sadismus kann sich aber auch in beständigen suizidalen Tendenzen ausdrücken. Diese entstehen nicht aus einer Depression, sondern aus akuten emotionellen Krisen. Die zugrunde liegende

Phantasie ist, dass Selbstmord Ausdruck einer Überlegenheit und ein Triumph über Schmerz und Todesangst ist. Durch Suizidalität wird eine sadistische Kontrolle über andere ausgeübt.

- Die paranoide Orientierung widerspiegelt die Projektion von sadistischen Über-Ich-Vorläufern, die nicht integriert werden konnten, auf andere. Andere werden dabei in übertriebener Weise als Idole, Feinde oder Narren betrachtet.
- Paranoide Einstellungen können sich in intensiven Therapien zu mikro-psychotischen Episoden steigern.
- Einige dieser Patienten sind Führer von sadistischen oder halb-terroristischen Banden, mit einer dazupassenden "ehrlichen" sadistischen "Ideologie". Gegenüber den Bandenmitgliedern besteht durchaus die Fähigkeit zu Loyalität.

4.1.3 Narzisstische Persönlichkeit mit antisozialem Verhalten

Diese Patienten zeigen - zusätzlich zu ihrer narzisstischen Persönlichkeitsstörung -

- a) eine ganze Palette von antisozialen Verhaltensweisen, allerdings meistens vom passiv-parasitären Typus.
- b) In einigen Bereichen finden sich Reste eines autonomen moralischen Verhaltens, während in anderen völlige Rücksichtslosigkeit vorherrscht.
- c) Die Fähigkeit zur Empfindung von Schuld und Besorgnis ist erhalten.
- d) Sie können realistisch ihre Vergangenheit beurteilen und für die Zukunft planen.
- e) In einigen Fällen erweist sich das antisoziale Verhalten lediglich als eine Äußerung ihres Mangels an Hingabe und Verantwortungsgefühl in länger andauernden Beziehungen.
- f) Sexuelle Promiskuität, Verantwortungslosigkeit bei der Arbeit, emotionelle oder finanzielle Ausbeutung von Verwandten treten auf, obwohl diese Patienten gleichzeitig fähig sind, sich in bestimmten Bereichen um andere zu kümmern und in distanzierteren Beziehungen normale Ehrlichkeitsstandards einzuhalten.

4.1.4 Antisoziales Verhalten bei anderen schweren Persönlichkeitsstörungen

Gemeint sind hier Patienten mit BPO ohne pathologischen Narzissmus. Beispiele hierfür wären die eigentliche *Borderline-Persönlichkeitsstörung* (die Kernberg früher infantile Persönlichkeitsstörung genannt hat) sowie die *paranoide Persönlichkeitsstörung*. Bei infantilen Persönlichkeiten ist die Pseudologia fantastica recht häufig, hat aber eine wesentliche weniger negative prognostische Bedeutung wie das chronische Lügen der Psychopathen und der malignen Narzisse. Die paranoiden Persönlichkeiten mögen dem "*paranoiden Zwang zum Betrug*" erliegen (Jacobson 1971). Darüber hinaus gehören die meisten Patienten mit pathologischen Spielen, Kleptomanie, Pyromanie oder Simulieren, wenn sie keine typisch narzisstische Persönlichkeit darbieten, zu dieser Gruppe.

4.1.5 Neurotische Persönlichkeiten mit antisozialem Verhalten

Hier finden wir die von Freud (1916) beschriebenen "*Kriminellen aus Schuldgefühl*". Die Persönlichkeitsstruktur ist neurotisch organisiert und es gibt im Hinblick auf eine psychotherapeutische und psychoanalytische Behandlung eine ausgezeichnete Prognose. Das antisoziale Verhalten tritt häufig im Kontext von depressiv-masochistischen Persönlichkeiten oder bei zwanghaften Charakteren auf. Als letzte Gruppe, in der antisoziales Verhalten vorkommen kann, muss - wenn alle bisherigen Diagnosen ausgeschlossen wurden - *antisoziales Verhalten als Teil einer Symptomneurose* in Betracht gezogen werden. Es tritt etwa als Teil pubertären Rebellentums, bei Anpassungsstörungen oder als neurotische Reaktion auf eine abnormale Umwelt auf (dissoziale Reaktion). Denkbar ist antisoziales Verhalten auch als normale Reaktion auf eine pathologische Umwelt.

4.2 Zur Psychodynamik der schwersten antisozialen Störungen

Die Übertragungen von Patienten mit malignem Narzissmus und psychopathischer Persönlichkeit widerspiegeln früheste pathologische Überich-Strukturen und einen massiven Mangel an Integration der Selbst- und Objektrepräsentanzen. Kernberg greift auf die von Jacobson (1964) entwickelte Entwicklungstheorie des Überich zurück, derzufolge das Überich aus mehreren übereinander liegenden Schichten aufgebaut ist. Die tiefste Schicht bilden die sadistischen Überich-Vorläufer, die die „bösen“ (paranoiden) Objekte der frühesten Kindheit enthalten. Darauf folgen die idealisierten Überich-Vorläufer, d.h. die primitiv idealisierten Vorstellungen von sich und anderen, wie sie in den ersten beiden Lebensjahren entstehen. Sie bilden erst die zweite Schicht, weil sie sich schwerer als die „bösen“ Vorstellungen in eine von der Selbstrepräsentanz getrennte psychische Instanz formen lassen. Erst die Integration dieser beiden frühesten Schichten ermöglicht die Internalisierung einer dritten Schicht, nämlich der realistischen, fordernden und verbietenden Aspekte der ödipalen Eltern. Dies führt erst zur endgültigen Konsolidierung des

Überichs als einer psychischen Instanz, die in der Latenzzeit und der Adoleszenz jedoch noch weiteren Umgestaltungen unterliegt, auf die hier nicht näher eingegangen werden muss.

Die sadistischen Über-Ich-Vorläufer sind in den Fällen von malignem Narzissmus und psychopathischer Persönlichkeit derart dominant, dass sie durch die späteren idealisierten Über-Ich-Vorläufer nicht neutralisiert werden können. Die Über-Ich-Integration ist daher blockiert und die späteren, realistischeren Über-Ich-Introjekte aus der ödipalen Periode sind meistens nicht verfügbar. Bei diesen Patienten hat eine maligne Umformung ihrer inneren Objektwelt stattgefunden, was zur Entwertung und Versklavung aller potentiell guten internalisierten Objektbeziehungen durch ein integriertes, aber grausames, allmächtiges und "verrücktes" Selbst führt (vgl. Rosenfeld 1971). Dieses pathologische grandiose und sadistische Selbst ersetzt die sadistischen Vorläufer des Über-Ich, absorbiert alle Aggression und verwandelt alles, was ansonsten sadistische Über-Ich-Komponenten wären, in abnorme Selbststrukturen, die sich dann der Internalisierung von späteren, realistischeren Über-Ich-Komponenten widersetzen.

Kernbergs Beschreibung der inneren Welt der Patienten mit *malignem Narzissmus* lässt sich wie folgt zusammenfassen:

1. Äußere Objekte werden als allmächtig und grausam wahrgenommen.
2. Jede gute und liebevolle Beziehung ist nicht nur brüchig und ständig gefährdet, sondern enthält den Keim für eine Attacke durch das überwältigende grausame Objekt.
3. Es besteht das Gefühl, dass nur die totale Unterwerfung unter dieses Objekt das Überleben ermöglicht und dass daher alle Verbindungen mit guten (aber schwachen) Objekten abgebrochen werden müssen.
4. Alternierend zur Unterwerfung kommt es auch zu einer Identifikation mit dem grausamen und allmächtigen Objekt. Aus ihr entsteht ein erhebendes Gefühl der Macht und der Freiheit von Angst, Schmerz und Leid, sowie das Gefühl, dass die Befriedigung von Aggression die einzige Beziehungsform zu anderen ist.
5. Eine dritte Möglichkeit ist die Annahme eines völlig zynischen und scheinheiligen Kommunikationsstils, in dem die Bedeutung jeglicher Objektbeziehungen geleugnet und durch erfolgreiches Manövrieren im Chaos der menschlichen Beziehungen ersetzt wird.
6. In diesem Fall ersetzt die unehrliche Position eines unschuldigen Beobachters die gefährliche Identifizierung mit dem grausamen Tyrannen bzw. die masochistische Unterwerfung ihm gegenüber.
7. Da einige idealisierte Überich-Vorläufer Eingang in das Selbstbild gefunden haben, kommt es zur Idealisierung eines aggressiv infiltrierten grandiosen Selbst. Ebendieses ermöglicht dem malignen Narzissen (im Unterschied zum Psychopathen) ein konsolidiertes Selbstgefühl, eine Selbstkontinuität in der Zeit und, durch die Projektion, ein Gefühl, dass die mächtigen und gefährlichen anderen ebenfalls beständig und bis zu einem gewissen Grad berechenbar sind.
8. Das selbe pathologische Größenselbst, das sich durch ich-syntonen Sadismus, antisoziales Verhalten und paranoide Bereitschaft stabilisiert, schützt diese Patienten auch vor den unerträglichen Neidkonflikten, die typisch für die gewöhnlichen narzisstischen Persönlichkeiten sind.

Kernbergs Vermutungen über die Psychodynamik der *psychopathischen Persönlichkeit* lässt sich folgendermaßen zusammenfassen, zunächst die *aggressive Form*:

1. Die Patienten haben immer Kindheitserfahrungen von gewalttätiger Aggression durch die Eltern, und zwar sowohl als Beobachter als auch als Opfer.
2. Die Patienten zeigen auch immer eine tiefe Überzeugung über die Impotenz und Schwäche jeder guten Objektbeziehung: Die guten sind per definitionem schwach und unverlässlich. Daraus folgen Wut, Entwertung und Geringschätzung gegenüber all jenen, die vage als potentiell gute Objekte wahrgenommen werden.
3. Im Gegensatz dazu werden die Mächtigen zum Überleben unbedingt gebraucht. Diese sind aber ausnahmslos sadistisch. Die Erfahrung sadistischer Elternobjekte verwandelt sich zunächst in Wut, die dann meist wieder projiziert wird, und so das Bild der sadistischen bösen Objekte noch weiter verschlechtert. Diese werden zu maßlos sadistischen Tyrannen.
4. In dieser Welt ist Gewalt nicht nur absolut vorherrschend, sondern auch völlig unvorhersehbar. Dadurch wird auch der Mechanismus der Unterwerfung unter den Tyrannen unmöglich und ebenso die Idealisierung des sadistischen Wertesystems des Aggressors.
5. Die Unmöglichkeit irgendeine Idealisierung von Objekten zu erreichen, unterscheidet die psychopathische Persönlichkeit vom malignen Narzissen, der zumindest eine gewisse Möglichkeit, Idealisierung und Sadismus zu kondensieren, gefunden hat, nämlich in Form einer selbstgerechten Identifizierung mit dem idealisierten grausamen Tyrannen.

6. Das Fehlen jeder Idealisierung hindert den psychopathischen Patienten auch an der masochistischen Unterwerfung unter die sadistische Autorität. Der Antisoziale ist tief überzeugt, dass nur seine eigene Macht verlässlich ist und dass der Genuss von eigener sadistischer Kontrolle die einzige Alternative zum Leiden und zum Zerstörtwerden ist.
7. Gegen den unerträglich starken Neid auf alle „guten“, nicht-gewalttätigen und nicht-ausbeuterischen Beziehungen kann sich der Psychopath nur durch immer neue Bekräftigung seiner Überlegenheit durch gewalttätige Aggression schützen.

Beim vorwiegend *passiv-parasitären Psychopathen* sieht die Lage so aus:

1. Er findet einen Ausweg aus der ausschließlichen Befriedigung durch sadistische Machtausübung, indem er jegliche Bedeutung von Objektbeziehungen leugnet. Er idealisiert die Befriedigung von rezeptiv-abhängigen Bedürfnissen und genießt die symbolische Macht, die er dadurch ausübt, dass er von anderen solche Befriedigungen herauspresst.
2. Das Ziel des Lebens besteht für diese Patienten darin, zu essen, zu defäzieren, zu schlafen, Sex zu haben, sich sicher zu fühlen, sich zu rächen, mächtig zu sein, etc., und all das ohne von gefährlichen, wenn auch anonymen Objekten entdeckt zu werden. Es ist wie die Anpassung eines Wolfes unter Schafen, wobei die eigentliche Gefahr von anderen als Schafe verkleideten Wölfen ausgeht.
3. Diese Anpassung erlaubt die Verleugnung von Aggression und ihre Verwandlung in rücksichtslose Ausbeutung.

4.3 Zur Prognose der Störungen des antisozialen Spektrums

Ambulante Psychotherapie mit erwachsenen psychopathischen Persönlichkeiten ist völlig aussichtslos. In einzelnen Fällen seien in spezialisierten Kliniken oder Gefängnissen Erfolge erzielt worden, am ehesten, wenn eine strenge und nicht korrumpierbare Umweltkontrolle mit der Möglichkeit zur Gruppentherapie kombiniert sei.

Die Aufgabe des Psychiaters in Bezug auf psychopathische Persönlichkeiten sieht Kernberg erstens darin, die notwendige Differentialdiagnose zu stellen, zweitens die Familie vor den Folgen des antisozialen Verhaltens des Patienten zu warnen bzw. diese über die negative Prognose zu informieren. Eine Langzeithoffnung mag in der Tatsache liegen, dass viele psychopathische Persönlichkeiten im mittleren oder höheren Alter quasi "ausbrennen". Die dritte Aufgabe besteht darin, realistische Bedingungen für die Therapie zu schaffen. Alle sekundären Krankheitsgewinne müssen ausgeschaltet werden. Das Therapiesetting muss durch bestimmte Bedingungen davor geschützt werden, vom Patienten sekundär ausgebeutet zu werden.

Beim malignen Narzissmus ist die Prognose wesentlich besser als bei der psychopathischen Persönlichkeitsstörung. Trotzdem ist auch hier Zurückhaltung geboten. In langfristigen psychoanalytischen Psychotherapien kann sich das manipulierende, ausbeuterische Verhalten in der Übertragung langsam in einen im Wesentlichen paranoiden Widerstand verwandeln. Dabei können sogar paranoide Übertragungspsychosen entstehen. Falls die Regression in der Therapie gehalten und bearbeitet werden kann, kann es zu einem schrittweisen Übergang zu den üblichen Übertragungsformen von schweren narzisstischen Persönlichkeitsstörungen kommen.

Eine Grenze für solche therapeutische Bemühungen ist bei Patienten gegeben, deren aggressives Verhalten potentiell für andere (inkl. dem Psychotherapeuten) gefährlich werden kann. Dies bedeutet, dass die Möglichkeit von offener Gewalt im Zusammenhang von paranoiden Übertragungsreaktionen vor Beginn der Therapie abgeschätzt werden sollte.

Bei Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung mit antisozialem Verhalten ist ebenso wie bei anderen Persönlichkeitsstörungen mit antisozialem Verhalten eine psychoanalytische Psychotherapie indiziert. Bei Neurotikern mit antisozialem Verhalten kann eine Psychoanalyse empfohlen werden.

5. Antisozialität, Psychopathie und Delinquenz

Der forensische Psychotherapeut findet in den oben beschriebenen diagnostischen Kategorien und psychodynamischen Vorstellungen, die Kernberg in den späten 1980er Jahren entwickelt hat, nicht nur ein reiches Reservoir von Ideen, sondern auch einen fundamentalen Raster, den er seiner Arbeit mit delinquenten Patienten zugrunde legen kann.

