

Werner Vogd · Martin Feißt

Therapeutische Arrangements im Maßregelvollzug

Studien zur Leerstellengrammatik
und den Bezugsproblemen in der
forensischen Psychiatrie



Springer VS

Therapeutische Arrangements im Maßregelvollzug

Werner Vogd · Martin Feißt

Therapeutische Arrangements im Maßregelvollzug

Studien zur Leerstellengrammatik
und den Bezugsproblemen in der
forensischen Psychiatrie

 Springer VS

Werner Vogd
Berlin, Deutschland

Martin Feißt
Einbeck, Deutschland

ISBN 978-3-658-37130-2 ISBN 978-3-658-37131-9 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-37131-9>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Katrin Emmerich

Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Vorwort

In einer forensischen Psychiatrie, auch Maßregelvollzugsklinik genannt, leben Menschen, die in den meisten Aspekten kaum anders sind als wir ‚normale‘ Menschen. Sie haben manchmal Wut, sind ab und zu traurig oder depressiv. Sie sehnen sich nach Beziehungen zu anderen Menschen und möchten von anderen mit Würde behandelt werden. Wie viele von uns neigen auch einige von ihnen dazu, berauschende Substanzen zu sich zu nehmen.

Sie empfinden sexuelles Begehren und malen sich in ihrer Vorstellung aus, wie es erfüllt wird. Wie die meisten von uns haben sie ab und zu Gewaltfantasien, etwa wenn sie sich hilflos fühlen oder von anderen schlecht behandelt wurden.

Was die dort Untergebrachten von uns ‚Normalen‘ unterscheidet, ist die Überschreitung einer Grenze. Die Linie zwischen Fantasie und Realität, Hass und Begehren auf der einen Seite und einer schweren Straftat auf der anderen Seite ist von ihnen mindestens einmal überschritten worden. Zudem sind Psychiater nach eingehender Begutachtung zu dem Schluss gekommen, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sie unbehandelt und in Freiheit erneut zur Tat schreiten könnten.

Von der Grundidee her ist die forensische Psychiatrie eine Einrichtung der Therapie und der Rehabilitation. Die Untergebrachten sollen durch unterschiedliche Therapien, ein unterstützendes soziotherapeutisches Setting und gezieltes Training dazu befähigt werden – so die Worte eines Chefarztes –, dass sie *„keine weiteren Straftaten begehen“* und *„in die Lage kommen, vorher zu erkennen, wenn sie Straftaten begehen würden, um dann Hilfe zu finden.“* Darüber hinaus sollen die Patienten einen produktiven *„Umgang mit ihrer psychischen Erkrankung finden.“* Eine Besonderheit des Maßregelvollzugs besteht darin, dass die Therapie sich nicht auf einige Wochen oder Monate beschränkt, sondern in der Regel auf Jahre ausgelegt ist. Der *„Zeitansatz in der forensischen Psychiatrie“* ist *„sehr großzügig“* angesetzt. Zudem erfolgt die Behandlung im

Kontext eines Zwangsregimes. Die Patienten suchen diese Einrichtung in der Regel nicht freiwillig auf. Dies weckt zunächst Zweifel an den Erfolgsaussichten, denn eine psychiatrische Behandlung verlangt nicht nur aus rechtlichen, sondern eben auch aus therapeutischen Gründen das Einverständnis und die Mitwirkung des Patienten. Doch auch wenn – so wieder die Worte und Perspektive des Chefarztes – die Patienten es *„nicht sagen würden, profitieren viele von ihnen davon, dass sie oft für Jahre eingesperrt worden sind“*. Wenn sie *„dann schließlich entlassen werden könnten“*, würden sie nicht selten *„Danke für alles“* sagen“.

Ob, wie, unter welchen Bedingungen und in welchen Konstellationen das mit dem Maßregelvollzug gegebene Versprechen ‚Therapie unter Zwang‘ gelingen kann, ist Gegenstand der vorliegenden Untersuchung. Diese Monographie ist eines von drei Buchprojekten zur forensischen Psychiatrie, die nahezu zeitgleich entstanden sind. Diese drei Publikationen stehen in einem reflexiven Verhältnis zueinander und stellen jeweils bestimmte Fragestellungen und Aspekte in den Vordergrund.¹ Mit dem Buch „Prozesse des Normalisierens“ beleuchten wir die Thematik aus einer eher gesellschaftstheoretischen Perspektive. Hier steht das komplexe Verhältnis von Abweichung und Normalität im Vordergrund, wobei dann nochmals eine dezidiert organisationstheoretische Perspektive zum Ausdruck kommt. Das Buch „Lebensqualitäten im Maßregelvollzug“, zugleich die Dissertationsschrift von Martin Feißt, lenkt demgegenüber das Augenmerk vor allem auf die komplexe Situation eines Patienten, der nolens volens mit dem Maßregelvollzug zurechtkommen muss und deshalb nicht umhinkommt, in dieser neuen und noch dazu von Autonomieverlust gekennzeichneten Situation für sich ein kohärentes Selbst- und Weltverhältnis aufzubauen.

Dieses Buch steht – wie bereits der Titel ausdrückt – zwischen den beiden Polen und thematisiert die Frage der therapeutischen Arrangements, die im Guten wie im Schlechten die Selbst- und Weltverhältnisse der Patienten konditionieren. Dabei möchten wir in besonderer Weise würdigen, dass sich ein Fall zwar

¹ Es ist das Verdienst von Martin Feißt, mit seiner Bachelorarbeit „Zur sozialen Situation psychisch kranker Rechtsbrecher“ das Forschungsthema „Maßregelvollzug“ für den Lehrstuhl Soziologie an der Universität Witten/Herdecke eröffnet zu haben. Im Sommersemester 2015 und Wintersemester 2015/2016 fand, ebenfalls auf Initiative von Martin Feißt, zusammen mit Bernd Dimmek und Sabrina Wiecek an der Universität Witten/Herdecke ein Lehrforschungsprojekt zur Lebensqualität von langzeituntergebrachten Patienten statt. In diesem Rahmen wurden in verschiedenen forensischen Kliniken qualitative Interviews mit unterschiedlichen Patientengruppen durchgeführt. Auf dieser Basis entstand der Antrag zu dem DFG-Projekt, auf dessen Erhebungen die hier vorgestellten Analysen beruhen.

analytisch in Psyche, Körper und unterschiedliche Sphären des Sozialen auftrennen lässt (etwa als Person des Rechts, als Patient, als Mitglied einer Organisation, als Teil der Familie oder einer Gruppe), im konkreten Behandlungsprozess jedoch alle diese Aspekte zusammenkommen und sich miteinander verschränken.

Um diese Prozesse systematisch rekonstruieren zu können, untersuchen wir einzelne Fälle in ihrer jeweiligen Einbettung. Die betroffene Person ist damit nicht als eine individuelle psychische Entität zu verstehen (was immer das sein soll), sondern stellt ein jeweils spezifisches Selbst- und Weltverhältnis dar, das die Beziehungen zu einer (sozialen) Umwelt ebenso umfasst wie den Kontakt zu der eigenen Leiblichkeit. Eine Annäherung an die Frage, was dies für jede einzelne Person bedeutet, muss folglich sowohl die Perspektiven signifikanter Anderer mit einbeziehen, als auch die Materialität der unmittelbaren Gegebenheiten – etwa vergitterte Fenster oder durch Stacheldraht gesicherte Mauern.

Bei all dem – und dies macht diese Untersuchung ebenso wertvoll wie notwendig – haben wir uns vor Augen zu halten, dass unter den zuvor benannten Bedingungen das Gelingen der Resozialisierung psychisch kranker Rechtsbrecher alles andere als garantiert ist. Nicht selten mündet der lange Klinikaufenthalt leider nicht in der Befähigung des Patienten, in einer weniger gesicherten Umwelt mit der eigenen Erkrankung besser umzugehen zu können. Manchmal kommt es sogar zur Entwicklung sekundärer Symptome, etwa von Passivität, Hilflosigkeit und Depression, die eine positive Entwicklung zusätzlich hemmen. Ebenso kann es zu Konstellationen kommen, in denen der ‚Patient‘ beginnt sich dem therapeutischen Regime anzupassen und entsprechend dem hier vorherrschenden Bestrafungs- und Belohnungssystem den Regeln der Klinik zu folgen. Unterhalb der Oberfläche brodelt es jedoch weiter und es kommt, sobald er freigelassen wird, erneut zur Deliktanbahnung.

Gerade weil wir wissen, dass die Bemühungen um Rehabilitation auch scheitern können, ist es umso wichtiger, sich die Gelingens- und Misslingensbedingungen therapeutischer Arrangements und Konstellationen anzuschauen. Wir greifen hierzu auf die systemische Perspektive der *Leerstellengrammatik* von Gotthard Günther zurück. Wir hoffen, durch diese neue Perspektive ein wenig Licht in dieses komplexe Geflecht vertrackter Dynamiken bringen zu können. Es ist unser Wunsch, dass alle Beteiligten – egal ob Untergebrachte, Angehörige, Personal oder politisch Verantwortliche – neue Erkenntnisse aus der vorliegenden Studie ziehen können.

An dieser Stelle ist zunächst der Deutschen Forschungsgemeinschaft für die Finanzierung des zugrunde liegenden Forschungsprojektes zu danken. Zudem gebührt unser Dank den Leitungen der sechs Kliniken, die uns vertrauensvoll den Feldzugang gewährt haben, ebenso ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern,

die uns in vielen ausführlichen Gesprächen aus ihrem Berufsalltag berichten konnten und für die unsere Aufenthalte mit Mehraufwand verbunden waren. Wir danken Raphael Moreno und Kerstin Pospiech-Form für die kritische Durchsicht des Manuskripts. Ebenso möchten wir Till Jansen den Dank aussprechen, der an der Erhebung und Fallinterpretation beteiligt war und die Entstehung des Manuskripts durch seine Kritik begleitet hat.

Vor allem möchten wir jedoch den vielen Patienten (und wenigen Patientinnen) danken, die uns wichtige Einblicke in ihr krisenhaftes Leben gegeben haben. Um ihre Identität zu schützen, sind alle Daten, die zu ihrer Identifizierung führen könnten, etwa Städte- und Personennamen, im Text verfremdet worden.

Witten
Dezember 2021

Werner Vogd
Martin Feißt

Einleitung

Geschlossene psychiatrische Einrichtungen – und besonders die forensische Psychiatrie – versuchen etwas zu ermöglichen, was aus Perspektive gängiger Annahmen zu Psychotherapie und Erziehung nahezu unmöglich erscheint. Deutlich wird dies bereits anhand einiger Problemfelder und Dilemmata bezüglich der Rolle des Patienten:

- Wie kann sich ein Patient unter Zwang freiwillig zur Therapie entscheiden? (*Autonomiedilemma*)
- Warum soll ein Patient den Therapeuten offen und ehrlich über seine inneren Zustände berichten und dabei keine strategischen Absichten verfolgen, etwa in Hinblick auf Gewährung oder Einschränkung von Freiheitsgraden? (*Wahrhaftigkeitsdilemma*)
- Wie kann ein Patient Personen vertrauen, die im Rahmen einer totalen Institution (Goffman 1973) absolute Macht über ihn haben? (*Vertrauensdilemma*)
- Wie können Patienten als selbstbestimmte Akteure an der Krankenbehandlung aktiv mitwirken, obwohl sie doch zugleich als psychisch Kranke behandelt werden, die ihr Verhalten nicht im Griff haben? (*Krankheitsdilemma*)
- Wie kann es einem Patienten gelingen, seine persönliche Integrität aufrecht zu erhalten, wenn von außen der Druck an ihn herangetragen wird, sich verändern zu müssen? (*Integritätsdilemma*)
- Wie können in einer organisierten Zwangsgemeinschaft natürliche Beziehungen erprobt werden? (*Sozialisationsdilemma*)

Wenngleich diese und andere Dilemmata den Alltag der forensischen Psychiatrie prägen, so hindert dies die Institution und ihre Mitarbeiterinnen nicht daran, mit der Behandlung ihrer Patienten fortzufahren, und auch wenn nicht darüber hinweggesehen werden kann, dass das Vorhaben in vielen Fällen scheitert, führt

es auf der anderen Seite bei nicht wenigen Patienten zu sichtlichen Erfolgen. In einigen Fällen scheint gar eine weitergehende Rehabilitation – gleichsam das Unmögliche – zu gelingen. Hiermit stellt sich die Frage, wie dies möglich ist. Sind die gängigen Annahmen zur Freiwilligkeit von Psychotherapie möglicherweise gar nicht so relevant für ihren Erfolg oder sind die benannten Dilemmata vielleicht gar nicht so problematisch? Ist vielleicht der Zwang überhaupt kein Hindernis von (Psycho-)Therapie, bzw. stellen die Machtmittel der forensischen Psychiatrie nicht viel eher die *conditio sine qua non* dar, um den zuvor nicht einsichtigen Patienten zur Mitarbeit zu bringen? Könnte es sein, dass Druck und Fremdbestimmung Gelingensbedingung für die Wiedererlangung von Autonomie mancher psychisch Kranker sein kann? Das System des Maßregelvollzugs stünde dann nicht im Gegensatz zur Lebenswelt ihrer Patienten. Psychisch kranke Straftäter in organisierter Form mit strukturierten Therapieangeboten behandeln zu wollen, wäre dann nicht nur moralisch gut (denn was lässt sich moralisch dagegen einwenden, diesen hochvulnerablen Menschen helfen zu wollen?), sondern rational geboten und in diesem Falle nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch im Interesse des Patienten.

Um das Richtige für ihn zu tun, würde es dann allein ausreichen, den Skripten und Leitlinien evidenzbasierter Maßnahmen zu folgen, die an die unterschiedlichen Diagnosen und Krankheitsbilder angepasst sind. Die oben benannten Dilemmata würden sich damit als praktisch unbedeutend erweisen, als Gedanken-spielereien kritischer Theoretiker, die überall Widersprüche vermuten. In der Praxis wäre jedoch klar, was zu tun ist: Man wendet einfach die bewährten Therapieprogramme an, ohne sich weitergehende Gedanken über mögliche Dilemmata und Paradoxien machen zu müssen.

Wenn man sich jedoch von einigen forensischen Patienten die Geschichte ihrer Therapie oder gar Rehabilitation erzählen lässt oder mit erfahrenen Ärztinnen, Pflegekräften oder Therapeuten spricht, wird schnell klar, dass sich die Sache nicht so einfach darstellt. Was bei dem einen Patienten funktioniert, ruft bei einem anderen mit ähnlicher Diagnose die gegenteilige Reaktion hervor. Beziehungen sind kompliziert und nicht wenige Patienten haben aufgrund ihrer Geschichte plausible Gründe, eher ihren Peers zu vertrauen als den institutionellen Rollenträgern. Lange schon leben sie in einer Welt, die geprägt ist von einem ‚Wir‘ und einem ‚Die‘, wobei zu letzteren dann insbesondere die bürgerlichen Protagonisten der Organisationen zählen, denen sie nolens volens ausgeliefert sind. Und warum überhaupt sollen sie die Zuschreibung annehmen, psychisch krank zu sein? Viele hoffen immer noch, dass ihr Anwalt sie in ein paar Monaten oder Jahren aus der Anstalt herausholt. Und selbst wenn sie die Überzeugung gewinnen, dass (Psycho-)Therapie für ihre eigene Entwicklung eine hilfreiche Sache ist, bleibt

die Frage, welchem Therapeuten man in Hinblick auf die Offenbarung intimer Phantasien und Gefühle vertrauen kann. Und wie soll man damit umgehen, wenn eine solche ‚Vertrauensperson‘ nun bereits das vierte oder fünfte mal wechselt? Zudem zeigt sich bei manchen Patienten eine Überanpassung an die Klinik, die ihre eigenen problematischen Effekte birgt, etwa wenn man nun genau darin ‚normal‘ sein soll, sich selbst als ‚krank‘ anzusehen.

Nicht zuletzt bleibt auch für den Patienten die Notwendigkeit bestehen, dass sich sein Selbst von der Umwelt abgrenzen muss, um als autonome Entität fortbestehen zu können. Der Patient muss sich selbst Initiative und Wirksamkeit zurechnen können, was kaum geht, wenn er das Gefühl hat, von der Klinik fremdbestimmt zu werden. Unweigerlich treffen wir hier auf eine Variante der Sei-spontan-Paradoxie von Paul Watzlawick (1991, S. 91 ff.), die in unserem Zusammenhang besagt, dass sich der Patient unter sozialem Druck und vorgegebenen Skripten aus eigener Einsicht und infolge seiner eigenen Willensimpulse heraus verändern wollen soll.

Um es zusammenzufassen: In der forensischen Psychiatrie herrscht nicht nur die medizinische Rationalität, die einen eindeutigen Konnex von Diagnose und therapeutischer Intervention nahelegt. Es gibt eine rechtliche Rationalität, die eigenen Gesetze der Peergruppen, die Rationalität des Vertrauens in die Therapie und die komplexen Eigenlogiken eines Selbst, das sich von seiner Umwelt unterscheiden muss, um als es selbst in Abgrenzung eine Identität gewinnen zu können. Darüber hinaus bergen Organisationen im Spannungsfeld von Zweckauftrag und routinierter Normalität ihre eigenen Handlungsrationitäten. So wird das Personal kaum in der Lage sein, immer alles ausschließlich unter dem Blickwinkel von Diagnose, Pflege und Therapie zu beleuchten, sondern wird manchmal auch einfach nur seine Ruhe haben wollen. Gleiches gilt für den seit Jahren oder gar Jahrzehnten untergebrachten Patienten. Nolens volens ist der Klinikalltag für ihn irgendwann zum eigentlichen Leben geworden und entsprechend wird er eine abgekühlte Distanz zu den therapeutischen Programmen und den damit verbundenen Versprechen entwickelt haben.

Unter dem Blickwinkel dieser vielen, einander widersprechenden Rationalitäten erscheint es zunächst nicht leicht, die Bedingungen des Erfolgs und Misserfolgs forensischer Therapien nachzuzeichnen. Für den Außenstehenden erscheint es zunächst fast wie ein Wunder, dass trotz der benannten Problemfelder die Behandlung dennoch häufiger funktioniert, als man zunächst vermuten würde. Für den erfahrenen Praktiker erscheint der Umgang mit solchen Lagerungen demgegenüber als eine Art Kunstlehre, in die man dann mit den Jahren hineinwächst und für die man mit hinreichender Erfahrung eine Intuition entwickelt. Manchmal ist das eine zu tun, manchmal das Gegenteil davon und manchmal etwas ganz anderes.

Widersprüchliche Einheiten

Wir möchten solche Prozesse rekonstruieren und somit einer professionstheoretischen wie auch professionsethischen Reflexion zugänglich machen. Im Vordergrund steht dabei die Wertschätzung einer professionellen Praxis, die es unweigerlich mit Widersprüchen und Paradoxien zu tun bekommt, gleichzeitig jedoch komplex und der jeweiligen Situation angemessen agieren soll, ohne dabei ihr eigentliches Ziel aus den Augen zu verlieren. Ulrich Oevermann spricht hier von der „widersprüchlichen Einheit von universalistischer theoretischer Geltungsbegründung einerseits und fallspezifischem Verstehen andererseits, von stellvertretender Entscheidung und Hilfe einerseits und der mæeutischen Aktivierung von Selbsthilfe sowie dem Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis in ihren gesunden Anteilen andererseits“ (Oevermann 1990, S. 15). Zudem habe es die professionelle Praxis „wesentlich immer mit Operationen der stellvertretenden Deutung lebenspraktischer Problemkonstellationen zu tun“, ohne dass diese „dabei einer theoretischen Bevormundung dieser Praxis technokratisch zum Opfer fallen dürfen“ (Oevermann 1990, S. 15).

Im Sinne einer „klinischen Soziologie“, wie sie ursprünglich Oevermann (1990) angedacht hat, setzen wir dabei auf Einzelfallrekonstruktionen. Diese „folgt jeweils der realen Verlaufsdynamik in der praktischen Lebens- und Arbeitsweise des Einzelfalles“, wodurch es möglich wird, dass sich die Analyse „jeweils der konkreten Ausprägung einer gegebenen praktischen Problemstellung anschmiegt, wie es für jegliche klinische Methode unabdingbar ist“ (ders., S. 8).

Dabei ist zu betonen, dass ein Fall nicht in der innerpsychischen Dynamik des ausgewählten Patienten aufgeht. Über die jeweils patiententypischen Vulnerabilitäten hinausgehend – die sich für Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen und Krankheitsbildern anders darstellen können –, kann und darf das jeweilige Selbst- und Weltverhältnis der Betroffenen nicht unabhängig von seiner sozialen und kulturellen Situiertheit gesehen werden. Ein Fall erscheint vielmehr als eine komplexe Prozessesstruktur, die durch kommunikative Praxen stabilisiert und durch sozial angelieferten Sinn, etwa auf Basis der in einem Kulturkreis üblichen semantischen Figuren und Institutionen (hier insbesondere das Recht und die Medizin), konfiguriert wird.

Oevermanns Professionstheorie betont stark die Freiwilligkeit des Arbeitsbündnisses zwischen Klientin und Therapeutin und tendiert dahin, die Sinnhaftigkeit von therapeutischen oder pädagogischen Zwangskontexten grundsätzlich infrage zu stellen (Oevermann 1996). Mit Bohnsack (2020) lässt sich demgegenüber aus einer praxeologischen Perspektive vermuten, dass auch im unfreiwilligen Kontext des Maßregelvollzugs unter bestimmten – allerdings noch

zu spezifizierenden Voraussetzungen – therapeutisch wirksame, auch in Hinblick auf die Resozialisierung produktive Arrangements entfaltet werden können. In hohem Maße machtstrukturierte Kommunikation – durchaus im Foucaultschen Sinne² – verbunden mit einer Disziplinierung des Körpers, kann – so Bohnsacks Befund³ – einen strukturierenden Rahmen bereitstellen, in dem dann etwa Erziehung – und warum nicht auch Therapie? – stattfinden kann. Doch was sind die Bedingungen der Möglichkeit, dass hochgradig machtstrukturierte Kontexte im Sinne Bohnsacks produktiv werden können? Was sind die Weichenstellungen, welche die Chancen auf eine mögliche Rehabilitation im Guten wie im Schlechten konditionieren?

Mit Blick auf diese Fragestellung sind jedoch die zuvor aufgeworfenen Dilemmata keineswegs hinfällig, sondern stellen vielmehr gerade die Bezugsprobleme dar, denen sich jedes therapeutische Bemühen innerhalb der forensischen Psychiatrie zu stellen hat. Der Begriff *Bezugsproblem* meint an dieser Stelle zunächst ein Set widersprüchlicher und im streng logischen Sinne nicht miteinander zu vereinbarenden Anforderungen, die jedoch in der Praxis bewältigt werden müssen. Dabei sind unterschiedliche Lösungen möglich, bzw. die Freiheitsgrade der Praxis entstehen gerade dadurch, dass eben kein formales Rational im technisch-logischen Sinne die ‚richtige‘ Antwort nahelegt (später werden wir den Begriff mit Blick auf die funktionale Methode noch etwas anders definieren). Die Bezugsprobleme sind dann eine andere Bezeichnung für Oevermanns „widersprüchliche Einheiten“. Um diese angemessen bearbeiten zu können bedarf es einer autonomen Praxis – sprich: einer professionellen Praxis.⁴ Letztere zeichnet sich dann dadurch aus, mit der Rolle des Professionellen Positionen vorzuhalten, die bestimmte *Freiheitsgrade* in ihren Entscheidungen haben, deren Handeln und Verhalten also nicht in der Subsumptionslogik vorab bestehender Programme oder Kalküle aufgeht. So verfügen auch im Maßregelvollzug ärztliches und psychotherapeutisches Personal, Pflegekräfte, aber auch andere am Behandlungsprozess Beteiligte über Freiheitsgrade in Hinblick auf die Frage, wie durch widersprüchliche Anforderungen geprägte Lagerungen im Einzelfall pragmatisch gelöst werden können und auch müssen. Aus der praxeologischen Perspektive teilen wir diesen Grundgedanken, vermuten aber, dass sich die produktiven wie auch unproduktiven Formen der

² Siehe etwa Foucault (2000 [1978]).

³ Siehe auch Bohnsack (2017, S. 244 ff.).

⁴ Oevermann schließt hier an Talcott Parsons (1958a, b) Professionstheorie an.

Professionalität nicht zuletzt zu habituellen Haltungen verdichten und zudem auch im organisatorischen Setting selbst ausdrücken, ohne dabei reflexiv als ‚Entscheidung‘ eines einzelnen professionellen Akteurs zum Ausdruck kommen zu müssen.

Relationen im Selbst- und Weltverhältnis

Im konkreten Behandlungsprozess treten mindestens vier Relationen auf, die in einer nichttrivialen Weise miteinander verflochten sind, nämlich die *Relation des Klienten zu sich selbst* (Ich vs. Selbst), die *Relation des Patienten zum Behandlungsteam*, die *Beziehung der Patienten untereinander* und die *Relation zu den Semantiken der Institutionen*, in denen dieser Prozess stattfindet (Organisation und Gesellschaft). So kann zum Beispiel in Bezug auf die Arbeitstherapie die Organisation dieser Prozesse darüber hinaus (zumindest selektiv) selbst reflexiv werden – etwa indem in einer Fallkonferenz darüber beraten wird, wie denn nun die einzelnen Aspekte auszutarieren sind. In der vierten Relation kann also das Verhältnis aller anderen Relationen thematisiert werden. All dies zusammengenommen – also das *Arrangement der unterschiedlichen Relationen* und die Art und Weise, wie diese miteinander verschränkt sind – bildet den zu untersuchenden Fall im methodologischen Sinne. Aus Perspektive des Patienten erscheint der Fall als sein *Selbstverhältnis* (die Aspekte der Relation, mit dem er sich identifiziert) und sein *Weltverhältnis* (all die weiteren Relationen, die ihm äußerlich erscheinen oder die ihn auch dann prägen, wenngleich sie ihm nicht reflexiv zugänglich sind).

Anhand ausgewählter konkreter Arrangements möchten wir untersuchen, wie und unter welchen Umständen Konstellationen gefunden werden können, in denen sich etwa Zurichtung und Widerstand, Therapie und Abweichung, Vertrauen und Misstrauen, Selbst- und Fremdbestimmung in einer (un-)produktiven Weise verbinden. So können wir auch einen Erklärungsansatz dafür liefern, warum vorschnelle Kurzschlüsse – etwa die Verwechslung von krankheitseinsichtigem mit in jedem Falle adäquatem Verhalten – leicht in Hospitalisierung oder eine Drehtürpsychiatrie abgleiten.

Damit ist die Soziologie freilich keine bessere Psychiatrie, doch ihr Gewinn liegt darin, dass sie es – wie Max Weber sagt – den Beteiligten aus der Praxis ermöglicht, sich selber besser Rechenschaft über ihr Tun zu geben (Weber 1995, S. 35). Das mag tröstend oder amüsierend sein, es mag Erklärungen über eine Praxis erlauben, die man oftmals als frustrierend und unbefriedigend erlebt – ja, die man manchmal möglicherweise nicht so recht versteht. Doch vielleicht

ermöglicht es an der einen oder anderen Stelle sogar eine bessere Praxis – etwa, wenn die Gelingens- und Misserfolgsbedingungen für die erfolgreiche Balance der oben benannten Dilemmata sichtbar werden. Und es ermöglicht darüber hinaus, Hinweise zu geben, welche Schiefen dem Maßregelvollzug möglicherweise systemisch inhärent sind und nicht den einzelnen Kliniken oder gar einzelnen Personen zuzurechnen sind.

All dies bedeutet jedoch, sich mehr als allgemein üblich der Komplexität der institutionalisierten Therapie unter Zwang zu stellen.

Genau dies haben wir mit unserem Projekt „(Re-)Sozialisierung im Maßregelvollzug“ versucht. Um dies auf eine fundierte Weise leisten zu können, haben wir im Laufe des Jahres 2019 sechs forensische Kliniken⁵ für jeweils zwei Wochen in vier Bundesländern aufgesucht, dabei mit Patienten, Ärztinnen, Therapeuten und dem pflegerischen Personal gesprochen und in teilnehmender Beobachtung die Abläufe des Klinikalltags miterlebt. Im Verlauf der Feldforschung haben sich dann einzelne Arrangements herauskristallisiert, die aus unterschiedlichen Gründen in besonderem Maße über die oben benannten Problematiken Aufschluss geben können – sei es, weil eine Lockerung oder weitergehende Resozialisierung kurz bevorsteht, sei es, weil sich im Behandlungsverlauf gerade eine Wendung andeutet oder (unerwartet) eine Krise aufscheint.

Die Auswahl der hier vorgestellten Fälle erfolgt nach dem Kriterium sinnvoller Kontraste, wobei auf der formalen Ebene unterschiedliche Krankheitsbilder (Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen) und Delikte (Sexualstraftaten, Kapitalverbrechen und weniger schwerwiegende Straftaten) abgebildet werden, um der Diversität der Klientel des Maßregelvollzugs einigermaßen gerecht zu werden. Die inhaltliche Kontrastierung wiederum zielt vor allem darauf ab, das Spektrum relevanter Bezugsprobleme des Maßregelvollzugs abbilden zu können. Aus didaktischen Gründen werden die Bezugsprobleme noch vor der eigentlichen Fallanalyse in pointierter Form anhand ausgewählter Textstellen vorgestellt. Die eigentliche Fallanalyse erfolgt demgegenüber sequentiell, nicht zuletzt um das komplexe Geflecht der unterschiedlichen Positionen im Arrangement sowie den zeitlichen Verlauf und die hierin sich ausdrückenden Weichenstellungen rekonstruieren zu können.

⁵ In Hinblick auf Rückschlüsse von unseren sechs Kliniken auf das Maßregelvollzugssystem haben wir mit einzubeziehen, dass wir in unserem Sampling einen Bias vermuten. Dieser besteht darin, dass uns natürlich vor allem jene Kliniken die Türen geöffnet haben, die von ihrer Arbeit überzeugt sind.

Die Perspektive, die unseren Analysen zugrunde liegt, ist die der *konditionierten Koproduktion von psychischen, körperlichen und sozialen Phänomenen*. Auch der forensische Patient kommt als solcher erst durch andere ins Dasein: als ein Mensch, der in einer bestimmten sozialen Konstellation durch die Rechtsprechung zum Straftäter wird und durch die Medizin zu einem Patienten mit einer seelischen Störung, die so schwer ist, dass ihm die Schuldfähigkeit abgesprochen wird.

Hiermit soll allerdings nicht abgestritten werden, dass psychiatrische Diagnosen ihre Berechtigung haben, oder dass es biologische Prozesse gibt (etwa Hirnveränderungen), die mit bestimmten Verhaltensdispositionen einhergehen. Doch wir weisen darauf hin, dass der forensische Patient keine vorsoziale, biologische oder psychologische Gegebenheit ist, sondern erst in einer bestimmten sozialen und diskursiven Konstellation zu diesem spezifischen Hybrid aus Täter und Patient wird und in Folge auch nicht mehr umhinkommt, in seiner biologischen und psychischen Entwicklung hierauf Bezug zu nehmen. Der Mensch im Maßregelvollzug ist also nicht forensischer Patient, weil seine Persönlichkeit gestört ist oder irgendwelche Abnormalitäten in seinen hirnorganischen Prozessen vorliegen, sondern weil er spätestens nach seiner Einweisung in einer spezifischen sozialen und institutionellen Konstellation leben muss, die auch in psychischer und körperlicher Hinsicht sein Selbst- und Weltverhältnis prägt:

- Er wird nicht mehr in der gleichen Weise wie zuvor seine Leiblichkeit zur Geltung bringen können (allein die Klinikmauern und die geforderte Tagesstruktur greifen hier massiv ein): dies wird seine Haltung und seine Stimmungen beeinflussen und damit langfristig auch seinen Habitus prägen.
- Er wird lernen müssen, in einer anderen Weise zu sprechen, allein schon, weil jedes seiner Worte eine Relevanz für die weitere Diagnostik und Gefahreinschätzung haben kann. Dies wird sein Denken, seine Interaktionen, wie auch seine Motivationen und weitere Aspekte seines Handelns mitbestimmen.
- Er wird nicht mehr in der gleichen Weise empfinden können, da jeder Affekt und jeder Handlungsimpuls zugleich als ein potenzielles Zeichen einer seelischen Störung gewertet werden kann, die es zu therapieren gilt. Schon deshalb wird auch in psychischer Hinsicht sein Erleben und Empfinden ein anderes werden.

Die Anhänger einer auf das Individuum beschränkten psychiatrischen Theorie mögen die psycho-soziale Komplexität ausblenden wollen, doch ob sie wollen oder nicht: Therapie und Resozialisierung geschehen weder mit isolierten

Psychen noch mit dekontextualisierten Körpern. Sie behandeln vielmehr ein *Arrangement*, von dem sie immer schon selber Teil sind. Die behandelten Menschen sind Ausdruck einer konditionierten Koproduktion, die unweigerlich auch die Verhältnisse des Maßregelvollzuges selbst einschließt. Wie Gestalt und Kontext, Vordergrund und Hintergrund bilden das behandelnde Regime und die zu behandelnden Menschen unweigerlich eine Einheit im Sinne einer *rekursiven funktionalen Beziehung*. Um es mit Fritz Simon auszudrücken:

„Psychische Systeme entstehen in der Interaktion und Kommunikation eines lebenden Systems mit sich selbst. Die Medien dieser Kommunikation sind der Organismus und das soziale System. Psychische Strukturen entstehen, so lässt sich zusammenfassen, in einem selbstreferenziellen Prozess, bei dem das Individuum sich selbst Botschaften und Mitteilungen gibt – über sich selbst und die Welt; und diese Botschaften finden ihren Weg zurück über die Vermittlung körperlicher und sozialer Prozesse“ (Simon 2012, S. 61).

Bei allen Fragen der Therapie oder Resozialisierung innerhalb der forensischen Psychiatrie geht es also nicht nur um die Behandlung eines Menschen *im* Maßregelvollzug, sondern um die *Veränderung eines Arrangements*, von dem der Patient nur ein Bestandteil unter anderen ist. An der Entlassung eines Patienten oder bereits an der Gewährung unbegleiteten Ausgangs sind viele beteiligt: Gutachter, Richter, Therapeuten, Ärzte und das pflegerische Personal, aber auch die sozialen Netzwerke außerhalb der Klinik, etwa Angehörige und Arbeitgeber oder nachsorgende Einrichtungen.

Zu diesem Arrangement gehören selbstverständlich aber auch die Psychen und Körper der Patienten und des Personals wie auch das, was sie miteinander tun – Interagieren, Kommunizieren und dabei auch körperliche Prozesse beeinflussen (letzteres etwa durch Medikamente oder die Bewegungsfreiheit einschränkende Settings).

Die Verstehensproblematik

Insbesondere die systemtheoretische Perspektive im Anschluss an Niklas Luhmann führt aus guten Gründen eine scharfe Trennung zwischen den Systemebenen ein. Das organische System (also die autopoietische Verkettung der physiologischen Prozesse), die Psyche (der selbstreferenzielle Bezug von Gedanken auf Wahrnehmungen und andere Gedanken) wie auch soziale Systeme (die Beziehung von Kommunikationen, die an Kommunikationen anschließen)

stellen jeweils emergente Phänomene dar, die jeweils ihre eigene genetische Wertigkeit haben, also zwar strukturell gekoppelt sind (psychische Systeme lassen sich durch physiologische Prozesse oder Kommunikation anregen und beeinflussen und vice versa), jedoch nicht in einer kausalen Beziehung zueinander stehen. Ein Gedanke, eine Empfindung eine Fantasie muss nicht in der Kommunikation geäußert werden. Umgekehrt mag man noch so nachdrücklich auf jemanden einreden, ohne dass dieser den mit der Argumentation implizierten Sinn teilt. Eine körperliche Reaktion mag von dem anderen bemerkt und kommunikativ aufgegriffen werden, ohne dass sie zuvor ins Aufmerksamkeitsfeld der psychischen Wahrnehmung gekommen ist. Vorstellungen mögen den Körper anregen oder kaum eine bzw. gar eine inhibierende Wirkung haben.

Psyche, Körper und Kommunikation referieren zwar sinnhaft aufeinander und die „jeweils eine Systemart ist notwendige Umwelt der jeweils anderen“ (Luhmann 1984, S. 92). Sie sind im „Wege der Co-Evolution entstanden“ und aufeinander „angewiesen“ (a. a. O.). Doch wie gesagt besteht kein unmittelbarer kausaler Zusammenhang zwischen der einen und der jeweils anderen Systemebene. In der systemtheoretischen Literatur wird oft formuliert, dass Kommunikation die Psyche eben nur irritieren, also versuchen kann, sie zu Reaktionen herauszufordern, ohne dabei jedoch determinieren zu können, worin diese Reaktion dann konkret besteht. Umgekehrt wird ein ausgesprochener Gedanke in der Kommunikation nicht unbedingt so verstanden, wie er vom Bewusstsein intendiert war. Gleiches muss dann selbstredend auch für den Versuch gelten, den psychischen Prozess – also die Kognitionen, das Fühlen und das Erleben eines anderen Menschen – zu verändern. Um nochmals Fritz Simon heranzuziehen:

„Psychische Veränderungen können durch Veränderungen einer ihrer Umwelten – d. h. dem Organismus oder dem sozialen System – ausgelöst werden, sie sind in ihrer konkreten Ausformung aber immer durch interne Strukturen definiert. Mit anderen Worten: Psychische Operationen schließen immer nur an psychische Operationen an und müssen – auch wenn sie sich verändern – deren innerer Logik folgen.“ (Simon in Schleiffer 2012, S. 10).

Für psychiatrische und psychotherapeutische Institutionen und ihre Akteure ergibt sich hieraus ein Problem. Um einen unmittelbaren Einfluss auf die Psyche ihrer Klienten auszuüben, müssten sie ihr Handeln am Erleben ihrer Klienten ausrichten. Da zu diesem jedoch kein direkter Zugang besteht, können sie ihr Handeln praktisch nur am Verhalten des Patienten anschließen (etwa an seinen

Artikulationen und körperlichen Reaktionen).⁶ Sie müssen also etwas vollziehen, was logisch unmöglich ist (niemand kann in das Bewusstsein des *Gegenübers* schauen), was gleichzeitig dennoch gemacht werden muss. Die Operation, die dies leistet, ist das Verstehen, also der Versuch, die Fremdreferenz des jeweils anderen Systems nachzuvollziehen, wenngleich eben unmittelbare Einfühlung unmöglich ist.⁷ Im Sinne einer Hermeneutik des Anderen gilt hier Hans-Georg Gadamers Einsicht, dass die „Bemühung des Verstehens“ überall dort stattfindet, „wo sich kein unmittelbares Verstehen ergibt, bzw. wo mit der Möglichkeit eines Mißverstehens gerechnet werden muß“ (Gadamer 1972, S. 167).

Sei es über einen empathischen Analogieschluss oder theoriegeleitete Versuche einer „Theory of Mind“ (A. F. Schmidt 2008) – gerade Therapeuten und Psychiater kommen nicht umhin, zu versuchen, sich in ihre Patienten hineinzusetzen.⁸ Man mag sich in der Sozialforschung darauf zurückziehen wollen, dass eben all dies nur soziale Konstruktionen darstellt, oder im Sinne einer wörtlich genommenen objektiven Hermeneutik eben nur an textförmig artikulierte Kommunikation angeschlossen werden kann und eben nicht an das subjektive Erleben des Gegenübers.⁹

Doch dies ändert nichts daran, dass die Erste-Person-Perspektive des Patienten schon immer konstitutiv für das psychiatrische Feld ist und war. Nicht nur Eugen Bleulers (1916) Beschreibungen der Schizophrenie beruhen auf der Annahme einer phänomenologisch validen Erste-Person-Perspektive (vgl. Rigato et al. 2019). Selbst ein biologisch denkender Psychiater wird die Artikulationen seines Patienten in einen Zusammenhang mit dessen gestörtem Erleben bringen müssen.¹⁰ Auch wenn es einen spontanen und unmittelbaren Zugang zur Du-Perspektive des Anderen nicht geben kann und jeder Bericht zudem immer durch Sprache – also sozial angelieferten Sinn – vermittelt ist, bleibt es für das

⁶ In einer Klinik gab es hier den verbreiteten Spruch: „Man kann den Leuten eben nur vor den Kopf gucken“.

⁷ Siehe ausführlicher zum Problem des Fremdverstehens und Versuchen seiner Lösung aus Perspektive einer systemtheoretischen Methodologie Vogd (2011, S. 219 ff.).

⁸ Siehe zur Debatte um das Fremdverstehen aus einer phänomenologischen Perspektive Zahavi (2001).

⁹ Vgl. Garz und Kraimer (1994).

¹⁰ Wie Lindemann (2006) aufzeigt kommt selbst der Hirnforscher manchmal nicht umhin, seinen Versuchstieren die Eigensinnigkeit einer Du-Perspektive zuzurechnen.

psychiatrische und therapeutische Feld konstitutiv, dass eben am Erleben des Anderen, das heißt an die Erste-Person-Perspektive fremdpsychischer Vorgänge angeschlossen wird.

Wir würden unseren Gegenstand nicht ernst nehmen, wenn wir dies in unseren Rekonstruktionen ausklammern würden. Wir haben es mit einem Feld zu tun, das ständig Erste-Person-Perspektiven anfertigt. Selbst systemtheoretisch fundierte Autoren, die sehr genau um die Systemgrenzen von Psyche, Körper und sozialem System wissen, kommen in ihren Falldarstellungen nicht umhin, zwischen Ich-, Du- und Dritte-Person-Perspektiven und den damit verbundenen unterschiedlichen Erklärungs- und Beschreibungsmodi zu wechseln.¹¹ Ebenso haben die systemischen Therapeuten und ihre Autorinnen Fallbeschreibungen anzufertigen, in denen ‚verstanden‘ wird. Somit wird auch hier die rekonstruktive Gattung eines im Nachhinein angefertigten sprachlichen Berichts als eine Realität genommen, auf der dann andere Überlegungen aufbauen. Gleiches wird für unsere Texte gelten. Insofern wir versuchen, *Verstehen zu verstehen*, also die therapeutischen Bemühungen und Reflexionen sowie das Selbstverstehen in den Reflexionen der Patienten aufgreifen und in Beziehung setzen, bleibt uns nichts anderes übrig, als eine Art „ontologisches Gerrymandering“ (Woolgar und Pawluch 1985) zu betreiben. Wir müssen Perspektiven wechseln und unterschiedliche Positionen einnehmen, wenn wir versuchen, ‚verstehend‘ jemand anderes zu verstehen, um dies dann wiederum unsererseits zu unserer Perspektive des Verstehens zusammenzufassen. Aus den hiermit einhergehenden vielfältigen Beobachterabhängigkeiten kommen wir nicht heraus. Wir können nur versuchen, an manchen Stellen die Positionen zu indizieren, und dann mit der Zusammenschau unterschiedlicher Perspektiven eine hinreichend „dichte Beschreibung“ (Geertz 1983) zu ermöglichen, in der die Eigenarten und Weichenstellungen der konditionierten Koproduktion der beteiligten Körper, Psychen und sozialen Systeme sichtbar werden.

Die Berichte und Dialoge von Patienten und Mitarbeitern sind damit sowohl Ausdruck eines Interaktionssystems, in dem Erzählungen angefertigt werden, als auch anderer sozialer Systeme mit ihren Strukturen von Erwartungen und Erwartungserwartungen (etwa von Organisationen oder therapeutischen Dyaden). Und nicht zuletzt sind sie Ausdruck von Körpern, in denen sich Soziales und

¹¹ Siehe etwa Schleiffer (2012).

Psychisches über viele Jahre hinweg eingeschrieben hat.¹² Hier drückt sich dann zugleich die Interaktionsgeschichte der Beteiligten aus – wie auch die hiermit verflochtenen Prozesse der Co-Evolution (was für den Patienten, ebenso wie die Mitarbeiter beispielsweise heißt, dass bereits gemachte Erfahrungen des Maßregelvollzugs mit einfließen). Zugleich besteht jedoch weiterhin die Differenz zwischen Körpern, Psychen und sozialen Systemen, wie auch die damit verbundenen Unbestimmtheiten an den jeweiligen Schnittstellen.

Die Perspektive der konditionierten Koproduktion erlaubt zudem in der Zusammenschau von Perspektiven verbindende Muster und Entwicklungen auch in Hinblick auf einen Patienten zu sehen, ohne dabei jedoch präjudizieren zu müssen, ob diese positiv oder negativ zu bewerten sind:

„Die konkrete Entwicklung psychischer Strukturen, seien sie nun als ‚pathologisch‘ oder ‚gesund‘ bewertet, lässt sich als Folge der Geschichte bewältigter ‚Störungen/Anregungen‘ (sog. Perturbationen oder Irritationen) durch diese Umwelten erklären. Solche Perturbationen können zum Beispiel körperliche Veränderungen in der Pubertät oder im Alter darstellen, es können aber auch familiäre oder gesellschaftliche Ereignisse oder Veränderungen sein. Entscheidend ist hier, dass sich Krankheit und Gesundheit immer durch die im Prinzip selben generierenden Mechanismen erklären lassen müssen.“ (Simon in Schleiffer 2012, S. 10 f.).

Wenn die Verstehensproblematik durch Macht konditioniert wird

An dieser Stelle ist jedoch gerade auch in Hinblick auf die Verstehensproblematik nochmals besonders darauf hinzuweisen, dass die Arzt-Patienten-Kommunikation innerhalb der geschlossenen Einrichtung der forensischen Psychiatrie als hochgradig machtsstrukturiert anzusehen ist – und damit die Möglichkeit wechselseitigen Verstehens wenngleich nicht aufgehoben, so jedoch durch eine andere Semantik gebrochen wird.

¹² Auch das narrativ geführte Einzelinterview bildet aus dieser Perspektive dann den individuellen Knotenpunkt des multidimensionalen Vollzugs von Körperlichkeit, Organisation und Gesellschaft. Siehe methodologisch in Referenz auf die Theorie der Polykontextualität auch Vogd (2011, S. 133 ff.).

Luhmann beschreibt hier in seiner Theorie der symbolisch generalisierten Kommunikationsmedien eine zentrale Weichenstellung der Kommunikation:¹³ Die eine Möglichkeit besteht demzufolge darin, das eigene (kommunikative) Handeln zum Zwecke der Änderung einer anderen Person anzusetzen. Dies entspricht der *Semantik der Macht*. Ich tue etwas, damit der Andere tut, was ich will. Der Andere folgt mir dabei nicht, weil er es will oder einsieht, sondern weil er muss. Die andere Variante besteht demgegenüber darin, das eigene Handeln am Erleben des Anderen auszurichten. Dies entspricht der *Semantik des Verstehens*, wie es etwa in der humanistischen Psychotherapie, der Liebe oder einer liberalen Pädagogik zum Ausdruck kommt. Ich mache etwas, damit der andere für sich etwas erleben kann, an das er anschließen kann bzw. will. Der andere folgt dann, wenn er die Sache für sich als wertvoll und nachvollziehbar empfindet.

„Verstehen“ im Maßregelvollzug heißt damit eben auch, zu begreifen, dass das Verstehen durch die Machtsemantik gebrochen wird – also gleichsam beiden Pfaden der Weichenstellung zu folgen hat. Verstehen heißt somit zu verstehen, was unfreiwilliges Verstehen bedeuten kann. Dies verkompliziert die Aufgabe einer sozialwissenschaftlichen Rekonstruktion der Behandlungsprozesse im Maßregelvollzug und führt, wie bereits zu Beginn der Einleitung angedeutet, zu den spezifischen Bezugsproblemen des Maßregelvollzugs, die es im Folgenden nachzuvollziehen gilt.

Für diejenigen, die eine strenge methodologische Engführung einfordern, mag all dies unbefriedigend sein. Zwischen Erste-, Zweite- und Dritte-Person-Perspektiven wechseln und dann noch mit einer *Transgression* zwischen Macht und Verstehen rechnen zu müssen, wirft eine Komplexität auf, die methodisch kaum zu kontrollieren scheint. Doch darunter ist unser Gegenstand nicht angemessen zu haben. Gerade weil der Maßregelvollzug so enorm komplex ist, kommen wir nicht umhin diese Komplexität in gewissem Maße auch auszubreiten und der Leserin zuzumuten.

In diesem Buch werden neben dem im Methodenkapitel aufgearbeiteten Beispiel fünf weitere Fälle ausführlich aufgearbeitet und dargestellt – denn die typischen Muster der im Maßregelvollzug gängigen Relationen zeigen sich erst in der detaillierten Rekonstruktion des Einzelfalls und der komparativen Analyse unterschiedlicher Fälle. Das Allgemeine wird nur im Besonderen sichtbar.

¹³ Siehe zur Kreuztabellierung von Erleben und Handeln in Bezug auf Ego und Alter unter dem Blickwinkel der symbolisch generalisierten Kommunikationsmedien etwa Luhmann (1998, S. 336 ff.).

Ergänzend werden kleine Fallvignetten anderer Verläufe eingefügt. So werden Weichenstellungen aufgezeigt, wie in etwas veränderten Konstellationen andere Entwicklungen möglich sein könnten.

Die Auswahl der Fälle folgt dabei vor allem dem Kriterium, ob hierdurch grundlegende Bezugsprobleme des Maßregelvollzugs sichtbar werden, wobei jedes der ausgewählten Beispiele andere Aspekte in den Vordergrund treten lässt. Es geht also nicht darum, irgendwelche Absonderlichkeiten und besonders bizarre psychiatrische Charaktere vorzuführen, sondern darum, regelmäßig wiederkehrenden systemischen Mustern nachzuspüren. Zudem haben wir sowohl Krankheitsbilder ausgewählt, die unter dem Oberbegriff ‚Persönlichkeitsstörung‘ subsumiert werden können, als auch dem schizophrenen Formenkreis zuzurechnen sind, da sich hier jeweils bestimmte Bezugsprobleme in besonderer Weise zeigen.

Anmerkungen zum Aufbau des Buches

Mit diesem Buch möchten wir uns der Komplexität des Maßregelvollzugs stellen. Hierfür ist ein Preis zu zahlen. Wir haben auf inhaltlicher Ebene zwischen unterschiedlichen Fokussierungen und Abstraktionsniveaus zu wechseln, um am Ende zu einer dichten Beschreibung gelangen zu können.

In den folgenden Kapiteln finden sich sowohl ausführliche Fallbeschreibungen wie auch kondensierte theoretische Verdichtungen, eine thematisch gegliederte Illustration der wichtigsten Bezugsprobleme des Maßregelvollzugs, wie auch komplexe Schilderungen von Fallverläufen, in denen zugleich das Gewirr divergierender Problemlagen deutlich wird.

Wir wechseln zwischen den Positionen und Perspektiven der unterschiedlichen Beteiligten und versuchen hierdurch, die hiermit zum Ausdruck kommenden Arrangements – die Muster, die verbinden – zu identifizieren.

Wir haben den Interviewausschnitten und Beobachtungssequenzen bewusst viel Raum gegeben. Da die meisten psychiatrischen oder therapeutischen Bücher nur kondensierte, verdichtete und entlang einer spezifischen Fragestellung aufgearbeitete Fälle präsentieren, erscheint es uns als Wert an sich, Patienten, Therapeuten, Ärztinnen etc. ausführlicher zu Wort kommen zu lassen, als dies den üblichen Lesegewohnheiten entsprechen mag.

Wer an unserer methodologischen Herangehensweise interessiert ist, sollte zumindest die Beispielinterpretation in Abschn. 3.2 lesen und dann ggf. weitere, an anderer Stelle von uns publizierte methodologische Arbeiten hinzuziehen.

Ein zentraler Zugang zur Komplexität des Gegenstands besteht darin, systematisch die Perspektiven und Ebenen zu wechseln und durch die hieran anschließenden komparativen Analysen ein multidimensionales Bild der Weichenstellungen und Arrangements innerhalb der forensischen Psychiatrie zu generieren. Dies widerspricht jedoch der sequenziellen Anordnung eines Buches, in dem die einzelnen Elemente der Argumentation nacheinander aufgefädelt werden. Deshalb haben wir uns entschieden, die einzelnen Kapitel immer wieder in Form von ergänzenden „Kästen“ zu durchbrechen, welche jeweils eine weitere Ebene einführen, die dann an anderer Stelle nochmals aufgegriffen werden kann. Hierbei kann es sich um alternative Weichenstellungen handeln, die an dieser Stelle möglich wären, um methodologische Fragen, die anders angegangen werden könnten, oder aber auch um gesellschaftstheoretische Aspekte, die an dieser Stelle eine Rolle spielen, jedoch nicht ausführlicher entfaltet werden können.

Wir laden damit einerseits ein, zu springen – was bei einem solch umfangreichen Buch die meisten Leser und Leserinnen sowieso machen werden – andererseits jedoch auch zu systematischer Lektüre, um sich der Komplexität des Gegenstandes zu stellen und auf diese Weise die Verschränkung der jeweiligen Perspektiven, Positionen und hiermit einhergehenden Darstellungsweisen in den Blick zu bekommen.

Mit Blick auf die Lesefreundlichkeit eines aus den zuvor benannten Gründen an sich schon herausfordernden Buches, haben wir uns dafür entschieden, den Textfluss nicht auch noch durch ein systematisches Gendern von Bezeichnungen zu verkomplizieren, die zugleich in männlicher und weiblicher Variante vorkommen. Wir verwenden teilweise das generische Maskulinum (wenn wir vom Patienten oder Therapeuten sprechen, sind alle Geschlechtsformen gemeint). Wir verwenden teilweise das generische Femininum (wenn wir beispielsweise von der Wissenschaftlerin sprechen, sind auch männliche Personen mit bezeichnet).

Inhaltsverzeichnis

1	Der Maßregelvollzug in Deutschland	1
1.1	Soziologie und Psychiatrie – ein schwieriges Verhältnis.	11
1.2	Sozio- und Milieuthérapie	16
1.3	Das Personal im Rollenkonflikt.	20
2	Schlüsselbegriffe der Untersuchung und methodologische Bemerkungen.	29
2.1	Arrangements – Selbst- und Weltverhältnisse in Form bringen	29
2.2	Das forensische Arrangement – Transformation der Selbst- und Weltverhältnisse	37
2.3	Weichenstellungen – wenn ein Arrangement sich zu verändern beginnt.	44
3	Praxeologischer Zugang – Dokumentarische Methode und Kontexturanalyse	47
3.1	Funktionale Methode – Bezugsprobleme und deren Lösungen.	51
3.2	Beispielinterpretation: Herr Volkert – ein kranker Pädophiler?!	58
4	Bezugsprobleme der forensischen Psychiatrie	91
4.1	Frau Schmidt: Sich verändern, um dieselbe bleiben zu können	94
4.2	Herr Salier: Das Risiko des Vertrauens	167
4.3	Frau Krampen: In der Klinik ein Zuhause finden?!	225
4.4	Herr König: Kapitän der Seele.	277
4.5	Herr Zimmermann: In der Beziehungsfalle	325

5	Abschließende Diskussion	359
5.1	Weichenstellungen der forensischen Psychiatrie in der Zusammenschau der Arrangements.....	363
5.2	Der Körper im Arrangement	379
5.3	Bezugsprobleme der forensischen Psychiatrie – eine Revision. ...	391
5.4	Ethische Fragen – Verantwortung, Reflexion und Umgang mit Freiheitsgraden.	408
6	Kritische Reflexion der Rolle des soziologischen Beobachters	425
	Literatur	429



Der Maßregelvollzug in Deutschland

1

Wer eine Straftat begeht, zum Tatzeitpunkt jedoch aufgrund „einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tief greifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer Intelligenzminderung oder einer schweren anderen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln“ (§ 20 StGB) und somit für schuldunfähig oder verminderter schuldfähig (§ 21 StGB) gilt, kann in logischer Konsequenz des Schuldstrafrechts (vgl. Dörner et al. 2013, S. 333) nicht bestraft werden. Sind dennoch „erhebliche rechtswidrige Taten“ von der betreffenden Person zu erwarten, kann sie zwangsweise auf Grundlage von § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht werden.¹

Bei solchen Maßregelvollzugskliniken, wie sie auch genannt werden, handelt es sich um geschlossene psychiatrische Einrichtungen, die den Zweckertrag der „Besserung und Sicherung“ verfolgen (für eine Einführung siehe Dörner et al. 2013, S. 331 ff.; Stolpmann 2010). Unter diesem Primat, der alle Ebenen der Organisation durchsetzt, gilt es, psychisch kranke Rechtsbrecher so weit zu (*re-*) *sozialisieren*, dass sie in einem Prozess „kultureller Osmose“ (in Anlehnung an

¹Darüber hinaus benennt das Strafgesetzbuch mit § 64 StGB den Fall, dass eine Person per richterlicher Anordnung in eine „Entziehungsanstalt“ eingewiesen werden kann, sofern diese den „Hang“ hat, „alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen“, die rechtswidrige Tat in unmittelbarem Zusammenhang mit diesem Hang zu bringen ist und weitere Taten infolge dieses Hanges zu erwarten sind. Eine solche Unterbringung soll jedoch nur erfolgen, insofern eine hinreichende Aussicht auf Heilung oder längerfristige Vermeidung von Rückfällen zu erwarten ist. Diesen Bereich des Maßregelvollzugs haben wir in unserer Studie ausgeklammert.

Goffman 1973, S. 24) in weniger gesicherten Anschlusseinrichtungen weiter in die Gesellschaft eingegliedert werden können.²

Gesellschaftlich tragen die Insassen das „doppelte Stigma“ (Schott und Tölle 2006, S. 324), dass sie sowohl „krank“ als auch „kriminell“ sind. Es ist also immer schon zu beachten, dass allein die Einweisung und der hiermit einhergehende Verlust des gesellschaftlichen Status das forensische Arrangement konditionieren wird (s. hierzu auch den Punkt „Weichenstellungen“ im Kap. 2 „Schlüsselbegriffe“).

Aufgrund von Schuldunfähigkeit oder verminderter Schuldfähigkeit kann es nicht mehr um eine *moralische Behandlung* des Täters gehen.³ „Soweit möglich“ soll der Untergebrachte „geheilt oder sein Zustand so weit gebessert werden, daß er nicht mehr gefährlich ist“ (§ 136 StVollzG). Der normative Anspruch ist also die *Reduzierung der Gefährlichkeit durch therapeutische Behandlung*. Die Insassen werden zu Patienten, die auf ein straffreies Leben außerhalb einer solchen „totalen Institution“ (Goffman 1973) vorbereitet werden sollen (etwa in speziellen Wohngruppen etc.).

Anders als im Strafvollzug, wo der Schuldige per Definition klar und das Strafmaß per Gerichtsentscheid eindeutig ist, erschwert das Wissen um die Vulnerabilität eines psychisch kranken und schuldunfähigen Menschen dessen Einordnung in moralisch oder medizinisch-therapeutisch eindeutige Kategorien. „Gefährlichkeit“ wird im Behandlungsverlauf zum zentralen Prüfstein der potentiell unbegrenzten Unterbringung, da im regelmäßigen Turnus neu über deren Verlängerung entschieden werden muss.⁴ Was unter „Gefährlichkeit“

²Die Einsicht, dass nicht jeder Mensch in gleichem Maße für seine Straftaten zur Verantwortung gezogen werden kann, besteht schon seit über tausend Jahren (vgl. Haack 2016; Schott und Tölle 2006, S. 324 ff.). Mit dem Deutschen Reich wurden 1871 rechtliche Regelungen eingeführt, die denjenigen für nicht schuldhaft erklären, der „im Zustand schwerer psychischer Störung eine Straftat begangen hat“ (ebd. 325). Der Einfluss der *Medizin* auf den Umgang mit Straftätern bildete sich dabei im Wesentlichen im 19. Jahrhundert aus (vgl. Foucault 2005: 39 ff.). Nach einigen Gesetzesentwürfen zu Zeiten des Kaiserreichs sowie der Weimarer Republik erlangte die rechtliche Regelung der *Behandlung* von sogenannten Gewohnheitsverbrechern allerdings erst 1933 durch die Nationalsozialisten Gesetzeskraft (Kammeier 1995). Der damals eingeführte § 42b RStGB besteht bis heute (als § 63 StGB) nahezu unverändert fort.

³Siehe zu unterschiedlichen Modellen der Bearbeitung moralischer Einsichtsfähigkeit bereits Foucault (1996 [1961], S. 265).

⁴Begründungspflichtig ist dabei die *Fortdauer* der Unterbringung. Nicht die Lockerungen sind begründungspflichtig, sondern das *Zurückhalten* von Lockerungen, also das Ausmaß des Freiheitsentzugs (vgl. Kammeier 2016a, b).

jedoch zu verstehen ist und wie diese vor allem in der Praxis im Zusammenspiel der Funktionslogiken ‚Recht‘ und ‚Medizin‘ operationalisiert werden kann, ist alles andere als eindeutig und objektiv.⁵

Die Gefährlichkeit eines Menschen ist vielmehr etwas, das zunächst im Gerichtsverfahren (und dann im weiteren Verlauf der Unterbringung) festgestellt, um nicht zu sagen kommunikativ hergestellt werden muss, wie bereits Ghode/Wolff (1992) sehr eindrücklich gezeigt haben. Es handelt sich dabei um *die* wichtige Weichenstellung der forensischen Patientenkategorie, denn es geht hier um die die Feststellung, ob ein Täter überhaupt ein forensischer Patient darstellt.

Machen wir dies an einem fiktiven Beispiel deutlich. Ein zweiundzwanzig Jahre alter Student, der auf einer Party einen für ihn ungewohnten Cocktail chemischer Drogen zu sich nimmt, gleitet in die Psychose ab, greift währenddessen den neuen Partner seiner Exfreundin mit dem Messer an und verletzt diesen schwer. Da der junge Mann für mehrere Stunden vollkommen „durchgedreht“ erscheint, wird er zunächst in die nächste Psychiatrie eingewiesen. Stellt die Tat lediglich einen singulären Akt dar, der durch eine Drogenwirkung bzw. die daraus resultierende (vermeintliche) Psychose verursacht wurde, könnte der Mann zum Zeitpunkt der Tat für schuldunfähig erklärt und nach kurzer freiwilliger Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie wieder entlassen werden. Befand er sich jedoch aufgrund früherer psychotischer Schübe in psychiatrischer Behandlung, wäre möglicherweise eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB angebracht, um den Studenten angemessen behandeln zu können und zukünftige Straftaten zu verhindern. Möglicherweise ist der tätliche Angriff jedoch auch als eine Beziehungstat zu werten. Vielleicht werden Zeugen darauf hinweisen, dass er sein Opfer auch im nüchternen Zustand schon mehrfach aggressiv angegangen ist und die Psychose im Drogenrausch möglicherweise nur vorgibt, um eine bereits zuvor intendierte Handlung zu vollenden. Hiermit würde seine Schuldunfähigkeit fraglich werden und er würde vielleicht aufgrund versuchten Totschlags ins Gefängnis gehen müssen. Ein weiteres Szenario könnte sich um den Befund verdichten, dass er schon seit einigen Jahren regelmäßig Kokain und andere Substanzen zu sich nimmt und trotz mehrfacher Entzugsversuche seinen Substanzkonsum nicht so recht unter Kontrolle bekommt. Gemäß § 64 StGB könnte er dann als „schuldvermindert“ zum Entzug in eine entsprechende Klinik eingewiesen werden. Die verschiedenen Szenarien bringen unterschiedliche Konsequenzen mit sich. Von einer baldigen Freilassung, einem gesetzlich auf zwei Jahre begrenzten Aufent-

⁵Vgl. Leygraf (1988), Dessecker (2004), Eher et al. (2016) und Feißt (2018b).

halt in einer Entziehungsanstalt, über einen zeitlich nicht begrenzten Aufenthalt in der forensischen Psychiatrie nach § 63 StGB bis hin zu einer definierten und daher begrenzten Gefängnisstrafe sind unterschiedliche Weichenstellungen denkbar. Die angemessene rechtliche Bewertung der Tat bzw. des Täters liegt dabei nicht im Sinne eines objektiven Datums auf der Hand, sondern wird erst in einem komplexen Prozess von Einschätzungen und Interpretationen hergestellt.

Rechts- und Staatsanwälte, externe psychiatrische Gutachter, die Ärzte, welche den jungen Mann nach dem Vorfall behandelt haben, und Zeugen aus dem Umfeld werden dann das Material liefern, auf Basis dessen die Richterin ihr Urteil fällen wird. Wenngleich mit Blick auf die sachliche Ausgangslage die verschiedenen Optionen nahe beieinander liegen, sind die daraus jeweils folgenden Arrangements grundverschieden. Doch insofern einmal richterlich *entschieden* (ob psychisch krank oder gesund, schuldfähig oder schuldunfähig), erscheint der Sachverhalt klar und eindeutig. Ob er will, oder nicht – der junge Mann wird in seiner Lebensform den Bahnen folgen müssen, die hiermit institutionell vorgezeichnet sind. Und umgekehrt müssen die Institutionen mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln die betreffende Person erfolgreich behandeln – obschon diese möglicherweise um ein Haar einer ganz anderen Behandlung zugeführt worden wäre.

Weichenstellung – zwei Jahre Entzug oder psychiatrische Behandlung mit unbestimmter Dauer

Frau Martini befindet sich aufgrund eines Messerangriffs auf den Partner ihrer Mutter in Untersuchungshaft. Ihre Richterin hat entsprechend der Strafprozessordnung nach § 126a eine einstweilige Unterbringung in der forensischen Klinik angeordnet.

Oberarztvisite, 15. 6. 2019

Oberärztin: Frau Martini, 18 Jahre alt, Borderline, Drogen, Psychose ... hat im Rahmen eines psychotischen Schubes den Lebensgefährten der Mutter mit dem Messer angegriffen ... hat es überlebt ...

Pflegedienstleiter: Sie hat jetzt nach dem Gutachten begriffen, dass es ernsthafter ist ... dass sie unter Umständen doch nicht so leicht rauskommt ... sie beginnt zudem, darüber nachzudenken, ob die Übergriffe von ihrem Vater sexueller Missbrauch waren ... hat hier anfangs Tritt- und Karateübungen gemacht ... hat ein sehr großes Misstrauen ... gewinnt zu uns jetzt ein wenig mehr Zutrauen ...