

# „Die Kunst der Zwangsbehandlung“ – Umgang mit Strukturschwäche und Täuschung in der forensischen Ambulanz

*Jan Bulla*

## **Zusammenfassung**

In der forensischen Ambulanz ist der Umgang mit Täuschung eine stets gegenwärtige Anforderung. Ausgehend von einigen psychoanalytischen Theorien zur Konstitution von äußerer Realität und deren therapeutischem Stellenwert werden verschiedene Aspekte von sozialer Realität und Täuschung im Rahmen eines psychoanalytisch orientierten Ambulanzkonzeptes erörtert. Realitätsverzerrung kann einerseits als Ausdruck des oft niedrigen Strukturniveaus verstanden werden, ebenso trägt die spezifische forensische Situation mit weitreichenden Offenbarungs- und Kooperationspflichten gegenüber Dritten zum Verständnis von Täuschungsversuchen bei. Eine genaue Bewertung der Lebenswelt und darauf abzielende Interventionen sind andererseits die Grundlage erfolgreicher forensischer Nachsorge, Kooperation und Austausch mit Mitgliedern des helfenden und überwachenden Netzes unumgänglich. Die theoretische und praktische Funktion dieser das klassische analytische Setting ergänzenden Elemente wird unter anderem am Beispiel von drei Fallvignetten reflektiert.

**Schlüsselwörter:** forensische Ambulanz, forensische Psychotherapie, Psychoanalyse, Setting

## **The art of compulsory treatment – Managing structural deficits and deception in forensic outpatient care**

### **Summary**

Managing deception is also in forensic outpatient units a ubiquitous requirement. Starting with some psychoanalytical theories upon constitution and therapeutic importance of external reality different aspects of social reality and deception and their meaning for forensic outpatient therapy are considered. Distorting reality can

---

**Korrespondenzadresse:** Dr. med. Jan Bulla, Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) Reichenau (Medizinischer Direktor Prof. Dr. med. Klaus Hoffmann), Feursteinstraße 55, 78479 Reichenau, E-Mail: j.bulla@zfp-reichenau.de

be understood as a consequence of poorly integrated psychic structure. The specific forensic setting with partially dispensed confidentiality und obligation to cooperate with probation officers, judges and sometimes police contribute to understand deception. Careful assessment of living conditions and corresponding interventions are anyway essential for successful forensic aftercare, cooperation with members of the helping and supervising network is unavoidable. Theoretical and practical function of those elements alien to the classical psychoanalytic setting will be discussed by presentingg three clinical vignettes.

**Key words:** forensic outpatient unit, forensic psychotherapy, psychoanalysis, setting

## Einleitung

Im Herbst 2012 häuften sich in der forensischen Ambulanz des ZfP Reichenau verschiedenartige Täuschungsversuche, die wiederum zu problematischen Behandlungsverläufen beitrugen. Dabei handelte es sich in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht um Phänomene, die landläufig „Lügen“ genannt werden, sondern mehrheitlich um das Verschweigen wichtiger Tatsachen. Wie in dieser Veröffentlichung begründet werden soll, ist das Wissen um die Lebenswelt der Patienten notwendig, damit eine forensische Ambulanz ihrem gesetzlichen Kernauftrag gerecht werden kann: diese soll den Patienten sowohl durch therapeutische Angebote und als auch durch Mithilfe bei überwachenden und kontrollierenden Maßnahmen Unterstützung für ein Leben ohne erneute gravierende Straftaten bieten.

In jenem Herbst wurden Rückfälle in Alkohol- und Drogenmissbrauch bis hin zu rechtskräftigen Verurteilungen mehrfach so spät bekannt, dass unsere Interventionen eher dem Löschen rasch auflodernder Brände als nachhaltig angelegter therapeutischer Arbeit glichen. Beispielsweise scheiterte eine bereits gelungen scheinende Behandlung – legt man das Kriterium zu Grunde, erneute freiheitsentziehende Maßnahmen zu verhindern:

Ein Mitte zwanzig Jahre alter Mann wurde Anfang 2010 nach Vollstreckung einer Maßregel gem. § 64 StGB mit den Diagnosen einer Alkoholabhängigkeit und einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ in die forensische Ambulanz aufgenommen. Die Unterbringung war aufgrund mehrfacher, unter Alkoholeinfluss begangener Körperverletzungsdelikte angeordnet worden. Während der stationären Behandlung hatte er eine Ausbildung zum Landschaftsgärtner begonnen, die er 2011 mit einigen Mühen und einer Wiederholungsprüfung abschloss. Er zog zu seiner Freundin und dem gemeinsamen 2010 geborenen Sohn ins Haus seiner Schwiegereltern am Rande unseres Einzugsgebietes, ohne dies jedoch mit dem Bewährungshelfer oder der Ambulanz abzusprechen. Im Laufe der Behandlung schienen Kränkbarkeit und Impulsivität abzunehmen. Aufgrund des gemessen an äußeren Prädiktoren als auch der psychischen Entwicklung positiv erscheinenden Verlaufs wurde die Kontaktfrequenz mit dem nahenden Ende der Führungsaufsicht reduziert.

Ende 2012 teilte der Patient den überraschten Behandlern mit, dass er demnächst in Haft gehen müsse. Es stellte sich heraus, dass er, obgleich er nie einen Führerschein erworben hatte, im Sommer 2012 betrunken ein Auto gefahren hatte. Dabei verursachte er einen Unfall mit geringfügiger Sachbeschädigung und beging Fahrerflucht. Weder der Patient noch eine der beteiligten Institutionen der Führungsaufsicht und Strafverfolgung hatten die forensische Ambulanz von dem laufenden Verfahren in Kenntnis gesetzt. Der Patient begründete sein Verschweigen mit der Angst, „wieder einmal jemanden enttäuschen zu müssen“.

Die gedankliche Beschäftigung mit dem näher rückenden Vortrag auf der Tagung der International Association for Forensic Psychotherapy (IAFP) verdichtete sich mit der innerpsychischen und intervisorischen Aufgabe, mit den gehäuft auftretenden „*Ent-Täuschungen*“ dieser Zeit einen angemessenen Umgang zu finden. In einem 1998 von Elisabeth Wagner und Wolfgang Werdenich herausgegebenen Sammelband zur forensischen Psychotherapie befassten sich einige Beiträge mit dem Zusammenhang von Zwangskontext und Täuschung. Unter anderem schrieben die Herausgeber einen Aufsatz über „die Kunst der Zwangsbehandlung“, Doris Warta beschrieb die „Täuschung als Kommunikationsform und konstantes Element von Psychotherapie im Strafvollzug“. Im Folgenden sollen einige grundlegende Gedanken und therapeutische Ideen zur „Kunst der Zwangsbehandlung“ unter den Bedingungen einer baden-württembergischen forensischen Ambulanz dargestellt werden.

## **Wahrheit, Lüge und Realität – einige Aspekte aus Philosophie und Psychoanalyse**

Die Frage nach der Wahrheit und Versuche, diese zu beantworten, stellen eines der zentralen und umfangreich bearbeiteten Anliegen der Philosophie dar. Theorien zur Wahrheit haben eine enge wechselseitige Abhängigkeit von der jeweiligen eingenommenen metaphysischen Position (Glanzberg, 2013). Auf die Psychoanalyse angewandt bedeutet dies stark vereinfacht, dass Sigmund Freud seinen Überlegungen zu Wahrheit und Realität eine Korrespondenztheorie zugrunde legte, während von zeitgenössischen psychoanalytischen Autoren überwiegend konstruktivistisch/pragmatische Paradigmen angewandt werden (Nedelmann, 2012). In Korrespondenztheorien wird metaphysisch von einer für sich bestehenden Außenwelt ausgegangen. Ein dort existierender Sachverhalt/Fakt korrespondiert strukturell mit einer Annahme („belief“) oder einer Proposition, sofern diese wahr ist. Im pragmatischen Paradigma wird Wahrheit hingegen als kommunikativ hergestellt konzipiert.

Die Stanford Encyclopedia of Philosophy gibt mit dem Hinweis, dass es keine allgemein akzeptierte Festlegung von Lüge und Täuschung gebe, folgende formalisierte Definitionen:

„To lie =<sub>df.</sub> to make a believed-false statement to another person with the intention that that other person believe that statement to be true“,

„To deceive =<sub>df</sub> to intentionally cause another person to have a false belief“ (Mahon, 2008).

Neben der in jenem Artikel ausführlich dargestellten Schwierigkeit, aus philosophischer Sicht Lüge und Täuschung exakt von anderen Formen der Unwahrheit zu trennen (siehe auch Ross & Fontao, 2011), sticht dem psychoanalytisch geprägten Leser sofort ins Auge, dass in diesen Definitionen stets eine *bewusste Intention* vorausgesetzt wird. Ein wesentliches Grundmotiv aller psychoanalytischen Richtungen ist jedoch, dass innere wie äußere Sachverhalte nicht „objektiv“ erfahren werden – etwa im Sinne eines mehr oder weniger exakten Abbilds des Außenwelt –, sondern durch dem Bewusstsein entzogene Prozesse auf individuelle determinierte Weise verändert wahrgenommen werden.

Freud beschäftigte sich im Laufe seines Lebens wiederholt mit dem Problem der Realität. Jean Laplanche und Jean-Bertrand Pontalis fassen seine Entwicklung in dieser Frage in mehreren Artikeln ihres Wörterbuchs zusammen („Realität, psychische“, „Realitätsprinzip“ und „Realitätsprüfung“, 1973): Das Realitätsprinzip entwickelt sich sekundär aus dem zunächst vorherrschenden Lustprinzip durch die enttäuschende Erfahrung, dass Wünsche und triebhafte Bedürfnisse weder in der Außenwelt immer und unmittelbar erfüllt werden noch die kompensatorisch eingesetzte halluzinatorische Wunscherfüllung Befriedigung bringt. Das Realitätsprinzip stellt sich in der Folge in den Dienst des Lustprinzips: „Anstatt seiner mußte sich der psychische Apparat entschließen, die realen Verhältnisse vorzustellen und die reale Veränderung anzustreben. Damit war ein neues Prinzip der seelischen Tätigkeit eingeführt; es wurde nicht mehr vorgestellt, was angenehm, sondern was real war, auch wenn es unangenehm sein sollte“ (Freud, 1912, S. 18). Freud setzt zwar Außenwelt und Realität im Sinne einer positivistisch-pragmatischen Position oft gleich. Dennoch nimmt er ebenfalls Bezug auf die transzendentalphilosophische Erkenntnistheorie, in der die seelische Tätigkeit das Objekt erst konstituiert (Waldvogel, 2008). Besonders deutlich wird dies in dem Begriff der psychischen Realität, die Freud nach Aufgabe der Verführungstheorie der materiellen Realität gegenüberstellt: „Phantasien, selbst wenn sie nicht auf realen Ereignissen beruhen, besitzen für Freud den gleichen pathogenen Wert, den er zunächst den Reminiszenzen zuerkannte“ (Laplanche & Pontalis, 1973, S. 426). Schließlich sind für diese Untersuchung Freuds Gedanken über den „Realitätsverlust bei Neurose und Psychose“ (Freud, 1924) grundlegend. Thomas Bender fasst diese folgendermaßen zusammen: „Während die Neurose letztlich ‚alloplastisch‘ bleibe, also die Realität nicht verleugne, versuche die Psychose sie mit einer inneren, ‚autoplastischen Veränderung‘, dem Wahn zu ersetzen. Ist in der Neurose eine Geringschätzung der Realität zu vermerken, so werden in der Psychose die libidinösen Besetzungen von der äußeren Welt abgezogen, nach innen gezogen (*was sich von einem pathologischen Narzissmus oft wenig unterscheidet* [Hervorhebung J.B.]) und (so lässt sich Freuds Ansatz fortsetzen) wird die Realität mit Projektionen zugepflastert“ (Bender, 2004, S. 48).

## Welchen Stellenwert hat die „Realität“ in analytischen Behandlungen?

Drei Problemstellungen, die in der Reflektion psychoanalytischer Praxis eine wesentliche Rolle spielen, werden im Folgenden kurz dargestellt:

### 1. Ist es möglich, eine dem Bewusstseinsstrom verlorengegangene historische Wahrheit zu rekonstruieren?

Wolfgang Mertens fasst die Extrempositionen, die bei der Beantwortung dieser Frage eingenommen werden können, in einer Überschrift prägnant zusammen: „Der Psychoanalytiker: Archäologe oder Dichter?“ (Mertens, 1990, S. 136). Freud selbst relativierte die Möglichkeit, eine objektive historische Wahrheit rekonstruieren zu können, bereits früh durch seine Konzepte der Nachzeitigkeit, der Deckerinnerung und – vor allem – der psychischen Realität. Mertens fasst die Entwicklung seit Freud so zusammen, dass das positivistische Verständnis einer objektiv erkennbaren Wahrheit weitestgehend verlassen worden ist: Die deutende und interpretierende Rekonstruktion von Kindheitserinnerungen kann einerseits als Ausdruck der sogenannten „narrativen Wahrheitsfindung“ verstanden werden, bei der verschiedene psychische Phänomene zu einem sinnvollen Ganzen integriert werden. Hermeneutisch aufgefasst stellen die Bemühungen von Analytikern und Analysanden die Annäherung an eine objektive Wahrheit dar, welche trotz der intersubjektiven Rekonstruktion nicht völlig fiktiv oder willkürlich ist. Schließlich besteht die Möglichkeit, dass spezifische Intervention nur die eigentlichen, unspezifischen Wirkfaktoren, die in der therapeutischen Beziehung liegen, transportieren: „... und es ist sogar behauptet worden, dass Deutungen und Rekonstruktionen höchstwahrscheinlich nur ein Mittel sind, um die tatsächlich wirksamen Therapiefaktoren zur Anwendung zu bringen“ (a.a.O., S. 138).

### 2. Wie verhält sich Übertragung zu realen Wahrnehmungen eines Patienten?

Helmut Thomä und Horst Kächele geben aufbauend auf den Gedanken James Stracheys (1937) Folgendes zu bedenken: In der Differenzierung der in der Übertragung wirksam werdenden archaischen Imagines und der Wahrnehmung realer Eigenschaften des Analytikers und der analytischen Situation liege ein grundlegender Wirkmechanismus der psychoanalytischen Therapie. Die reale Wahrnehmung verhindere, dass der analytische Prozess in der Projektion archaischer Imagines ertrinke. Andererseits sei das Ich anfänglich so schwach, dass die Realität nur in „Minimaldosen“ verabreicht werden könne (Thomä, 1985, S. 289 f.). Durch Introjektion einiger realer Eigenschaften des Analytikers werde schließlich der Grundstein für ein neues Über-Ich im Patienten gelegt. Eine weitere Schlussfolgerung der Autoren lautet: „Unterzieht man das Realitätsprinzip einer rationalen Prüfung, kann dies behandlungstechnisch nichts anderes heißen, als dass die Wahrnehmungen des Patienten ernst genommen werden, weil in diesem Moment ein intentionaler Akt sein Objekt findet und somit Realität hergestellt

wird“ (1985, S. 297). Schließlich ist folgender Gedanke von hoher Relevanz für die Behandlung: „Die entstehende Ungleichheit kann zu malignen Regressionen führen, wenn auch die äußeren Lebensumstände zugunsten ahistorischer Übertragungsdeutungen aus den Augen verloren werden“ (Thomä, 1985, S. 298).

### **3. Wie kommt die Wahrnehmung des in der Analyse real abwesenden Dritten zum Tragen?**

Heinrich Racker arbeitete das bereits von Donald Winnicott (1949) und Paul Heimann (1950) angedachte Konzept der konkordanten und komplementären Gegenübertragung aus. Auch er sieht eine positivistische Erkenntnishaltung als illusorisch an: „In Wirklichkeit ist es eine Angelegenheit zwischen zwei Persönlichkeiten, deren Ich unter dem Druck vom Es, vom Ich und von der Außenwelt steht“ (Racker, 1982, S. 156). Die konkordante Gegenübertragung beruht in Rackers Begrifflichkeit darauf, dass der Psychoanalytiker seine eigenen Persönlichkeitsanteile mit den homologen Strukturmerkmalen des Patienten identifiziert. Die komplementäre Gegenübertragung entspricht der Identifikation mit den inneren Objekten des Analysanden. Sie entsteht, indem der Patient den Analytiker entsprechend seiner Objekte behandelt. Durch Identifikation verhält jener sich analog dieser Objekte. Übertragung und Gegenübertragung sind so wechselseitig aufeinander bezogen. Sie bestimmen Dynamik und Schicksal einer Analyse, im schlimmsten Fall führt Gegenagieren des Analytikers zum Abbruch. Richtig angewandt ist sie das entscheidende Instrument zur Rekonstruktion der inneren und äußeren Realität des Patienten.

Auf die Bedingungen forensischer Psychotherapie übertragen repräsentieren die inneren Objekte vergangene und zukünftige Opfer, in Gestalt von Über-Ich-Anteilen auch Justiz und Gesellschaft. Dem forensischen Patienten mit gleichschwebender Aufmerksamkeit zu begegnen, bedeutet sich sowohl mit dem inneren Erleben des Patienten als auch demjenigen seiner Opfer sowie den Ansprüchen der Gesellschaft zu identifizieren (Hoffmann, 2012). Während sich Rackers ursprüngliches Konzept auf die psychische Realität konzentriert, bedeutet die von Klaus Hoffmann vorgenommene Weiterentwicklung des Konzepts für die forensische Praxis, dass Identifikation und daraus abgeleitete Interventionen immer auch die äußere Realität betreffen.

### **Aspekte zum Umgang mit Realität und Täuschung in der forensischen Ambulanz**

Klaas von Tuinen führt in einer Aufzählung von zehn charakteristischen Eigenschaften forensischer Patienten unter anderem den Aspekt der Strukturschwäche an: „4. die Ich-Funktionen sind ungenügend, das Gewissen ist mangelhaft entwickelt und das Realitätsgefühl ist gestört“ (2004, S. 88). Die Auswirkungen auf die äußere Realität sind offensichtlich: Die Mehrzahl seiner Charakteristika benennt objektive soziale Defizite und Probleme in Vergangenheit und Gegenwart.

Eine gering integrierte psychische Struktur wird beispielsweise in der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD-II) daran festgemacht, dass die Identität brüchig ist; die Objekte werden vom Selbst und vom So-Sein der repräsentierten Personen wenig differenziert. Schließlich prägen sogenannte primitive Abwehrmechanismen wie Spaltung, Projektion und Leugnung die bewusste Wahrnehmung (Cancola, 2008). Ross & Fontao (2011) arbeiten heraus, dass eine ausgeprägte Neigung zur Lüge, Täuschung und Manipulation letztendlich als Symptom einer strukturell verankerten Neigung zur Selbsttäuschung verstanden werden kann.

Das Behandlungskonzept der therapeutischen Gemeinschaft stellt einen Ansatz dar, die Auswirkungen des Strukturniveaus für die Anforderungen stationärer forensischer Therapie nutzbar zu machen. Zugrunde liegt die psychoanalytische Überlegung, dass sich die brüchige und von heftigen primitiven Emotionen beherrschte innere Welt der Patienten in der äußeren Lebenswelt stets reinszeniert (Waldvogel, 2008). Innere Konflikte der Patienten spiegeln sich in intensiven Teamprozessen, der Dynamik innerhalb der Patientengruppen bis hin zu Phänomenen auf Institutionsebene wieder. Durch die reflektierende und integrierende Arbeit des Behandlungsteams wird im Idealfall Erleben und Verhalten des Patienten allmählich verständlicher, der Umgang mit den anfangs problematischen Verhaltensweisen gelingt, und es kommt schließlich zu einer Verinnerlichung der stärker integrierten äußerlichen Struktur (Hoffmann, 2012). Ähnliche Phänomene können in Behandlungsverläufen der forensischen Ambulanz durchlebt werden, wenn verschiedene Objekt- und Selbstanteile auf Akteure des helfenden Netzwerks projiziert ihre Dynamik entfalten. Wendet man noch einmal den Blick zu oben zitierten philosophischen Definitionen zurück, wird deutlich, dass derartige Phänomene keiner intentionalen Absicht des Patienten folgen, somit nicht als Lüge oder bewusstes Täuschen im engeren Sinne zu werten sind. Dennoch finden sich genügend Situationen, in denen die Intentionalität des Patienten nicht von der Hand zu weisen ist.

Während die nicht-forensische psychoanalytische Literatur vor allem auf Wirklichkeit und Realitätsverzerrung in der psychoanalytischen Situation selbst abzielt, rückt im Setting der forensischen Ambulanz zwangsläufig die äußere Realität in Form der aktuellen Lebenssituation stärker in den Vordergrund. Klassische Prognoseinstrumente wie der HCR-20 (Müller-Isberner et al., 1998) geben empirisch gut begründeten Faktoren des psychosozialen Entlassraums wie stabilen Arbeits-, Wohn-, und Beziehungsverhältnissen, nicht-kriminogenen Kontaktpersonen und Abstinenz von Suchtmitteln den Vorrang vor Krankheitseinsicht oder gar der innerpsychischen Aufarbeitung des Deliktes, wie es klassischen Zielen einer analytischen Psychotherapie entspräche. In einer neueren Studie zu prognostischen Prädiktoren, um den Verlauf nach Entlassung aus der unbefristeten Maßregel abschätzen zu können, fand sich kein empirischer Zusammenhang zwischen Deliktaufarbeitung und Legalprognose (Seiffert, 2007, S. 99). Die seit August Aichhorns (2005) bahnbrechenden Arbeiten mit delinquenten Jugendlichen vorhandene Einsicht, dass das traditionelle psychoanalytische Setting durch pädagogische (und auch verhaltenstherapeutische) Ansätze

in der Arbeit mit forensischen Patienten modifiziert und ergänzt werden müsse, wird durch diese empirisch gewonnenen Erkenntnisse eindrucksvoll bestätigt.

Täuschungsversuche, welche kritische Punkte des Entlassraums betreffen, können jedoch innerhalb kürzester Zeit zu kritischen Entwicklungen führen. Im Extremfall mündet dies in einem schweren Rückfalldelikt:

Ein Patient unserer forensischen Ambulanz betrank sich trotz der kognitiv vorhandenen Einsicht, dass der Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch und realisiertem Gewaltpotential für ihn in besonderem Maße gelte. Bei seiner Entlassung mit Mitte vierzig hatte er die Hälfte seines Lebens in Haft verbracht. Anlassdelikt für die Unterbringung in der Entziehungsanstalt war eine ebenfalls im Zustand der Alkoholintoxikation begangene Vergewaltigung an einer jungen Frau. Neben der Maßregel gem. § 64 StGB wurde die vorbehaltene Sicherungsverwahrung angeordnet. Wegen nicht unerheblicher Schwierigkeiten im Therapieverlauf war während der stationären Behandlung mehrfach darüber nachgedacht worden, deren Abbruch wegen Aussichtslosigkeit zu beantragen, was die Anordnung der Sicherungsverwahrung nach sich gezogen hätte. Die Klinik erkannte jedoch auch relevante Fortschritte in der Therapie, so dass die Strafvollstreckungskammer bei den Überprüfungsterminen deren Fortdauer anordnete. Nach Erreichen der Höchstfrist musste der Patient entlassen werden, auch wenn einhellig noch ein erhebliches Risiko gesehen wurde. Für die Führungsaufsicht wurden dem Patienten Weisungen erteilt, sich von einem dicht geknüpften Netzwerk nachbetreuen zu lassen: Er wurde dem polizeilichen Programm für gefährliche Sexualstraftäter (KURS) zugewiesen. Forensische Ambulanz, Bewährungshilfe und das Wohnheim für entlassene Straffällige vereinbarten regelmäßige Termine. Zwei Monate nach der Entlassung wurde der Patient erstmalig mit Kokain rückfällig. Er wurde nach Erhalt der Laborergebnisse zur Krisenintervention in die nicht-forensische Suchtabteilung des ZfP Reichenau eingewiesen. In einer Anhörung vor der Strafvollstreckungskammer wurde der Patient noch einmal eindringlich auf die Gefahr von (verheimlichten) Rückfällen in Substanzmittelkonsum hingewiesen. Diese realisierte sich in der Tatnacht, als er erneut eine schwere Vergewaltigung an einer ihm zuvor unbekanntem jungen Frau beging: In der Annahme, dass er vermutlich am nächsten Tag nicht erneut auf Alkohol- und Drogenmissbrauch kontrolliert werden würde, „genehmigte“ er sich nach erfolgter Urinabgabe eine Nacht mit exzessivem Alkoholkonsum, wie er später im erkennenden Verfahren bekannte. Der aus der Urinprobe gewonnene Laborwert wies bereits einen schwach positiven Wert auf, der gewöhnlich mit geringfügigem Alkoholkonsum in den letzten Tagen korreliert. Entsprechend der üblichen Latenz zwischen Abnahme und Eingang des Befundes wurde dies jedoch erst nach seiner Verhaftung bekannt. Bei der Abgabe der Urinprobe traf er mehrere Mitarbeiter der Ambulanz an, die übereinstimmend einen guten Eindruck des seit seiner Entlassung immer wieder sehr instabilen Patienten gewannen. Erneut verschwieg er seinen Substanzkonsum.

Die Motive für Täuschungsversuche sind vielgestaltig. Von den Patienten, sofern sie sich überhaupt dazu äußern, wird oft die Angst vor Strafe und forensischen Sank-



tionen angeführt. Diese entspricht zumindest teilweise der Wirklichkeit. Im § 68a StGB ist die Zusammenarbeit mit Bewährungshilfe, Führungsaufsichtsstelle und Strafvollstreckungskammer mit relativ weitreichender Verpflichtung zur Offenbarung fremder Geheimnisse festgelegt. Die bereits ausgeführte Forderung, die reale Wahrnehmung der Patienten im Sinne des Realitätsprinzips ernst zu nehmen, sollte daher auch an dieser Stelle gelten. Reale und neurotisch bis strukturell bedingt verzerrte Wahrnehmungen existieren jedoch in unterschiedlicher Ausprägung nebeneinander: Immer wieder nehmen die Patienten im Sinne einer Spaltung die Ambulanz als verfolgendes, allmächtiges Objekt wahr, wenn sie überwachende und unter Umständen zu Sanktionen führende Aufgaben ausübt. Dadurch verlieren sie in solchen Momenten neben der helfenden Funktion der Ambulanz auch das oft gemeinsam formulierte Ziel aus den Augen, keine schweren Straftaten mehr zu begehen. Bereits der Gesetzgeber räumt dabei den helfenden Aspekten den Vorrang ein:

„Wird eine Weisung nach § 68b Abs. 2 Satz 2 und 3 erteilt, steht ... auch die forensische Ambulanz der verurteilten Person helfend und betreuend zur Seite...“  
(§ 68a Abs. 7 StGB).

Bei neu aufgenommenen Patienten ist diese Spaltung oft recht eindrücklich: Ein gewisser Hilfsbedarf wird zwar gesehen und akzeptiert. Unterstützende Leistungen, die oft nah an der Lebenswelt stattfinden (Ausfüllen von Formularen, Behördengänge bis hin zu Transport von schweren Gegenständen im Ambulanz-Pkw) werden gerne in Anspruch genommen. Interventionen und Haltungen, die den Zwangscharakter der forensischen Ambulanz offenbaren, werden eher abgelehnt. In der Wahrnehmung der Patienten läuft diese Grenze gelegentlich entlang der unterschiedlichen Berufsgruppen. Im Laufe der Behandlung wird oft eine gewisse Integration der anfangs gespaltenen Wahrnehmung erreicht.

Ein weiterer Beweggrund, relevante Fakten zu verheimlichen, ist die oft ausgeprägte Scham der Patienten. Bernd Leibig (1998) betont als wesentliche phänomenologische Aspekte der Scham, als schwach, mangelhaft und inneren oder äußeren Wertesystemen nicht genügend gesehen zu werden. Sie beruht sowohl auf einer subjektiven Komponente als auch auf einer objektbezogenen Angst, abgelehnt oder lächerlich gemacht zu werden. Paradoxerweise hat Scham auch eine selbstwertstabilisierende Funktion. Je nach Grundproblematik, Beziehung zu den Behandlern und Einstellung zu Weisungen und Behandlungszielen treten bei forensischen Ambulanzpatienten unterschiedliche Aspekte motivational in den Vordergrund. Wenn der Betroffene die Ambulanzmitarbeiter grundsätzlich positiv erlebt, wird im Nachhinein bewusste Angst geschildert, jene zusammen mit der gemeinsam gehegten Zuversicht enttäuscht zu haben. Die gegen das Schamerleben gerichtete Abwehr manifestierte sich beim Patienten, der in der ersten Vignette geschildert wurde, typischerweise in der bagatellisierenden Hoffnung, er werde bei erneuten strafrechtlichen Vorwürfen so glimpflich davonkommen, dass niemand etwas davon erfahren müsse. Bei stärker narzisstischer Problematik stellt die Ambulanzweisung oft den durch die Entlassung aus dem stationären Maßregelvollzug oder der Haft gestärkten Selbstwert zunächst

wieder in Frage. Substanzmittelrückfälle oder andere Weisungsverstöße, die in den ersten Gesprächen oft als völlig abwegig bezeichnet wurden, machen das Scheitern an den eigenen Ansprüchen sichtbar, unabhängig von Suchtstoffen und den bewusst oder unbewusst als überlegen erlebten Helfern zu leben. Manchmal erweisen sich selbst einfache Anforderungen des Alltags als unüberwindbare Hürden auf dem Weg in ein selbstbestimmteres Leben, so dass die großartigen Zukunftspläne in unerreichbare Ferne rücken. Die eigene Schwäche lasten die Patienten dann den einschränkenden Weisungen und deren Repräsentanten an, um sich mit diesen Projektionen vor der unerträglichen Scham zu retten.

Im Sinne der oben genannten Prinzipien bedeutet dies in Identifikation mit dem Patienten (konkordante Gegenübertragung), seinen Täuschungsversuchen empathisch, nicht moralisierend oder verurteilend zu begegnen. Das Ernstnehmen der komplexen Gegenübertragung hingegen erfordert, auf Lüge und Täuschung mit der beharrlichen Einführung der rekonstruierten realen Lebenssituation zu antworten. Dies ergibt sich schon aus der bei strukturschwachen Patienten angewandten technischen Vorgehensweise, insuffiziente Ich- und Über-Ich-Strukturen zu stützen, gegebenenfalls zeitweise auch zu ersetzen (Lackinger, 2008). Im Unterschied zum strukturstärkeren „klassischen“ Analysanden, dessen neurotische Konfliktverarbeitung eben darauf beruht, mehr oder weniger funktionale Kompromisse zwischen den Anforderungen von Außenwelt, Über-Ich und seinen unbewussten Wünschen im Sinne einer guten sozialen Anpassung zu finden, ist das „Agierpotential“ der oft strukturschwachen forensischen Patienten groß. Die sich in der Lebenswelt zuspitzende Dynamik ist häufig so hoch, dass eine mit klassischen analytischen Mitteln zu erreichende Rekonstruktion der Wirklichkeit des Patienten schlicht zu langsam wäre, um gravierenden Folgen für den Betroffenen und mögliche Opfer entgegenzuwirken. Die Information, die eine letztendlich auch im wohlverstandenen Interesse des Patienten erfolgende Intervention ermöglicht, kommt oft genug nicht vom Betroffenen selbst, sondern aus dem Netzwerk der Helfenden. Dazu gehört in jedem Fall die Bewährungshilfe, je nach Deliktart und -schwere auch die Führungsaufsichtsstelle und die Polizei (in Baden-Württemberg: KURS).

Bei psychisch Kranken ist oft die Zusammenarbeit mit betreuten Wohn- und Arbeitseinrichtungen sowie gesetzlichen Betreuern erforderlich, wie dies auch dem Standard einer nicht-forensischen Institutsambulanz entspräche. Probleme bei der Alltagsbewältigung und dem sozialen Miteinander werden von den Betreuenden, die wesentlich mehr Zeit mit den Patienten verbringen, oft am besten eingeschätzt. Die forensische Ambulanz findet sich bei Problemen und Krisen immer wieder in einer vermittelnden Position, den Betreuenden Sicherheit und Unterstützung in der Arbeit mit dem oft im Umgang schwierigen Bewohner oder Mitarbeiter zu geben. Für den Patienten trägt dies wiederum zum Erhalt des Wohnheim- oder Arbeitsplatzes bei, der oft maßgeblich die für eine Entlassung erforderliche günstige Prognose begründet hat.

Gelegentlich ist es erforderlich, den vom stationär behandelnden Team gewählten Entlassraum zugunsten eines Settings mit höherer Betreuungsdichte und Struktur zu korrigieren. Auch wenn dieser im Rahmen einer halbjährigen oder länger dauernden Belastungserprobung getestet wurde, stellt die endgültige Entlassung eine Schwellensituation dar, nach der die subjektiven und objektiven Anforderungen an die Patienten noch einmal zunehmen. Das innerpsychisch oft wenig integrierte Nebeneinander von Wünschen nach Autonomie und Normalität und das mehr oder weniger explizite Wissen um die eigene Strukturschwäche und Hilfsbedürftigkeit spiegelt sich während der Entlassvorbereitungen manchmal im Behandlungsteam wider: Unterschiedliche Haltungen, inwieweit den bewussten Wünschen des Patienten nach möglichst wenig betreuten Wohnformen entgegengekommen werden sollte oder was vom Patienten erwartet werden kann, führen zu emotional geführten Auseinandersetzungen um die „richtige Entscheidung“.

Ein zentraler Punkt im Selbstverständnis einer forensischen Ambulanz ist, eine integrierende Rolle einzunehmen: zwischen den verschiedenen Akteuren des Helfernetzwerks und dem Patienten, dessen unterschiedlichen, innerpsychischen wie sozialen Bezügen, manchmal auch Fragmenten seiner Wirklichkeit. Diese Fähigkeit beruht nicht zuletzt darauf, zwischen den inter- und intrapsychischen divergierenden Aufgaben, Objektbeziehungen und Identitäten einen Ausgleich zu finden. Dies bedeutet unter anderem Rollenanforderungen seines jeweiligen helfenden und heilenden Berufes mit den Besonderheiten forensischer Tätigkeit vereinbaren zu können: Dem Patienten erteilte Weisungen und seine verschiedenen Helfer werden einerseits als wichtiger Teil seiner aktuellen sozialen Realität ernst genommen. Dazu gehört auch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Justiz und Polizei. Andererseits gilt es eigene Aspekte beruflicher Identität zu beachten, zu der zum Beispiel die Schweigepflicht und die Etablierung eines geschützten Raumes für den Patienten gehören. Feil warnt davor, professionelle Standards wie die Vertraulichkeit allzu leichtfertig preiszugeben (2012). Regelmäßige Inter- und Supervision ist ein wichtiges Mittel, um eine innere und äußere Distanz zu den kontrollierenden Aufgaben, aber auch zu den Verführungsangeboten der Patienten zu entwickeln. Werdenich und Wagner sehen die „Kunst der Zwangsbehandlung“ unter anderem darin, die Integrität der Behandlung gegenüber Korrumpierungsversuchen aus verschiedenen Richtungen zu schützen.

Dass die Zusammenarbeit mit Dritten und die Anwendung von „Zwangsmaßnahmen“ sogar zu einer Verbesserung der therapeutischen Beziehung beitragen können, soll abschließend folgende Vignette verdeutlichen:

Im Herbst 2010 wurde ein Mitte dreißigjähriger Patient aus einer mehrjährigen stationären Maßregel gem. § 63 StGB entlassen. Nach Ausbruch einer psychotischen Erkrankung in der Spätadoleszenz nahm die Erkrankung mit Mitte zwanzig an Dynamik zu. Es erfolgten nach zum Teil gewalttätigen Auseinandersetzungen in der Herkunftsfamilie mehrere allgemeinpsychiatrische Aufenthalte, die Therapietreue war zum damaligen Zeitpunkt schlecht. Mehrere Körperverletzungsdelikte des

kampfsporterfahrenen Patienten führten schließlich zu einer mehrjährigen forensischen Unterbringung gem. § 63 StGB. Der nach Entlassung in eigener Wohnung lebende Patient gab unrealistisch erscheinende berufliche Ziele an, seine diversen realen Arbeitsversuche blieben für uns undurchsichtig und scheiterten nach kurzer Zeit. Fast verzweifelt bemühte er sich, die Behandler angesichts seiner kaum mehr zu überschenden Probleme von der „Normalität“ seiner Lebensumstände zu überzeugen. Sein unterwürfiges Interaktionsverhalten mit passiv-aggressiven Zügen schien die verbal geäußerten Inhalte zu illustrieren. Aufgrund der zunehmenden psychotischen Symptome und äußerlichen Verwahrlosung wurde er Anfang 2011 von einer Einweisung in die allgemeinspsychiatrische Klinik, Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung sowie Umstellung auf eine Depotmedikation überzeugt. Trotz dieser Maßnahmen verübte er im Frühjahr 2011 eine Tötlichkeit gegenüber einem Nachbarn, wobei die Behandler von dem seit Monaten eskalierenden Streit erst zu diesem Zeitpunkt erfuhren. Die nun angeregte forensische Krisenintervention gem. § 67h StGB wurde genutzt, den Empfangsraum grundlegend umzugestalten: Dieses Mal wurde er in ein psychiatrisches Übergangwohnheim des ZfP Reichenau mit zunächst hoher Betreuungsdichte entlassen. Mittlerweile lebt der Patient in einem dezentralen Heim und hat seit einem Jahr eine feste Partnerschaft mit einer Mitbewohnerin. Parallel zu dieser positiven Entwicklung hat sich die therapeutische Beziehung deutlich verbessert. Das anfängliche Interaktionsverhalten ist einer weitgehend vertrauensvollen, tragfähigen Beziehung gewichen. Der Patient benennt wiederholt, dass er die „Zwangsmaßnahmen“ damals als sehr hart empfunden habe, die Mitarbeiter der forensischen Ambulanz aber sein psychotisches und reales Elend erkannt und darauf letztendlich richtig reagiert hätten. Er habe sich unter dem Einfluss von Aliens gewähnt, die ihn bestialisch zu foltern drohten. In seinen von großer Angst und Wut getragenen Abwehrbemühungen habe er Teile seiner Wohnungseinrichtung zertrümmert. Der Nachbar monierte dieses Verhalten wohl immer wieder als Ruhestörung. Zumindest einmal rief er die Polizei, was Bewährungshilfe und forensischer Ambulanz ebenfalls erst im Nachhinein bekannt wurde.

## **Abschließende Gedanken**

Anhand der Reflektion einiger theoretischer Beiträge und eigener Erfahrungen sollte gezeigt werden, dass die rechtlichen Gegebenheiten einer forensischen Ambulanz mit den Ansprüchen eines psychoanalytisch orientierten Behandlungsideals grundsätzlich vereinbar sein können. Forensische und nicht-forensische Psychotherapie unterscheiden sich in der Anfangsphase gewöhnlich hinsichtlich der Ausgangsbedingungen und des Settings. Eine wesentliche Modifikation betrifft den Umgang mit der Realität des Patienten und seinen Täuschungsversuchen. Die Rekonstruktion der äußeren Wirklichkeit stützt sich wesentlich stärker auf externe Quellen. Dazu gehört auch in gewissem Umfang die vom Gesetzgeber geforderte Kommunikation mit Dritten sowie direkte Interventionen in der Lebenswelt der Patienten. Einige Therapien, die der Verfasser in der forensischen Ambulanz durchführt, nähern sich

jedoch im Verlauf den Charakteristika nicht-forensischer, analytisch orientierter Therapieformen an. Die Patienten bekommen eine Ahnung davon, wie ihr subjektiv empfundenes Leiden immer wieder zu problematischen Situationen mit ihren Mitmenschen und der Gesellschaft beiträgt, und entwickeln allmählich Änderungsmotivation. Konflikte und Problemlagen werden zunehmend in die Therapiestunden gebracht und somit durch psychoanalytische Techniken bearbeitbar. Entsprechend verringert sich der Stellenwert überwachender und kontrollierender Interventionen. BewährungshelferInnen, RichterInnen und PolizeibeamtInnen reagieren durchwegs mit Wohlwollen und Erleichterung auf authentisches Bemühen um Veränderung. Einvernehmlich werden Kooperation und Austausch vertraulicher Daten auf ein Mindestmaß (etwa die Bestätigung wahrgenommener Termine) reduziert.

Der Erfolg forensischer wie nicht-forensischer Therapien scheint davon abzuhängen, inwieweit Aspekte der therapeutischen Beziehung und des Prozesses verinnerlicht werden können. David Olds (2006) und Jesse Geller (2006) sehen darin sogar den entscheidenden Wirkmechanismus psychoanalytisch fundierter Therapien: „Finally, from the point of view of the outcome of therapy, the most important finding to emerge from our studies is that patients who perceive their therapy to be successful are the same ones who enter into vivid imaginary conversations with benignly influential representations of the felt presence of their therapists in order to engage in the self-reflection, decision making, and problem solving learned in therapy“ (Geller, 2006, S. 64). Die dritte Fallvignette gibt einen Eindruck davon: Der Einzeltherapeut wird am Anfang der Therapie in ambivalenter Weise bewundert und als allmächtiges, überwachendes Objekt gefürchtet. Die Behandler sollen von den nächtlich stattfindenden Kämpfen mit den Aliens nichts erfahren, da der Patient – durchaus zurecht – fürchtet, dass seine wiedergewonnene äußere Freiheit erneut eingeschränkt werden könnte. Als diese Befürchtung tatsächlich eintritt, macht er die Erfahrung, in seiner Not gehalten und auf einen Weg gebracht zu werden, der seiner psychischen Struktur stärker gerecht wird. Aliens werden zu vertrauten Bezugspersonen, die weniger sadistisch sind als die Herkunftsfamilie, die ihn aber auch nicht abschieben, sondern tragen, wenn er in falscher Identifikation mit soldatischen Idealen fremdaggressiv tätig wurde. Schließlich bessern sich Realitätsprüfung und Beziehungsfähigkeit. Die seit über einem Jahr bestehende Partnerschaft belegt dies ebenso wie der Wunsch des Patienten, die Therapie nach Abschluss der Führungsaufsicht auf freiwilliger Basis fortzuführen.

## Literatur

- Aichhorn, A. (2005). *Verwahrloste Jugend – Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung*. 11. unveränderte Auflage. Bern: Huber.
- Bender, T. (2004). Sozialgeschichtliche und psychoanalytische Perspektiven Forensischer Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. In: Th. Bender, Th. Aucter (Hrsg.), *Destruktiver Wahn zwischen Psychiatrie und Politik – Forensische, psychoanalytische und sozialpsychologische Untersuchungen* (S. 25-85). Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Bruns, G. (2008). Realitätsprinzip, Realitätstestung. In: W. Mertens, B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 629-632). 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Cancola, R. (2008). Psychodynamische Therapie in der Forensischen Psychotherapie. In: F. Lackinger, G. Dammann, B. Wittmann (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz. Praxis der Übertragungsfokussierten Psychotherapie* (S. 38-65). Stuttgart: Schattauer.
- Glanzberg, M. (2013). "Truth". *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. E. N. Zalta (Hrsg.), URL: <<http://plato.stanford.edu/archives/spr2013/entries/truth/>>.
- Feil, M. (2012). Zwischen Skylla und Charybdis. Vertraulichkeit in der forensischen Psychotherapie. *Recht & Psychiatrie*, 30, 191-196.
- Freud, S. (1912). *Formulierung über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens*. Studienausgabe (Sonderausgabe 2000), Band III (S. 13-24). Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1924). *Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose*. Studienausgabe (Sonderausgabe 2000), Band III (S. 355-361). Frankfurt am Main: Fischer.
- Geller, J. D. (2006). On the Processes of Introjection and Identification: Commentary On Olds Research-Informed Reflections. *J Am Psychoanal Assoc*, 54, 59-66.
- Heimann, P. (1950). On Countertransference. *Int J Psa*, 31, 81-84.
- Hoffmann, K. (2012). Psychoanalytisch begründete Ansätze in der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie. *Forum Psychoanal*, 28, 395-412.
- Lackinger, F. & Zimprichová, D. (2008). Zur Indikation von TFP bei Straftätern. In: F. Lackinger, G. Dammann, B. Wittmann (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz. Praxis der Übertragungsfokussierten Psychotherapie* (S. 66-80). Stuttgart: Schattauer.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1973). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Leibig, B. (1998). Aspekte der Scham in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 43, 26-31.
- Mahon, J. E. (2008). "The Definition of Lying and Deception", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, E. N. Zalta (Hrsg.), URL: <<http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/lying-definition/>>.
- Mertens W. (1990). *Einführung in die psychoanalytische Therapie*, Band 2. Stuttgart: Kohlhammer.
- Müller-Isberner, R., Jöckel, D. & Gonzales Cabeza, S. (1998). *Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20*. Haina: Institut für forensische Psychiatrie.
- Nedelmann, C. (2012). Die Verleugnung der Realität. *Forum Psychoanal*, 28, 265-275.
- Olds, D. D. (2006). Identification: Psychoanalytic and Biological Perspectives. *J Am Psychoanal Assoc*, 54, 17-46.
- Opatov, B. (1997). The Real Unconsciousness – Psychoanalysis as a Theory of Consciousness. *J Am Psychoanal Assoc*, 45, 865-890.
- Racker, H. (1982). *Übertragung und Gegenübertragung – Studien zur psychoanalytischen Technik*. 2. Auflage. München: Ernst Reinhard.
- Ross, Th. & Fontao, M. I. (2011). Lüge, Täuschung und Narzissmus bei Straftätern und Rechtsbrechern. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie*, 15, 121-129.
- Seifert, D. (2007). *Gefährlichkeitsprognosen – Eine empirische Untersuchung über Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs*. Darmstadt: Steinkopf.
- Strachey, J. (1937). Zur Theorie der therapeutischen Resultate der Psychoanalyse. *Int Z Psychoanalyse*, 23, 68-74.

- Thomä, H. & Kächele, H. (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Band 1: Grundlagen. 1. Auflage. Berlin: Springer.
- van Tuinen, K. (2004). Entwicklung und Gegenwart der Forensischen Psychiatrie in den Niederlanden aus psychodynamischer Sicht. In: Th. Bender, Th. Aucter (Hrsg.), *Destruktiver Wahn zwischen Psychiatrie und Politik. Forensische, psychoanalytische und sozialpsychologische Untersuchungen* (S. 97-117). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Wagner, E. & Werdenich, W. (1998). Die Kunst der Zwangsbehandlung. In: E. Wagner, W. Werdenich (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 37-48). Wien: Facultas-Universitätsverlag.
- Waldvogel, B. (2008). Innere Welt – äußere Welt. In: W. Mertens, B. Waldvogel (Hrsg.). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 352-358). 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Warta, D. (1998). Täuschung als Kommunikationsform und konstantes Element von Psychotherapie im Strafvollzug. In: E. Wagner, W. Werdenich (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 113-124.). Wien: Facultas-Universitätsverlag.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the countertransference. *Int J Psa*, 30, 69-74.
- Wittmann, B. (2008). Antisoziale Abwehr versus Psychopathie. Zur gegenübertragungsgeleiteten Psychotherapie Antisozialer Persönlichkeitsstörungen. In: F. Lackinger, G. Dammann, B. Wittmann (Hrsg.), *Psychodynamische Psychotherapie bei Delinquenz. Praxis der Übertragungsfokussierten Psychotherapie* (S. 170-196). Stuttgart: Schattauer.