GERNOT HAHN

Rückfallfreie Sexualstraftäter

Salutogenetische Faktoren bei ehemaligen Maßregelvollzugspatienten

DOI: 10.1486/9783884144152

DOI: 10.1486/9783884144152

GERNOT HAHN

Rückfallfreie Sexualstraftäter

Salutogenetische Faktoren bei
ehemaligen Maßregelvollzugspatienten

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884144152

Gernot Hahn. Rückfallfreie Sexualstraftäter. Salutogenetische Faktoren bei ehemaligen Maßregelvollzugspatienten.
ISBN 978-3-88414-415-2
Die vorliegende Arbeit wurde im Jahr 2007 vom Fachbereich Sozialwesen der Universität Kassel als Dissertation angenommen.

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

Bibliographic information published by Die Deutsche Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data is available in the Internet at http://dnb.d-nb.de

1. Auflage
© Psychiatrie-Verlag GmbH, Bonn 2007
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.
Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Fröndenberg
Satz: Psychiatrie-Verlag, Bonn
Druck: DIP, Witten
Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

DOI: 10.1486/9783884144152

Vorwort 11

1 Einleitung 13

2 Wissenschaftlicher Hintergrund – Die Handlungswissenschaft Soziale Therapie 17

2.1 Historische Entwicklung 18

2.2 Wissenschaftliche Bezüge 22
2.2.1 Der Gegenstand der Sozialen Therapie 27
2.2.2 Der Krankheitsbegriff 29
2.2.3 Der Therapiebegriff 31
2.2.4 Kritik der Institution 33

2.3 Soziale Therapie und Maßregelvollzug 36

2.4 Klinische Sozialarbeit 38

3 Sexualstraftaten als abweichendes Verhalten 41

3.1 Theorien abweichenden Verhaltens 42

3.2 Geschichte gesellschaftlicher Reaktionen auf abweichendes Verhalten 52

3.3 Abweichendes Verhalten und Sexualität 57

3.4 Pathogene Faktoren der Sexualdelinquenz 69

3.5 Strafvollzug, Therapie und Maßregelvollzug 77

4 Sexualstraftäter im Maßregelvollzug 82

4.1 Maßregeln der Besserung und Sicherung 84

4.2 Der Maßregelvollzug in Deutschland 87

4.3 Die Patienten 89

4.4 Das therapeutische Angebot 92

4.5 Entlassungspraxis 98
4.5.1 Bewährung und Führungsaufsicht 99
4.5.2 Resozialisierung und Nachsorge 102
4.5.3 Ambulante Therapie 106

DOI: 10.1486/9783884144152

4.6 Sexualstraftäter im Maßregelvollzug 107
4.6.1 Überblick 114
4.6.2 Therapeutische Möglichkeiten 123
4.6.3 Prognoseverhältnisse nach Entlassung 134

5 Thematische Einordnung und Eingrenzung der Untersuchung 156

5.1 Pathogenese als Denkmodell 157

5.2 Das Salutogenese-Konzept 160
5.2.1 Überblick zur Protektions- und Life-Event-Forschung 170
5.2.2 Protektive Faktoren im Prozess der Lebens- und Krisenbewältigung 175
5.2.3 Felder der Protektion 185

5.3 Theoretische Modelle zur Erklärung von Protektion und Resilienz 188

6 Zur in der Untersuchung angewandten Forschungsmethode 192

6.1 Datengewinnung in der Sozialen Therapie 193

6.2 Grounded Theory – Gegenstandsnahe Theoriebildung 195

6.3 Narratives Interview 198

6.4 Typenbildung und Kategorisierung 203

6.5 Methodisches Vorgehen 205
6.5.1 Datenerhebung, Datenmaterial und Auswertung 206
6.5.2 Die Interviewpartner – Diagnose- und Deliktverteilung 208

7 Fragestellung der Untersuchung 210

7.1 Methodologische Vorannahmen und Überlegungen 212

7.2 Inhaltliche Vorannahmen und Überlegungen 214

8 Auswertung des Datenmaterials 217

8.1 Darstellung der Einzelfälle 217
8.1.1 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 1 vom 19.07.1999 217
8.1.2 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 2 vom 21.02.2002 233
8.1.3 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 3 vom 21.02.2002 240
8.1.4 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 4 vom 21.03.2002 249
8.1.5 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 5 vom 22.03.2002 257
8.1.6 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 6 vom 22.01.2003 263
8.1.7 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 7 vom 19.12.2002 269
8.1.8 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 8 vom 21.05.2002 277

DOI: 10.1486/9783884144152

8.1.9 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 9 vom 22.08.2003 286
8.1.10 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 10 vom 18.07.2003 295
8.1.11 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 11 vom 25.05.2002 302
8.1.12 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 12 vom 20.02.2002 308

8.2 Fallvergleich 314

9 Erhobene salutogene Faktoren 325

9.1 Faktoren der Kindheit 325
9.1.1 Dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson 325
9.1.2 Stabiles familiäres Umfeld 327
9.1.3 Soziale Förderung durch Institution 327
9.1.4 Bedeutung einer spirituellen Orientierung für die eigene Lebensführung i. S. günstiger moralischer Grundorientierung 328
9.1.5 Heimunterbringung in der Kindheit 329
9.1.6 Aufwachsen unter Geschwistern 330
9.1.7 Vorhandensein zusätzlicher (naher) Bezugspersonen 330
9.1.8 Positive Bildungserfahrungen 330
9.1.9 Eher förderliche »gute« Kindheit 331
9.1.10 Sonstige protektive Faktoren 332

9.2 Faktoren der Jugend/Adoleszenz 333
9.2.1 Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten 333
9.2.2 Erreichen eines Bildungsabschlusses 334
9.2.3 Abgeschlossene Berufsausbildung 335
9.2.4 Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson 336
9.2.5 Positive Bildungserfahrung (bzgl. Sexualität) 336
9.2.6 Gute soziale Integration 337
9.2.7 Soziale Unterstützung 338
9.2.8 Sonstige protektive Faktoren 338

9.3 Faktoren des Erwachsenenalters 339
9.3.1 Eine in allen Qualitäten als befriedigend erlebte Partnerschaft 339
9.3.2 Soziale Integration 341
9.3.3 Dauerhafte gute Beziehung zu mindesten einer primären Bezugsperson 343
9.3.4 Berufsausbildung und beruflicher Erfolg 343
9.3.5 Emotionale Intelligenz 344
9.3.6 Störungs-/Krankheitseinsicht 345
9.3.7 Internale Kontrollüberzeugungen 346
9.3.8 Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten 346
9.3.9 Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln 347
9.3.10 Fähigkeit, externe Ressourcen und soziale Stützsysteme zu nutzen 348
9.3.11 Sonstige protektive Faktoren 348

DOI: 10.1486/9783884144152

9.4 Faktoren des erfahrenen Maßregelvollzugs und der erfahrenen stationären Therapie 349
9.4.1 Aufnahme und Beendigung einer spezifischen (Sexual-)Therapie 349
9.4.2 Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im Maßregelvollzug 353
9.4.3 Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im Maßregelvollzug trotz Leugnung – »Sinnvolles Leugnen« 354
9.4.4 Störungs- und Krankheitseinsicht 356
9.4.5 Fortbestehen externer sozialer Kontakte während der Unterbringung 357
9.4.6 Medikamentöse Behandlung (triebdämpfend), bei guter Compliance 358
9.4.7 Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase 358
9.4.8 Sonstige protektive Faktoren 359

9.5 Faktoren der erfahrenen forensischen Nachsorge 359
9.5.1 Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung und Weiterführung einer ambulanten Sexualtherapie/ Reale Therapiemöglichkeiten und gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase 360
9.5.2 Offene, vertrauensvolle Bindung an Therapeuten 361

9.6 Faktoren der aktuellen Lebenssitution 361
9.6.1 Gefühl von Verstehbarkeit 361
9.6.2 Gefühl von Sinnhaftigkeit 363
9.6.3 Gefühl von Handhabbarkeit 363
9.6.1 Adaption relevanter Therapieergebnisse in echte Lebenszusammenhänge 364
9.6.5 Hoffnungspotenzial/Optimismus/Betonung positiver Lebensaspekte ohne Verleugnung von Risikofaktoren und Vulnerabilitäten – Lebenszufriedenheit 366
9.6.6 Besserung der deliktfördernden psychiatrischen Symptomatik 367
9.6.7 Empathiefähigkeit 367
9.6.8 Fähigkeit zum Erkennen und Einhalten eigener Grenzen/ Introspektionsfähigkeit und Fähigkeit zur Herstellung von sinnhaften Bezügen zwischen eigenem Verhalten und der eigenen Lebensperspektive 368
9.6.9 Soziale Flexibilität/Anpassungsfähigkeit 369
9.6.10 Fähigkeit zur Distanzierung von negativen Einflüssen 370
9.6.11 Geringe strafrechtliche Vorbelastung/Geringes Gewaltausmaß 371
9.6.12 Selbstwirksamkeitserleben: Control 372
9.6.13 Verfügbarkeit externer, institutionalisierter Kontrollinstanzen, deren Akzeptanz und deren flexible Ausgestaltung (bedarfsorientiert) 373
9.6.14 Soziale Kontrolle und Unterstützung: Einbindung in soziales Netz (Anerkennung durch Familie und soziale Beziehungen zu nicht delinquenten Personen) 376

DOI: 10.1486/9783884144152

9.6.15 Stabile Partnerschaft 377
9.6.16 Günstige materielle Situation/Geregeltes Einkommen 378
9.6.17 Balance externer und interner Protektivfaktoren 379
9.6.18 Sonstige protektive Faktoren 361

9.7 Falltypische Protektionsmuster 382

10 Zusammenfassung und Diskussion 392

11 Bedeutung der salutogenetischen Faktoren für die Behandlung von Sexualstraftätern 398

11.1 Therapie- und Behandlungsplanung im Rahmen des MRV 399

11.2 Weitere Forschungsaspekte 404

12 Zusammenfassung 406

Literatur 409

Der Autor 425

DOI: 10.1486/9783884144152

DOI: 10.1486/9783884144152

Vorwort

Der Weg von der Idee, sich in einem Forschungsprojekt mit rückfallfreien Sexualstraftätern zu beschäftigen, bis zum Abschluss der Arbeit, war lang. Die scheinbar provokante Themenformulierung – warum bleiben manche Sexualstraftäter rückfallfrei? – schreckte offenbar viele forensische Kliniken und Nachsorgeinstitutionen ab, was die Kontaktaufnahme zu geeigneten Interviewpartnern, eben Männern, die nach einer Sexualstraftat im Maßregelvollzug behandelt worden waren und die anschließende Bewährungszeit positiv durchlaufen hatten, stark erschwerte. Ernüchternd war auch die Reaktion mancher Klinik, man hätte in den letzten fünf Jahren keine Sexualstraftäter entlassen, bzw. es seien die entlassenen Patienten nicht rückfallfrei. Vonseiten der Landesjustizbehörden und der Bewährungshilfe wurden datenschutzrechtliche Bedenken geäußert, die Kontaktherstellung zu geeigneten Probanden wurde als grundsätzlich nicht machbar eingeschätzt. Allerdings fanden sich auch Kollegen[1], die spontan ihre Hilfe zusagten und mir den Kontakt zu meinen Gesprächspartnern ermöglichten. Dafür bedanke ich mich bei Friedhelm Schmidt-Quernheim, Frank Leeder, Susanne Werner und insbesondere bei Michael Stiels-Glenn, der vor allem immer wieder auf die ethische Notwendigkeit einer solchen Fragestellung hingewiesen hat.

Mein besonderer Dank gilt aber den Personen, die bereit waren, mir ausführlich ihr Leben zu schildern und mir dabei Einblick in intimste Aspekte ihrer Lebensgeschichte und Persönlichkeit gewährten. Ohne diese Bereitschaft, die eigene Hemmung zu überwinden und sich zu öffnen, wäre diese Studie nicht möglich gewesen. Das mir entgegengebrachte Vertrauen und die vielen wertvollen Gespräche, die so möglich waren, bestärken mich in der Überzeugung, dass es sinnvoll war, diese Studie durchzuführen. Der Beitrag der vorliegenden Studie zur Erforschung von Rückfälligkeit/Rückfallfreiheit von Sexualstraftätern – und damit ein Stück weit die teilweise Überwindung der Symptomzentrierung psychiatrischer und sozialwissenschaftlicher Forschung – war nur durch die Bereitschaft und Offenheit meiner Interviewpartner möglich, die in den Gesprächen ihre vielfältigen Erfahrungen – besonders die schmerzlichen und unangenehmen – mitgeteilt haben.

Für die wissenschaftliche Betreuung danke ich Prof. Ulrich Sachsse, der den Anstoß zur Forschungsidee gegeben hat und durch seine unkomplizierte, dabei

1 Stets sind beide Geschlechter gemeint, aus stilistischen Gründen verwende ich im Text aber nur die männliche Form.

DOI: 10.1486/9783884144152

fachlich immer tiefgründige Beratung wesentliche Unterstützung geben hat und Prof. Dieter Ohlmeier, der mich durch seine geduldig-fordernde Begleitung motivierte, auch in schwierigen Phasen weiter an diesem Projekt zu arbeiten.

Wichtige Erkenntnisse zur Datenerhebung und -auswertung verdanke ich dem leider viel zu früh verstorbenen Bernhard Achterberg und der von ihm geleiteten Forschungswerkstatt an der Universität Kassel, welche ich im Rahmen eines Aufbaustudiengangs 1994 – 1996 besucht habe. Hier konnte ich Daten und Zwischenergebnisse einer früheren Forschungsarbeit (Hahn 1996 a) präsentieren und diskutieren, was meinen Stil der Datenanalyse wesentlich geprägt hat.

Weiter danke ich Michael Wörthmüller für organisatorische und logistische Unterstützung und ermöglichte Freiräume sowie Richard Sohn, der mir durch persönliche Beratung und Hilfestellung zeitliche Ressourcen ermöglichte, die vor allem in der Abschlussphase von großer Bedeutung waren.

Manfred Prescher danke ich für die kritische Durchsicht des Manuskripts, seine Hinweise zu stilistischen Fragen haben den Text lesbarer gemacht.

Bei meiner Frau Susanne und meinen beiden Söhnen bedanke ich mich, dass sie mir den Freiraum gegeben haben, den ich für diese Arbeit benötigt habe und dass sie meine dadurch bedingte geistige Anspannung ertragen haben. Diesen Rückhalt habe ich als besonders wertvoll erfahren.

DOI: 10.1486/9783884144152

1 Einleitung

Die kriminologische und forensisch-psychiatrische Forschung beschäftigte sich in Bezug auf psychisch kranke Straftäter in den letzten 20 Jahren vorwiegend mit der Ursachenforschung und Prognosefragen. Entsprechend wirkten sich diese Aspekte (»Risikofaktoren«, Pathogenese) in der fachlichen und gesellschaftlichen Diskussion aus. Diese Wahrnehmung der Patientengruppe in der Öffentlichkeit, welche mit dem Begriff der »Vermonsterung« (Kobbé 1999) treffend umschrieben ist, führte zu einer Fokussierung auf die krankhaften Anteile und das – scheinbar immer wiederkehrende – Scheitern. Von besonderer Bedeutung war dabei stets die Tätergruppe der Sexualdelinquenten (Hahn 2003 a), das Dilemma deren Rückfälligkeit wurde in den gesellschaftlich-medialen Prozessen besonders gewürdigt und führte durch entsprechende gesetzgeberische Beachtung zu umfassenden Änderungen im Strafrecht.[1] So verständlich diese Wahrnehmung in der Gesellschaft und in der Fachöffentlichkeit auch ist, führte dieses gesellschaftliche Phänomen zu einer einseitigen Forschungshaltung, was u. a. eine weitgehende Verhinderung von Präventionsansätzen in der Täterarbeit bedingt hat. Der für die Praxis forensischer Psychiatrie so wichtige Bereich der Prognoseaussagen vernachlässigt bis heute den Bereich möglicher Schutzfaktoren weitgehend, in den bekannten Prognoseskalen (vgl. Exkurs: Prognoseverfahren) finden sich so gut wie keine Hinweise darauf, dass protektive Faktoren, welche ja erneute Delinquenz bei einem Täter verhindern helfen könnten, berücksichtigt werden. Brusten (1986) schreibt zu dieser Problematik, dass die Behinderung kriminologischer Forschung mit dem impliziten Auftrag durch staatliche Behörden verbunden sei: kriminologische Forschung als »defensive soziale Kontrolle«. Gemeint war damit, dass sich Forschungsinstitute in der Bundesrepublik Deutschland »vorwiegend mit der ›Erforschung der Kriminellen‹ und mit Problemen der ›Effektivität formeller sozialer Kontrollen‹ im Bereich der Strafverfolgung und des Strafvollzuges« (Brusten 1986, 28) beschäftigt haben. »Hauptfunktion dieser ›traditionellen‹ Kriminologie war es daher, den Institutionen sozialer Kontrolle und der damals vorherrschenden Kriminalpolitik das von diesen geforderte Wissen zur Verfügung zu stellen und die von diesen getroffenen Entscheidungen und Maßnahmen zu legitimieren.« Auch wenn in der Sozialforschung der letzten 20 Jahre zwischen-

1 Zum Beispiel mit der Einführung des Gesetzes zur Verhinderung von Sexualstraftaten und anderen schweren Delikten vom Januar 1998, welches seinen Ausgangspunkt in einer Reihe von Sexualmorden an Kindern (etwa der Fall »Natalie in Epfach«) hatte.

DOI: 10.1486/9783884144152

zeitlich institutionskritische Forschungsvorhaben durchsetzbar waren, hat sich mit der »Renaissance des Zwangs« (Nickolai & Reindl 1999) in der Straffälligenhilfe ab den 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts das Blatt erneut gewendet: Vor dem Hintergrund sozial-ökonomischer Krisen ist »eine wachsende Projektion von Sicherheitsängsten auf den Staat« feststellbar »der wiederum als Handelnder Ängste produziert« (Narr 1999). Die Folge für die Forschung zeichnet sich als Defizitorientierung, Risikoeinschätzung und Effizienzforschung aus.

Durch die Fokussierung der Delinquenzforschung auf Risikofaktoren, Psychopathologie und Delinquenzaspekte, gerieten psycho-soziale Merkmale, welche im Zusammenhang mit (erneuter) Delinquenz stehen können, in den Hintergrund. Eine der ersten deutschsprachigen Studien zu Verlaufsformen der Sexualkriminalität von Berner und Karlick-Bolten (1986) kommt zu dem Schluss, dass die Fixierung auf rein organische und medizinisch-psychiatrische Aspekte eine nur unzureichende Einschätzung der Rückfallwahrscheinlichkeit zulässt. Gefordert wird dort – bereits 1986 –, dass künftige Sexualdelinquenzforschung »besonders psychosoziale Phänomene im Auge haben müsse ...« (ebd., 185) Forschungsaktivitäten in diese Richtung blieben indes weitgehend aus. Vor dem Hintergrund der Renaissance biologistischer Strömungen in der Psychiatrie zu Beginn des neuen Jahrtausends sind derartige Forschungsaktivität auch nicht zu erwarten.

Kurz vor Fertigstellung der vorliegenden Arbeit veröffentlichte die Kriminologische Zentralstelle Wiesbaden, die ausgezeichnete Institution zur Erforschung von Bedingungen kriminellen Verhaltens, Rückfallanalysen und Behandlungsansätzen, eine Zusammenstellung möglicher und sinnvoller Ansätze der Rückfallforschung. Rückfall und Rückfallforschung gehören demnach »zu den zentralen Kategorien der Kriminologie, Strafrechtspraxis und Kriminalpolitik« (Heinz & Jehle 2004, 7). In der Studie werden Möglichkeiten der statistischen Auswertung von Rückfallzahlen, die Arbeit mit dem Bundeszentralregister, Verlaufsuntersuchungen zu kriminellen Karrieren von spezifischen Tätergruppen und die differenzierte Beforschung von Kohortengruppen beschrieben. Ein Hinweis auf rückfallfreie Täter, die Notwendigkeit der Beforschung möglicher Schutzfaktoren fehlt in der umfangreichen Darstellung von »Perspektiven ... Ansätzen, Methoden und Erkenntnismöglichkeiten der Rückfallforschung« (ebd.). Die Suche nach Protektivfaktoren ist Anfang des dritten Jahrtausends kaum Bestandteil kriminologischer Perspektivik.

Entsprechend zur hier skizzierten Forschungsrichtung (Pathogenese) und dem damit verbundenen Forschungsinteresse, basieren die klinischen Diagnosemanuale auf Symptomen, auf störenden (negativen) Aspekten, auf Belastungen, welche zu einem klinischen Syndrom, einem Krankheitsbild führen. DSM-IV (1998) und ICD-10 (Dilling et al. 2004) basieren auf empirischen Grundlagen. Mit enormen Forschungsaufwand wurde das DSM-IV in der letzten Überarbeitungsphase auf eine empirische Grundlage gestellt, u. a. wurden in zwölf Feldstudien an insge-

DOI: 10.1486/9783884144152

samt 6000 Patienten (DSM-IV 1998, XI) diagnostische Kriterien überprüft, um eine weiter differenzierte Verschlüsselung für einzelne Störungsgruppen zu erreichen. Gegenstand dieser Manuale sind die Psychodiagnostik, also die Benennung psychopathologischer Phänomene. Im Kontext eines medizinisch-naturwissenschaftlichen Verständnisses erfolgt diese Diagnostik eben durch Aufzählung von Negativeigenschaften, Symptomen, Störungsbildern, welche dann zu Störungssyndromen zusammengefasst werden. Sicher kommen moderne Psychiatrie und Psychotherapie ohne derartige Klassifikationsmodelle nicht aus, stellen diese doch die Basis moderner Gesundheitsarbeit dar. Kritisch anzumerken ist aber, dass diese Fokussierung auf Auffälliges und Störendes bei weitestgehender Ausblendung bestehender Ressourcen eine (zu) einseitige Wahrnehmung bedingt. Diagnostik führt direkt von der Problemanalyse zur Entwicklung von Interventionsschritten. Eine auf Störfaktoren begrenzte Wahrnehmung eines Falls, führt (leicht) zu einem reduzierten Therapieverständnis, bei dem die bloße Beseitigung des Symptoms im Mittelpunkt der Behandlung steht. Zum Beispiel erfolgt die Beschreibung psychosozialer Phänomene auf Achse III des DSM-IV lediglich als Problembenennung, etwa »Probleme mit der Hauptbezugsgruppe, Probleme im sozialen Umfeld, Ausbildungsprobleme, berufliche Probleme, Wohnungsprobleme, wirtschaftliche Probleme, Probleme beim Zugang zu Einrichtungen der Krankenversorgung, Probleme beim Umgang mit dem Rechtssystem/Delinquenz« etc. (ebd., 22). Die Benennung psycho-sozialer Ressourcen unterbleibt. Immerhin wird im Anhang des DSM-IV unter der Rubrik »Vorgeschlagene Achsen für weitere Forschung« (ebd., 842) darauf hingewiesen, dass sich bestimmte psychologische Prozesse, insbesondere Abwehrmechanismen und Coping-Stile, auf das Erleben und damit die Auswirkung von inneren und äußeren Belastungsfaktoren schützend auswirken können. Als Beispiele für ein hohes (günstiges) Abwehrniveau werden dort (ebd., 843) die Mechanismen Affilitation, Antizipation, Humor, Selbstbeobachtung, Sublimation oder Unterdrückung genannt.

Im juristischen Bereich hat die Diskussion um rückfallgefährdete, gefährliche Sexualstraftäter zu umfangreichen Neuregelungen geführt. Mit der Einführung des »Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten« vom Januar 1998 wollte man damit den »Spagat zwischen härteren Strafen und mehr bzw. besserer Behandlung« (Schmucker 2004, 1) schaffen, und somit eine zukünftige Viktimisierung durch bereits bekannte Täter verhindern. Auch dieser Ansatz fällt durch seine Orientierung an Defiziten auf, solchen in der Behandlung, der Sicherung und in denen der betroffenen Täter. Das Gesetz sollte es ermöglichen, eine größtmögliche Zahl von Sexualstraftätern therapeutisch zu erreichen und (möglichst) alle zur Entlassung anstehenden Probanden einer zusätzlichen, externen Prognosebegutachtung zuzuführen. Die Chance, in diesem Zusammenhang einen erweiterten Schwerpunkt in Richtung Prävention zu setzen, wurde dabei weitgehend versäumt: Investitionen erfolgten eher im

DOI: 10.1486/9783884144152

baulich-strukturellen sowie im personellen Bereich der stationären Versorgung. Ressourcenorientierung und die Möglichkeit einer langfristigen (nachsorgenden) Behandlung und Betreuung blieben weitgehend auf der Strecke, sieht man von der allmählichen Einführung von Forensischen Spezialambulanzen in einzelnen Bundesländern (vgl. Freese 2003, Steinböck et al. 2004) einmal ab.

Klinische Sozialarbeit und Sozialtherapie (vgl. Kapitel 2) verstehen sich auch als kritische Reaktion auf die oben beschriebene Situation. Dies geschieht in einem handlungswissenschaftlichen Verständnis als Institutionenkritik, kritische Reflexion von Hilfemaßnahmen, Analyse des Zusammenhangs von gesellschaftlichen und individuellen Phänomenen und einer konsequenten Hinwendung an besonders marginalisierte Randgruppen. Eine so fundierte Sozialarbeit entfaltet sich nicht zufällig im Zusammenhang mit generellen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Krisenzeiten. Die Geschichte sozialer Arbeit weist viele Beispiele für den Zusammenhang von Professionalisierung und gesellschaftlichen Krisenzeiten (Hahn 2005) ab: Beispielhaft seien hier genannt, die

- Entwicklung fürsorgerischer Arbeit um 1900 (Weltwirtschaftskrise)
- Entwicklung der Sozialpädagogik ab den 1920er-Jahren
- Entwicklung eines auf Autonomie abzielenden Hilfeprozesses (»Empowerment«) und Betonung der sozialen Gruppenarbeit ab den 1970er-Jahren (»Studentenproteste«)
- Entwicklung der Sozialen Therapie als Kritik an Institutionsformen und Fokussierung auf den Zusammenhang gesellschaftlicher Rahmenbedingungen individuellen Leids ab den 1980er-Jahren
- Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit als Handlungswissenschaft integrierter bio-psycho-sozialer Behandlung ab den 1990er-Jahren (Anhaltende Rezession, Massenarbeitslosigkeit).

Unklar ist indessen der genaue Stellenwert des Salutogenese-Ansatzes bei der Entstehung von Gesundheit. Zwar sind eine Vielzahl von protektiven Einzelfaktoren benannt, deren Wechselwirkung untereinander und ihre Wirkweise bei Aufeinandertreffen auf Risikofaktoren ist jedoch bislang weitgehend unerforscht. Auch die konkrete Umsetzung salutogener Theoriebildung in konkrete Handlungsansätze steht noch am Anfang. Im Zusammenhang mit der Rückfallfreiheit von Sexualstraftätern stellt sich neben der Frage, welche Faktoren erneute Delinquenz verhindern helfen, das Problem, wie diese Schutzfaktoren in Prognoseinstrumente eingebaut werden können und wie eine konsequentere Ressourcenorientierung in die Behandlung von Sexualdelinquenten integriert werden kann. Diese Arbeit will eine erste Annäherung an die Thematik in Bezug auf Sexualstraftäter sein: ein Einblick in deren bio-psycho-soziale Welten, will deren protektive Faktoren benennen, deren Zusammenwirken im Sinn einer Theoriebildung darstellen und Ansätze für die konkrete Arbeit im stationären und ambulanten Setting formulieren.

DOI: 10.1486/9783884144152

2 Wissenschaftlicher Hintergrund – Die Handlungswissenschaft Soziale Therapie

Zum Wintersemester 1984/85 startete an der Gesamthochschule Kassel der Aufbaustudiengang »Soziale Therapie«. Damit sollte u. a. ein Beitrag zur Behebung gravierender Mängel im Bereich der institutionellen psychosozialen Versorgung geleistet werden. Ein spezifisches Fallverstehen, die Benennung eines sozialtherapeutischen Arbeitsgegenstandes, die Ansiedlung dieser Profession in Institutionen und nicht in freier Praxis, bei gleichzeitiger Reflexion der beruflichen Praxis und persönlichen Anteile sind Eckpunkte der in den letzten 20 Jahren entwickelten Positionen sozialtherapeutischer Theoriebildung.

Auch wenn dieser »Aufbaustudiengang Soziale Therapie« mittlerweile eingestellt wurde, ist die damals geleistete fachliche Entwicklung der Sozialen Arbeit in diesem Studiengang heute noch von großer Bedeutung. Schließlich erfolgte hier die Ausformulierung einer behandelnden Sozialarbeit im institutionellen Kontext, durch die dort geleistete Forschungsarbeit (in der Forschungswerkstatt, in den Abschlussarbeiten aus dem Diplomstudiengang) konnte die Sozialarbeitswissenschaft weiterentwickelt werden. Schwendter (2000) hat einige wesentliche Aspekte dieser Arbeit zusammengetragen. Seit einigen Jahren erfährt die Soziale Therapie eine konsequente Weiterentwicklung in den Bemühungen um die Etablierung einer »klinischen Sozialarbeit« (vgl. Wendt 1995 und 1998, Gödecker-Geenen & Nau 2002, Dörr 2002, Pauls 2004, Geißler-Piltz 2005, Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls 2005, Hahn 2005 und die neue wissenschaftliche Zeitschrift »Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung«) in Deutschland. Im Rahmen der Neuorganisation der Studiengänge an den Fachhochschulen, mit Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen wird seit dem Wintersemester 2001 ein Masterstudiengang klinische Sozialarbeit an der Fachhochschule Coburg (ab 2003 in Kooperation mit der namhaften Alice-Salomon-Fachhochschule in Berlin) und neuerdings ein weiterer Masterstudiengang der katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin angeboten. Die »Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit« im »Institut für psycho-soziale Gesundheit« der Fachhochschule Coburg führt ebenfalls seit 2001 eine Zertifizierung zum »Fachsozialarbeiter Klinische Sozialarbeit/Clinical Social Worker« durch.[1] Die Entwicklung einer klinischen Sozialarbeit ist dabei Bestandteil einer Professionalisierungsdebatte Sozialer Arbeit, welche durch die

1 Siehe: www.klinische-sozialarbeit.de

DOI: 10.1486/9783884144152

Diskussion um die Entstehung einer »Fachsozialarbeit« (Wendt 2002) gekennzeichnet ist.

2.1 Historische Entwicklung

Der Begriff »Soziale Therapie« wird in mehreren Bereichen psychosozialer Problembearbeitung, seit den 20er-Jahren meist unter der Bezeichnung »Sozialtherapie« verwendet. Wronsky und Salomon führten den Begriff mit ihrer Veröffentlichung »Soziale Therapie – Ausgewählte Akten aus der Fürsorgearbeit« bereits 1926 ein (Porsch 1988, 2). Für Unterrichtszwecke zusammengestellt und bearbeitet, enthielt diese Fallsammlung Berichte aus der »Familienfürsorge, der Trinkerfürsorge, der Gesundheitsfürsorge und Jugendwohlfahrt aus der Zeit nach dem 1. Weltkrieg und während der Inflation.« (Müller 1992, 79)

Victor von Weizsäcker greift den Begriff 1947 auf, der darunter ein psychotherapeutisches Vorgehen zur Veränderung der sozialen Umwelt im Sinne der Hilfe für den Patienten verstand (Dorst & Leffers 1980, 91). Ausdrücklich geht von Weizsäcker auf die Patientengruppe ein, die nicht im engeren Sinne psychotherapeutisch behandelt werden kann, hier sollte versucht werden, »jene Faktoren der sozialen Umwelt des Patienten zu verändern, welche das soziodynamische Gleichgewicht ... so ungünstig beeinflusst hatten, dass es nun zum Krankheitsgeschehen gekommen war« (Eicke 1985, 236). In den 60er- und 70er-Jahren wird der Begriff auf verschiedene gesellschaftliche Problemfelder angewandt, so z. B. prägen die Antipsychiatriebewegung,[2] Selbsthilfeansätze in der Drogenarbeit und Resozialisierungsbemühungen im Strafvollzug (Einführung der »Sozialtherapeutischen Anstalt« in das StGB, 1977) die Soziale Therapie. Allen verschiedenen Wurzeln sozialer Therapie gemein ist aber eine umfassende sozialkritische Reflexion, als »Kritik an einer therapeutischen und sozialpädagogischen Praxis, deren Bezugssysteme ausschließlich orientiert sind an isolierten Individuen oder Kleingruppen, als Ausrichtung auf soziale Lebenszusammenhänge anstelle von Symptomzentrierung, als Förderung nach Veränderungsansätzen, die über den engen therapeutischen Rahmen hinausgehen und auf organisatorische und institutionelle Faktoren des psychosozialen Systems insgesamt zielen«. (Dorst & Leffers 1980, 91)

Im Bereich der Psychiatrie zielte sozialtherapeutische Kritik auf deren simpler Übertragung allgemein-medizinischer Vorstellungen und Praktiken. Die Vertreter der Sozialpsychiatrie warfen den klassischen psychiatrischen Institutionen vor,

2 Antipsychiatrie steht hier als Sammelbegriff der psychiatriekritischen Bewegungen, wie Antiinstitutionelle Psychiatrie in Italien, englische Antipsychiatrie oder das Sozialistische Patientenkollektiv Heidelberg. Zur Problematik des Begriffs siehe: Bopp (1982).

DOI: 10.1486/9783884144152

dass vermeintliche Krankheitssymptome von den Institutionen häufig selbstverursachte Schäden seien. »Denken und Handeln der Psychiatrie als Wissenschaft und Institution wurde auf die gesellschaftlichen Ursachen ihrer Entstehung und auf ihre gesellschaftliche Funktion kritisch hinterfragt.« (Dorst & Leffers 1980, 92) (medizinischer Krankheitsbegriff, Normabweichung, soziale Kontrollfunktion der Psychiatrie etc.). Ein Meilenstein in der Entstehungsgeschichte der Sozialpsychiatrie in Deutschland ist 1970 die Gründung des »Mannheimer Kreises«, damals ein spontaner Zusammenschluss von in der Psychiatrie Tätigen. Wichtige Impulse entstanden in dieser Vereinigung, z. B. das von Pörksen (1978) konzipierte gemeindepsychiatrische Versorgungssystem. Aus dem »Mannheimer Kreis« entwickelte sich später die »Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP)«, welche heute, verzweigt organisiert auf Bundes- und Landesebene eine zentrale Rolle im sozialpsychiatrischen Diskussionsprozess spielt.[3] Eine weitere Gruppierung, die »Aktion Psychisch Kranke« kann als zweites Standbein des Reformbeginns der Psychiatrie ab Mitte der 70er-Jahre bezeichnet werden: Durch eine Anfrage im Bundestag erreichte die Initiative 1974 die Einsetzung einer Enquete-Kommision, welche 1975 den »Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland« (Deutscher Bundestag 1975) vorlegte, Ausgangspunkt der Psychiatriereform in den letzten 30 Jahren.

Im Bereich des Strafvollzugs sollte mit der Einrichtung sog. »Sozialtherapeutischer Anstalten« die Fokussierung der Maßnahmen auf die Resozialisierung erreicht werden. Im Gegensatz zum herkömmlichen Strafvollzug sollte anstelle von Bestrafung und Verwahrung die Behandlung durch unterschiedliche Therapiemethoden (Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie) und die Veränderung der Institution Justizvollzugsanstalt zur therapeutischen Einrichtung stehen. Das Dilemma bestand hier freilich im Zusammentreffen von Zwang und Therapie. Ob Therapie im Strafvollzug überhaupt möglich ist, greift z. B. Rasch (1982) auf: »Schon von den theoretischen Voraussetzungen her kann kriminelles Verhalten allenfalls Anlass, nicht jedoch Grund für die sozialtherapeutische Intervention sein. Die institutionell-organisatorischen Widersprüche wie die Erkenntnis über die Gestörtheit und das Leiden des sogenannten Kriminellen führen zu dem Schluss, dass Behandlung im Sinn einer persönlichkeitsfördernden Therapie im System des Strafvollzugs nicht zu leisten ist.« (ebd., 129) Ernüchternd und radikal zieht er den Schluss, dass Sozialtherapie als »Maßregel außerhalb des Vollzugs« die Behandlung vom Strafgedanken lösen könnte, innerhalb des Vollzugs kein Hilfsangebot sei. (Rasch 1982, 144) In der Auseinandersetzung mit der von Mauch und Mauch (Mauch & Mauch 1971) gegründeten sozialtherapeutischen Anstalt Hohenasperg/Ludwigsburg wurde auch die Gefahr deutlich, dass und wie sich Sozialtherapie als Anpassungstechnologie an Sozi-

3 Zur Geschichte der DGSP siehe Clausen (1990)

DOI: 10.1486/9783884144152

al- und Anstaltsnormen verstanden/angewandt werden kann. Behandlungsziel sollte hier die »Abnahme der den antisozialen Reaktions- und Verhaltensweisen zugrunde liegenden Dynamik« sein, »der so verstandenen Eingliederung ... werden gesellschaftspolitische Überlegungen nachgeordnet« (Gaertner 1982, 150). Grundlegend emanzipatorische Prinzipien der Sozialtherapie werden hier zugunsten einer suggestiven Einflussnahme auf die Teilnehmer psychotherapeutischer Gruppentherapie aufgegeben. Weitergehende Ansätze zur Bearbeitung der Problematik Behandlung – Strafe empfehlen eine »Entkoppelung von Therapie (-fortschritten, -willigkeit) und Vollzug durch Bindung der Aufenthaltsdauer [in einer sozialtherapeutischen Einrichtung, Anm. d. Verf.] an die Strafzeit und separate Festlegung des individuellen Lockerungsplanes« (Driebold et al. 1984, 20). Mit der Einführung des »Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten« vom 26.1.1998, hat die Diskussion um Sozialtherapeutische Anstalten wieder an Aktualität gewonnen. Hier ist vorgesehen, dass behandlungsfähige Sexualstraftäter, welche zu einer Haftstrafe von mehr als zwei Jahren verurteilt werden, obligatorisch in einer solchen Einrichtung untergebracht und behandelt werden sollen. Soziale Therapie erfährt hier als »Behandlung der Delinquenz« eine Renaissance.

Weitere Impulse in der Geschichte der Sozialen Therapie kamen aus dem Bereich der Gemeindepsychologie, welche auf nordamerikanische »Mental Health«-Ansätze zurückgreift und aus den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, welche »eine bessere Nutzung fachlicher und berufsspezifischer Ressourcen durch Kooperation von Fachleuten ohne einen radikalkritischen Änderungsansatz, der sich auf die Institutionen selber richtet« (Dorst & Leffers 1980, 99) intendierte. Im Gegensatz zu von Experten entwickelten und umgesetzten sozialtherapeutischen Ansätzen stehen Selbsthilfegruppen, welche in eigener Sache, aus Betroffenheit und auf der Basis der Gleichheit und Zuständigkeit aller Gruppenmitglieder handeln. Die Bedeutung dieses Ansatzes liegt in der »Eröffnung eines kapazitätsstarken zweiten psychosozialen Versorgungsweges als Entlastung und Ergänzung der professionellen Tätigkeit«, im »Therapieprinzip Gruppenselbsthilfe als Herausforderung der professionellen Methodik« und der »Rollenveränderung von Arzt und Patient im Sinne einer Enthierarchisierung und Emanzipation der helfenden Beziehung« (Dorst & Leffers 1980, 100).

Wichtige Impulse für die Umsetzung sozialer Therapie wurden durch die Soziotherapie im stationären und ambulanten Versorgungsbereich erreicht. Bereits 1991 war mit der in Kraft getretenen Psychiatriepersonalverordnung (PsychPV) Soziotherapie in der stationären und teilstationären Versorgung offiziell eingeführt worden und wurde damit wichtiger Teil eines Versorgungskonzeptes klinisch-stationärer Krankenbehandlung. Die Durchführung dieser Leistung ist in erster Linie eine Domäne von Sozialpädagogen, zu deren Regelaufgaben z. B. sozialtherapeutisches Kompetenztraining und Einzelfallhilfen zur Wieder-

DOI: 10.1486/9783884144152

eingliederung in den Wohnbereich, als auch ins familiäre und gesellschaftliche Leben gehören (Reumschüssel-Wienert 2002). Als Gruppenangebot wurden Gruppen zur Erweiterung und Festigung von Kompetenzen im sozialen Bereich und Aktivitätsgruppen zu soziotherapeutischen Regelaufgaben. Innerhalb der PsychPV wurde Soziotherapie als »handlungsorientierte Einflussnahme ... auf die Wechselwirkung zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld« (Bundesrat-Drucksache 666/90) etabliert.

Durch die Einführung einer »Soziotherapie« nach § 37a SGB V wurden sozialtherapeutische Beratungs-, Behandlungs- und Vernetzungshilfen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung auch für den ambulanten Versorgungsbereich eingeführt. In § 37a SGB V heißt es:

»Soziotherapie

(1) Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn dies geboten, aber nicht durchführbar ist. Die Soziotherapie umfasst im Rahmen des Abs. 2 die im Einzelfall erforderliche Koordinierung der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall.

(2) Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung nach Absatz 1, insbesondere

1. Die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist,
2. die Ziele, den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie,
3. die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von Soziotherapie berechtigt sind,
4. die Anforderungen an die Therapiefähigkeit des Patienten,
5. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.«

Der Fokus dieser »Soziotherapie« wurde vom Gesetzgeber auf Gesundheitsprobleme, also Krankheit beschränkt, ist störungsbezogen und folgt einem naturwissenschaftlichen Verständnis von Funktion und Struktur des menschlichen Organismus. Ziel der Maßnahmen ist eine verbesserte Partizipation am gesellschaftlichen Leben. Insbesondere soll erreicht werden, dass schwer psychisch kranke Menschen Hilfen und Leistungen des Hilfssystems selbstständig in Anspruch nehmen können, wovon allgemein eine Kostenminderung durch adäquatere Versorgungsmöglichkeiten und Verhinderung oder Verkürzung von Klinikaufenthalten erwartet wird. Psycho-soziale Defizite der Betroffenen sollen

DOI: 10.1486/9783884144152

abgebaut werden, die Patienten sollen Hilfeleistungen dadurch besser akzeptieren. Mit den Methoden der Fallkoordination, von Case-Management und sozialem Kompetenztraining sollen soziotherapeutische Behandlungspläne erstellt werden und Trainingsmaßnahmen durchgeführt werden. Als Zusatzleistung (im Gesetzestext ist von »Kannleistungen« die Rede) sind Motivationsarbeit, Psychoedukation und Krisenintervention vorgesehen. Ambulante Soziotherapie bietet neben der Möglichkeit zur Qualifizierung zum Kinder- und Jugendlichentherapeuten und den Regelungen des Heilpraktikergesetzes die einzige Möglichkeit, sozialtherapeutische Leistungen selbstständig auf Grundlage einer Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung anzubieten. Leider findet § 37 a SGB V seit seiner Einführung im Januar 2002 kaum Anwendung, die Krankenkassen haben die Vergütungsstrukturen derart niedrig angesetzt, dass eine selbstständige Tätigkeit als Soziotherapeut ökonomisch nicht machbar ist. Darüber hinaus erfolgte eine Einengung der Diagnosegruppen auf Krankheitsbilder aus dem schizophrenen Formenkreis, was im Vergleich zu den Diagnoseverteilungen im Bereich psychiatrischer Versorgung unlogisch erscheint.

Grundsätzlich ist die Etablierung der ambulanten Soziotherapie ein Fortschritt für die sozialrechtliche Gleichstellung psychisch kranker Menschen. Die verzögerte Einführung in den Bundesländern muss nun dringend vorangetrieben, der vorhandene Spielraum ausgenutzt werden. Schließlich ist die Vorgabe, dass sowohl die verschreibenden Ärzte als auch die Leistungserbringer der Soziotherapie in ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem integriert sein müssen, eine Chance zur Weiterentwicklung dieser regionalen Versorgungsstrukturen.

2.2 Wissenschaftliche Bezüge

1984 wurde der Aufbaustudiengang Soziale Therapie vom Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst genehmigt. Angestrebt war eine »Zusatzausbildung«[4] für Sozialarbeiter und -pädagogen mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung, was zu einem vollakademischen Abschluss mit Promotionsberechtigung führen sollte. Von Beginn an wurden zwei Ausbildungsschwerpunkte, »Psychisch Kranke« und »Straffällige« angeboten, entsprechend der beiden für soziale The-

4 R. Porsch spricht in ihrem Aufsatz »Zur Konzeption des Aufbaustudienganges Soziale Therapie« (Porsch 1991, 7) von einer Zusatzausbildung für Sozialarbeiter. Mittlerweile hat sich das Selbstverständnis der Absolventen und Studierenden von diesem Selbstbild wegentwickelt. Soziale Therapie ist eine eigenständige Profession, kein »Zusatz«. Natürlich sind Absolventen des Aufbaustudiengangs auch Sozialarbeiter, ihre Arbeitsplätze, theoretischer Hintergrund etc. haben sich jedoch weiterentwickelt. Das drückt sich auch in dem Umstand aus, dass der Aufbaustudiengang – in hoffnungsvolleren Zeiten des Weiterbestehens – für andere Berufsgruppen (Psychologie, Theologie, Sozialwissenschaften) geöffnet werden sollte.

DOI: 10.1486/9783884144152

rapie bedeutenden sozialgeschichtlichen Herkunftsachsen (Sozialpsychiatrie und Sozialtherapeutische Anstalt in der Strafrechtspflege).

Sozialtherapeuten sollten nach Abschluss der Ausbildung »über therapeutische Erfahrungen mit Supervision und Selbsterfahrung verfügen, um z. B. verfahrene Situationen, Identifikationsmuster, Gruppenprozesse u. Ä. beleuchten und konstruktiv verändern zu können. Darüber hinaus sollten sie auch in der Lage sein, intrainstitutionell sozialtherapeutische Rahmenbedingungen in Institutionen zu setzen, zu fördern und zu begleiten. Das heißt auch, diese Institutionen in ihren Funktionsabläufen und Bedingungsgefügen zu durchschauen und Ansätze für Veränderungen und deren Umsetzung auffinden zu können. Und das heißt außerdem, diese Ansätze anhand von Praxisforschung zu überprüfen« (Porsch 1991, 9).

In der Prüfungsordnung des Aufbaustudiengangs sind die (wissenschaftlichen) Gebiete der Sozialen Therapie benannt: Theorie der sozialen Arbeit, Gesellschaftstheorie, gesellschaftliche Bedingtheit sozialer Therapie, Rechtsbereich, Institutionsanalyse, Sozialisationstheorie und empirische Sozialforschung.

Im Folgenden wird ein Überblick über wichtige theoretische, wissenschaftliche Bezugspunkte der sozialen Therapie gegeben, welche für den Kontext der vorliegenden Arbeit von Bedeutung sind.

Wichtige inhaltliche Bezüge bestehen zu Ansätzen aus Sozialarbeit/-pädagogik, Soziologie, Psychoanalyse und sozialwissenschaftlicher Forschung. Diese Aspekte sollen hier wenigstens kurz umrissen werden:

Ein erster inhaltlicher Bezug besteht zur Sozialarbeit. Haag verweist auf den Mangel eigenständiger Theoriebildung und fehlender Grundlagenforschung. Sie benennt primäre und sekundäre Methoden, wie social casework, social group work, social community work und Praxisanleitung/Supervision, Forschung, Administration als zentrale Eckpunkte sozialarbeiterischer Theoriebildung (Haag 1979, 929). Gaertner bezieht sich auf die Ansätze einer kritischen Sozialarbeit, welche sich mit den institutionellen Parametern der Interaktion beschäftigt. Die Bedeutung für Sozialarbeit und darauf aufbauend auch für Sozialtherapie, liegt dabei in der Eigendynamik der Institutionen, welche über Stigmatisierungs- und Degradationsmechanismen die beteiligten Subjekte de-individualisiert. Sozialtherapie ist demnach von politischer Praxis nicht zu trennen. Erst als institutionskritische Bewegung entfaltet sie ihre gesellschaftsverändernde Kraft. Nur politisch bewusste Therapie ist zur gesellschaftlichen Analyse und Entwicklung entsprechender Interventionsstrategien fähig. Damit konstituiert sich eine Affinität von kritischer Sozialarbeit (im Bereich beratend-helfender Angebote) und Sozialtherapie. Gaertner benennt hier vier Bereiche: 1. Beide Verfahren richten sich auf deklassierte Bevölkerungsgruppen oder abweichende Minderheiten; 2. der Arbeitsansatz ist jeweils eher problem- denn methodenorientiert; 3. Gegenstand der Intervention ist nicht primär die individuelle Pathologie, sondern das gestörte Interaktionssystem; 4. Beide sind nicht ausschließlich am Kurieren von

DOI: 10.1486/9783884144152

Symptomen, sondern an präventiven, alltagsbezogenen Strategien interessiert. (Gaertner 1982, 2)

Eine zweite theoretische Bezugnahme ist in der Psychoanalyse angesiedelt. Ohlmeier (1991, 68) benennt psychosoziale Diagnostik, Therapie, Team- und Institutionsberatung sowie Forschung als theoretische Schlüsselbegriffe. Gaertner führt dazu aus: »Wenn wir uns mit der Psychoanalyse als einer grundlegenden Orientierung für die Begründung sozialtherapeutischer Theorie und Praxis beschäftigen, so in dem Bewusstsein, dass auch sie in der Gefahr steht, zur Sozialtechnologie sich zu verkehren. Gleichwohl stellt sie als wissenschaftliches System, als Paradigma, einen Typus therapeutischen Wissens dar, der sich, im Unterschied zu den meisten anderen Therapieformen, gerade nicht durch arbeitsteilige Spezialisierung, sondern durch Integration verschiedener theoretischer, praktischer und historischer Dimensionen auszeichnet.« (Gaertner 1982, 13)

Das psychoanalytische Paradigma ermöglicht eine Sichtweise von Symptomen individuellen Leids als Ausdruck komplexer Interaktionen und ihrer Störungen, dementsprechend ist der therapeutische Prozess auch in der Interaktion angelegt. Als umfassende Theorie und Praxis richtet Psychoanalyse ihren Fokus auf die Störungen (Neurosenlehre) und deren Behandlung (Therapie). Auf einer weiteren Argumentationsstufe formuliert sich die psychoanalytische Entwicklungspsychologie (welche mit der Neurosenlehre verbunden ist) und darüber sind »phylogenetische« Theorien angesiedelt, der Überbau der kulturhistorischen Entwicklung des Menschen. Damit werden Symptome in traumatischen Erlebnissen begründet angesehen, welche vom Betroffenen selbst nicht mehr erkannt werden. Im Prozess der Reaffektisierung (Analyse) werden diese Traumata wiedererinnert, die aktuellen Symptome können als Ausdruck der Biografie identifiziert werden. Im Prozess des Durcharbeitens werden diese Erlebnisse bewältigt. Für die Sozialtherapie ergibt sich daraus eine veränderte Rollensituation in der Beziehung Therapeut – Patient: »Das psychodynamische Verständnis der Analyse verändert den Status des Patienten. Er ist nicht länger Objekt der Behandlung, sondern wesentlich Träger des therapeutischen Prozesses.« (Gaertner 1982, 15) Grundlage für die Anwendbarkeit psychoanalytischer Theorie und Praxis ist das zugrunde liegende Gesellschaftsbild, mit der Kernthese, dass das gesellschaftlich Vergangene im Individuum nicht ausgelöscht, sonder eher vergessen oder verdrängt ist und damit im Einzelnen weiterlebt. Die Psychoanalyse enthält damit ein sozialtherapeutisches Engagement, wodurch die Möglichkeit gegeben ist, ihre therapeutisch-kritischen Impulse nicht nur dem Interesse einer privaten Klientel, sondern auch den Unterprivelegierten zur Verfügung zu stellen.[5] Als

5 Diese Ausdehnungsmöglichkeit der psychoanalytischen Technik wurde bereits von Freud selbst antizipiert: »Irgend einmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, dass der Arme ein ebensolches Anrecht auf seelische Hilfeleistung hat wie bereits jetzt auf lebensretten-

DOI: 10.1486/9783884144152

eine Antwort auf diesen Missstand deutet Gaertner die Entstehung unterschiedlicher Therapieformen (Psychoboom). Ein Defizit gilt jedoch für alle Therapierichtungen, wie auch für die Psychoanalyse selbst: die völlige Vernachlässigung der psychodynamischen Bedeutung der Institutionen und der sozialisatorischen Funktion institutionalisierter Interaktion, worin er den Gegenstand und die Legitimation der Sozialtherapie festmacht (Gaertner 1982, 27 f.). Er schlägt für die Sozialtherapie ein »interaktionelles Psychoanalyseverständnis« (Gaertner 1982, 25) vor. Ein in diese Richtung gehendes theoretisches Modell und eine gruppentherapeutische Methode liegt, mit der »psychoanalytisch-interaktionellen Gruppenpsychotherapie,« als Modifikation einer im Wandel begriffenen Psychoanalyse vor. Ausgerichtet auf eine Zielgruppe mit entwicklungsbedingt strukturellen Ich-Störungen, arbeitet die Methode weniger mit dem analytischen Prinzip der »Deutung«, sondern vorrangig mit dem interaktionellen Prinzip »Antwort«. Damit liegt ein Ansatz zur Arbeit mit Zielgruppen vor, die mit klassisch analytischen und psychotherapeutischen Ansätzen nicht erreicht werden können. Durch die Fokussierung der Interaktion ist dies m. E. auch eine geeignete Methode im Arbeitsbereich sozialer Therapie (Heigl-Evers & Ott 1995). Auf die Bedeutung dieses Ansatzes für die Arbeit mit Ich-strukturell gestörten Patienten im Rahmen des Maßregelvollzugs hat Hahn (2005) hingewiesen.

Aus soziologischer Sicht werden Theorien zur Professionalisierung, Institutionsanalyse, Kommunikationstheorie, den Theoriediskurs um die Herstellung von Wirklichkeit, Alltag, Biografie und Identität sowie die Verfahren der Ethnografie und die der interpretativen/rekonstruktiven Sozialforschung eingebracht (Gildemeister & Robert 1995, 21). Bedeutsam ist hier der Beitrag Gildemeisters, welcher die Ausformung psychosozialer Hilfsangebote in Form der »Inszenierung von Gemeinschaft« beschreibt und analysiert. Neuere Ansätze

de chirurgische. Und dass die Neurosen die Volksgesundheit nicht minder bedrohen als die Tuberkulose und ebenso wenig wie diese der ohnmächtigen Fürsorge des Einzelnen aus dem Volke überlassen werden können. Dann werden also Anstalten oder Ordinationsinstitute errichtet werden, an denen psychoanalytisch ausgebildete Ärzte angestellt sind, um die Männer, die sich sonst dem Trunk ergeben würden, die Frauen, die unter der Last der Entsagungen zusammenzubrechen drohen, die Kinder, denen nur die Wahl zwischen Verwilderung und Neurose bevorsteht, durch Analyse widerstands- und leistungsfähig zu erhalten. Diese Behandlungen werden unentgeltliche sein. Es mag lange dauern, bis der Staat diese Pflichten als dringende empfindet. Die gegenwärtigen Verhältnisse mögen den Termin noch länger hinausschieben, es ist wahrscheinlich, dass private Wohltätigkeit mit solchen Institutionen den Anfang machen wird; aber irgendeinmal wird es dazu kommen müssen. Dann wird sich für uns die Aufgabe ergeben, unsere Technik den neuen Bedingungen anzupassen. ... Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massenanwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren, und auch die hypnotische Beeinflussung könnte dort, wie bei der Behandlung der Kriegsneurotiker, wieder eine Stelle finden.« (Freud S.: Wege der psychoanalytischen Therapie, GW Bd. 12, S. 192 f., zit. n. Ohlmeier 1991)

DOI: 10.1486/9783884144152

der Identitätstheorie, welche den historischen Prozess der Individualisierung aufgreifen, werden hier für soziale Therapie einbezogen: Personen konstituieren sich nicht mehr über die Zugehörigkeit oder Mitgliedschaft zu einem sozialen Aggregat, sondern über ein »... eigenständiges Lebensprogramm. Der Einzelne selbst wird zur lebensweltlichen Reproduktionseinheit des Sozialen. (...) Dies heißt nichts anderes, als dass Grundprobleme sozialer Integration auf die Individualebene verschoben werden und dort abgearbeitet werden müssen. Soziale Integration, ... ist als Identitätsleistung gefordert« (Gildemeister 1991, 38). Kompetenzstrukturen des Individuums sind demnach Fähigkeiten, widersprüchliche Erwartungen in verschiedenen Dimensionen zu balancieren und zu integrieren. Funktioniert diese Identitätsleistung, dieser Individualisierungsprozess nicht, kommt es zu »Störungen in der Person«, welche, als Übersetzung von lebensgeschichtlich erworbenen psychischen Strukturen, in soziales Handeln (als Auffälligkeit, Delinquenz etc.) zum Problem werden. Die in der Bearbeitung dieser »Störungen« entstandenen psychosozialen Einrichtungen werden als Zwitterwesen beschrieben, welche zum einen formale Organisationen im System von Versorgungseinrichtungen sind, zum anderen aber für ihre Adressaten lebensweltliche Qualität, »lebensweltlichen Charakter« haben (Gildemeister 1989). Stationäre Versorgungsangebote (Kliniken, Wohnheime, Übergangseinrichtungen) reagieren mit Behandlungskonzepten, welche ein kommunikatives Umfeld schaffen, das auf eine soziale Verankerung in der Institution zielt und »u. a. dadurch ›tieferliegende‹ Defizite der Person – Identitätsprobleme – zu bewältigen/bearbeiten hilft« (Gildemeister 1989, 52). Durch »Herstellung von Gemeinschaft« sollen individuelle Problemlagen, der Verlust von Normalität, soziale Defizite bearbeitet werden. Eine solche Kompensation sozialer Defizite beinhaltet aber eben auch Gefahren, z. B. »die der Instrumentalisierung der sozialen Dimension, einer sozialtechnischen Prozessierung des Problems und der Person« (Gildemeister 1989, 58). Für die Sozialtherapie bedeutet das, zu berücksichtigen, dass psychosoziale Probleme kontextuell angelegt sind. »Inszenierte Gemeinschaften« reagieren mit dem Angebot von sozialem Kontext. »Die Qualifikation des sozialtherapeutischen Praktikers besteht dann genau darin, den Kontext zu nutzen, zu gestalten, um ihn zu wissen.« (Gildemeister 1989, 58)

Ein letzter wissenschaftlicher Bezugspunkt soll hier noch erwähnt werden: die selbstkritische Hinterfragung sozialtherapeutischer Arbeit durch Praxisforschung und daraus abgeleitet die Entwicklung sozialtherapeutischer Theorie durch sozialwissenschaftliche (qualitative) Forschung. Haag stellt (Haag 1979) fest, dass Forschung in der Sozialarbeit zugunsten von Handlungsaktionen vernachlässigt wurde. Erst im Zuge der Professionalisierungsdebatte wurde die Notwendigkeit einer eigenen Theoriebildung durch Forschung erkannt. Ihr Ansatz ist eine interdisziplinäre Sozialarbeitsforschung, wobei der Handlung-

DOI: 10.1486/9783884144152

saspekt der Sozialarbeit gleichrangig berücksichtigt werden muss. Die Frage nach der Effizienz sozialarbeiterischer Hilfen sollte durch Leistungsanalysen, Wirkungs- und Erfolgskontrollen kritisch hinterfragt werden. Weitere Forschungsansätze zur Analyse der im sozialtherapeutischen Feld (v. a. psychosoziale Hilfsangebote) angesiedelten Institutionen finden sich in der bereits oben kurz umrissenen Arbeit Gildemeisters (Gildemeister 1989). Erste Überlegungen aus dem Aufbaustudiengang Soziale Therapie liegen mit der Arbeit K. Steegs zur sozialwissenschaftlichen Biografieanalyse als Grundlage für sozialtherapeutische Arbeit vor (Steeg 1990). Dabei bezieht sie sich auf die Auseinandersetzung mit der konkreten Lebensgeschichte eines Psychiatriepatienten und entwickelt daraus Überlegungen zur beruflichen Anwendung der sozialwissenschaftlichen Biografieforschung unter Bezugnahme zu den Arbeiten G. Riemanns (Riemann 1987). Ein derartiger Forschungsansatz gibt Aufschluss über die Prozesse, die zur Aufschichtung der sozialen und psychischen Probleme geführt haben, die aber in konventioneller sozialpädagogischer Bearbeitung nicht deutlich werden und dadurch unbearbeitet bleiben.[6] So kann z. B. die aktuelle Leidenssituation eines Klienten sowohl durch soziale als auch kognitive Schwierigkeiten, und auch durch die Folgen der psychiatrischen Behandlung und Etikettierung mit entsprechendem sozialen Abstieg, beschreibbar und bearbeitbar gemacht werden. Der spezifisch sozialtherapeutische Ansatz, der sich aus der Biografieforschung ergibt, gliedert sich dabei in eine Phase der Problem- und Situationsdefinition, die biografische Beratung (nochmals untergliedert in die kognitive Bearbeitung der Probleme und Beziehungsarbeit) und Unterstützungsleistungen auf der Handlungsebene (im individuellen Bereich als Training und als Hilfe bei der Beeinflussung der sozialen Umwelt). Steeg knüpft dabei hohe Erwartungen an die Methode, wenn sie formuliert: »Ich halte daher die Biografieanalyse für ein wichtiges Arbeitsinstrument in der Sozialpsychiatrie, will man psychisch Leidenden in Zukunft die folgenreichen Entfremdungserfahrungen und Identitätszuschreibungen ersparen und die damit zusammenhängende gesellschaftliche Ausgrenzung verhindern.« (Steeg 1990, 255)

2.2.1 Der Gegenstand der Sozialen Therapie

Soziale Therapie ist, nach den Vorbemerkungen zum Aufbaustudiengang, »zu verstehen als interdisziplinärer Ansatz, der eine erhöhte Reflexions- und Handlungskompetenz herausbildet ... Der Begriff Soziale Therapie bedeutet, dass dieses

6 Im Kontext dieser Auffassung von sozialtherapeutischer Theoriebildung steht auch die vorliegende Arbeit, hier durch Benennung protektiver Faktoren, welche im Behandlungsprozess genutzt werden können.

DOI: 10.1486/9783884144152

Leiden nicht aus den sozialen Bezügen, in denen es entstanden ist, herausgelöst und einer isolierten Behandlung zugeführt wird, sondern dass das therapeutische Handeln in doppelter Perspektive sowohl an den sozialen wie an den psychischen Konflikten ansetzt. Soziale Therapie wendet sich primär dem Elend sozial vernachlässigter Bevölkerungsgruppen zu, die bisher in den konventionellen, meist individualtherapeutischen Angeboten zu kurz gekommen sind« (Seeger-Müller 1989).

Was ist, wenn man dieser Vorgabe folgt, der Gegenstand der sozialen Therapie? Die Therapie? Das Elend? Das Soziale? Das soziale Elend? Schwendter nähert sich dem Gegenstand der sozialen Therapie in der Diskussion der politischen Bedeutung von Therapie, welche er »als jenen Umgang mit Entfremdungserfahrungen, der gemeinsam oder vereinzelt, mit oder ohne abgetrennt-eigenständige Professionelle, stattfinden kann« (Schwendter 1991, 61 f., auch in Schwendter 2000, 15 f.) begreift. Er führt weiter aus, dass die Authentizität sozialer Therapie aus ihrem Doppelcharakter entsteht: »Mir ist kaum ein Symptom, eine Entfremdungserfahrung bekannt, die nicht gleichzeitig aus dem gesamtgesellschaftlichen Herrschaftszusammenhang, gleichzeitig aus jenem Leiden, welches durch die Beeinflussung von Wünschen, Bedürfnissen und Interessen im Gesamtzusammenhang herrührt.« (Schwendter 1991, 61) Die soziale Bedingtheit des Leidens von Individuen und Gruppen steht im Fokus sozialer Therapie. Oder einfacher formuliert: Gegenstand der sozialen Therapie ist »das Soziale«.

Gildemeister und Robert benennen diese »Dimension des Sozialen«, ausgehend von einer – noch ausstehenden – Professionalisierung der sozialen Therapie. »Professionelles Handeln als ›widersprüchliche Einheit‹ von Theorieverstehen, Regel-Wissen und Fallverstehen konstituiert die Einheit von Theorie und Praxis in der Person des Professionellen.« (Gildemeister & Robert 1995, 2). Als Beispiele einer gelungenen Professionalisierung nach klassischem Muster führen sie Medizin und Jura mit ihren spezifischen »Gegenständen« Krankheit (als objektivierbarer, eigendynamischer Ablauf im biomedizinischen Verständnis) und Recht (als normbestandswahrender Handlungsansatz) an. Die dadurch entstehende Perspektivik lässt eine spezifische Situationsdefinitionen entstehen. Für die soziale Therapie bedeutet das, dass der Klient nicht »nur im Sinne eines (monadischen) Individuums« gesehen werden kann, sondern »immer um ein Verständnis des Klienten im Kontext, vor allem in seiner sozialen Eingewobenheit« (Gildemeister & Robert 1995, 4).

Das drückt sich in einem spezifischen Fallverstehen aus, in dem nicht vorverfasste Kategorien und Typen bekannter Fälle angewandt werden, sondern in dem die »Herstellungslogik der sozialen Einheit, des jeweiligen Falls zunächst einmal elementar rekonstruiert« (Gildemeister & Robert 1995, 5) wird. Diese »Dimension des Sozialen« meint grundlegend die Ebene, in der »wir uns als soziale, gesellschaftliche Wesen herstellen, die Verfahren, die wir dabei zur Anwendung

DOI: 10.1486/9783884144152

bringen, unsere Sozialität im Allgemeinen und deren je konkrete Formen und Ausprägungen.«[7]

Die Bildung eines eigenständigen Gegenstands sozialer Therapie, vergleichbar dem des »Körperlichen« in der Biomedizin, oder des »Psychischen« in der Psychoanalyse ist nicht unproblematischer als dort. »Denn wir wissen ja längst, dass körperliche Prozesse nicht unsozial und psychische Prozesse nicht unkörperlich ablaufen und Rechtsnormen ihrerseits soziale Wirklichkeit schaffen.« (Gildemeister & