

Fritz Lackinger
**Behandlungstechnische Probleme der psychodynamischen Therapie
im Strafvollzug**

Ich möchte in diesem Artikel nicht die strukturellen und rechtlichen Bedingungen der forensischen Psychotherapie in Österreich diskutieren. Dies ist bereits ausführlich an anderen Orten getan worden (vgl. etwa den Sammelband von Werdenich und Wagner 1998). Vielmehr will ich behandlungstechnische Fragen der stationären psychodynamischen Psychotherapie mit Straftätern ansprechen, die leider allzu häufig zu kurz kommen. Natürlich erlaubt der Rahmen eines Artikels nur die Beschäftigung mit einer sehr geringen Auswahl solcher Fragen. Ich möchte zuerst einen kurzen Überblick über die verschiedenen Quellen behandlungstechnischer Probleme in stationären forensischen Therapien geben, mich dann aber auf ein einziges Thema, nämlich den Übertragungs-Gegenübertragungs-Komplex konzentrieren.

Problemquellen in der stationären forensischen Psychotherapie

Vereinfacht gesagt lassen sich alle spezifischen Behandlungsprobleme in Strafvollzugs-Therapien auf drei zentrale Faktoren zurückführen und diese will ich hier ganz kurz skizzieren.

Erstens ist hier zu erwähnen, was man die fehlende primäre Freiwilligkeit der Therapie nennen könnte. Sowohl der Anstoß zur Therapie als auch das konkrete therapeutische Angebot kommt bei forensischen Therapien in aller Regel vom Justizapparat, also von den Richtern beziehungsweise von der Justizverwaltung. Die allermeisten Patienten haben oder hätten sich in der Freiheit niemals in Psychotherapie begeben. Der Start jeder Therapie im Strafvollzug unterscheidet sich daher grundlegend vom Beginn jeder Therapie in Freiheit. Die Klärung der Therapiemotivation, die ja vor Beginn jeder Therapie notwendig ist, stellt sich im Strafvollzug insofern anders, als hier der äußere Anstoß durch die Staatsgewalt eine große Rolle spielt und zu klären ist, wie der zukünftige Patient diesen äußeren Anstoß verarbeitet und ob er sie in eine innere Motivation ver-

wandeln kann. Die fehlende primäre Freiwilligkeit schließt keineswegs die Entwicklung einer sekundären Freiwilligkeit aus, das heißt der Patient kann den Freiheitsentzug als zumindest teilweise durch ihn selbst bedingten Leidensdruck auffassen und diesen Leidensdruck mit anderen Problemen in seinem Leben in Verbindung setzen, die zusammen eine psychotherapeutische Behandlung erfordern. Die Entwicklung einer solchen sekundären Freiwilligkeit ist oft bereits mit zahlreichen Widerständen verbunden und stellt die Hauptaufgabe der ersten Phase, oder, wenn man so will, der Probephase der Psychotherapie im Strafvollzug dar. Nur wenn eine sekundäre Freiwilligkeit im beschriebenen Sinne hergestellt werden kann, ist ein Arbeitsbündnis gegeben, auf dessen Basis die Therapie weitergeführt werden kann. Würde ich dieses Problem hier vertiefen, müßte ich mich natürlich mit den zahlreichen Schattierungen einer solchen sekundären Motivation beschäftigen und etwa der Frage nachgehen, wie mit Therapiemotivationen umzugehen ist, die nur halbherzig, oberflächlich oder gänzlich zum Schein vorgebracht werden. Dies will ich hier aber nicht tun, kann aber darauf verweisen, daß ich auf das Problem der Täuschung und Manipulation des Therapeuten unter dem Gesichtspunkt der psychopathischen Übertragung später noch zu sprechen komme.

Die Tatsache, daß Anstoß und Angebot der Therapie von Seiten der Justiz kommen, hat natürlich auch auf die Frage der Therapieziele großen Einfluß. Auch hier muß man wieder unterscheiden zwischen externen Zielen, die die Justiz als Therapieanbieter vorgibt, und den internen Zielen des Patienten. Um es hier kurz zu machen, es ist nicht nötig, daß sich diese Ziele gänzlich decken, was tatsächlich auch selten der Fall ist. Es ist jedoch notwendig, daß es einen ausreichend großen Überlappungsbereich gibt. Um ein Beispiel zu geben: Während es die ideale Zielsetzung der Justiz ist, durch die Therapie eines Straftäters den Schutz der Gesellschaft zu erhöhen, kann es das eindeutige Hauptziel des Patienten sein, möglichst bald aus der Unterbringung entlassen zu werden. Die Frage ist nun, wie weit diese Ziele zur Überlappung gebracht werden können, das heißt wie weit der Patient seinen Entlassungswunsch nicht hauptsächlich durch Manipulation von Gutachtern und Richtern verwirklichen will, sondern durch den Erwerb von Fähigkeiten anstrebt, die ihm ein künftig straffreies Leben ermöglichen können. Aus der praktischen Erfahrung kann gesagt werden, daß für den Beginn auch ein kleiner Überlappungsbereich genügt, da er sich im Laufe einer gelingenden Therapie ausweitet. Fehlt in den ursprünglichen Zielen des Patienten allerdings jeder Wunsch nach

sozialer Anpassung ist die Prognose schlecht und eine psychodynamische Therapie eigentlich nicht indiziert.

Die zweite große Quelle von spezifischen Problemen der Strafvollzugstherapie im Unterschied zu Psychotherapien in der Freiheit ist natürlich das spezielle stationäre Setting. Der therapeutische Maßnahmenvollzug findet als Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen statt im Rahmen einer totalen Institution statt. Es kann hier nicht auf die Eigenheiten jeder beteiligten Berufsgruppe, ihre Funktionen und subkulturellen Ideologien eingegangen werden, sondern es muß der Hinweis genügen, daß die Widersprüche zwischen den verschiedenen Rollen, die die Mitarbeiter im Maßnahmenvollzug auszufüllen haben, zahllose Gelegenheiten für die Insassen bieten, ihre Freiräume auszubauen, aber auch ihre Pathologie zu verstecken und die Berufsgruppen gegeneinander auszuspielen. Je mehr dies gelingt, umso weniger kann die Psychotherapie greifen. Wenn sich die psychischen Spaltungsmechanismen mit den Spaltungen zwischen den Berufsgruppen im Gefängnis verbinden, dann wird der Patient nur noch als Teilpersönlichkeit in der Therapie sichtbar und wesentliche Mechanismen seiner Pathologie bleiben außerhalb der therapeutischen Bearbeitbarkeit. Dem ist nur durch gut organisierte und ständig gegen die spontanen Ressentiments, die dem Alltagsbetrieb eines Gefängnisses entspringen, wiederhergestellte Teamzusammenarbeit entgegenzuwirken. Es erfordert die Herstellung eines basalen Bewußtseins in allen Berufsgruppen. Daß die Behandlung ein Produkt der gesamten Institution ist, daß aber jede Gruppe spezifische Aufgaben und Berufsrollen hat, die wechselseitig im Prinzip akzeptiert sein müssen. Nur ein klares Gesamtkonzept und ein ständiger, begleitender Organisationsentwicklungs- und Supervisionsprozeß kann dieses Bewußtsein entwickeln und auf Dauer aufrechterhalten.

Schließlich komme ich zum dritten Faktor, der den stationären forensischen Psychotherapien ihre eigenen Probleme verschafft, und das sind die Patienten selber, das heißt die besonderen Störungsbilder, die geistig abnormen Rechtsbrechern eigen sind. Die besonderen Eigenschaften des forensischen Klientels zeigen sich in der Therapie in der besonderen Art und Weise, wie diese die Beziehung zum Therapeuten gestalten, therapeutisch ausgedrückt in der spezifischen Übertragungs-Gegenübertragungs-Entwicklung. Genau dies soll im Folgenden der Schwerpunkt der Untersuchung sein. Zum Einstieg soll allerdings kurz das Grundkonzept der psychoanalytischen Therapie in Bezug auf Übertragung und Gegen-

übertragung unabhängig von den forensischen Besonderheiten dargestellt werden. Für die Behandlung schwer persönlichkeitsgestörter Patienten wird im Folgenden von einem modifizierten psychoanalytischen Konzept ausgegangen. Im Anschluß an Kernberg et al. (1989) wird hierfür der Begriff „psychodynamische Therapie“ verwendet.

Übertragung und Gegenübertragung in der psychodynamischen Therapie

Der psychodynamische Therapieprozeß ist immer eine dialektische Einheit von zwei unterschiedlichen Prozessen, zum einen der spontanen, praktisch sich entwickelnden Übertragung, und zum anderen der sprachlich symbolisierten Einsicht. Übertragung bedeutet die unbewußte Wiederholung früher Beziehungen des Patienten zu wichtigen Bezugspersonen oder zumindest die Wiederholung von wesentlichen Aspekten solcher Beziehungen. In der Therapie entwickelt sie sich unvermeidlich, naturwüchsig und ohne bewußte Absicht. Der sprachlich vermittelte Reflexionsprozeß, der in der Therapie gleichzeitig versucht wird, ist ein beständiges Bemühen, die zunächst unerkannten Bedeutungen der Übertragungsbeziehung, seien es nun Vorstellungen, Gefühle oder Handlungen, zu entschlüsseln und dadurch die Beziehungs- und Handlungskompetenz des Patienten zu erhöhen.

Nun ist es seit vielen Jahren üblich, den therapeutischen Prozeß nicht als einseitige Vermittlung von Einsicht durch den Therapeuten an den nur Übertragung produzierenden Patienten zu konzeptualisieren, sondern den Prozeß als Interaktion aufzufassen. Diese Entwicklung ist für die forensische Therapie von besonderer Bedeutung, weil dem Therapeuten im Maßnahmenvollzug häufig eine objektive, quasi gutachterliche Funktion zugeschrieben wird, die er dem Wesen des psychodynamischen Prozesses nach nicht einnehmen kann.

Denn wie der Patient auf den Therapeuten nicht nur irrational als ein anonymes Übertragungsobjekt reagiert, sondern auch rational auf den realen Therapeuten als konkreten Menschen, so reagiert auch umgekehrt der Therapeut nicht nur mittels der Produktion von Einsicht in das Übertragungsangebot seitens des Patienten, sondern er reagiert auch irrational auf von ihm selbst unverstandene Beziehungsaspekte. Letzteres wird Gegenübertragung im weiteren Sinne genannt. Auf die Gegenübertragung

des Therapeuten reagiert der Patient wieder – schematisch gesprochen – mit rationalen und mit irrationalen Aspekten und beide Komponenten sind wieder Auslöser für entsprechende Reaktionen des Therapeuten. So entsteht ein komplexes Geflecht von rationalen und irrationalen Interaktionen. Man kann sagen, daß ein solches Geflecht eigentlich in jeder länger dauernden menschlichen Interaktion entsteht. Was ist nun das Charakteristische für die psychodynamische oder analytische Beziehung?

Ohne die Entscheidung und die Fähigkeit des Therapeuten, beständig alles nicht Therapeutische zu neutralisieren, würde keine therapeutische Beziehung zu Stande kommen. Das impliziert 1) daß der Therapeut in seinen Reaktionen alles, was persönlich zu ihm gehört und was nicht funktional für den therapeutischen Prozeß ist, herausfiltert und nach Möglichkeit nicht ausdrückt. Es bedeutet 2) daß er/sie die Entwicklung aller Gefühle auf Seiten des Patienten fördert, die für den Prozeß funktional sind. Mit anderen Worten, es kann notwendig sein, daß ein altes pathogenes Interaktionsmuster wieder aktiviert und zunächst blind wiederholt wird. Denn gefühlsmäßige Einstellungen können meist nur verändert werden, wenn sie unmittelbar erlebt und inszeniert werden.

Gegenübertragungsreaktionen des Therapeuten auf den Patienten werden seit Racker (1968) in konkordante und komplementäre eingeteilt. Während die konkordante Gegenübertragung die Gefahr birgt, den Beitrag des Patienten zu den pathologischen Mustern zu unterschätzen, in die er sich beständig aufs Neue verwickelt, kann sie auch konstruktiv genutzt werden, wenn sie vom Therapeuten kritisch als Verführung zur Identifizierung verstanden wird. Sie erlaubt dann dem Therapeuten die Entwicklung einer besonders feinfühligem Empathie mit dem Patienten und seinen Gefühlen. In der komplementären Gegenübertragung neigt der Therapeut spontan dazu, die Empathie mit dem Patienten zu verlieren, während ihre konstruktive Seite darin liegt, ein größeres Verständnis für die wichtigen Bezugspersonen des Patienten entwickeln zu können. Die Fähigkeit des Therapeuten, von der eigenen Gegenübertragung zu profitieren, hängt davon ab, daß er ihr in seinem Handeln und Deuten nicht unmittelbar nachgibt. Wenn dies übersehen wird, kommt es einfach zur Wiederholung pathologischer Interaktionsmuster.

Die Fähigkeit zum konstruktiven Umgang mit der Gegenübertragung setzt voraus, daß der Therapeut seine eigenen Gefühle gegenüber dem Patienten wahrnehmen und akzeptieren kann. Wenn der Therapeut eigene Gefühle verleugnet, kann er sie leicht unbemerkt agieren und er wird dann

die vielleicht durchaus verständliche Reaktion des Patienten mit dessen Pathologie rationalisieren. Typische Anzeichen unbewußter Gegenübertragungsreaktionen sind etwa Ungeduld, Müdigkeit, Langeweile, Vernachlässigung des Patienten, eventuell Verlust der sonst normalen Einfühlungsfähigkeit, übertriebene Sorge, Erotisierung.

Besonderheiten des forensischen Klientels

Freud meinte einmal metaphorisch, um die Bedeutung des Wiedererlebens in der Übertragung zu unterstreichen, daß es unmöglich sei, jemanden in absentia oder in effigie zu erschlagen (vgl. „Zur Dynamik der Übertragung“ 1994). Allerdings, wenn es ums Erschlagen geht, bekommt Freuds Metapher im Kontext der forensischen Psychotherapie (etwa mit Mördern) einen anderen, fast makaberen Klang. Ich brauche also nicht grundsätzlich zu erklären, daß der forensische Psychotherapeut nicht nur mit besonderen Übertragungs-Formen sondern auch mit anderen Formen des Ausagierens konfrontiert ist. Wie aber sehen diese Besonderheiten konkret aus? Es hat sich in der Praxis der Begutachtung in der Justizanstalt Mittersteig in Wien bewährt, die forensische Klientel nach dem Kernbergschen Diagnosemodell in vier verschiedene Niveaus der Persönlichkeitsorganisation einzuteilen (vgl. Kernberg 1976, 1984).

Die neurotische Organisation weist ungefähr jene innere Struktur auf, die Freuds Strukturmodell beschreibt, wo also einem triebhaften, unbewußten Reservoir, dem Es, ein klar abgegrenztes Ich mit einer Reihe von Fähigkeiten und Mechanismen gegenübersteht. Aufgabe des Ich ist es, eben diese Triebwünsche mit den Ansprüchen einer verinnerlichten, meist überstrengen Moralinstanz, dem Über-Ich, und den Anforderungen der Außenwelt zu vermitteln. Da dieser Fall in der forensischen Arbeit selten ist, soll er hier – auch aus Platzgründen – nicht näher erörtert werden.

Ebenso übergehen möchte ich den Fall der psychotischen Persönlichkeitsorganisation. Psychodynamische Psychosentherapie ist ein völlig eigenes Kapitel mit besonderen technischen Problemen, die diesen Rahmen bei weitem sprengen würden.

Bleiben also die Borderline-Organisation und die sogenannte „mittlere Ebene“ zwischen neurotischer und Borderline-Struktur. Generell läßt sich zeigen, daß jedem der bisher angeführten Niveaus unterschiedliche Muster in der Übertragungs-Gegenübertragungs-Interaktion entsprechen. Ich

werde kurz skizzieren, wie Kernberg die Dynamik, aber auch den richtigen Umgang mit der Übertragung in der Therapie von Patienten auf „mittlerem“ und auf Borderline-Niveau beschreibt. Auch seine Bemerkungen zur Gegenübertragung sollen erwähnt werden.

Was jedoch für die forensische Psychotherapie in Sonderanstalten wie der JA Mittersteig an Komplikation dazu kommt, ist die Häufigkeit perverter Komponenten in der Persönlichkeitsstruktur. Bereits die Untersuchungen von Berner (1986) in den 80er Jahren haben gezeigt, daß es weniger die eigentlichen Perversionen sind, die das Gros der Sexualdelinquenten ausmachen. Im Vordergrund steht in der Regel die Persönlichkeitsstörung, und die sexuelle Deviation ist nur als Moment der gestörten Persönlichkeitsstruktur zu verstehen.

Die perverse Persönlichkeit ist seither in der Literatur (etwa bei Etchegoyen (1991) oder bei Kramer Richards (1997)) wiederholt beschrieben worden. Vor allem Etchegoyen wies darauf hin, daß in der analytischen Therapie mit solchen Patienten auch eine ganz charakteristische Übertragung auftritt, die er als Übertragungsperversion – analog dem klassischen Ausdruck der Übertragungsneurose – bezeichnete. Meiner Meinung nach ist die perverse Übertragung ein Spezialfall der Übertragung von Borderline-Patienten, also von schweren Persönlichkeitsstörungen im Sinne Otto Kernbergs. Im Bereich der Therapie mit Sexualdelinquenten ist sie jedoch ein durchaus nicht seltener Spezialfall.

Übertragung in Therapien mit persönlichkeitsgestörten Patienten der „mittleren“ und „niederer“ Ebene

Betrachten wir also zuerst den allgemeineren Fall:

Charakteristisch für die Borderline-Therapie ist die Tatsache, daß sehr schnell sogenannte primitive Übertragungen mobilisiert werden. Sie sind dadurch gekennzeichnet, daß sie meist mit heftigen Affekten verbunden sind, aber auch rasch wechseln, mit anderen Worten, daß ihnen die Dimension der Tiefe fehlt. In ihnen widerspiegelt sich der Mangel des Patienten an einem stabilen Selbstgefühl oder an einem stabilen Gefühl für bedeutsame andere Personen. Jedes primitive Übertragungsmuster kann sehr schnell in sein Gegenteil oder in irgendein anderes Muster umschlagen. Sie sind für den Therapeuten fast immer verwirrend, wirken bizarr und manchmal bedrohlich. Es ergeben sich daraus besondere Gegen-

übertragungsreaktionen, die ich in weiter unten behandeln werde. Diese primitiven Übertragungsmuster herrschen bei echten Borderline-Patienten in der Regel vor, obwohl sie in sehr verschiedenen Formen auftreten können.

Im Gegensatz dazu treten diese primitiven Muster bei Patienten der „mittleren Ebene“ nur in belastend empfundenen Situationen auf. In ausgeglicheneren Phasen gibt es auch reifere Übertragungsmuster, die sich in einer integrierten mehr-dimensionalen Einstellung des Patienten bezüglich seiner selbst und bezüglich bedeutsamer anderer ausdrücken. Sie sind stabiler, zeigen nicht die bizarren Eigenschaften der primitiven Übertragung und können leichter mit der Vergangenheit des Patienten verbunden werden.

Theoretisch ausgedrückt handeln primitive Formen der Übertragung von infantilen Teil-Objektbeziehungen, während reife Übertragungen zwar auch infantile, aber ganze Objektbeziehungen widerspiegeln.

Die technische Regel im Umgang mit primitiven Übertragungen besteht im wesentlichen darin, beharrlich und beständig zu versuchen, jede primitive Übertragung oder Teil-Objektbeziehung zu erkennen und nach Möglichkeit anzusprechen. Erkennbar sind solche Übertragungen an den vom Patienten angedeuteten Phantasien über die gegenwärtige Beziehung zwischen Patient und Therapeut, an den vorherrschenden Affekten und an den damit verbundenen Selbst- und Fremdbildern. Wie gesagt werden bestimmte Selbstbild- und bestimmte Fremdbild-Fragmente abwechselnd auf den Therapeuten verschoben beziehungsweise projiziert. Durch den raschen Wechsel wird die Beziehung meist auch für den Therapeuten verwirrend. Dennoch muß versucht werden, am besten innerhalb einer Stunde, beide Aspekte einer alternierenden Übertragungsfigur zu deuten. Es ist üblich, daß solche Deutungen anfänglich nicht akzeptiert werden. Erst nach einer gewissen Beharrlichkeit in der Deutung und bei Anlaß eines besonders günstigen Beispiels wird schließlich erstmals anerkannt, daß in den widersprüchlichen Gefühlen immer bisher getrennt gehaltene Aspekte der Beziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten aktiviert werden, die eigentlich zusammen gehören. Die Integration der fragmentierten Selbst-Objekt-Inszenierungen ist lange Zeit das strategische Hauptziel der Borderline-Therapie.

Solange die Übertragungsreaktionen primitiv bleiben, konzentrieren sich die Interventionen des Therapeuten auf das ‚Hier und Jetzt‘. Bei Borderline-Patienten hat es also keine positive Wirkung, zu versuchen, die Interaktionen in der Therapie mit der Vergangenheit, vor allem der Kindheit, in

Verbindung zu setzen. Verfrühte genetische Deutungen lösen lediglich intellektualisierende Abwehrmechanismen und manipulative Verzerrungen der Kindheitserlebnisse aus. Wichtig ist auch, daß von Anfang an immer positive und negative Übertragung gedeutet wird. Vor allem stark positive und idealisierende Übertragungen sollten keinesfalls einfach stehen gelassen werden, weil sich hinter ihnen meist eine massive negative Reaktion verbirgt, deren eruptivem Durchbruch nur durch frühzeitiges Ansprechen vorgebeugt werden kann.

Bei Patienten der mittleren Ebene der Charakterpathologie treten wie gesagt von Anfang an auch reifere Abwehrmechanismen auf. Dennoch sollten auch in diesen Fällen solange die primitiven Übertragungen zuerst bearbeitet werden, solange solche in der Therapie auftreten. Erst wenn die reiferen Übertragungen eine gewisse Zeit lang klar dominieren, sollten diese gedeutet werden. Eine genetische Deutung der reiferen Abwehrmechanismen wird bei diesen Patienten wesentlich früher als bei den eigentlichen Borderline-Patienten möglich sein, weil sich bei diesen früher ein relativ stabiles Bild der Vergangenheit beim Patienten herausbildet, und die eigene Biographie nicht nur eine Materialquelle für Manipulationen ist.

Typische Formen und Entwicklungsmuster bei Borderline-Übertragungen

a.) Psychopathische Übertragungen

Kernberg (1992) hat einige typische Entwicklungsmuster von Borderline-Übertragungen beschrieben, die für unser forensisches Klientel von herausragender Bedeutung sind. So kommt es bei der Behandlung von Borderline-Patienten häufig vor, daß der Patient den Therapeuten bewußt und absichtlich zu täuschen versucht. Dies kann in Form direkter Lügen geschehen, oder aber durch manipulatives oder ausnützendes Benehmen. Es ist für den Therapeuten oft eine große Schwierigkeit, sich selbst klar zu machen, daß er vom Patienten getäuscht wird, und noch schwieriger ist es, dies dem Patienten zu sagen. Dabei ist es entscheidend, auch ein solches Patienten-Verhalten als Übertragung zu verstehen. Der wichtigste Aspekt der Übertragung besteht häufig darin, daß der Patient überzeugt ist, der Therapeut sei unaufrichtig und unehrlich. Er projiziert also

seine eigenen Tendenzen auf den Therapeuten. Kernberg bezeichnet dies als psychopathische Übertragung.

Solche Übertragungen können nicht aufgelöst werden, indem man dem Patienten moralisierende Vorwürfe macht. Die psychopathische Übertragung muß wie jede andere auch gedeutet und verstanden werden. Allerdings muß die Unwahrhaftigkeit in der Beziehung als erstes behandelt werden, bevor man sich anderen Themen zuwenden kann. Dies kann als eine Besonderheit der forensischen Psychotherapie bezeichnet werden, denn die Fokussierung der Unwahrhaftigkeit kann als Verletzung des Prinzips, dem Patienten die Auswahl der zu besprechenden Inhalte zu überlassen, mißverstanden werden. Tatsächlich handelt es sich jedoch dabei um die Sicherung des therapeutischen Settings, die immer Vorrang vor anderen Themen hat. Jedes Abwarten bei der Besprechung von Lügen und Manipulationen zerstört die Therapie.

Es ist also notwendig, den Patienten taktvoll, aber unmißverständlich auf seine Täuschungsversuche gegenüber dem Therapeuten anzusprechen. Es handelt sich also zunächst um eine Konfrontation mit einer Realität, wobei es wesentlich ist, keine moralischen Argumente zu gebrauchen, sondern zu verdeutlichen, warum die Therapie Offenheit und Ehrlichkeit zu Voraussetzung hat. Der Borderline-Patient versucht häufig durch projektive Identifizierung, den Therapeuten zu taktischem oder unredlichem Verhalten zu provozieren, und er verwendet jeden solchen Vorfall, um dem Therapeuten selbst Unaufrichtigkeit vorzuwerfen. Der Teil des Selbst des Patienten, der beständig eine Korrumpierung der therapeutischen Situation zu inszenieren versucht, repräsentiert meist eine unbewußte Identifizierung mit einem korrupt und unaufrichtig erlebten Elternteil.

Auf die Konfrontation durch den Therapeuten kann der Patient verschieden reagieren. Manche lügen und manipulieren unbeeindruckt weiter, andere behaupten, über bestimmte Dinge nicht in der Therapie reden zu wollen. Letzteres ist naturgemäß weit besser, denn in diesem Fall können die Gründe für die Weigerung des Patienten, bei der Behandlung mitzuarbeiten, analysiert werden. In noch anderen Fällen scheint der Patient dem Therapeuten gegenüber offen und aufrichtig zu sein, behandelt aber alle anderen Menschen rücksichtslos. Er bleibt der inneren Überzeugung, daß auch der Therapeut unaufrichtig ist, und ihn nur aus finanziellen oder Prestige Gründen behandelt, und wartet nur auf eine Gelegenheit, dies beweisen zu können. Solche Patienten gehen davon aus, daß jede Nähe oder Bindung trügerisch ist, daß sie sich der Bedrohung durch den Therapie-

ten aber nur durch formale Unterwerfung unter seine Regeln erwehren können. Immerhin kann auch in diesen Fällen eine weitere Analyse des Mißtrauens und der Ängste vor Intimität und Abhängigkeit stattfinden.

Gar nicht selten verwandelt sich die psychopathische Übertragung durch ihre Bearbeitung in eine paranoide. Der Patient sieht zwar nun ein, daß die Therapie Offenheit und Ehrlichkeit erfordert, er fürchtet dadurch jedoch vom Therapeuten angegriffen und sadistisch behandelt zu werden. Er ist fest überzeugt, daß ihn der Therapeut für sein ‚Nachgeben‘ verachten und daher bestrafen wird.

b.) Paranoide Übertragungen

Paranoide Übertragungen können bei Borderline-Patienten auch bereits von Beginn der Therapie an vorhanden sein. Kernberg meint, daß bei paranoiden Borderline-Patienten die Untersuchung der projektiven Identifizierung, in denen sich primitive verinnerlichte Objektbeziehungen widerspiegeln, oft viel leichter vonstatten geht als bei Patienten mit psychopathischen Übertragungen. Dies gelte natürlich nicht für paranoide Psychotiker, die bereits vor der Therapie eine psychotische Struktur hätten und deren paranoide Übertragungen psychoanalytisch oft nicht behandelbar seien.

Kernberg hat eine bestimmte Technik im Umgang mit paranoiden Übertragungen entwickelt. „Wenn der Patient das Verhalten des Therapeuten stark verzerrt wahrnimmt, sagt der Therapeut dem Patienten, er habe den Eindruck, daß sie von vollkommen unterschiedlichen und miteinander unvereinbaren Realitäten ausgingen“ (Kernberg 1992, 292). Es entstehe dann eine ähnliche Situation, wie wenn ein ‚Verrückter‘ und ein ‚Normaler‘ ohne außenstehenden Schiedsrichter zu klären versuchen, was real ist. Wenn der Patient diese Sichtweise nicht akzeptiert, glaubt er offensichtlich, daß ihn der Therapeut anlügt. Wenn dies der Fall sei, müsse man sich mit dieser Überzeugung des Patienten auseinandersetzen.

Der Therapeut müsse dann deuten, was seiner Meinung nach hinter der Vorstellung steckt, er sei unaufrichtig. Dabei ergäben sich dann weitere Aspekte der psychopathischen Übertragung und der frühen Objektbeziehungen des Patienten. Diese können dann entweder weiter analysiert werden, oder es könne deutlich werden, daß die paranoide Regression einen psychotischen Nukleus zum Vorschein gebracht hat, das heißt es wird ein Bereich der Übertragung sichtbar, in dem dem Patienten die Realitäts-

prüfung durchweg abhanden gekommen ist und ein isolierter, auf den Therapeuten bezogener Wahn die Behandlungssituation beherrscht. In diesem Fall sollte der Therapeut erkennen lassen, daß er die Unvereinbarkeit der Realitätswahrnehmung akzeptiert, ihm aber gleichzeitig klarmachen, welche Konsequenzen sich daraus für die Patient-Therapeut-Beziehung ergeben. Dadurch könne dann langsam der Boden für eine deutende Auflösung des paranoid-psychotischen Nukleus bereitet werden. Den Kern paranoider Übertragungen stellten regelmäßig mit primitiver Aggression aufgeladene Teilobjektbeziehungen dar, die ‚gereinigt‘ und von den idealisierten Selbst- und Objektrepräsentanzen getrennt gehalten würden.

c.) Depressive Übertragungen

Depressive Übertragungen sind im Vergleich mit psychopathischen, perversen und paranoiden Übertragungen reifere Verzerrungen in der Beziehungswahrnehmung. Sie zeigen an, daß der Patient fähig wird, bisher unakzeptable und automatisch projizierte Aspekte seiner Selbst, insbesondere seine eigene Aggression, an sich selbst wahrzunehmen. Die psychoanalytische Forschung hat im Gefolge von E. Jacobson (1964) einen Prozeß der Über-Ich-Entwicklung dargestellt, in dem zuerst verfolgende Über-Ich-Vorläufer auftreten, gefolgt von einer zweiten Schicht aus idealisierten Über-Ich-Vorläufern und noch später von realistischeren Über-Ich-Introjekten, die sich der ödipalen Phase verdanken. Im positiven Fall werden alle diese Elemente nach und nach miteinander integriert.

Wenn durch frühe Traumatisierungen die aggressive Schicht der Über-Ich-Entwicklung beherrschend ist, dann vereitelt die von Verfolgerfiguren bevölkerte psychische Realität des Kindes den Aufbau von idealisierten Über-Ich-Vorläufern. Diese Struktur zeigt sich später in den paranoiden Übertragungen. „Als Mittel, um das Überleben zu sichern, bleibt dann nur noch, entweder das Selbst mit Macht auszustatten oder, in einem sekundären Entwicklungsschritt, Beziehungen in psychopathischer Weise zu manipulieren“ (Kernberg 1992, 302). Die psychopathische Übertragung ist dementsprechend eine Abwehr der dahinter stehenden paranoiden Welt.

Wenn es hingegen die Möglichkeit zu idealisierten Beziehungen in der Kindheit gab und sich anschließend sowohl idealisierte als auch verfolgende internalisierte Objekt-Repräsentationen aufbauten, bilden sich anstatt von paranoiden Ängsten möglicherweise Selbst-Idealisierung und

eine narzißtische Verleugnung von Abhängigkeitsbedürfnissen heraus. Falls das pathologische Größenselbst mit primitiver Aggression durchsetzt ist, ist die Folge die Perversität. Bei durchschnittlichen Borderline-Patienten findet man hingegen ein Nebeneinander von idealisierenden und paranoiden Übertragungen.

Nur wenn die idealisierenden und die verfolgenden Über-Ich-Introjektionen miteinander integriert werden können und sich wechselseitig abmildern, können in der ödipalen Phase auch realistischere Über-Ich-Introjektionen stattfinden. Das Nachlassen der paranoiden Mechanismen ist die Voraussetzung für das Erleben von Schuld, Reue und Sorge um andere Menschen. In der Therapie zeigt sich dieser Schritt im Übergang von den paranoiden zu den depressiven Übertragungen. Der Patient erkennt, daß seine Angriffe nicht den sadistischen oder tyrannischen Therapeuten treffen, sondern den guten Therapeuten, der ihnen zu helfen versucht. Depressive Übertragungen zeigen an, daß sich eine Integration von erheblichem Ausmaß vollzieht. Da ein Teil der Aggression als eigene erlebt werden kann, können auch die wichtigen Bezugspersonen, insbesondere der Therapeut, als sowohl gut als auch böse wahrgenommen werden.

In diesen Phasen der Therapie kann es zu negativen therapeutischen Reaktionen kommen, wodurch der enorme Fortschritt, der vollzogen wurde, auch vom Therapeuten übersehen werden kann. Diese ‚depressive‘ negative therapeutische Reaktion ist jedoch die Folge des Wirksamwerdens von unbewußten Schuldgefühlen und unterscheidet sich von der narzißtischen negativen therapeutischen Reaktion, die den Neid auf den Therapeuten zum Ausdruck bringt. Man erkennt jedoch bei näherem Hinsehen, daß der Patient nun Gefühlszustände des Therapeuten nachvollziehen kann. Er wird nun an den Themen der Therapie eigenständig weiterarbeiten und äußert Vertrauen und Liebe zum Therapeuten, anstatt sich nur oberflächlich anzupassen.

Typische Gegenübertragungen in Borderline-Therapien

Die heftigen und rasch wechselnden Affekte in der Übertragung von Borderline-Patienten rufen auch auf Seiten des Therapeuten Gefühle und eventuell Verhaltensweisen hervor, die den Umgang mit ihnen besonders erschweren. Borderline-Patienten verstehen es außerdem meisterhaft, den Therapeuten quasi „an seiner schwachen Stelle zu erwischen“, und damit

Gefühle in ihm hervorzurufen, die er selbst aus unbewußten Gründen abzuwehren versucht. Der Therapeut ist damit unversehens in eine Abwehrbewegung verwickelt, auf Grund derer er nicht mehr adäquat auf die Übertragung des Patienten reagieren kann. Etwa können bei Borderline-Patienten schon relativ früh in der Therapie, in extremen Fällen gar in der ersten Stunde, intensive Aggressionen in der Übertragung mobilisiert werden. Die Aggressionen sind jedoch nicht auf verbale Äußerungen während der Therapiestunde beschränkt. Vielmehr kann es zu aggressiven Inszenierungen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Therapie kommen. Der Therapeut kann sich dadurch persönlich angegriffen fühlen, unbewußt eine heftige Gegenaggression entwickeln, diese aber vor seinem „therapeutischen Über-Ich“ zu verleugnen versuchen. Zur Abwehr seiner eigenen aggressiven Gefühle entwickelt er vielleicht eine Rationalisierung, der zu Folge der Patient subjektiv in einen Kampf auf Leben und Tod verwickelt und seine Aggression nur Ausdruck seiner Todesangst sei. Um die Angst des Patienten nicht weiter zu schüren, meint der Therapeut, es sei vielleicht zunächst besser, die Fortsetzung der Therapie nicht von einer Beendigung der aggressiven Inszenierungen abhängig zu machen. Anstatt ihn zu beruhigen, löst das Ignorieren der Aggression beim Borderline-Patienten aber entweder Schuldgefühle aus, die dann projektiv auf den Therapeuten verschoben werden und zu noch heftigeren Aggressionsausbrüchen führen. Oder der Patient befürchtet, daß der Therapeut die Aggression nicht halten und kontrollieren kann. In diesem Fall wird er sich zurückziehen und eventuell aus der Therapie flüchten. Die Gegenübertragung des Therapeuten wird vielleicht auch noch dadurch verkompliziert, daß der Patient seine starke Wut gleichzeitig mit Unbeschwertheit, ja Fröhlichkeit äußert. Diese Parathymie kann den Therapeuten verwirren und unsicher machen und die Unsicherheit kann ihn unbewußt beschämen oder ängstigen und ihn äußerlich zu einer vornehmen Zurückhaltung motivieren. Das Resultat wäre neuerlich, daß das aggressive Verhalten ignoriert wird und gerade dies zu einer Eskalation führt.

Die beim Borderline-Patienten vorherrschenden primitiven Abwehroperationen, vor allem die projektive Identifizierung, aber auch die Entwertung und die omnipotente Kontrolle, führen häufig zu schweren Gegenübertragungskomplikationen. Dabei geht es aber immer wieder darum, daß der meist neurotisch strukturierte Therapeut Schuldgefühle wegen besonders heftiger eigener Emotionen bekommt. Der Fall, in dem ein Therapeut etwa in einem bestimmten Moment seinem Patienten den Tod

wünscht, und dieser Patient just in diesem Augenblick seine Absicht äußert, sich umzubringen, zeigt vielleicht mit genügender Deutlichkeit auf, wie schwierig es ist, trotz eigener Schuldgefühle noch in angemessener Weise die Manipulation durch den Patienten zu erkennen und anzusprechen.

Dennoch ist das Erkennen der Gegenübertragung die einzige Chance gegen die Kollusion und das Ableiten der Therapie in eine Pseudotherapie. Jeder, der mit solchen Patienten arbeitet, weiß allerdings, daß es unmöglich ist, die Gegenübertragung auf Borderline-Patienten immer schon in dem Moment zu erkennen, in dem sie erstmals provoziert wurde. Der therapeutische Prozeß ist daher immer auch der Versuch, bereits stattgefundene Manipulationen, Kollusionen und pathologische Wiederholungen wieder aufzulösen. Es kann oft längere Zeit dauern, bis der Therapeut, der seine therapeutische Souveränität verloren hat und in Supervisionen oder allein darum ringt, seine eigene Verwicklung zu klären, wieder den idealtypischen Abstand zum Patienten gefunden hat. Und dieser idealtypische Zustand ist mit hoher Wahrscheinlichkeit nur das Vorspiel zu einem neuerlichen Gegenübertragungsagieren. Die Annahme, der Therapeut könnte während einer Borderline-Therapie quasi objektiv bleiben und seine Einschätzung der Gefährlichkeit wäre im forensischen Kontext besonders aussagekräftig, ist daher im besten Falle eine Illusion, im schlechtesten ist sie der Versuch, die Möglichkeit zu forensischer Psychotherapie zu zerstören.

Der perverse Charakter

Eine besonders wichtige Komplikation in forensischen Therapien stellen perverse Strukturen dar, also sowohl die klassischen sexuellen Perversionen als auch die Perversität in der Beziehung beziehungsweise in der Übertragung in der Therapie.

Arlow (1971) hat den Begriff des perversen Charakters beziehungsweise der Charakter-Perversion entwickelt. Seiner Auffassung nach zeigen Patienten mit dieser Störung eine ich-syntone und andauernde Neigung, die Realität zu verdrehen. Dahinter stünden regelmäßig Phantasien, in denen aggressive Impulse in sexuellen Zusammenhängen vorherrschen. Der Begriff der Charakter-Perversion schließt das Bedürfnis ein, den Unterschied zwischen den Geschlechtern zu verleugnen. Damit verbunden sei auch die Verleugnung von anderen grundlegenden Realitäten. Der „klei-

ne Lügner“ etwa muß immer wieder das Vertrauen von anderen mißbrauchen. Der „Schwindler“ muß eine Illusion erzeugen, die bei anderen Freude, Angst oder Panik hervorruft, und er möchte deren Erniedrigung sehen, wenn er den Streich aufdeckt. Dieses Bedürfnis ist ich-synton und für den Charakter-Perversen mit Genuß verbunden.

Für den frühen Freud (1905) war die Neurose das Negativ der Perversion. Die perversen Strebungen wurden dementsprechend als bewußt und manifest gebliebene Überreste der normalerweise verdrängten und sublimierten infantilen Sexualität aufgefaßt. Für die Kleinianische Schule der Psychoanalyse ist die Perversion hingegen eine Abwehr (ein Negativ) der Psychose. Seit Glover (1933) werden in dieser Denktradition perverse Symptome als Ausdruck von ungenügend integrierten frühen Aggressionsimpulsen aufgefaßt. Hier spielt also nicht mehr die infantile Libido, sondern die Aggression die Hauptrolle im Erklärungsmodell der Perversion. Stoller (1975) hat, auf dieser Linie weiterdenkend, in der Perversion dementsprechend weniger Ausdrucksformen der infantilen Sexualität gesehen, sondern betrachtet sie als „die erotische Form von Haß“.

Arlow und Etchegoyen glauben, daß die Charakter-Perversion oder das perverse Ich ein Abwehrmechanismus gegen das Ausleben einer sexuellen Perversion ist. Im Falle der Charakter-Perversion wird die Übertragung zum Therapeuten von Anfang an perverse Züge haben. Die Schwierigkeit besteht allerdings darin, diese Züge ich-dyston zu machen, um ihre Analyse und Veränderung überhaupt in die Behandlungsziele aufnehmen zu können. Bei sexuellen Perversionen kann die Perversion so stark im Symptom konzentriert sein, daß die Übertragung zunächst davon frei zu sein scheint. Die therapeutische Bearbeitung der Symptome führt aber im erfolgreichen Falle dazu, daß die Übertragung zunehmend perverser wird, das heißt daß eine Übertragungs-Perversion entsteht.

Die Übertragungs-Perversion

Die perverse Übertragung zeigt sich darin, daß der Patient versucht, den Therapeuten zu einem bestimmten Verhalten zu zwingen. Betty Joseph (1971) meint, daß Perversionen nur aufgelöst werden können, wenn sie sich in der Übertragung entwickeln. Dies kann in Form von erotisierter Übertragung, von Schweigen oder Überschwemmen mit Worten, von Passivität oder Agieren stattfinden. Alle diese Übertragungen drücken den

Wunsch aus, den Therapeuten anzugreifen, und zwar nicht nur defensiv, sondern mit der Absicht, ihn zu zerstören.

Für Etchegoyen (1991) hat sie etwas mit Feindseligkeit und Neid zu tun. Die perverse Übertragung verweise auf abgespaltene psychotische Aspekte des Patienten. Sie komme häufig bei Borderline-Patienten vor, aber sie kann durchaus auch bei (scheinbaren) Neurotikern auftreten. In der perversen Übertragung bevorzuge der Patient die Erniedrigung des Therapeuten gegenüber einer Besserung. Die negative therapeutische Reaktion sei eher durch den Wunsch nach Erniedrigung motiviert als durch Schuldgefühle. Die perverse Übertragung verwandele jede Deutung in Unsinn. Was immer der Therapeut sage, es erscheint als falsch, unpassend oder habe nichts mit dem zu tun, wie sich der Patient fühle. Die perverse Übertragung kämpfe dagegen an, die graue Alltagswelt zu akzeptieren.

Nach Kernberg (1992) ist die perverse Übertragung dadurch gekennzeichnet, „daß der Patient voller Schadenfreude Liebe in Haß und Vertrauen in Korruption verkehrt und das, was ihm am Therapeuten als gut und potentiell hilfreich erscheint, in etwas Schlechtes und Schädliches verwandelt“ (290). Dabei seien sowohl libidinöse als auch aggressive Elemente beteiligt, die Liebe sei jedoch durch Haß zersetzt worden. Im Unterschied zur psychopathischen Übertragung, in der die Unehrllichkeit und die Täuschung vor allem eine Abwehrtaktik gegen das Aufkommen paranoider Einstellungen darstellt, wird die perverse Übertragung selbst unmittelbar lustvoll erlebt. Es muß in diesen Fällen daher nicht nur der Abwehr- und Schutzcharakter der Unaufrichtigkeit in der Therapie gedeutet werden, sondern auch das dabei (mehr oder weniger heimlich) erlebte Genießen. Wenn dies gelingt, das heißt wenn solche Patienten beginnen, sich auf die Therapie überhaupt einzulassen, entwickeln sie allerdings häufig paranoide Übertragungen (ähnlich wie dies nach der Bearbeitung von psychopathischen Übertragungen vorkommt) .

Kernberg gibt eine Formulierung für eine Deutung, die dann verwendet werden kann, wenn keine direkte Unehrllichkeit des Patienten offenkundig geworden ist, aber sich beim Therapeuten ein stabiles Gegenübertragungsgefühl einstellt, daß der Patient wichtige Dinge absichtlich für sich behält. Man könne dann sagen: „Mir macht das Gefühl zu schaffen, daß Sie nicht ganz offen zu mir sind und daß hier in den Sitzungen wichtige Dinge ausgespart werden. Ich kann es nicht genauer festmachen, und ich kann nicht einmal sagen, ob das Problem nun bei Ihnen liegt oder

eher darin zu suchen ist, wie ich Sie wahrnehme. Wie denken Sie darüber?“ (Kernberg 1992, 290). Bei Patienten ohne perverse oder psychopathische Übertragung löst das Mißtrauen des Therapeuten Beunruhigung oder sogar Bestürzung aus. Dagegen erklären Patienten mit perverser oder psychopathischer Übertragung das Problem meist einfach zu einem des Therapeuten und machen einfach wie gewohnt weiter. Ein sondierender Kommentar kann also zur Klärung der Übertragungssituation oft wesentliches beitragen.

Perverse und psychopathische Übertragungen haben die Unehrlichkeit in der Beziehung zum Therapeuten gemeinsam. Sie unterscheiden sich im Ausmaß der manifesten Lust, die das Manipulieren und Korrumpieren, mit anderen Worten, das Lahmlegen der analytischen Fähigkeiten des Therapeuten, bereitet.

Die Gegenübertragung in der Übertragungs-Perversion

Sowohl Rosenfeld (1952) als auch Searles (1963) beschrieben Patienten, die den Therapeuten in einer fast „diabolischen Weise“ zu einem Gegenübertragungsagieren brachten. Nach ihrer Erfahrung sei dies besonders typisch für Patienten mit perversen Übertragungsmustern. Meltzer (1973) berichtet, daß perverse Patienten häufig versuchten, die Analyse in etwas Steriles und Fruchtloses zu verwandeln.

Arlene Kramer Richards beschrieb bestimmte Gegenübertragungs-Reaktionen als erste Anzeichen für das Vorhandensein einer perversen Übertragung. „Der Analytiker empfindet Wut über den Patienten“ (1997, S. 19). Von dieser Wut kann der Therapeut, wenn er sich selbst genügend gut kennt, auf eine provokative Absicht des Patienten schließen. Wenn der Patient sich entweder keiner derartigen Absicht bewußt ist oder kein Problem darin sieht, den Therapeuten zu provozieren, kann auf einen perversen Charakter oder eine perverse Ich-Struktur geschlossen werden. Sie zeigt sich in der Analyse als offenes Übergehen der Regeln und im Alltagsleben als offenes Ignorieren bestimmter Verhaltensnormen.

Perverse Patienten bringen oft Therapeuten soweit, daß sie die Ausübung ihrer analytischen Funktion selbst als pervers empfinden. Zum Beispiel drängte jener Patient, in dessen Behandlung sich der Analytiker als Voyeur fühlte, diesen in eine Übertreibung seiner analytischen Rolle, was letztlich nur der Ausdruck der aggressiven Einstellungen des Patienten gegenüber dem Therapeuten und der Behandlung war.

Chasseguet-Smirgel meint, daß die Gegenübertragung den Analytiker mehr oder weniger zum Komplizen des „unguten Vorgehens seines Analysanden“ machen kann. Er kann mit ihm

eine Pseudoanalyse durchführen, die niemals dazu führen wird, den depressiven Kern, den der Verlust der Illusion schließlich enthüllen mußte, und damit die Wahrheit in ihrer schrecklichen Nacktheit zu berühren. Es ist also notwendig, daß der Analytiker seinen eigenen perversen Kern ebenso wie den seines Patienten erkennen und sich ihm stellen kann, denn sonst könnte er schließlich die Wahrheitsliebe zugunsten der Aufrechterhaltung der Illusion verlieren (Chasseguet-Smirgel 1984, 21).

Dies ist also die Aufgabe für den psychodynamischen Therapeuten von perversen Patienten. Er muß die Wahrheitsliebe auch inmitten der Übertragungs-Perversion aufrechterhalten, das heißt auch inmitten einer korrumpierenden und ihn seiner analytischen Fähigkeiten beraubenden Interaktionsstruktur. Es kann in ihm das Gefühl entstehen, sich gerade dann selbst pervers zu verhalten, wenn er an seiner therapeutischen Rolle festhält, und menschlich zu handeln, wenn er der Verführung zur Verleugnung nachgibt. Doch genau dies wäre die Gegenübertragungs-Perversion, die es genauso gibt, wie die Gegenübertragungsneurose, nur daß sie schwieriger wahrzunehmen und nur mit größerem Aufwand an Reflexion und Supervision zu überwinden ist.

Schlußfolgerungen

Wenn wir die bisherigen Ausführungen auf ihre praktischen Schlußfolgerungen untersuchen, so zeigen sich solche in folgenden 4 Bereichen:

- a) im Bereich Ausbildung und Fortbildung der forensischen Psychotherapeuten;
- b) im Bereich Supervision der laufenden psychodynamischen Therapien;
- c) im Bereich des Zusammenwirkens mit den anderen Fachdiensten und den Mitarbeitern der Justizanstalten;
- d) im Bereich des Zusammenwirkens mit der Justizverwaltung und den Gerichten.

Was den Bereich Ausbildung betrifft, so scheint das Prinzip wesentlich, daß forensische Psychotherapeuten in einer qualifizierten Form die Handhabung von Borderline-Übertragungen erlernen, sowie eine gründliche Reflexionsfähigkeit bezüglich ihrer Gegenübertragung erwerben müssen. Eine solche forensische Ausbildung wird derzeit am Psychotherapie-Markt

nicht als Paket angeboten. Sie kann jedoch auf der Basis von im Rahmen des österreichischen Psychotherapiegesetzes angebotenen Ausbildungen als Zusatzqualifikation erworben werden. Jedoch scheint sich die hiesige Justizverwaltung auf den Standpunkt festgelegt zu haben, daß erstens das Psychotherapiegesetz auf Justizanstalten nicht anwendbar ist und zweitens (und damit zusammenhängend), daß Psychotherapeuten nicht als solche von der Justiz angestellt werden, sondern nur Psychiater, Psychologen und Sozialarbeiter. Dies hat natürlich die fatale Folge, daß die im Psychotherapiegesetz entwickelten Qualitätsstandards sowohl bezüglich der Ausbildung als auch bezüglich der Durchführung von Psychotherapien im Justizbereich nicht als gültig erachtet und daher auch nicht eingefordert werden. Dabei würden diese Qualitätsstandards ohnehin nur ein Basisniveau definieren, auf dessen Grundlage Zusatz-Ausbildungen für psychodynamische Borderline-Therapien erforderlich wären. Eine derart hohe Qualifikation von forensischen Psychotherapeuten wäre natürlich nicht zum Nulltarif zu haben und man darf vermuten, daß gerade diese Tatsache die wesentlichsten Widerstände gegen ein adäquates Qualifikationskonzept hervorruft.

Die Komplexität der Übertragungs-Gegenübertragungs-Prozesse in der forensischen Psychotherapie erfordert eine regelmäßige begleitende Supervision, um den einzelnen Psychotherapeuten eine Unterstützung dabei zu geben, ihre unvermeidlichen „blinde Flecken“ zu erkennen. Diese Funktion kann teilweise auch von einer regelmäßigen psychodynamischen Gruppenintervention mehrerer forensischer PsychotherapeutInnen erfüllt werden. Bei besonders schwierigen Patienten bleibt jedoch auch nach langer Berufserfahrung die Einzelsupervision die Methode der Wahl für die Selbstreflexion des Psychotherapeuten.

In Bezug auf die Zusammenarbeit aller Mitarbeiter im stationären Setting des therapeutischen Maßnahmenvollzugs ist das wesentliche Grundprinzip, das allein dem gegenständlichen, therapeutischen Problem angemessen ist, die Integration aller Berufsgruppen in multi-professionelle Teams, die eine offene und nicht-hierarchische Kommunikation zwischen den verschiedenen, mit dem Insassen befaßten Personen ermöglichen sollen. Dies ist sowohl auf der Ebene der einzelnen Abteilungen als auch auf gesamt-institutioneller Ebene notwendig, und dient im wesentlichen dem Zweck, Spaltungsmanöver von Insassen zu erkennen und über den Weg der multi-professionellen Kooperation zunächst auf Therapeuten- beziehungsweise Mitarbeiterseite zu integrieren, um dann in weiterer Folge

dem Insassen einen Anreiz zur Integration seiner Partialbeziehungen geben zu können.

Schließlich soll hier der bereits in den bisherigen Ausführungen mehrmals erwähnte Aspekt wiederholt werden, daß Psychotherapeuten nicht als Gutachter ihrer eigenen Patienten auftreten können. Dies hat mehrere Gründe. Erstens impliziert jede Äußerung des Psychotherapeuten gegenüber einer außenstehenden Person oder Institution ein Durchbrechen der therapeutischen Verschwiegenheit. Auch wenn dies häufig von Borderline-Patienten in Zwangskontexten (also etwa im Strafvollzug) selbst gewünscht oder sogar gefordert wird, demonstriert dies nur die psychopathische Abwehrhaltung dieser Patienten gegen die Therapie, unterminiert aber tatsächlich die Möglichkeit eine therapeutische Beziehung überhaupt herzustellen oder eine solche aufrechtzuerhalten. Zweitens ist wie bereits erwähnt der Psychotherapeut selbst befangen. Er ist durch ein Übertragungs-Gegenübertragungsmuster mit dem Patienten verstrickt und ist keinesfalls zu jedem Zeitpunkt in der Lage, eine quasi objektive Beurteilung des therapeutischen Fortschrittes zu geben. Die Beurteilung und Begutachtung sollte daher Experten vorbehalten bleiben, die nicht direkt in den therapeutischen Prozeß verwickelt sind. Doch scheint auch dieser Einsicht ein gewaltiger Widerstand von Seiten der institutionellen Leitungen entgegen zu stehen, dessen Überwindung noch viel Aufklärung erfordern wird.

Zusammenfassung

Die Psychotherapie im Strafvollzug hat mit einer Reihe besonderer Probleme zu kämpfen (fehlende primäre Freiwilligkeit, spezielles stationäres Setting et cetera). Der Autor konzentriert sich jedoch auf jene Besonderheiten in der Übertragungs-Gegenübertragungs-Entwicklung, die für delinquente Patienten typisch sind. Dabei werden die Übertragungs-Gegenübertragungs-Muster bei neurotischen Patienten jenen bei Borderline-Patienten gegenübergestellt. Die Persönlichkeitsstörungen von inhaftierten Patienten weisen meist eine besondere Ausprägung von antisozialen und von perversen Elementen auf. Orientiert an Überlegungen O.F. Kernbergs werden idealtypische Entwicklungen von Übertragungsmuster in Therapien mit psychopathischen und perversen Patienten dargestellt. Dabei zeigt sich, daß das erste Anzeichen eines Greifens der therapeuti-

sehen Bemühungen das Entstehen einer paranoiden Übertragung ist. Zeichen eines deutlichen Therapiefortschrittes ist das Auftreten depressiver Übertragungen.

Summary

Psychotherapy in prison has to tackle with a whole series of peculiarities (lacking primary voluntariness, special inpatient setting etc). The author focuses on those peculiarities in the development of the transference/countertransference, that is symptomatic of delinquent patients. Patterns of transference/countertransference of neurotic patients are set against those of Borderline-patients. The personality disorders of imprisoned patients typically comprise strong antisocial and perverse elements. Guided along considerations of O.F. Kernberg model developments of transference patterns in therapies with psychopathic and perverse patients are being demonstrated. One can see that the first sign of the therapeutic efforts being working is the development of a paranoid transference. Sign of a substantial progress in therapy is the emergence of depressive transferences.

Literatur

- ARLOW, J. (1971): Character Perversion. In: Currents in Psychoanalysis, vol.1, pp.317–336, New York 1971.
- BERNER, W. (1985): Verlaufsformen der Sexualkriminalität, Frankfurt/M 1986.
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (1984): Anatomie der menschlichen Perversion, Stuttgart 1989.
- DUFFEK, H. (1997): Therapie mit Tätern im Strafvollzug.
- ETCHEGOYEN, G. H. (1991): The Fundamentals of Psychoanalytic Technique. London 1999.
- FREUD, S. (1905): Drei Abhandlungen über Sexualtheorie. In: Ders.: Studienausgabe, Bd. 5, Frankfurt/M 1973.
- (1912): Zur Dynamik der Übertragung. In: Ders.: Studienausgabe, Erg.Bd., Frankfurt/M 1975.
- GLOVER, E. (1933): The Relation of Perversion Formation to the Development of Reality Sense. In: Int. J. Psycho-Anal. 24, pp 486–503.
- JACOBSON, E. (1964): Das Selbst und die Welt der Objekte. Frankfurt/M 1992.

- JOSEPH, B. (1971): Ein klinischer Beitrag über die Analyse einer Perversion. In: Diess.: (1989): Psychisches Gleichgewicht und psychische Veränderung. Stuttgart 1994.
- KERNBERG, O. F. (1976): Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart 1985.
- (1984): Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart 1992.
- (1992): Wut und Haß. Stuttgart 1997.
- KERNBERG, O. F. et al. (1989): Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Bern–Göttingen 1993.
- KRAMER RICHARDS, A. (1997): Perverse Transference and Psychoanalytic Technique: An Introduction to the Work of Horacio Etcheegoyen. In: AHUMADA, J. L./OLAGARAY, J. / KRAMER RICHARDS, A./RICHARDS, A. D. (1997): The Perverse Transference and Other Matters. Essays in Honor of R. Horacio Etcheegoyen. Aronson 1997.
- MELTZER, D. (1973): Sexual States of Mind. Perthshire 1973.
- RACKER, H. (1959): Übertragung und Gegenübertragung. München–Basel 1997.
- ROSENFELD, H. (1949): Remarks on the Relation of Male Homosexuality to Paranoia, Paranoid Anxiety and Narcissism. In: Int. J. Psycho-Anal. 30.
- (1952): Transference-phenomena and transference-analysis in an acute catatonic schizophrenic patient. In: Int. J. Psycho-Anal. 33.
- SEARLES, H. F. (1963): Transference Psychosis in the Psychotherapy of Chronic Schizophrenia. In: Int. J. Psycho-Anal. 44.
- STOLLER (1975): Perversion. Die erotische Form von Haß. Gießen 1998.
- WERDENICH, W./WAGNER, E. (1998): Forensische Psychotherapie. Wien 1998.

Adresse des Autors

Dr. Fritz Lackinger
Pelzgasse 2/4
A–1150 Wien