Dabei ist es eine wesentliche Errungenschaft des Kernbergschen Diagnoserahmens, dass er eine Kategorie für nicht-therapierbare Fälle enthält, eben die hier so genannte psychopathische Persönlichkeit. Es ist für

forensische Therapeuten ebenso wie für forensisch-therapeutische Einrichtungen äußerst wichtig, sich nicht für alle Störungen zuständig zu fühlen. Auch der Narzissmus der Therapeuten, v. a. der Anspruch, alle heilen zu wollen, muss beherrscht werden, und dies muss auch Ausdruck in der differentialdiagnostischen Kategorie der Unbehandelbarkeit finden. In der Praxis des Strafvollzuges erweist es sich manchmal als schwierig, diese Selbstbeschränkung auch gegenüber dem Auftraggeber (der Justiz) zu erklären. Denn die Justizverwaltung ist häufig konzeptlos in Bezug auf jene Patienten, die als nicht therapierbar diagnostiziert werden¹³. Diese Konzeptlosigkeit verwandelt sich dann manchmal in einen Druck, es vielleicht doch zu versuchen und die eigenen Bedenken zu übergehen. Dies kann sehr gefährlich sein.

Für forensische Psychotherapeuten gibt es jedoch differentialdiagnostische Fragen, die im Kernbergschen Rahmen betreffend die Antisozialität noch nicht ausgearbeitet sind. Diese betreffen zunächst Art und Bedeutung des Deliktes, das zum Anlass einer Behandlung wurde. Es entspricht einer alten psychodynamischen Tradition, dass das Delikt – ähnlich wie das Symptom einer Neurose – als eine oberflächliche Erscheinung einer tiefer liegenden Psychodynamik aufgefasst wird. Das Delikt, etwa eine Sexualstraftat, stellt aus psychodynamischer Sicht nicht eine geradlinige Verwirklichung eines pathologischen Triebes dar, sondern ist das komplizierte Resultat innerer Konflikte und Abwehrvorgänge. Delikte stellen in diesem Sinne häufig sogar Lösungs- oder Kompensationsversuche dar¹⁴, die durch eine strukturverändernde Psychotherapie überflüssig werden sollten.

So sehr der Vergleich von Strafrechtsdelikten mit psychopathologischen (autoplastischen¹⁵) Symptomen berechtigt ist und tatsächlich auf wichtige dynamische Parallelen hinweist, so sehr ist jedoch auch auf die Unterschiede aufmerksam zu machen. Delikte fügen in der Regel anderen Menschen realen Schaden zu, mitunter äußerst beträchtlichen, und das ist der Hauptgrund, warum die Gesellschaft Delinquenten gegenüber anders vorgeht als gegenüber rein psychopathologisch Auffälligen¹⁶. Auf die Folgen für den therapeutischen Rahmen soll weiter unten eingegangen werden. Hier geht es mir darum, klarzumachen, dass das Delikt eine über das autoplastische Symptom hinausgehende psychodynamische Bedeutung hat und daher einen anderen Stellenwert in der Therapie einnimmt.

Ein Moment in dem Boom verhaltenstherapeutischer Ansätze in der Straftäterbehandlung in den 1990er Jahren war gerade deren Fokussierung des Deliktverhaltens. Es wurden zunehmend delikt-spezifische Behandlungsprogramme (etwa für Pädophile oder für Vergewaltiger) entwickelt (Marshall et al. 1998, Urbaniok 2003). Während zu bedauern ist, dass dadurch das Reflektieren der zugrunde liegenden bewussten und unbewussten Phantasien zurückgedrängt und vernachlässigt wurde, ist ein grundlegendes Moment dieser Entwicklung doch berechtigt und vermutlich von dauerhafter Bedeutung auch für die psychodynamische Therapie: Das Delikt stellt ein psychopathologisches Phänomen sui generis dar. Es hat in der forensischen Therapie eine mehrfache Bedeutung, die in allgemeinen psychodynamischen Überlegungen zur Antisozialität und Psychopathie nicht ausreichend reflektiert werden. Hier wird zuerst auf die allgemeine, gewissermaßen therapiekonstituierende Bedeutung des Deliktes eingegangen, anschließend sollen einige weitere differential-diagnostische Überlegungen im Zusammenhang mit dem Delikt angestellt werden.

6. Delikt und projektive Identifizierung

Indem das Delikt die Gesellschaft zwingt, repressiv zum Schutze der Opfer einzuschreiten, aktiviert es gewissermaßen einen mächtigen Mechanismus, der vom Standpunkt des Delinquenten aus einer projektiven Identifizierung entspricht. Der Delinquent externalisiert durch das Delikt einen (sadistischen, unassimilierbaren) Selbstanteil, den die repressiven Gesellschaftsapparate aufgreifen. Inwieweit diese die in

¹³ Wolfgang Berner hat ebenfalls auf dieses Problem aufmerksam gemacht, dass nicht alle Täter therapeutisch erreichbar sind: *„Es gibt vermutlich eine sehr kleine Gruppe von Tätern, die man sehr dauerhaft verwahren muss“*. Als Möglichkeit nennt er das Prinzip der unter Fachleuten diskutierten *„long-stay-stations“* nach holländischem Vorbild“ (Eppendorfer. Zeitung für Psychiatrie, 16 (2001/8), S.1).

¹⁴ Vgl. etwa Schorsch et al. (1985): *„Die perversen Symptome stellen als komplizierte Chiffren Lösungsversuche dar“* (S.32).

¹⁵ Autoplastische Symptome stellen psychopathologisch bedingte Veränderungen im Selbst eines Patienten dar. Demgegenüber bezeichnet man mit Alloplastik die psychodynamisch bedingte Einwirkung des Selbst auf die Außenwelt.

¹⁶ Natürlich spielt auch das von der psychoanalytischen Sozialpsychologie hervorgehobene Strafbedürfnis der Gesellschaft eine gewisse Rolle (Fromm 1931, Reiwald 1948), jedoch dürfen darüber nicht die realen Folgen von Straftaten übersehen werden. Die Opferperspektive fest in den Diskurs über Delinquenz einzubinden, wurde erst in den letzten Jahrzehnten zunehmend zu einer Selbstverständlichkeit.

sie projizierten Affekte blind ausagieren oder in eine reifere Form transformieren können, hängt von den Mentalisierungskapazitäten¹⁷ in diesen Institutionen ab. Der Delinquent delegiert jedenfalls die Container-Funktion¹⁸ fast zur Gänze an die Gesellschaft. Und letztlich ist die forensische Therapie, wenn sie dann anstatt, während oder nach einem Strafvollzug zur Anwendung kommt, auch noch von dieser delikt-katalysierten projektiven Identifizierung bestimmt¹⁹.

Der forensische Therapeut muss sich dieser grundlegenden Konstellation seiner therapeutischen Situation bewusst sein. Sie unterscheidet sich in diesem Punkt deutlich von üblichen Psychotherapien, auch von psychodynamischen Borderline-Therapien, mit denen sie ansonsten viel gemeinsam hat. Auch das TFP-Manual geht grundlegend von einem erhaltenen Anteil im Patienten aus, der die eigene Hilfebedürftigkeit anerkennt und dessen Wirksamkeit die Therapie erst zustande kommen lässt. Auch wenn in der Übertragungsdynamik die therapiezerstörenden Kräfte die Überhand zu gewinnen drohen, so ist doch zu jedem Zeitpunkt von einem hilfeschuchenden Anteil im Patienten auszugehen, der auch angesprochen werden kann. Wenn er nicht mehr angesprochen werden kann, endet die Therapie normalerweise im Abbruch. Anders bei der forensischen Therapie. Das Ausmaß der projektiven Identifizierung des Patienten macht einen Zwangskontext für die Durchführung der Therapie notwendig. Viele Therapeuten meinen, dass gerade mangelnde Freiwilligkeit die Durchführung einer psychodynamischen Therapie unmöglich macht. Ohne einen verfügbaren, gesunden Selbstanteil – so meinen sie – ist nicht nur ein Arbeitsbündnis unmöglich, sondern es kann kein therapeutischer Prozess in Gang kommen, weil die heilende Dialektik der inneren Kräfte und Phantasien durch die globale Externalisierung eines Anteils zum Erliegen kommen muss. Diese zunächst plausibel erscheinende Annahme ist jedoch empirisch widerlegt, nicht nur weil zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass durch Therapie die Rückfallquoten von Straftätern gesenkt werden können²⁰. Es ist einfach auch eine klinische Erfahrungstatsache, dass trotz Zwangskontext bearbeitbare Übertragungsprozesse in Gang kommen. Der Grund dafür liegt darin, dass der Zwangskontext forensischer Therapien ja nicht einfach eine der Patientenpsyche gänzlich äußerliche Zwangsstruktur ist, sondern dass der Zwang durch projektive Vorgänge ausgelöst und nur aufgrund der Externalisierung bestimmter Selbstanteile weiterhin als Zwang erlebt wird. Für das Unbewusste kann der Zwang hier eine ähnliche Rolle spielen wie die ungleiche Machtverteilung zwischen Kindern und Erwachsenen für die heranwachsenden Kinder. Im optimalen Falle wechseln autoritative Vorgaben in ihrer Bedeutung zwischen sicherheitsspendender Container-Funktion und Autonomiewunsch-anregender Freiheitsbeschränkung. Im Kontext der schweren Überich-Pathologien der delinquenten Patienten erscheinen diese Funktionen natürlich z.T. grotesk verzerrt. Fühlen sich die einen KZ-ähnlichen Torturen unterworfen, versklavt und durch ihren Therapeuten zu Versuchskaninchen fragwürdiger medizinischer Experimente gemacht, so erleben andere die Therapie als einzigen Ort der Sicherheit und des Wohlbefindens, von dem sie fürchten vertrieben zu werden, wenn die gerichtliche Therapieweisung ausläuft.

Wie immer forensische Patienten den Zwangskontext erleben, in den meisten Fällen bietet das dazugehörige Agieren und die damit verbundenen Phantasien wertvolles Material zur Untersuchung der inneren Welt der Patienten. Das Delikt erscheint hier immer wieder an dem Knotenpunkt, an dem die Pathologie der inneren Welt des Patienten in einer Weise auf die Außenwelt durchschlägt, dass diese die Gewalt der nun externalisierten Objektbeziehungen aufnimmt und u. a. in eine forensische Therapie transformiert, in eine Therapie, in die er sich ohne Zwangskontext niemals begeben hätte, weil das Ausmaß der Pathologie das freiwillige Eingehen einer abhängigen Beziehung nicht zulässt.

Man kann die Entwicklung einer forensischen Therapie auch als schrittweise (Re-)Internalisierung des Zwangskontextes im Sinne des Aufbaus innerer Grenzen betrachten. Wird in den frühen Phasen häufig nur der äußere Zwang gesehen, so wird später oft eine Spaltung zwischen dem wohlwollenden Therapeuten und der unterdrückerischen Justiz im allgemeinen sichtbar. Ein Zeichen eines relativ fortgeschrittenen therapeutischen Prozesses ist es, wenn der Patient die Freiheitsbeschränkung rückblickend als Folge der eigenen Tendenzen zu projektiv-identifikatorischem Ausagieren und der daraus resultierenden eigenen Unfähigkeit zu erwachsener Verantwortung verstehen kann.

¹⁷ Vgl. hierzu verschiedene Arbeiten von P. Fonagy zu diesem Thema (Fonagy 1995, 1998, 2004, Fonagy et al. 2002).

¹⁸ Vgl. Bion 1962, 1963, 1966.

¹⁹ Bezüglich der Auswirkungen dieser Tatsache auf Rahmen und Therapievertrag, siehe die letzten beiden Abschnitte in dieser Arbeit.

²⁰ Vgl. etwa Marshall et al. (1991), Redondo et al. (1999), Wagner et al. (1997).

7. Diagnostik und Delinquenz

Die Art des Deliktes hat nicht nur eine strafrechtliche Bedeutung, sondern auch eine psychodynamische. Für die zu erwartende Dynamik in einer Psychotherapie macht es einen großen Unterschied, ob – sagen wir – eine narzisstische Persönlichkeit wegen wiederholter Einbrüche, wegen wiederholter Vergewaltigungen oder wegen beidem verurteilt wurde. Die Art der gesetzten Delikte ist ein deutlicher Hinweis auf die vorherrschenden pathologischen Phantasien, aber auch darauf, wo die Phantasie zur Impulskontrolle nicht mehr ausreichte. Das Deliktmuster reflektiert eine bestimmte Verdichtung und eine Verschiebung primitiver und häufig unbewusster internalisierter Objektbeziehungsmuster. Diese sind natürlich jeweils im Einzelfall zu dechiffrieren, jedoch lassen sich bestimmte allgemeine Merkmale darstellen.

Die Strafrechtsdelikte lassen sich unter forensisch-therapeutischem Gesichtspunkt grob in drei Gruppen zusammenfassen, innerhalb deren es verschiedene Schweregrade und zwischen denen es verschiedene Kombinationsmöglichkeiten gibt:

- a) Eigentumsdelikte
- b) Gewaltdelikte
- c) Sexualdelikte

Natürlich ist das Delikt alleine noch nicht ausreichend, um auf eine bestimmte zugrunde liegende psychische Struktur zu schließen. Der Hintergrund von strafrechtlichen Delikten ist äußerst komplex und umfasst biologische und konstitutionelle Faktoren ebenso wie die soziale Lage des Delinquenten, die allgemeine Struktur und den gegenwärtigen Zustand der umgebenden Gesellschaft, einschließlich der sozialen Struktur des Normen- und Wertesystems, aber schließlich auch ganz banale situative Faktoren, wie „die Gunst der Stunde“ oder „die Aussichtslosigkeit des Augenblicks“. Es wurde zurecht immer wieder darauf hingewiesen, dass jeder normale Mensch in eine Situation kommen kann, wo er zum Delinquenten wird, genauso wie auch jeder normale Mensch unter bestimmten extremen Umständen psychotische Symptome entwickeln kann.

Es ist daher ratsam, die folgenden Aussagen über die psychodynamische Bedeutung von Delikten auf moderne westliche Gesellschaften einzugrenzen und Reaktionen in Extremsituationen auszuschließen, da solche nur im Einzelfall beurteilt werden können. Unter diesen Einschränkungen scheint es aber gerechtfertigt, davon auszugehen, dass bestimmte Delikte mit bestimmten Persönlichkeitsstrukturen korrelieren, wenn auch nicht in einem mechanischen (1:1) Sinne, da die Vielfältigkeit der auslösenden äußeren Deliktsituationen nicht übersehen werden darf. Vergleichbare Delikte haben je nach Täterdisposition ganz unterschiedliche auslösende Hintergründe, und umgekehrt lösen vergleichbare äußere Situationen bei manchen Menschen ein deliktisches Verhalten aus und bei anderen nicht, abhängig von der Art und dem Ausprägungsgrad der jeweiligen deliktrelevanten Charakterpathologie des Täters. In diese Charakterpathologie gehen nach modernem psychodynamischen Verständnis sowohl die biologischen, v.a. die neuro-physiologischen Dispositionen, als auch die Art der frühen Bindungserfahrungen und der lebensgeschichtlichen Traumatisierungen ein. Aus dem Geflecht unterschiedlicher Einflussfaktoren bildet sich eine psychische Struktur, die in einigen wesentlichen Determinanten von den TFP-Strukturkriterien erfasst wird (Identität, Abwehrstruktur, Realitätsprüfung).

Es gibt jedoch einen Gesichtspunkt, um den die TFP-Kriterien für forensische Zwecke unbedingt ergänzt werden sollten, nämlich um die so genannte „*Reflektive Funktion*“, wie sie von Fonagy et al (1998, 2002) in den letzten Jahren ausgearbeitet worden ist. Die reflektive Funktion ist die Operationalisierung des Konzeptes der *Mentalisierung* (Fonagy 1995) und bezeichnet die Fähigkeit, subjektive Zustände bei sich selbst und anderen wahrzunehmen, als Ursachen von Handlungen zu erkennen, über sie nachzudenken und in die Planung der eigenen Handlungen mit einzubeziehen. Fonagy konnte zeigen, dass die reflektive Funktion bei Borderline-Patienten charakteristisch gestört und bei Delinquenten noch stärker beeinträchtigt ist²¹. Da die reflektive Funktion die Fähigkeit misst, sich selbst und andere als Subjekte zu begreifen, erhebt sie möglicherweise eine Kompetenz, die – wenn sie in einem hohen Ausmaß beschädigt ist – ganz spezifisch delinquente Grenzüberschreitungen ermöglicht²².

²¹ Vgl. die Prison-Health-Care-Centre-Studie (Levinson/Fonagy, unveröffentlicht). Die Studie wird in Fonagy (1998 und 2004) zusammengefasst.

²² Im Rahmen des Forensisch-Therapeutischen Zentrums Wien wird derzeit an einer Studie gearbeitet, in der die kriminalprognostische Relevanz der reflektiven Funktion untersucht werden soll.

Die TFP-Kriterien werden im strukturellen Interview²³, das jeder übertragungsfokussierten Psychotherapie vorhergehen muss, erhoben. Das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO, Clarkin et al. 2003) erfasst folgende sieben Strukturaspekte: Identität, Objektbeziehungen (einschl. einem Unterkapitel: Partnerschaft und Sexualität), Primitive Abwehr, Coping/Rigidität, Aggression, Wertvorstellungen, Realitätskontrolle und Wahrnehmungsverzerrungen.

Dispositionen zu Lügen, Stehlen und Betrügen werden hier unter dem Punkt „Wertvorstellungen“ abgefragt, die Neigung zu gewalttätigen Handlungen kommt in drei Fragen unter dem Punkt „Aggression“ zur Sprache und sexualdeliktisches Verhalten wird überhaupt nicht thematisiert.

Aus forensisch-therapeutischer Sicht sollten bei Delinquenten, bzw. bei antisozialen Persönlichkeiten (im Sinne des DSM-IV) solche strukturelle Determinanten tiefer gehend oder zusätzlich diagnostisch erfasst werden, die mit der Art der kriminellen Disposition zu tun haben und die vermutlich auch mit der Disposition korrelieren, allgemein oder deliktspezifisch rückfällig zu werden. Im einzelnen sollten wir nach folgenden Determinanten suchen:

- a) Generelle und deliktbezogene Einschränkungen der reflektiven Funktion
- b) Deliktspezifische Formen der Identitätsstörung und der Störung der Objektbeziehungen
- c) Deliktspezifische Abwehrstile
- d) Deliktspezifische Überich-Pathologie
- e) Deliktspezifische Triebkonflikte.

Ein für delinquente Patienten adaptiertes TFP müsste mit einer Diagnostik beginnen, die diese Determinanten (etwa in einem *STIPO für forensische Patienten*) aufgenommen hat. Im weiteren müssten die Implikationen dieser diagnostischen Spezifizierungen für den therapeutischen Rahmen und für den Therapievertrag überlegt werden. Und schließlich wäre zu untersuchen, in welcher Weise, die Entwicklung der Übertragung, die Abfolge der verschiedenen Therapiephasen und die Kooperation mit Betreuern oder Betreuungseinrichtungen von diesen Unterschieden beeinflusst werden.

7.1 Psychodynamik und Differentialdiagnostik der Eigentumsdelinquenz

Eigentumsdelikte reflektieren (unter den oben ausgeführten Einschränkungen) eine psychische Struktur, die von einem frühen Verlust geprägt ist²⁴ und von einem daraus abgeleiteten unbewussten Anspruch des Subjekts, diesen Verlust ungeschehen machen oder zumindest kompensieren zu dürfen. Winnicott (1956) schrieb: „Das Kind, das einen Gegenstand stiehlt, sucht nicht nach diesem Gegenstand, sondern nach der Mutter, auf die es einen Anspruch hat. In den Augen des Kindes leitet sich dieser Anspruch aus der Tatsache her, dass es selbst die Mutter erschaffen hat“ (S.164). Die Idee von der Erschaffung der Mutter durch das Kind bei Winnicott beschreibt im Grunde das Gleiche, das von anderen psychoanalytischen Theorien mit dem Konzept der projektiven Identifizierung zu fassen versucht wird.

Die Mutter enthält „in den Augen des Kindes“ immer eine ganze Reihe von Anteilen, die es in sie projiziert hat. Das Kind kann auf die Mutter als „Container“ für seine unerträglichen Anteile nicht verzichten, es hat also einen Anspruch auf sie. John Bowlby (1944) hat aus seiner Untersuchung jugendlicher Diebe die Theorie der Deprivation als Ursache von Delinquenz entwickelt. Er beobachtete, dass längere Trennungen von Kleinkindern von ihren Müttern bei habituell-stehlenden Jugendlichen sehr viel häufiger vorkommen als bei nicht-habituell-stehlenden und bei nicht-delinquenten Jugendlichen. Andere Faktoren, wie etwa „ambivalente oder ängstliche Mütter“, „Ablehnung durch die Väter“ oder „andere traumatische Ereignisse“ hatten zwar allgemein psychopathogene Folgen, fanden sich bei den habituellen Dieben aber nicht signifikant häufiger als bei anderen auffälligen Jugendlichen. Winnicott (1956) schloss daraus: „Das Vorhandensein der antisozialen Tendenz bedeutet, dass ein wirklicher Verlust (deprivation) stattgefunden hat (nicht ein einfacher Mangel); ... Dieser Entzug dauerte länger, als das Kind die Erinnerung an die gute Erfahrung in sich lebendig halten konnte“ (S.162). Die von Bowlby beschriebenen Stadien, die ein zweijähriges Kind durchmacht, das längere Zeit ins Krankenhaus kommt, lassen sich als allmähliches Sterben der inneren Objekte verstehen, wobei es nun wieder Melanie Klein war, die die Folgen des Todes innerer Objekte verständlich machte. Geht die Mutter verloren, so werden die in sie projizierten Anteile unverdaut in das Kind zurück gestoßen. Der Tod des inneren Objektes wird dadurch mit dem eigenen Hass des Kindes in

²³ Vgl. hierzu Kernberg (1981, 1984). Seit 2003 gibt es das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO), ein weiter ausdifferenziertes diagnostisches Instrument von Seiten des New Yorker Personality Disorders Institute (Clarkin et al. 2003), in dem nun zwei neurotische und drei unterschiedliche Borderline-Niveaus differenziert werden.

²⁴ Neben traumatischen Erlebnissen darf natürlich nicht auf die konstitutionelle Vulnerabilität vergessen werden, die zu individuell unterschiedlichen Folgewirkungen von äußerlich vergleichbaren Verlusterlebnissen führen.

Verbindung gebracht, wodurch der Grundstein für gewaltige Schuldgefühle und für eine mögliche depressive Erkrankung gelegt wird.

Der frühe Verlust führt also zu unerträglichen depressiven Gefühlen, sofern die verlorene Mutter im Sinne der depressiven Position als zugleich geliebtes (vermisstes) und gehasstes Objekt psychisch repräsentiert ist. Da der Schmerz jedoch für die noch unreife und schwache psychische Struktur des Kleinkindes überwältigend ist, kommt es zu neuerlichen Projektionen. Es ist anzunehmen, dass sich später depressive und später delinquente Menschen bereits an diesem Punkt zu unterscheiden beginnen²⁵: Beide haben Verlassenheitserlebnisse, beide waren darüber wütend, beide projizieren ihre Aggression. Doch der später Depressive versucht nun, das geliebte Objekt wieder für sich zu gewinnen, indem er es in sich festhält und sich mit ihm identifiziert. Da bei ihm das Objekt zwar stark ambivalent, aber nicht vollkommen gespalten ist (die depressive Position wurde nicht gänzlich verlassen), ist durch die Identifizierung nun auch das „böse“ Objekt wieder innen und die Aggression richtet sich gegen das Selbst.

Der spätere Delinquent hat hingegen den Glauben verloren, das geliebte Objekt als Ganzes wiedergewinnen zu können. Er zerreißt das Objekt in ein sadistisches und in ein idealisiertes Teilobjekt. In den auf die Traumatisierung folgenden Kinderjahren wird sich dies in Angst- und Wutanfällen, Bettnässen und/oder in Hyperaktivität bemerkbar machen. Noch später in einer allgemeinen Gierigkeit, in Schuleschwänzen und Weglaufen. Trotz aller Umgestaltungen der Pubertät bleibt die ursprüngliche, durch die Deprivation geprägte Struktur unverändert erkennbar. Die Repräsentanz einer sadistisch sich entziehenden oder „das-Gute“-zurückhaltenden Mutter wird auf den jeweils passenden (weil am meisten Neid-auslösenden) äußeren Ersatz projiziert. Dadurch kann sich das Selbst von seinen hassenden und sadistischen Anteilen gereinigt fühlen. Es entsteht ein spezifisch „diebisches“ *pathologisches Größenselbst*, wobei sich das in seiner Entwicklung gestoppte, kleinkindlich-„hungrige“ Selbst mit einem über den moralischen Normen stehenden, Anspruch auf sofortige Befriedigung erhebenden, „wegnehmenden“ Objekt narzisstisch identifiziert. Die Absorption der idealisierten Objektrepräsentanz in die Selbstrepräsentanz und die Projektion der gehassten Objektvorstellungen in die Außenwelt, lässt wenig Material für die Bildung eines Überichs. Die Überich-Pathologie erlaubt es nun, die Depression tatsächlich zu vermeiden und die unbewusste Phantasie in die Tat umzusetzen. Dadurch gelingt es dem jugendlichen Dieb, seine latent vorhandenen depressiven Schmerzen durch grenzüberschreitendes („manisches“) „Nehmen“ abzuwehren.

Das Stehlen ist die Grundform des Eigentumsdeliktes, das Einbrechen ist eine Kombination mit Gewaltelementen (die beim Raub dominant werden) und das Betrügen (einschl. Hochstapelei, Heiratsschwindel etc.) ist eine Kombination mit perversen Elementen, da hier erschwundenes zwischenmenschliches Vertrauen missbraucht und in sein Gegenteil verkehrt wird. Diese Kombinationen werden erst nach Besprechung der Gewalt- und der Sexualdelikte verständlicher werden.

Doch auch beim reinen Eigentumsdelikt gibt es natürlich ganz verschiedene Ausprägungen und Schweregrade. Die Schweregrade korrelieren v. a. mit dem Ausmaß der Impulsivität (also der Schwächung der Ich-Funktionen) und der Stärke der Überich-Pathologie, d.h. mit der Stärke der psychopathischen Tendenzen wie sie Kernberg beschrieben hat. Sie reichen dementsprechend vom neurotischen Gelegenheitsdieb bis zum Chef einer professionellen Taschendiebbande.

Der Inhalt des Gestohlenen gibt manchmal Hinweise auf bestimmte unbewusste Phantasien, was dem Delinquenten vorenthalten wurde. Ladendiebe inszenieren eine (eher oral getönte) Phantasie, in der sie sich selbst als leer und hungrig, den vollen Supermarkt aber als üppig gefüllte, wenn auch geizige Brust erleben. Bei Gold und Geld als bevorzugter Beute wird man an recht wenig sublimierte Phantasien über anale Geschenke denken, die von einer abwesenden Mutter nicht angenommen wurden. Da die eigenen Geschenke durch „den anderen“ wertlos gemacht wurden, fühlt sich der Dieb berechtigt, den Wert „vom anderen“ zurückzuholen. Bei Autodieben handelt es sich meist um Berufskriminelle, die aus rein kommerziellen Gründen Autos auswählen. Wenn Autostehlen aber eine Leidenschaft ist, geht es um zurückgewiesenes phallisches Imponieren, um phallisch-narzisstische Kränkung im Kontext schwerer Deprivationen, wobei das phallische Symbol nicht zufällig auch Mobilität zum Ausdruck bringt. Die Erfahrung „Ich gehe weg und Du bleibst hier“ soll im deliktischen Agieren umgedreht werden.

²⁵ Ätiologisch kommen für die Weichenstellung zwischen Depression und Delinquenz durchaus angeborene Vulnerabilitäten in Betracht, die im Bereich dessen liegen, was man Temperament nennen könnte. Schon sehr junge Säuglinge unterscheiden sich in ihrer Reaktion auf Frustration, indem sie eher eine Tendenz zum Rückzug oder eine Tendenz zur Hyperaktivität zeigen. Es wurde aber auch versucht, an der Wurzel der Depression weniger die abwesende, als die „tote Mutter“ (A. Green) anzusiedeln, also eine Mutter, die zwar physisch anwesend, aber psychisch unerreichbar ist.

Der Autor behandelte einmal einen Dieb, der Hunderte Kreuze mit geschnitzten Jesusfiguren von fremden Gräbern gestohlen hatte. Nach dem Diebstahl verkaufte er die Beute jeweils äußerst billig an den nächst besten Altwarenhändler. Nach jeder Entlassung aus der Haft vergingen immer nur wenige Wochen, bis er seinem als Zwang erlebten Tun wieder nachging und so bald neuerlich verhaftet wurde. Der Mann war immer guter Laune, obwohl er wegen dieses Deliktes Jahrzehnte seines Lebens hinter Gittern verbracht hatte. Die psychodynamische Therapie brachte zum Vorschein, dass er – wegen der Abwesenheit seiner Mutter – von einer sadistischen Großmutter erzogen worden war, die in extremer Weise fromm-katholisch gewesen war. Nach jeder Misshandlung des Kindes kniete sie sich vor ein großes geschnitztes Jesuskreuz im Wohnzimmer und bat „den Herrn“ um Vergebung. „Der Herr“ half dem Kind jedoch nicht. Trotzdem wurde der Junge später selbst gläubig und verehrte v. a. die Figur des Jesus. In Bezug auf halbnackte Jesusdarstellungen entwickelte er sogar homosexuelle Regungen. Als die Großmutter starb, begannen die Diebstähle. Der Patient verwirklichte in ihnen eine komplexe Phantasie: Zunächst holte er sich von der Großmutter (bzw. von ihrem Grab), was diese sich zu unrecht angeeignet hatte, nämlich den gekreuzigten Jesus als Symbol der unschuldigen Knechtung. Er hatte sich mit ihm identifiziert, ja er hatte ihn sogar in eine narzisstische homosexuelle Phantasie einbezogen. Im zweiten Teil der Inszenierung kam jedoch die Enttäuschung über Jesus zum Ausdruck und so verkaufte er ihn (wie Judas) „für einige Silberlinge“. Der Fall zeigt in ungewöhnlicher Weise, wie Deprivationserfahrungen zu Phantasien eines Sich-Zurückholens und Sich-Rächens führen und wie die Inszenierung derselben den Delinquenten vor depressiven Gefühlen schützen kann.

Für die Differentialdiagnostik der Eigentumsdelinquenz könnten wir aus diesen Überlegungen folgende wichtige Fragen ableiten:

Ad generelle und deliktbezogene Störung der reflektiven Funktion

- a) Ist die Eigentumskriminalität zwanghaft oder impulsiv?
- b) Wenn die Tat impulsiv war, können die damit zusammenhängenden Affekte benannt werden? Insbesondere: Ist nur von einer ansteigenden Spannung die Rede oder kann auch die Gier wahrgenommen werden? Kann die dahinter liegende Wut über das Verlassenwerden wahrgenommen werden?
- c) Wenn die Delikte impulsiv sind, erzeugen sie Schamgefühle? Kann der Delinquent also den eigenen Kontrollverlust emotional wahrnehmen?
- d) Was kann der Delinquent über die Auslösesituation sagen? Wie groß ist im nachhinein seine Empathie mit den Opfern?
- e) Kann er Muster in der Geschichte seiner Eigentumskriminalität erkennen? Auslösemuster? Ablaufmuster?
- f) Stellt der Delinquent selbst Bezüge zwischen seiner Delinquenz und eigenen Kindheitserlebnissen her? Wie reflektiert sind diese Bezüge, d.h. wie sehr gehen sie auf das emotionale Erleben im Unterschied zum rein äußeren Ablauf ein?

Ad deliktspezifische Identitätsdiffusion und Objektbilder

- g) Ist die Eigentumskriminalität ich-dyston, widerspricht sie also dem vorherrschenden Selbstbild des Delinquenten? Oder ist sie geplant, ich-synton oder vielleicht sogar professionell?
- h) Besteht das Gefühl, einen berechtigten Anspruch zu verwirklichen? Besteht dieses Gefühl nur im zeitlichen Umfeld der Tat oder auch sonst?
- i) Werden die Geschädigten der Diebstähle als reich, aber gewissenlos phantasiert? Besteht diese Phantasie nur im zeitlichen Umfeld der Tat oder auch sonst?

Ad deliktspezifische Abwehrmuster

- j) Sind Delikte bisher nur in bestimmten Krisen oder Belastungssituationen aufgetreten?
- k) Kennt der Delinquent Gefühle der Depression, der Leere oder der Sinnlosigkeit und wie geht er normalerweise damit um? Kann er seine Delikte damit in Verbindung setzen?
- l) Kennt der Delinquent Verfolgungsängste? Kann er seine Delikte damit in Verbindung setzen?
- m) Zeigt der Delinquent außer dem Stehlen auch andere Formen des „sensation-seeking“, d.h. des „manischen“ Vermeidens von Leere?

Ad deliktspezifische Überich-Pathologie

- n) In welchem Ausmaß übernimmt der Delinquent subjektiv Verantwortung für die Tat?

- o) Verurteilt sich der Delinquent überdimensional, indem er bspw. einen Ladendiebstahl für ein nie wieder gutzumachendes Verbrechen hält?
- p) Erzeugen eigene Diebstähle Schuldgefühle, gibt es also ein internalisiertes abstraktes Wertesystem, an dem sich der Delinquent selbst misst?

Ad deliktspezifische Triebkonflikte

- q) Welche Gegenstände werden gestohlen? Welche Phantasien sind damit assoziiert?
- r) Wenn es sich um impulsiven Diebstahl handelt, haben die gestohlenen Gegenstände einen Wert für den Delinquenten oder sind sie eigentlich wertlos?
- s) Wenn es sich um geplanten Diebstahl handelt, welche Gefühle und Phantasien sind an den Delikten beteiligt? Geht es mehr um den Akt des Stehlens oder um den Wert der Beute?
- t) Wenn es sich um professionellen Diebstahl handelt, wurde aus einem „Hobby“ ein „Beruf“ gemacht? Gab es früher Zeiten, in denen die Lust am Stehlen die Bedeutung der Beute überstieg? Ist die „Professionalität“ vielleicht eine Rationalisierung der „Lust am Stehlen“?

Aus der Beantwortung dieser Fragen lässt sich auf dem Hintergrund der Kernbergschen Differentialdiagnostik der Antisozialität eine therapeutisch und prognostisch relevante Skalierung der Eigentumsdelinquenz ableiten. Das folgenden 6-stufige Denkmodell lehnt sich an das STIPO-Modell für nicht-deliktspezifische Charakterpathologie an:

1. Einfach-neurotischer Typ: Diebstahl als kompromisshafter Ausdruck eines infantilen Trieb- und eines überstarken Strafbedürfnisses; Delinquent nimmt Spannung, Zwang und Schuldgefühle wahr; kann Zusammenhänge mit eigenen Verlusterlebnissen herstellen; Delikt krisen- oder belastungsinduziert, vereinzelt oder sporadisch, ich-dyston, keine Gewaltkomponente, keine andere Kriminalität.
2. Depressiver (oder: kompliziert-neurotischer) Typ: Diebstahl als kompromisshafter Ausdruck eines oralen Versorgungswunsches und eines bestrafend-verlassenden Überichs; Delinquent nimmt Spannung, Gier und depressive Schuldgefühle wahr; kann kaum Zusammenhänge mit eigenen Verlusterlebnissen herstellen; Delikt durch depressive Ängste induziert, habituell, meist ich-dyston, selten ich-synton; keine Gewaltkomponente, keine andere Kriminalität.
3. Narzisstischer Typ: Eigentumsdelinquenz als Abwehr von Gefühlen innerer Leere; Delinquent nimmt Spannung und Leere, aber kaum Schuldgefühle wahr; kann kaum Zusammenhänge mit eigenen Verlusterlebnissen herstellen; Delikt durch Gefühle der Leere und Sinnlosigkeit induziert, habituell, meist ich-synton, selten ich-dyston; häufig nicht nur Diebstahl, sondern auch Einbruch, evt. auch leichtere Formen von Gewaltkriminalität.
4. Sadomasochistischer Typ: Eigentumskriminalität als Ausdruck eines fixierten kriminellen Abwehrmusters; Delinquent nimmt Spannung, aber weder Leere, noch Depression oder Schuldgefühle wahr; kann keine Zusammenhänge mit eigenen Verlusterlebnissen herstellen; Delikt durch Leere und Sinnlosigkeit, aber auch durch Verfolgungsängste induziert, habituell, meist ich-synton; fast immer nicht nur Diebstahl, sondern auch Einbruch, verschiedene Formen von Gewaltkriminalität.
5. Malign-narzisstischer Typ: Eigentumskriminalität als Ausdruck eines gierigen, ich-syntonen Sadismus; Delinquent nimmt Spannung, aber weder Leere noch Depression oder Schuldgefühle wahr; kann keine Zusammenhänge mit eigenen Verlusterlebnissen herstellen; Patienten zeigen häufig selbstschädigendes Verhalten und sind außerhalb des Deliktes in Einzelfällen auch zu authentischen Schuldgefühlen fähig; Delikte v.a. durch Verfolgungsängste induziert, habituell oder professionell, immer ich-synton; nie nur Diebstahl, sondern auch Einbruch und Raub, evt. weitere schwere Formen von Gewaltkriminalität.
6. Psychopathischer Typ: Eigentumskriminalität als Ausdruck kalten Bereicherungswillens; Delinquent nimmt weder Spannung noch Leere, Depression oder Schuldgefühle wahr; ausgeprägte paranoide Weltanschauung; keine nicht-ausbeuterischen menschlichen Beziehungen; desintegrierter Einzelgänger; Delikte durch Verfolgungsängste induziert, meist professionell, immer ich-synton; nie nur Diebstahl, sondern auch Einbruch und Raub sowie weitere schwere Formen von Gewaltkriminalität.

7.2 Psychodynamik und Differentialdiagnostik der Gewaltdelinquenz

Gewaltdelikte kann man unter forensisch-therapeutischen Gesichtspunkten in drei Gruppen von Handlungen einteilen:

- a) Gewalt als Ausdruck überwältigender Wut. Sie erscheint dann desorganisiert, angetrieben von einer gewaltigen affektiven Entladung.
- b) Gewalt als Befriedigung von perversen Antrieben. Sie erscheint dann etwas mehr organisiert und der psychische Zustand des Gewalttäters hat einen erregten, aber gesteuerten Charakter.
- c) Gewalt als Mittel bei der Verwirklichung krimineller Motive. Sie ist dann häufig gut organisiert.
- d) Gewalt als Ausdruck von psychotischem Realitätsverlust. Sie ist dann bizarr und vollkommen idiosynkratisch.

V. a. von den unter a) bezeichneten Delikten soll in diesem Abschnitt die Rede sein. Die Delikte, die unter b) bezeichnet sind, kommen im nächsten Abschnitt noch genauer zur Sprache. Bei der Deliktgruppe c) ist die Gewalttätigkeit scheinbar kein Ziel an sich, sondern nur ein Mittel zum Zweck. Doch sind die Zwecke von dem Mittel der Gewalttätigkeit nicht zu trennen und deshalb bringen sie im Grunde eine ähnliche Problematik zum Ausdruck wie die Gruppe a), nur chronifiziert und gewissermaßen „vereist“, also ohne die manifeste Wirkung überwältigender Affekte. In gewisser Weise verhalten sich die Gruppen a) und c) wie Symptom- und Charakterneurose. Impulsive Gewalttäter erleben ihre Gewalttaten häufig als ich-dyston, während Berufskriminelle Gewalt als „normal“ und ich-synton erleben.

Gewaltdelikte gehen - wie jede Delinquenz, unter den oben besprochenen Einschränkungen - auf die interaktive Kombination von neuro-physiologischen und anderen konstitutionellen Dispositionen einerseits und frühen traumatischen Erfahrungen andererseits zurück. Jedoch geht es bei ihnen nicht einfach um die subjektive Reaktion auf einen Verlust (deprivation), sondern um die psychischen Folgen einer aktiven Verleugnung der Subjekthaftigkeit des Kindes innerhalb einer frühen Bindungsbeziehung. Peter Fonagy (1998, 2004) hat seine Theorie der Mentalisierung auch auf die Frage der Gewaltdelinquenz angewendet. Er geht davon aus, dass das Kleinkind keineswegs automatisch lernt, eigene psychische Zustände wahrzunehmen, die eigenen psychischen Zustände als kausal für seine Handlungen zu erkennen, geschweige denn psychische Zustände als Ursachen der Handlungen anderer zu begreifen. Diese so genannte *Mentalisierungsfähigkeit* entsteht vielmehr durch die Spiegelungsaktivität der primären Bezugspersonen des Kindes. Dabei geht es darum, dass nicht nur der jeweilige affektive Zustand des Kindes von dem Gegenüber aufgegriffen und gespiegelt wird, sondern dass dem Kind zugleich vermittelt wird, dass es sich hierbei nicht um den Gefühlszustand des Erwachsenen handelt, sondern um seinen eigenen. Dieser Vorgang wird „*markierte Spiegelung*“ genannt. Dadurch entstehe im Kind die erste Repräsentation der eigenen Gefühle und dies sei der Beginn der Fähigkeit, das Psychische als eigene Realität zu erkennen und darüber nachzudenken.

Mittels eines angeborenen Mechanismus („*contingency detection module*“, vgl. Gergely/Watson 1996) stellt das Kind Zusammenhänge zwischen seinen psychischen Zuständen und bestimmten Vorgängen in der Außenwelt fest. Es beginnt wahrzunehmen, dass diese psychischen Zustände Ursachen und Wirkungen haben, und dass das Gleiche auch auf andere Menschen zutrifft. Damit können primitivere Modi der Repräsentation der inneren Welt überwunden bzw. miteinander integriert werden. Das zwei-/drei-jährige Kind erlebt seine innere Welt noch so, als ob seine inneren Zustände und die äußere Realität exakt korrespondieren würden. Dies nannten Fonagy et al. den „*psychischen Äquivalenz-Modus*“: Mentale Ereignisse werden in punkto Macht, Kausalität und Folgen mit physikalischen Ereignissen gleichgesetzt (=Wie es scheint, so ist es). Alles, was es in der äußeren Welt gibt, hat in der inneren eine direkte Repräsentation, und umgekehrt existiert alles, was im Kopf des Kleinkindes ist, auch außerhalb.

Da es Angst machend sein kann, wenn man Gedanken und Gefühle als unmittelbar real erlebt, entwickelt das Kleinkind einen alternativen Umgang mit den inneren Zuständen. Im „*Als-ob-Modus*“ empfindet es Gefühle und Vorstellungen als vollkommenen scheinbar oder imaginär, ohne jede Implikation für die äußere Welt.

Sein Spiel bildet keine Brücke zwischen innerer und äußerer Realität.

Nur durch die sichere und aufmerksame Nähe eines anderen, der die als-ob- und die äquivalenten Perspektiven des Kindes zusammenhalten kann, entsteht aus der Integration dieser beiden Modi eine psychische Realität, in der Gefühle und Vorstellungen als innen, jedoch als bezogen auf das Äußere erkannt werden können. (Kinder mit Verhaltensstörungen reagieren auf Gewaltvideos mit mehr Angst und Wut als normale Kinder. Dies bestätigt die Erwartung, dass sie schlechter zwischen als-ob und real unterscheiden können.)

Die Mentalisierungsfähigkeit lässt sich auch messen. Als Messinstrument wurde die „*Reflective Self Functioning Scale*“ entwickelt (Fonagy et al. 1998). Levinson/Fonagy (unveröffentlicht) verglichen die

Bindungsstile und die reflektive Funktion (RF) von 22 Strafgefangenen und 22 psychiatrischen Patienten mit einer Kontrollgruppe von 22 „Normalen“. Die Strafgefangenen hatten am meisten Misshandlung und Vernachlässigung erfahren. Strafgefangene waren häufiger ablehnend/geringschätzig (dismissive) in ihrem Bindungsmuster und die RF der Strafgefangenen war signifikant schwerer beeinträchtigt als jene der psychiatrischen Patienten. Gewalttäter zeigten die größten Defizite²⁶.

Es gibt jedoch keine Korrelation zwischen der Schwere der erlittenen und der später selbst ausgeübten Gewalt. Vielmehr geht es um das Erleben von Scham, die gerade dadurch ausgelöst wird, dass der Anspruch auf Spiegelung und Containment von einer intimen Bindungsfigur missachtet wird. Das Kind ist seinen unrepräsentierten Affekten vollkommen ausgeliefert, wendet sich an die Bindungsfigur und wird gerade dann im Stich gelassen. Die ausgelöste Scham wird rasch ersetzt durch intensive Wut, die offenbar produziert wird, um das verletzte Selbstgefühl wiederherzustellen.

Wenn die Fähigkeit zur Mentalisierung nicht ausreichend entwickelt ist, dann kommt es in affektiv aufgeladenen Situationen auch im Erwachsenenleben zu einem Wiederauftauchen des psychischen-Äquivalenz-Modus. Ebendies macht Individuen besonders verletzlich für bestimmte Kränkungen, die mit der ursprünglichen Traumatisierung assoziiert sind. Die in solchen Situationen mobilisierte Scham ist unmentalisiert, d.h. sie ist kein „als-ob“-Erlebnis. Sie wird als veritable Zerstörung des Selbst empfunden, deshalb nennt sie Fonagy auch „*ich-zerstörende Scham*“. Die Erniedrigung ist so tief, dass alle Dinge, die als innen und subjektiv empfunden werden, abgewehrt werden müssen.

Da es für den Betroffenen unmöglich ist, über das Geschehene nachzudenken, wird der Mechanismus der Schamabwehr durch Wut immer weiter befestigt. Irgendwann kommt dann der Punkt, wo sich das Opfer unausweichlich in einen Täter verwandelt. Der Zustand der Erniedrigung kann nur durch eine selektive aber tiefe Verleugnung der Subjektivität sowohl des anderen als auch des Selbst getilgt werden. Es gibt immer einen Punkt, an dem die normale Barriere, absichtlich jemanden zu verletzen, durchbrochen wird. Fonagy spricht hier von „*funktionaler Psychopathie*“, da das Verschwinden der interpersonellen Sensibilität hier noch defensiv, vorübergehend und reversibel ist.

Die Gewalttat selbst ist der verzweifelte Versuch, das fragile Selbst vor dem Angriff ich-destruktiver Scham zu schützen, die meist unwissentlich von einem anderen ausgelöst wird. Das Erleben von Erniedrigung, gegen das das Individuum latent dauernd ankämpft, verwandelt sich plötzlich in eine existentielle Gefahr und wird daher abrupt externalisiert. Sobald es als Teil eines äußeren Feindes wahrgenommen wird, entsteht der Eindruck, dass man es ein für allemal zerstören kann.

Wenn wir nun versuchen, diese Überlegungen in Kriterien für die Differentialdiagnostik der Gewaltdelinquenz umzusetzen, dann erscheinen folgende Fragen wichtig:

Ad generelle und deliktbezogene Störung der reflektiven Funktion

- a) Wie vollständig ist die bewusste Erinnerung an die eigenen Gewalthandlungen?
- b) In welchem Ausmaß sieht der Delinquent das eigene Ich als Urheber der Gewalthandlung?
- c) Ist die Gewalttätigkeit impulsiv, geht es also um eine Überwältigung des Ich durch starke Affekte?
- d) Wenn die Tat impulsiv war, können die überwältigenden Affekte benannt werden? Insbesondere: Kann die Wut wahrgenommen werden? Kann die dahinter liegende Scham wahrgenommen werden?
- e) Erzeugen eigene Gewaltausbrüche Schamgefühle? Kann er also den eigenen Kontrollverlust emotional wahrnehmen?
- f) Was kann der Delinquent über die Auslösesituation sagen? Wie groß ist im nachhinein seine Empathie mit allen Beteiligten, einschließlich der Opfer?
- g) Kann er Muster in der Geschichte seiner Gewalttätigkeit erkennen? Auslösemuster? Ablaufmuster?
- h) Stellt der Delinquent selbst Bezüge zwischen seiner Gewalttätigkeit und eigenen Kindheitserlebnissen her? Wie reflektiert sind diese Bezüge, d.h. wie sehr gehen sie auf das emotionale Erleben im Unterschied zum rein äußeren Ablauf ein?

Ad deliktspezifische Identitätsdiffusion und Objektbilder

²⁶ Die mittleren RF-Ratings betragen für die Strafgefangenenengruppe 2,5, für die Psychatriepatienten 3,7 und für die normale Kontrollgruppe 5,8. Der Anteil der RF-Ratings unter 3 betrug in der Gefängnisgruppe 64%, in der Gruppe der Psychatriepatienten 23%. Der Anteil von Häftlingen mit einem RF-Wert unter der kritischen 3-Punkt-Grenze war in der Gruppe der Gewalttäter höher als in der Gruppe ohne Gewaltdelikte. Die RF-Skala erscheint als ein vielversprechendes Instrument für die Trennung von Kriminellen mit Persönlichkeitsstörung und Gruppen mit ähnlicher Störung, aber ohne kriminellen Tendenzen bzw. v.a. ohne Tendenzen zu Gewaltbereitschaft (vgl. Fonagy 1998).

- i) Ist die Gewaltdelinquenz ich-dyston, widerspricht sie also dem vorherrschenden Selbstbild des Delinquenten? Oder ist sie geplant, ich-synton oder vielleicht sogar professionell?
- j) Besteht das Gefühl, aus berechtigter, existentieller Selbstverteidigung gehandelt zu haben? Besteht dieses Gefühl nur im zeitlichen Umfeld der Tat oder auch sonst?
- k) Werden die Opfer der Gewalt als unberechenbar oder gewissenlos phantasiert? Besteht diese Phantasie nur im zeitlichen Umfeld der Tat oder auch sonst?

Ad deliktspezifische Abwehrmuster

- l) Sind Delikte bisher nur in bestimmten Krisen oder Belastungssituationen aufgetreten?
- m) Kennt der Delinquent Gefühle der Depression, der Leere oder der Sinnlosigkeit und wie geht er normalerweise damit um? Kann er seine Delikte damit in Verbindung setzen?
- n) Kennt der Delinquent Verfolgungsängste? Kann er seine Delikte damit in Verbindung setzen?
- o) Ist die Gewaltdelinquenz Ausdruck von „sensation-seeking“ und zeigt er solches auch sonst?

Ad deliktspezifische Überich-Pathologie

- p) In welchem Ausmaß übernimmt er trotzdem subjektiv Verantwortung für die Tat?
- q) Ist die Interpretation der Auslösesituation paranoid verzerrt? Wenn ja, in welchem Ausmaß?
- r) Erzeugen eigene Gewalthandlungen Schuldgefühle, gibt es also ein internalisiertes abstraktes Wertesystem, an dem sich der Delinquent selbst misst?
- s) Ist die eigene Gewalttätigkeit lediglich ein Element in einer global paranoid verzerrten Weltsicht?
- t) Ist die eigene Gewalttätigkeit Ausdruck einer generellen Überzeugung, dass nur die eigene Machtausübung die eigene Gesundheit und das Überleben sichern können?
- u) Wie und in welchem Ausmaß ist die Gewalttätigkeit mit anderer Delinquenz verbunden? Wird sie nur als Mittel für andere kriminelle Ziele dargestellt?

Aus der Beantwortung dieser Fragen lässt sich eine therapeutisch und prognostisch relevante Skalierung der Gewaltdelinquenz ableiten. Das folgenden 5-stufige Denkmodell ähnelt Kernbergs analogen Modellen für nicht-deliktspezifische Charakterpathologie. Es fällt auf, dass hier keine neurotischen Typen gefunden wurden. Möglicherweise sind offene Gewalt und Neurose sich ausschließende Kategorien:

1. Narzisstischer Typ: Gewalthandlungen als Abwehr von Gefühlen vorbewusster Scham; Delinquent nimmt Beschämung und Wut wahr, die Schuld wahrnehmung ist aber meist beschönigend; Delikterinnerung meist recht vollständig; kann kaum Zusammenhänge mit eigenen traumatischen Erlebnissen herstellen; Delikt durch Gefühle der Beschämung und der durch sie ausgelösten Wut induziert, habituell, meist ich-dyston; meist nur leichtere Formen von Gewaltdelinquenz.
2. Sodomasochistischer Typ: Gewaltdelinquenz als Ausdruck eines fixierten ausagierenden Abwehrmusters; Delinquent nimmt die Wut, aber weder die ihr vorhergehende Scham noch eventuelle Verfolgungsängste wahr; die Schuld wahrnehmung ist stark beschönigend; Delikterinnerung vorhanden, aber verzerrt; kann keine Zusammenhänge mit eigenen traumatischen Erlebnissen herstellen; Delikte durch Beschämung und Wut, aber auch durch Verfolgungsängste induziert, habituell, mäßig ich-dyston, kommt aber auch ich-synton vor; fast immer verschiedene Formen von Gewaltkriminalität.
3. Malign-narzisstischer Typ: Gewaltkriminalität als Ausdruck eines impulsiven, ich-syntonen Sadismus; Delinquent nimmt Wut, aber weder Scham, noch Verfolgungs- oder manifeste Schuldgefühle wahr; Delikterinnerung oft stark beeinträchtigt; kann keine Zusammenhänge mit eigenen Verlusterlebnissen herstellen; zeigt häufig in anderen Bereichen selbstschädigendes Verhalten und ist außerhalb des Deliktes manchmal auch zu authentischen Schuldgefühlen fähig; Delikte v. a. durch Verfolgungsängste induziert, habituell oder in quasi-professionellen Kontexten, immer ich-synton; häufig schwere Formen von Gewalt, polykriminell.
4. Psychopathischer Typ: Gewaltkriminalität als Ausdruck kalten Machtstrebens. Delinquent nimmt weder Wut noch Scham, Verfolgung oder Schuldgefühle wahr; Delikterinnerung formal relativ vollständig, die inhaltlich Bedeutung jedoch paranoid stark verzerrt; ausgeprägte paranoide Weltanschauung; keine nicht-ausbeuterischen menschlichen Beziehungen; desintegrierter Einzelgänger; Delikte durch chronische Verfolgungsängste induziert, oft berufskrimineller Kontext, immer ich-synton; polykriminell, schwere Formen von Gewaltkriminalität.
5. Psychotischer Typ: Gewalttaten als Ausdruck eines psychotischen Realitätsverlustes, in dem das Handeln nicht mehr klar vom Phantasieren unterschieden werden kann; Delinquent versinkt in einem

Chaos aus Wut und Scham, aus Verfolgung und Schuld; Delikterinnerung (wenn vorhanden) psychotisch stark verzerrt; keine verlässlichen menschlichen Beziehungen; desintegrierter Einzelgänger; Delikte durch Halluzinationen oder Wahn induziert, Ich-Syntonzität abhängig von der Wahndistanzierung; selten polykriminell, manchmal schwerste Gewalttaten.

7.3 Psychodynamik und Differentialdiagnostik der Sexualdelinquenz

Sexualdelikte sind der bei weitem häufigste Anlass für eine forensische Therapie. Da ihnen die größte öffentliche Aufmerksamkeit zu Teil wird, wurden sie auch am besten erforscht. Die therapeutische Arbeit mit Sexualdelinquenten ist vermutlich auch der Schauplatz, auf dem sich die größten Kontroversen zwischen den verschiedenen Denkschulen in der forensischen Psychotherapie abspielen.

Die Psychoanalyse hat im Laufe des letzten Jahrhunderts eine ganze Reihe von Perversionstheorien hervorgebracht, die in den letzten Jahrzehnten sowohl durch originelle neue Theorien bereichert, als auch durch zunehmende Integration konsolidiert wurden (Freud 1905, 1919, 1924, 1927, 1938, 1940, Fenichel 1931, Ferenczi 1932, Gillespie 1956, Kohut 1972, Meltzer 1973, Morgenthaler 1974, 1977, Stoller 1979, Kahn 1979, Chasseguet-Smirgel 1984a, b, c, Kernberg 1985, 1988, 1992a, b, c, 1993).

Freuds ursprüngliche These (Freud 1905d) besagte, dass Perversionen nichts anderes als die Fortdauer der infantilen, polymorph-perversen Sexualität im Erwachsenenleben repräsentierten. Perversion wird in der ersten Auflage der *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* ausschließlich als Triebchicksal begriffen. 1915 ergänzte FREUD, dass den Perversionen nicht nur Fixierungen, sondern auch Verdrängungen zugrunde lägen (Freud, 1905d, S.133 Anm.). Verdrängt würden frühe genitale Strebungen, und erst die Verdrängung führe zur Regression auf die prägenitalen, perversen Stufen. Auch der später Perverse scheitere – wie der Neurotiker - am Ödipuskomplex.

Erst spät entdeckte Freud (1927, 1938, 1940) die spezifischen Abwehrmechanismen, die für die Perversion charakteristisch sind: Verleugnung und Ich-Spaltung. Sie bewirken die typische Realitätsverzerrung der Perversionen und damit den zentralen Unterschied zu den Neurotikern. Die Ursachen ihres Wirksamwerdens liegen außer in konstitutionellen Faktoren v. a. in einer besonders starken Kastrationsangst.

Nach Schorsch (1985) liegt dem perversen Impuls ein spezifischer Persönlichkeitsdefekt zugrunde, der durch eine Lücke in der narzisstischen Entwicklung entstanden ist (vgl. Kohut 1972, Morgenthaler 1974). Die Perversion ist eine Art Pfropf, der die Kluft zwischen archaischen, primärprozesshaft gebliebenen Zuständen und den der äußeren Realität zugewandten Persönlichkeitsanteilen überbrückt und dadurch eine scheinbare Komplettierung des Selbst möglich macht.

Der vermutlich bekannteste **ich-psychologische Autor** zum Thema Perversion ist Robert Stoller. Er geht von der notwendigen Trennung zwischen Mutter und Kind aus und meint, dass diese Trennung beim Knaben auch die Emanzipation aus einer ursprünglich weiblichen Identifizierung mit der Mutter bedeutet. Je weniger die Entidentifizierung von der Mutter gelingt, umso größer ist später die Symbioseangst, und umso mehr muss sie projektiv bekämpft werden. Da dieses Problem spezifisch für Männer ist, könnte es die weit überproportionale Inzidenz von Perversionen (und jedenfalls von Sexualdelikten) bei Männern erklären. „*Es bleibt zu fragen, ob Perversion auf primitivstem Niveau nicht äußerste Trennung ist: Muttermord (eher als Vatermord, wie FREUD vermutet haben mag)*“ (Stoller 1975, S.192). In perversen Phantasien und Inszenierungen wird ein reales Kindheitstrauma, das sich gegen die männliche Geschlechtsidentität richtete, detailgetreu wiederholt. Die Wiederholung findet allerdings gewissermaßen spiegelverkehrt statt. Bei jeder perversen Handlung, sei es mit anderen oder alleine beim Masturbieren, wird ein Triumph gefeiert, ein Triumph über die Gefahr, der das eigene Geschlecht ausgesetzt war. Der Wiederholungszwang stammt aus der 'ewigen' Wiederkehr der unbewussten, traumatischen Bedrohung der sexuellen Identität aufgrund der fehlenden Auflösung der primären Identifizierung.

Im **kleinianischen Denken** wird auf die besonders starke sadistische Aufladung der Mutter- bzw. später der Elternbilder hingewiesen. Da die sadistischen Elternimages nicht zu reifen Elternbildern integriert werden können, kommt es auch zur Konsolidierung eines destruktiven Selbstanteils. Perversion bezeichnet nach Meltzer (1973) sexuelle psychische Zustände, die durch die Führung dieses destruktiven Persönlichkeitsanteils erzeugt werden. Sie sind von überwältigendem Neid gegenüber „guten“ (idealisierten) Objekten geprägt. Die Unterwerfung des guten durch den bösen Selbstanteil führt zu einer Verkehrung der Werte. „*Teufel, sei Du mir mein Gott*“, so lautet das Motto des Perversionen. Das perverse Ritual erscheint als Ausweg nicht nur vor der genitalen Sexualität, sondern vor allen abhängigen Gefühlen, wobei gleichzeitig die Aggression mehr oder weniger ritualisiert ausgelebt werden kann.

In der **französischen Psychoanalyse** (etwa bei Chasseguet-Smirgel 1984a) wird die Blockierung der genitalen Sexualität durch eine besonders starke Kastrationsangst betont, die wiederum auf eine mangelnde

symbolische Verinnerlichung des väterlichen Penis zurückgehe. Die Perversion sei eine Fixierung und Regression auf die anal-sadistische Stufe, und diese Regression ersetze die symbolische Beziehung zum genitalen Phallus durch eine konkretistische Beziehung zu einem pseudogenitalen, fäkalen Phallus. Dies ermögliche dem Perversen die partielle Verleugnung der Unterschiede zwischen den Geschlechtern und hebe außerdem die Grenzen zwischen den Generationen auf.

Im Rahmen des **britischen Mentalisierungsansatzes** von Fonagy (2002) liegt auch der Perversion ein Mentalisierungsdefizit zugrunde. Dies führt zu einem Wiederaufleben des psychischen Äquivalenzmodus und dieser lässt aggressive Phantasien des Kindes in Bezug auf die Sexualität der Eltern extrem bedrohlich erscheinen. Diese Ängste werden auch im Erwachsenenleben reproduziert und erzeugen das perverse Ritual als Ausweg, in dem psychische Beziehungen auf Beziehungen von Körpern reduziert würden. Kernberg (1992a) betont, dass seiner Erfahrung nach, Perversionen auf sehr verschiedenen dynamischen und strukturellen Voraussetzungen beruhen können. Soweit es um Perversionen in potentiell deliktischen Formen geht, lässt sich Kernbergs Position in folgenden drei Thesen von ihm zusammenfassen: “

1. *Organisierte Perversionen auf einem neurotischen Niveau der Persönlichkeitsorganisation lassen bei beiden Geschlechtern tatsächlich die Psychodynamik erkennen, die Freud als erster beschrieben hat. In der Praxis verläuft die psychoanalytische Behandlung so, wie es auch für andere Formen neurotischer Erkrankungen, einschließlich der neurotischen Charakterpathologie, typisch ist. Daher sollten diese Fälle nicht länger als besonders schwerwiegend angesehen werden.*
2. *Dagegen liegt bei den Fällen einer stabilen Perversion im Rahmen einer BPO meistens die von den britischen und französischen Schulen beschriebene Dynamik vor, wobei bei jedem Individuum andere Aspekte dieser dynamischen Konstellation im Mittelpunkt stehen. Im allgemeinen stellt man bei diesen Patienten die für die BPO typische, von präödipler Aggression beherrschte Verdichtung von ödipalen und präödipler Konflikte fest. Ich möchte betonen, dass diese Verdichtung mit einer regressiven Primitivisierung der ödipalen Konflikte und mit einer erdrückenden Übermacht der aggressiven über die libidinösen Strebungen einhergeht; klinisch gesehen unterscheiden sie sich völlig von der differenzierteren, der Abwehr dienenden Regression auf präödipler Entwicklungsstufen, wie sie bei Patienten mit NPO zu beobachten ist. Die grundsätzliche Frage, warum manche Patienten mit dieser Dynamik eine Perversion entwickeln und andere nicht, ist meines Erachtens nach wie vor ungeklärt.*
3. *Perversionen im Rahmen einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur beruhen, insbesondere in Fällen von malignem Narzissmus, auf der von Chasseguet-Smirgel umrissenen Psychodynamik. Die volle Ausgestaltung eines ‘analen Universums’ deckt sich im Grunde weitgehend mit dem Syndrom eines malignen Narzissmus, der mit einer organisierten Perversion gekoppelt ist. Selbst bei manchen Patienten mit multiplen perversen Tendenzen und malignem Narzissmus ist diese Psychodynamik auszumachen“ (Kernberg 1992d, S. 332).*

Perversionen und Sexualdelikte sind bekanntlich nicht das Gleiche. Die meisten Formen der Perversion können problemlos innerhalb der vom Strafgesetz gezogenen Grenzen verwirklicht werden. Obwohl der Perversion nach Chasseguet-Smirgel (1984b) immer eine Verleugnung der natürlichen wie der moralischen Gesetze zugrunde liegt, ist es für viele Menschen mit perversen psychischen Strukturen offenbar möglich, diese Anteile in einer Weise auszuleben, dass kein Beteiligter ernsthaft zu Schaden kommt.

Es muss also noch etwas dazu kommen, wenn aus einer Perversion ein Sexualdelikt wird. Die Einhegung der Perversion auf einen bestimmten Ort oder auf einen bestimmten, legalen Modus misslingt (oder wird gar nicht angestrebt). Natürlich spielt die Antisozialität dabei eine große Rolle, d.h. die Bereitschaft, jemandem anderen zu schaden, um einen eigenen Vorteil daraus zu ziehen. Doch selbst dies konstituiert noch nicht in jedem Falle ein Strafdelikt. Man denke etwa an den Donjuanismus: Das wiederholte Verführen von Frauen durch das Erwecken fälscher Hoffnungen und das anschließende Fallenlassen der Frauen ist als solches vermutlich Ausdruck einer perversen Struktur und es ist antisozial, aber es ist nicht strafbar. Zum Sexualdelikt wird eine Handlung erst, wenn die sexuelle Integrität oder die sexuelle Selbstbestimmung eines anderen verletzt werden. Der Perverse, der diese Grenze überschreitet, teilt die grundlegenden Strukturen aller Perversen, er legt aber zusätzlich entweder eine starke Impulsivität und/oder eine starke Antisozialität an den Tag, d.h. entweder kann das Ich die perversen sexualdeliktischen Impulse nicht kontrollieren (Ich-Schwäche) oder es will sie nicht kontrollieren (Überich-Pathologie) oder beides.

Schorsch et al. (1985) haben eine Stufenleiter der Schweregrade für Perversionen entwickelt, die sich mit einigen Modifikationen auch auf die Phänomenologie der Sexualdelinquenz übertragen lässt:

- a) Einmalige oder sporadische Aktivierung eines sexualdeliktischen Impulses im Zusammenhang mit einer bestimmten Krise, wobei der Impuls als unwiderstehlich empfunden wird. Der Impuls wird nach

Bewältigung der Krise gar nicht mehr oder nicht mehr als unwiderstehlich erlebt. Dieser Ablauf findet sich häufig bei Sexualstraftaten von Jugendlichen.

- b) Die sexualdeliktische Reaktion wird zu einem habituellen Konfliktlösungsmuster, das bei Belastungen immer wieder aktiviert wird. Sie wird meist immer noch als ich-dyston erlebt. Sie bestimmt dementsprechend auch nicht die sexuellen Wünsche außerhalb der Belastungsphasen. Typisch für Exhibitionisten, kommt aber auch bei Missbrauchern und Vergewaltigern vor.
- c) Eine echte deliktische Perversionsbildung im Sinne einer stabilen devianten Orientierung auf ein für andere schädliches Muster. Sexuelle Phantasien sind außerhalb dieser spezifischen perversen Inhalte nicht oder nicht intensiv erlebbar. Es gibt keinen Bezug zu auslösenden Krisen oder Belastungen. Jetzt ist die Perversion meist, wenn auch nicht notwendigerweise, bereits ich-synton.
- d) Progredienter Verlauf der sexualdeliktischen Perversionsbildung. Das gelegentliche Inszenieren des perversen Rituals führt zu keiner ausreichenden Entlastung mehr. Das sexualdeliktische Bedürfnis tritt immer häufiger auf und wird zunehmend dranghaft erlebt. Neben steigender Frequenz kann es auch zu einer ich-syntonen Brutalisierung kommen. Kann im Sexualmord enden.

Psychodynamisch ist dieses Kontinuum von Schweregraden durch das variable Zusammenwirken mehrerer Faktoren zu erklären. Je nach der Intensität der zugrunde liegenden Ängste gelingt die Abwehrleistung durch das perverse Ritual besser oder schlechter. Progredienz signalisiert, dass die spezifischen Abwehrstrukturen vom Zusammenbruch bedroht sind. Während die innere Spannung wächst, wird die Abwehrkraft des perversen Rituals durch die häufigeren Wiederholungen immer schwächer.

Welche Ängste der Perversionsbildung zugrund liegen, ist je nach Schweregrad und je nach Art der Perversion verschieden. Letzteres müsste in einer Untersuchung der verschiedenen Sexualdelikte im Einzelnen nachvollzogen werden, was nicht Gegenstand dieser Arbeit ist.

Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass der Abwehrmechanismus der Sexualisierung für die Perversionen charakteristisch ist. Diese nimmt bei den verschiedenen Sexualdelikten natürlich eine sehr unterschiedliche Form an. Oft sind es sehr spezifische Konstellationen, die eine massive Sexualisierung mobilisieren. In manchen Fällen gibt es auch eine sehr breit gestreute Hypersexualisierung. Warum gerade der Mechanismus der Sexualisierung zum Einsatz kommt, ist – wie Kernberg (1992d) sagt - nicht ganz geklärt. Eine Gruppe von Experten, beginnend beim ganz frühen Freud bis zu Stoller (1975), geht von einer einschlägig sexuellen Traumatisierung aus. Diese These wird durch all jene Untersuchungen bestätigt, die bei Sexualdelinquenten eine weit überdurchschnittliche Inzidenz von sexuellen Missbrauchserlebnissen festgestellt haben. Eine Studie des US-Repräsentantenhauses fand beispielsweise, dass von den untersuchten sexuellen Missbrauchern 79% eigene Missbrauchserlebnisse hatten (United States House of Representatives 1996). Eine andere Gruppe von Experten hält solche Zahlen für überhöht. Hanson/Slater (1988) fanden, dass im Durchschnitt 28% der erwachsenen Sexualdelinquenten selbst als Kinder missbraucht worden waren. Dementsprechend müsste es auch zahlreiche andere Ursachen geben, die den Abwehrmechanismus der deliktischen Sexualisierung hervorbringen²⁷. Ähnlich wie es Fonagy für die Gewaltdelikte gezeigt hat, gibt es ziemlich sicher auch bei den Sexualdelikten keine direkte Korrelation zwischen Schweregrad und Art des kindlichen Traumas und späterer Delinquenz. Es geht offenbar um eine subjektive Dimension²⁸. Bei Sexualdelikten könnte man vermuten, dass es primär um den Spiegelungs- und Containmentbedarf auf Seiten des Kindes für seine erregten, libidinösen Affektäußerungen geht, um Zerstörung der intimen Bindungsbeziehung durch den Erwachsenen gerade in diesem Zusammenhang und um daraus entstehende Angst, Scham und Wut. Darüber hinaus spielen auch Neid und Rachebedürfnis eine große Rolle. Die Massivität der aktivierten negativen Affekte verhindert – wie Kernberg (1975) beschrieben hat – die verschiedenen Integrationsprozesse, die normalerweise zu guter Realitätskontrolle, effektiven Ich-Funktionen einschließlich einer ausbalancierten Selbstwertregulierung und ausdifferenzierter

²⁷ Als Ursachen für perverse Fixierungen spielen etwa bei Greenacre (1953, 1968) Vorgänge eine Rolle, die ein schwankendes Körpergefühl im Kleinkind hervorrufen können, wie häufige Fieberzustände, wiederholte Narkosen, Krämpfe, Wutanfälle oder Hautkrankheiten, aber auch häufige Massagen und andere Formen der Überstimulierung. Außerdem fanden sich bei Greenacres Fetischisten besonders häufig Beobachtungen von blutenden und verstümmelnden Verletzungen, wobei diese auch die Mutter oder andere Personen (evt. sogar ein Haustier) betreffen konnten. Unter ihrem Einfluss kommt es zu einem längeren Wirksambleiben der primären Identifizierung, d.h. einer Identifizierung, die der Differenzierung des Objekts vom Selbst vorhergeht und dementsprechend total ist.

²⁸ Bei der Gewaltdelinquenz scheint es um den Zusammenhang von Spiegelungs- und Containmentbedarf auf Seiten des Kindes für seine aggressiv-expansiven Affekte, um Zerstörung der intimen Bindungsbeziehung durch den Erwachsenen, um daraus entstehende Scham auf Seiten des Kindes und um Wut, die diese Scham abwehren soll, zu gehen.

Beziehungsfähigkeit führen. Sexualdelinquenten sind in all diesen Bereichen gestört, wie sich auch in der Untersuchung von Schorsch et al. (1985) gezeigt hat. Die vier dort festgestellten strukturellen Störungsmomente bei Sexualdelinquenten²⁹, die jeweils in Form von Dichotomisierungen auftreten, decken sich stark mit den von Kernberg für die BPO herausgearbeiteten (vgl. v. a. Kernberg 1992a). Allerdings wurde auf die spezifische Ausprägung der Borderline-Merkmale infolge des vorherrschenden Einsatzes der Sexualisierung zur Abwehr archaischer Ängste bisher zu wenig Augenmerk gelegt.

Der Kern der Identitätsdiffusion beim Sexualdelinquenten ist die unklare männliche Geschlechtsidentität. Bei gut strukturierten (neurose-nahen) Sexualdelinquenten ist die Identität ausschließlich im Bereich der Männlichkeitsvorstellung des Selbst gestört. Bei schwerer gestörten Sexualdelinquenten ist die Identität in breiteren Bereichen diffus, was in aller Regel damit einhergeht, dass auch eine breiter gestreute Kriminalität vorliegt.

Eine analoge Einschränkung gilt auch für die Art der Objektbeziehungsstörung der Sexualdelinquenten im Vergleich zur gesamten BPO. Bei den leichteren Fällen konzentriert sich die Beziehungsstörung auf bestimmte sexuelle Beziehungen, bei schwerer gestörten dehnt sich die Pathologie auf alle sexuellen und schließlich auch auf nicht-sexuelle Beziehungen aus.

Die Aggression, die bei BPO-Patienten archaischer und unintegrierter ist, kann bei Sexualdelinquenten v. a. auf sexuelle Kontexte verschoben sein. Es kommt dann zu der typischen sexualisierten Aggression, in der Sexualität für aggressive Zwecke verwendet wird. Es kann sogar eine auffällige Aggressionshemmung in allen anderen Lebensbereichen mit dem Agieren sexualisierter Aggression im perversen Delikt verbunden sein, was als eine gar nicht seltene Variante des Sodomasochismus bei Sexualdelinquenten betrachtet werden kann.

Wo sich die Perversion über den sexuellen Bereich hinaus ausdehnt, und alle Beziehungen prägt, spricht man von Perversität. Kernberg (1992a) hat diese als Merkmal des malignen Narzissmus beschrieben, eine Diagnose, in der gewissermaßen schwerer Narzissmus und schwere Perversion zusammentreffen. Ich denke allerdings nicht, dass alle malignen Narzisse auch Sexualdelinquenten sein müssen. Maligner Narzissmus kommt sogar ohne Delinquenz vor und äußert sich dann vorwiegend in sadomasochistisch entgleisenden Beziehungen, Selbstverletzungen, massiven Essstörungen, Suchtproblemen und Suizidalität. Der sexualdelinquente maligne Narziss hat vermutlich als spezifische Eigenschaft, dass seine Aggression besonders sexualisiert ist und dass sie (zumindest auch) klar nach außen gerichtet ist. Hauptsächlich masochistisch sexualisierte maligne Narzisse können eventuell auch Prostituierte mit extremem Risikoverhalten oder – als Männer – Transvestiten mit extremem Risikoverhalten sein. Als solche werden sie nicht notwendigerweise delinquent.

Das Nach-Außen-Richten der Aggression kann eine schwächere oder eine völlig verschwundene masochistische Dimension der Aggression reflektieren. Das Fehlen einer masochistischen Identifizierung hat Kernberg (1992d) als für die psychopathische Persönlichkeit charakteristisch beschrieben. Sie ist bei Sexualdelinquenten allerdings auch nicht die Regel. Diese weisen meist deutlich masochistische Persönlichkeitsanteile auf, allerdings offenbar in einer Ausprägung, die mit einem Ausagieren sadistischer Anteile einhergeht.

Spezifische diagnostische Fragen für eine Differentialdiagnose der Sexualdelinquenz ließen sich analog den Fragekatalogen für die Eigentums- und Gewaltkriminalität formulieren. Aus dem bisher Gesagten wurde folgende therapeutisch und prognostisch relevante Skalierung der Sexualdelinquenz abgeleitet.

1. Einfach-neurotischer Typ: Sexualdelikt als (vereinzelter oder sporadischer) Impulsdurchbruch im Rahmen einer ansonsten eher rigiden oder gehemmten Charakterstruktur; es reflektiert sowohl einen aus der Verdrängung wiederkehrenden, infantilen Trieb als auch ein überstarkes Strafbedürfnis; Delinquent nimmt Spannung, Zwang und Schuldgefühle wahr; kann oft Zusammenhänge mit eigenen traumatischen Erlebnissen herstellen, sozial gut integriert; Delikt erzeugt starke Schuldgefühle, krisen- oder belastungsinduziert, ich-dyston, keine Gewaltkomponente, keine andere Delinquenz;
2. Depressiver (kompliziert-neurotischer) Typ: Sexualdelikt als (habituelles) Gegengewicht zu Gefühlen des Verlassenseins und der Depressivität, als Ausdruck eines oralen Versorgungswunsches und zugleich eines bestrafend-verlassenden Überichs; Delinquent nimmt Spannung, Gier und depressive Schuldgefühle wahr; negatives Selbstbild, männliche Identität brüchig; kann kaum Zusammenhänge

²⁹ 1. Störung der Geschlechtsidentität: Demonstration von Männlichkeit vs. Ausweichen vor der Genitalität;

2. Aggressionsproblematik: unintegrierte Wut oder Hass vs. Aggressionshemmung; 3. Narzisstische Störung des Selbsterlebens: Größenselbst vs. negatives Selbstbild; 4. Störung der Objektbeziehungsfähigkeit: Vermeiden von Nähe vs. Suche nach Abhängigkeit.

mit eigenen traumatischen Erlebnissen herstellen, sozial mäßig integriert; Delikt meist ich-dyston; keine Gewaltkomponente, keine andere Kriminalität.

3. Narzisstischer Typ: Sexualdelikt als (habituelle) Abwehr von Gefühlen innerer Leere und vorbewusstem Neid; Delinquent nimmt Spannung, Leere, Neid und Wut wahr, die Schuld wahrnehmung ist aber meist beschönigend; Delikterinnerung meist recht vollständig; kann kaum Zusammenhänge mit eigenen traumatischen Erlebnissen herstellen; Delikt durch Gefühle der Leere, Sinnlosigkeit, Neid und Wut induziert, meist ich-dyston, selten ich-synton; meist auch andere leichtere Formen von Delinquenz.
4. Sadomasochistischer Typ: Sexualdelikt als Ausdruck einer fixierten sexuellen Perversion, mit deren Hilfe paranoide und depressive Ängste mehr oder weniger erfolgreich abgewehrt werden; Delinquent nimmt Wut, Rachebedürfnis und Neid, aber weder Depression noch eventuelle Verfolgungsängste wahr; die Schuld wahrnehmung ist stark beschönigend; Delikterinnerung vorhanden, aber verzerrt; kann keine reflektierten Zusammenhänge mit eigenen traumatischen Erlebnissen herstellen; hat einigermaßen intakte nicht-deliktischen Beziehungen, in denen aber auch selbstschädigende Verhaltensweisen vorkommen; sozial mäßig integriert; Delikte können offen sadistische Züge haben oder als pädophile „Fürsorge“ rationalisiert sein; mäßig ich-dyston, kommt aber auch ich-synton vor, häufig andere Kriminalität, zumindest in der Vorgeschichte.
5. Malign-narzisstischer Typ: Sexualdelikt als Ausdruck eines ich-syntonen Sadismus ohne manifeste Schuldgefühle, meist eingebettet in eine paranoide Rationalisierung; Delinquent nimmt Wut und evt. Rachebedürfnis, aber weder Neid noch Verfolgungs- oder manifeste Schuldgefühle wahr; Delikterinnerung oft stark beeinträchtigt; kann keine Zusammenhänge mit eigenen Verlufterlebnissen herstellen; zeigt in anderen Bereichen häufig selbstschädigendes Verhalten und schwere Beziehungsstörungen; ist aber in Einzelfällen auch zu authentischen Schuldgefühlen fähig; sozial weitgehend desintegriert, evt. kriminell organisiert; Delikte immer ich-synton; v. a. durch Verfolgungsängste induziert; fast immer ausgeprägte Polykriminalität.
6. Psychopathischer Typ: Sexualdelikte als Ausdruck kalter Machtausübung ohne jegliche Schuldgefühle. Delinquent nimmt auch kaum irgendwelche anderen Gefühle wahr; Delikterinnerung formal relativ vollständig, die inhaltlich Bedeutung jedoch paranoid stark verzerrt; ausgeprägtes paranoide Weltanschauung; keine nicht-ausbeuterischen menschlichen Beziehungen; desintegrierter Einzelgänger, manchmal soziale Pseudointegration zur Tarnung der kriminellen Interessen; Delikte durch chronische Verfolgungsängste induziert, oft berufskrimineller Kontext, immer ich-synton; polykriminell, meist auch schwere Formen von Gewaltkriminalität.

Eine Theorie der Psychodynamik des Sexualdeliktes muss also die Gleichzeitigkeit von perversen, impulsiven und/oder psychopathischen Aspekten berücksichtigen. Dazu kommt noch, dass Sexualdelikte mit und ohne manifester Gewalt vorkommen und dass die Opfer entweder Unmündige (unter 14), Minderjährige (unter 18) oder Erwachsene sind. Auf die drei Hauptausformungen der Sexualkriminalität und deren spezielle Psychodynamik, nämlich sexueller Missbrauch, Vergewaltigung und sexuell motivierter Mord, kann hier nicht eingegangen werden, obwohl diese für die forensische Therapie von großer praktischer Bedeutung sind.

8. Indikation und therapeutischer Rahmen

Wir haben uns bis jetzt hauptsächlich mit der Psychodynamik und der differentialdiagnostischen Einteilung des forensischen Klientels beschäftigt. Es wurden einige Einschränkungen für die Anwendbarkeit eines psychodynamischen, diagnostischen Rahmens formuliert und anschließend wurden für die drei Hauptformen der Delinquenz jeweils psycho-strukturelle Stufenmodelle zur Diagnose unterschiedlicher Schweregrade entwickelt. Diese Modelle sind v. a. als indikatorische und prognostische Konstrukte gedacht, wobei sie bisher im wesentlichen auf klinischer Erfahrung beruhen und erst noch umfassender empirischer Validierung bedürfen. Ein erster Ansatz in diese Richtung ist die Prison-Health-Care-Studie von Fonagy.

Was die Indikation betrifft, so gilt für 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 alles weitere sind sie auf den privaten Psychotherapiemarkt verwiesen.

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 TFP entwickelt. Die empirische Forschung wird erst noch überprüfen müssen, ob die als allgemeingültig verkündeten Anfangserfolge der kognitiv-behavioralen Programme auch bei diesen Patienten-Gruppen langfristig halten. Es könnte sich herausstellen, dass der kurzfristige Spargedanke hier zu hohen Folgekosten führt, falls das Ignorieren der Borderline-Struktur und -Dynamik der Delinquenz etwa eine langfristig höhere Rückfallsrate mit sich bringt, als die Anwendung eines aufwendigeren übertragungsfokussierten Therapieverfahrens.

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 Nachbetreuungsambulanz³⁰ 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 zulässt³¹.

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)³². 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 psychopathischen Persönlichkeiten sind in allen Deliktategorien eine relativ kleine Gruppe. Sie sind ambulant sicher psychotherapeutisch unbehandelbar. In stationärem Kontext und unter extrem 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 doch maligne Narzisse 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: umfasst die freie Vereinbarung von Zeit, Ort und Regelmäßigkeit der therapeutischen Sitzungen. Die Frequenz beträgt 2 – 3 Sitzungen pro Woche. Patient und Therapeut sitzen sich gegenüber. Weiters gehört auch die finanzielle Regelung der Therapie zum Setting.
2. Die therapeutischen Rollen: 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.

³⁰ Vgl. Wagner, E./Knecht, G./Bolterauer, J. (1997)

³¹ Eine aktualisierte Untersuchung der Rückfälligkeit der im FTZW behandelten Patienten ist derzeit im Gange.

³² 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.

3. Die verwendeten Informationen: stammen aus drei ‚Kanälen‘, wobei in der TFP die Kanäle zwei und drei besonders wichtig sind:
 - verbale Mitteilungen des Patienten zu seinem subjektiven Erleben
 - non-verbales Verhalten inkl. dem Kommunikationsstil (und dem ‚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 muss 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.
2. Wie kommt die Therapie zustande? Auch diese Frage ist in „normalen“ Therapien leicht beantwortbar, 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, d.h. 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.
5. Die verwendeten Informationen: Neben den oben erwähnten Kanälen muss der forensische Therapeut eine weitere Informationsquelle heranziehen, nämlich die Gerichts- und Straftaten 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 haben.

9. Aspekte des Therapievertrages 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, sodass 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, therapiefeindlichen 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.

9.1 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 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 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 verrechnen könne. Dahinter steckt die unbewusste Überzeugung, dass jede Nähe und Bindung trügerisch ist. Technisch ist hier folgendermaßen vorzugehen. Alle Lügen und Täuschungen müssen 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 Unehrlichkeit lässt normalerweise eine abgewehrte paranoide Einstellung hervorkommen. Für den Umgang damit findet sich im TFP-Manual ausreichend Anleitung

9.2 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 Verstöße gegen das Strafvollzugsgesetz, 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 aber natürlich der kriminelle Rückfall dar, sei es 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 Vorgangsweisen definieren, nach denen der Therapeut im Falle einer Verletzung dieser Verpflichtung vorgeht. Dies berührt die Frage der Verschwiegenheit des Therapeuten und es berührt die Frage, unter welchen Umständen eine Therapie abgebrochen werden muss.

Der Therapeut unterliegt einer therapeutischen Verschwiegenheitspflicht, so wie jeder nicht-forensische Psychotherapeut auch. In Österreich gibt es dafür auch sehr strenge gesetzliche Bestimmungen im Rahmen des Psychotherapiegesetzes³³. Das Strafgesetzbuch sieht für die Verletzung von Berufsgeheimnissen Freiheitsstrafen bis zu sechs Monaten vor.

Solch ein Geheimnisschutz ist grundsätzlich auch in forensischen Psychotherapien berechtigt und sinnvoll. Denn Regelverstöße jeglicher Art sollten in der Therapie ja besprochen werden, damit auch die damit zusammenhängenden Konflikte und Phantasien 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 er eine entsprechende Verschwiegenheit auf Seiten des Therapeuten erwarten kann.

Wenn Punkt a) nicht gegeben ist, zeigt sich dies meist in einer Trivialisierung der Therapieinhalte (siehe hierzu den nächsten Abschnitt). Den Schutz therapeutischer Geheimnisse muss der Therapeut dem Patienten im Rahmen der Therapievereinbarungen³⁴ zusichern.

Der forensische Psychotherapeut kann durch die Verschwiegenheitsverpflichtung aber auch in arge 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 Phantasie des delinquenten Patienten, wie weit sein Therapeut verschwiegen bliebe, wenn etwas vorgefallen würde. Kann er ihm Phantasien und Wünsche mitteilen, die in eine delinquente Richtung gehen? Oder würde der Therapeut dies als „gefährlich“ einstufen und darüber den Richter oder einen Gutachter informieren, sodass 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.

Es ist schwierig, als forensischer Therapeut seinem haftentlassenen Patienten glaubhaft zu machen, dass keinerlei Informationen über Therapieinhalte an Anstaltbedienstete, Gutachter oder Richter gehen. 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. Die Besprechung dieses Themas ist also eine gute Gelegenheit, paranoide Tendenzen zu erheben.

³³ Vgl. §15 des österreichischen Psychotherapiegesetzes. Der Gesetzeskommentar dazu stellt fest: „Das Psychotherapiegesetz verzichtet auf jede Durchbrechung oder Ausnahmeregelung, wie sei etwa beim Berufsgeheimnis des Arztes ... vorgesehen sind. Insbesondere wird eine Offenlegung eines Geheimnisses nicht durch Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege gerechtfertigt. Auch eine Entbindung des Psychotherapeuten von seiner Verschwiegenheitspflicht durch den Patienten selbst ist nicht möglich“ (Kierein et al. 1991, S.150).

³⁴ Das TFP-Manual unterscheidet zwischen allgemeinen und besonderen Aspekten des Therapievertrages (vgl. Clarkin et al. 1999, Kap. 6 und 7). In unserer Einrichtung (Forensisch-Therapeutisches Zentrum Wien) wird ein schriftlicher *Therapievertrag* über die allgemeinen Regeln zwischen dem Patienten und der Einrichtung (vertreten durch den therapeutischen Leiter) abgeschlossen. Dies geschieht nach den diagnostischen Vorgesprächen mit dem therapeutischen Leiter. Nach der Zuweisung des Patienten zu einem bestimmten Therapeuten bespricht und akkordiert dieser mit dem Patienten weitere, individuell zugeschnittene *Therapievereinbarungen*. Die Frage der therapeutischen Verschwiegenheit wird in diesem Rahmen besprochen, weil die Grenze der Verschwiegenheit auch von dem persönlichen Gewissen des einzelnen Therapeuten abhängt.

Um die system-immanente Paranoia möglichst abzuschwächen, ist es von Vorteil, wenn der Therapeut freimütig seine Einstellung zu den Verschwiegenheitsfragen erklärt. Dazu gehört die Mitteilung, gesetzlich zu absoluter Verschwiegenheit verpflichtet zu sein. Das Verschwiegenheitspflicht des Psychotherapeuten ist ebenso undurchdringlich wie jene des Priesters. Der Patient hat sogar das Recht, im Falle eines Verschwiegenheitsbruches durch den Therapeuten, diesen vor Gericht zu bringen. Die Verschwiegenheit bezieht sich auf alle Geheimnisse, und dies inkludiert alle problematischen Phantasien, Wünsche und Impulse, die der Patient empfinden mag. Ja, sie bezieht sich im Prinzip sogar auf Delikte.

Allerdings muss der Psychotherapeut auch ehrlich genug sein, um die Grenze der Verschwiegenheit, die ihm sein Gewissen diktiert, zu skizzieren³⁵. Diese muss jeder Therapeut zunächst für sich selbst definieren, indem er eine Rechtsgüterabwägung (Schutz des Therapiegeheimnisses versus Schutz von Leib und Leben) vornimmt. Ich möchte hier meine Sicht der vielleicht schwierigsten drei Punkte darstellen:

- Meines Erachtens können schwere Delikte gegen Leib und Leben, wenn sie einmal gesetzt sind, kein Therapiegeheimnis bleiben. Der Therapeut würde in eine unhaltbare Gegenübertragungssituation kommen, wenn er ein solches Geheimnis mit einem Patienten teilen würde. Wenn dem Therapeuten also ein schweres Gewalt- oder Sexualdelikt seines Patienten bekannt wird, müsste er darauf bestehen, dass sich der Patient selbst stellt. Wenn dieser sich zunächst nicht sicher ist, würde er ihn – je nach Delikt – noch eine kurze Zeit bis zur Fassung des Entschlusses, sich zu stellen, begleiten. Wenn dies nicht eintritt, würde er die Therapie beenden.
- Es kann aber auch sein, dass der Patient kleinere Delikte (etwa Ladendiebstähle, Drogenmissbrauch o. ä.) begangen hat und in der Therapie darüber spricht. Hier kommt es darauf an, ob der Patient erkennt, dass er die Therapie massiv gefährdet. Wenn er dies erkennt, ist festzustellen, ob seine Verhaltenskontrolle ausreichend ist, um eine Tatwiederholung unwahrscheinlich erscheinen zu lassen. Wenn dies nicht der Fall ist, muss sich der Patient in stationäre Behandlung begeben. Erkennt der Patient aber gar nicht, dass er die Therapie gefährdet oder ist ihm dies gleichgültig, dann ist auf den Therapievertrag hinzuweisen, um zu klären, ob der Patient die Therapie überhaupt fortsetzen will. Wenn er den Therapievertrag auch weiterhin nicht einzuhalten gedenkt, muss ihm klargemacht werden, dass er damit die Therapie beendet hat.
- Wenn noch kein schweres Delikt gesetzt wurde, aber eine ansteigende Rückfallsgefahr in schwere Delikte beim Patienten feststellbar ist, die durch Konfrontation und Deutung nicht abgebaut werden kann, dann müsste der Psychotherapeut dem Patienten dringend eine stationäre psychiatrische Aufnahme empfehlen. Wenn der Patient dies ablehnt und auch sonst durch nichts gewährleistet ist, dass seine akute Gefährlichkeit beherrscht werden kann, dann müsste der Therapeut die Therapie beenden und gegebenenfalls die Justizanstalt oder das Gericht informieren³⁶. Die Notwendigkeit, Informationen weiterzugeben, entsteht für einen Therapeuten also nur dann, wenn er den Patienten für akut gefährlich hält und gleichzeitig keinerlei Bereitschaft beim Patienten zu einer stationären Aufnahme besteht.

9.3 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

³⁵ Der Therapeut ist hier auch rechtlich abgesichert. §121, Abs.5 StGB bestimmt, die Verletzung eines Berufsgeheimnisses sei „nicht zu bestrafen, wenn die Offenbarung oder Verwertung nach Inhalt und Form durch ein öffentliches oder ein berechtigtes privates Interesse gerechtfertigt ist“.

³⁶ Der Kommentar zum §15 Psychotherapiegesetz hält fest: „Die Verletzung der Verschwiegenheitspflicht kann dann in einer Notstandslage entschuldbar sein, wenn sie dazu dient, einen unmittelbar drohenden bedeutenden Nachteil von sich oder einem anderen abzuwenden“ (Kierein et al. 1991, S. 152).

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 (dissoziierend) trivialisiert wird, sollte man den Patienten damit konfrontieren. *„Sie sprechen über dieses Thema mit wenig Gefühl, übergehen jedoch auffallend jedes ‚heiße‘ Thema“*.

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

9.4 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.

9.4.1 Umgang mit abgestrittenen 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 herauszufinden 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 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 zurück gekommen 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. 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.

9.4.2 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 Phantasien 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 vorbewusste 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 Manipulierens 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.

10. Schluss

Mit diesen Erläuterungen zum Thema Therapievertrag soll diese Arbeit beendet werden. Es wäre vermutlich eine zweite umfangreiche Arbeit nötig, um die bis jetzt erarbeiteten Überlegungen in die Konzeptualisierung der drei Therapiephasen einzuarbeiten, die für die TFP beschrieben wurden. Dabei müssten folgende 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 eines *forensischen TFP* fortzusetzen. Dies scheint mir 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 des TFP* einerseits und zu den nicht-psychodynamischen forensischen Therapieschulen andererseits stehen wird.

Englischsprachige Zusammenfassung:

Forensic psychotherapy has a long psychodynamic tradition reaching back to Aichorn, Glover, Eissler or Winnicott. In the 1970ies and 1980ies it was further developed by psychoanalysts such as Goudsmit, Schorsch and Berner. This tradition has become somewhat marginalised since the 1990s as cognitive-behavioral forms of psychotherapy expanded strongly in the forensic area.

At the same time psychodynamic psychotherapy made big advances in the field of borderline-therapy. Otto Kernberg developed the concept of borderline personality organization (BPO) and together with a few coworkers worked out a borderline-specific treatment method. 1999 this method was published in a manualised form as transference focused psychotherapy (TFP).

Accumulating empirical evidence shows the effectiveness of TFP with borderline patients. Yet TFP was not designed for antisocial patients although delinquents have shown to frequently display the structural characteristics of BPO.

The submitted paper tries to explain in what areas TFP needs expansion or development in order to become applicable to forensic patients. First of all, there is the area of diagnostics. As delinquents do not form a homogenic group they need to be precisely diagnosed in terms of psychodynamic structural criteria. The paper examines three major forms of delinquency, i.e. theft, violence and sexual crimes. It explores the psychodynamics of these varieties of delinquency and derives from them a series of degrees of severity. These degrees have therapeutic and prognostic implications as is usual for TFP-diagnostics as well. It is proposed that a forensic STIPO should be elaborated, STIPO being a structured interview for personality organization.

Furthermore the paper tries to clarify the implications of the forensic situation for the therapeutic setting, the general framework and the negotiated therapy contract. It shows how one has to handle such delicate questions as voluntariness of therapy, the use of court files by the therapist, discretion and secrecy keeping in situation of relapse and so on. It explains how a therapist should deal with the question of the offence in the context of therapy contract talks in cases when the offence is either denied or refused to be spoken about within the therapy. At the end the paper delineates further questions which need to be elaborated in order to develop a forensic TFP.

Literaturliste

- Aichhorn, A. (1925): Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung. Bern – Stuttgart – Wien: Hans Huber 1951.
- Berner, W. (1990): *Das Narzißmus-Konzept von Aichhorn bis Kernberg*. Bulletin der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung 2/1990.
- 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, 2000/3.
- Berner, W./Becker, K. H. (2001): *„Sex Offender Treatment Programme“ (SOTP) in der Sozialtherapeutischen Abteilung Hamburg-Nesselstrasse*. In: Rehn, G. et al. (2001, Hg.): *Behandlung gefährlicher Straftäter“*. Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse. Herbornheim: Centaurus 2001.
- Berner, W./Karlick-Bolten, E. (1986): *Verlaufsformen der Sexualkriminalität*. Fft/M: Enke 1986.
- Berner, W./Kleber, R./Lohse, H. (1998): *Psychotherapie bei sexueller Delinquenz*. In: Strauß, B. (1998): *Psychotherapie der Sexualstörungen*. Stuttgart: Thieme Verlag 1998.
- Bion, W. R. (1962): *Lernen durch Erfahrung*, Fft/M: Suhrkamp 1990.
- Bion, W. R. (1963): *Elemente der Psychoanalyse*, Fft/M: Suhrkamp 1992.
- Bion, W. R. (1966): *Sexual Behavior and the Law (Review)*, IJP 47:579-581.
- Böllinger, L. (1979): *Psychoanalyse und die Behandlung von Delinquenten*. Karlsruhe: C.F.Müller Juristischer Verlag 1979.
- Böllinger, L. (1995): *Ambulante Psychotherapie mit im Maßregelvollzug untergebrachten Sexualstraftätern*. Zeitschrift für Sexualforschung, 8, 1995/3.
- 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: Deegener, G. (1999): *Sexuelle und körperliche Gewalt. Therapie jugendlicher und erwachsener Täter*. Weinheim: Psychologie Verlags Union 1999.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1984a): *Anatomie der menschlichen Perversion*. Stuttgart: DVA 1989.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1984b): *Die Perversion und das Universalgesetz*. Bulletin der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung, 1/1984.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1984c): *Freuds Arbeiten über die Perversion: Einige Anhaltspunkte*. In: Dies. (1984a): *Anatomie der menschlichen Perversion*, S. 269-325.
- Clarkin, J. F./Caligor, E./Stren, B./Kernberg, O. F. (2003): *Strukturiertes Interviews zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO)*. Deutsche Version (STIPO-D) übersetzt von Stephan Doering. Unveröffentlicht. 2003.
- Clarkin, J. F./Yeomans, F. E./Kernberg, O. F. (1999): *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit*. Manual zur psychodynamischen Therapie. Stuttgart – New York: Schattauer 2001.
- Cleckley, H. (1941): *The Mask of Sanity*. St. Louis: Mosby.

- Cordess, Ch./Cox, M. (1995): Forensic Psychotherapy. Crime. Psychodynamics and the Offender Patient. London: Kingsley 1998.
- Doctor, R. (2003, Ed.): Dangerous Patients: A Psychodynamic Approach to Risk Assessment and Management. London – New York: Karnac 2003.
- Eckert, J. et al. (1997): *Borderline-Persönlichkeitsstörung und Straffälligkeit – Warum sind Borderline-Patienten meistens weiblich?* Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Technik, 1(4):181-188.
- Eissler, K. R./Federn, P. (1949, Ed.): Searchlights on Delinquency. New Psychoanalytic Studies. New York: International Universities Press 1958.
- Eissler, K.R. (1953): *The Effect of the Structure of the Ego on Psychoanalytic Technique*. JAPA, 1:104-143.
- Erikson, E. H. (1956): *Das Problem der Ich-Identität*. In: Erikson, E. H. (1959): Identität und Lebenszyklus. Fft/M: Suhrkamp 1973.
- Fenichel, O. (1931): Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen. Psychoanalytische spezielle Neurosenlehre. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1992.
- Ferenczi, S. (1932): *Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind*, in: Int.Z.f.Psychoanalyse, 1-2/1933.
- Fonagy, P. (1995): *Das Spiel mit der Realität: Die Entwicklung der psychischen Realität und ihre Störung bei Borderline-Persönlichkeiten*. In: Fonagy, P./Target, M. (2003): Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung. Gießen: PSV 2003.
- Fonagy, P. (1998): *Frühe Bindung und die Bereitschaft zu Gewaltverbrechen*. In: Fonagy, P./Target, M. (2003): Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung. Gießen: PSV 2003.
- Fonagy, P. (2004): *The Developmental Roots of Violence in the Failure of Mentalization*. In: Pfäfflin, F./Adshead, G. (2004, Hg.): A Matter of Security. The Application of Attachment Theory to Forensic Psychiatry and Psychotherapy. London – New York: Jessica Kingsley Publishers 2004.
- Fonagy, P. et al. (1998): Reflective-Functioning Manual 5.0. London: University College London.
- Fonagy, P./Gergely, G./Jurist, E. L./Target, M. (2002): Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. New York: Other Press 2002.
- Frances, A. (1980): *The DSM-III personality disorders section: A commentary*. Am. J. Psychiatry, 137:1050-1054.
- Freud (1916d): Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit. GW 10:364-391.
- Freud, S. (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. StA V. Fft/M 1975..
- Freud, S. (1919): Ein Kind wird geschlagen. StA VII. Fft/M 1975.
- Freud, S. (1924): Das ökonomische Problem des Masochismus. StA III. Fft/M 1975.
- Freud, S. (1927): Fetischismus. StA III. Fft/M 1975.
- Freud, S. (1938): Die Ichspaltung als Abwehrvorgang. STA III. Fft/M 1975.
- Fromm, E. (1931): *Zur Psychologie des Verbrechers und der strafenden Gesellschaft*. In: Ders.: Analytische Sozialpsychologie und Gesellschaftstheorie. Fft/M: Suhrkamp 1978.
- Gergely, G./Watson, J. (1996): *The social biofeedback model of parental affect-mirroring*. IJP, 77:1181-1212.
- Gillespie, W. H. (1956): *The General Theory of Sexual Perversion*. IJP, 37:396-403.
- Glover, E. (1949): *Outline of the Investigation and Treatment of Delinquency in Great Britain: 1912-1948*. In: Eissler, K. R./Federn, P. (1949, Ed.): 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.
- Groth, A. N. (1978): *Patterns of Sexual Assault Against Children and Adolescents*. In: Burgess, W./Groth, A. N./Holmstrom, L. L./Sgroi, S. M. (1978, Hg.): Sexual assault of Children and Adolescents. Lexington: Lexington Books 1978.
- Hanson, R. K./Slater, S. (1988): *Sexual victimization in the history of sexual abusers*. Annals in Sex Research, 1:485-499.
- Hart de Ruyter, Th. (1967): *Zur Psychotherapie der Dissozialität im Jugendalter*. Jahrbuch für Jugendpsychiatrie 6:79-107. Bern.
- Herpetz, S. C./Habermeyer, E. (2004): „Psychopathy“ als Subtyp der antisozialen Persönlichkeit. Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie, 8(2): 73-83.
- Jacobson, E. (1964): Das Selbst und die Welt der Objekte. Fft/M: Suhrkamp 1992.
- Jacobson, E. (1971): Depression. Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotisch-depressiver Zustände. Fft/M: Suhrkamp 1993.
- Kahr, B. (2001, Ed.): Forensic Psychotherapy and Psychopathology. Winnicottian Perspectives. London – New York: Karnac 2001.
- Kernberg, O. (1966): *Structural Derivatives of Object Relationships*. IJP 47:236-252.
- Kernberg, O. (1967): *Borderline Personality Organization*. JAPA 15:641-685.
- Kernberg, O. (1968): *The Treatment of Patients with Borderline Personality Organization*. IJP 49: 600-619.
- Kernberg, O. F. (1970): *A Psychoanalytic Classification of Character Pathology*. JAPA 18:800-822
- Kernberg, O. F. (1975): Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Fft/M: Suhrkamp 1983.
- Kernberg, O. F. (1981): *Structural Interviewing*. Psychiatric Clinics of North America, 4(1):169-195.
- Kernberg, O. F. (1984): Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta 1992.

- Kernberg, O. F. (1985): *Ein konzeptuelles Modell zur männlichen Perversion*. Forum Psychoanal. 1:167-188.
- Kernberg, O. F. (1988): *Clinical Dimensions of Masochism*. JAPA, 36:1005-1029.
- Kernberg, O. F. (1989, Hg.): *Narzißtische Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer 1996.
- Kernberg, O. F. (1989a): *Die Psychopathologie des Hasses*. Forum Psychoanal 7:251-270.
- Kernberg, O. F. (1989b): *Die narzißtische Persönlichkeitsstörung und ihre differentialdiagnostische Abgrenzung zum antisozialen Verhalten*. In: Kernberg, O. F. (1989, Hg.): *Narzißtische Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer 1996.
- Kernberg, O. F. (1992a): *Der Zusammenhang der Borderline-Persönlichkeitsorganisation mit der Perversion*. In: Ders.: *Wut und Haß*. Stuttgart: Klett-Cotta 1997.
- Kernberg, O. F. (1992b): *Ein Denkmodell zur Perversion bei Männern (mit besonderer Berücksichtigung der Homosexualität)*. In: Ders.: *Wut und Haß*. Stuttgart: Klett-Cotta 1997.
- Kernberg, O. F. (1992c): *Ein theoretisches Bezugssystem für die Untersuchung von Perversionen*. In: Ders.: *Wut und Haß*. Stuttgart: Klett-Cotta 1997.
- Kernberg, O. F. (1992d): *Wut und Haß. Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen*, Stuttgart 1997.
- Kernberg, O. F. (1993): *Sadomasochismus, sexuelle Erregung und Perversion*. ZfpsaThP, 8(4).
- Kernberg, O. F./Selzer, M. A./Koenigsberg, H. W./Carr, A. C./ Appelbaum, A. H. (1989): *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Verlag Hans Huber 1993.
- Khan, M. R. (1979): *Entfremdung bei Perversion*. Fft/M: Suhrkamp 1989.
- Kierein et al. (1991): *Psychologengesetz. Psychotherapiegesetz. Kurzkomentar*. Wien: Orac Verlag 1991.
- Kohut, H. (1972): *Perversions*. Internet Lecture 1, Selfpsychology Page: <http://www.selfpsychology.com/papers/index.html>
- Kraus, Ch./Dammann, G./Rothgold, J./Berner, W. (2004): *Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsorganisation bei Sexualdelinquenten*. Recht & Psychiatrie, 22(2):95-104.
- Laws, D. R. (1999): *Relapse Prevention. The State of the Art*. Journal of Interpersonal Violence 14:285-302.
- Levinson, A./Fonagy, P. (unveröffentlicht): *Attachment classification in prisoners and psychiatric patients*.
- Marshall et al. (1991): *Treatment outcome with sex offenders*. Clinical Psychology Review, 11:465-485.
- Marshall, W. et al. (1998): *Sourcebook of Treatment Programs for Sexual Offenders*. New York: Plenum Press 1998.
- Meltzer, D. (1973): *Sexual States of Mind*. Perthshire 1990.
- Morgenthaler, F. (1974): *Die Stellung der Perversionen in Metapsychologie und Technik*. In: ders. (1984): *Homosexualität, Heterosexualität, Perversion*, Fft/M: Qumran 1985.
- Morgenthaler, F. (1977): *Verkehrsformen der Perversion und die Perversion der Verkehrsformen*. In: ders. (1984): *Homosexualität, Heterosexualität, Perversion*. Fft/M: Qumran 1985.
- 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.
- Pfäfflin, F. (2004a): *Editorial*. Recht & Psychiatrie, 22(2):50.
- Pfäfflin, F. (2004b): *Zum Umgang mit Delinquenz in der Borderline-Therapie*. Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Technik, 8(1):49-54.
- Pfäfflin, F./Adshead, G. (2004, Hg.): *A Matter of Security. The Application of Attachment Theory to Forensic Psychiatry and Psychotherapy*. London – New York: Jessica Kingsley Publishers 2004.
- 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 1999.
- Rauchfleisch, U. (2000): *Dissozialität, Delinquenz*. In: Mertens, W./Waldvogel, B. (2000): *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart – Berlin – Köln: Kohlhammer 2000.
- Redondo et al. (1999): *The influence of treatment programmes on the recidivism of juvenile and adult offenders: a European metaanalytic review*. Psychology, Crime and Law, 5:251-278.
- Reiwald, P. (1948): *Die Gesellschaft und ihre Verbrecher*. Fft/M: Suhrkamp 1973.
- Rockland, L. H. (1989): *Supportive Therapy. A Psychodynamic Approach*. New York: Basic Books 1989.
- Rosenfeld, H. (1971): *A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: An investigation into the aggressive aspects of narcissism*. IJP, 52:169-178.
- Schorsch, E. et al. (1985): *Perversion als Straftat*. Berlin – Heidelberg – New York: Springer Verlag 1985.
- Simkins, L./Ward, W./Bowman, S./Rink, C. M./DeSouza, E. (1990): *Predicting Treatment Outcome for Sexual Abusers*. Annals of Sex Research, 3:21-57.
- Socarides, Ch. W./Loeb, L. R. (2004, Ed.) : *The Mind of the Paedophile. Psychoanalytic Perspectives*. London – New York: Karnac 2004.
- Stoller, R. J. (1975): *Perversion. Die erotische Form von Hass*. Gießen: PSA 1998.
- United States House of Representatives (1996): *Cycle of Sexual Abuse: Research Inconclusive About Whether Child Victims Become Adult Abusers. Report to the Chairman, Subcommittee on Crime, Committee on the Judiciary, House of Representatives*. GAO/GGD-96-178.

- 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 Nachbetreuungsambulanz*. 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 1993.
- Winnicott, D. W. (1956): *Die antisoziale Tendenz*. In: Ders. (1984): Aggression. Fft/M: Klett-Cotta 1997.

Anschrift des Autors: Dr. Fritz Lackinger
Otto-Bauer-Gasse 20/8
1060 Wien
email: flackinger@utanet.at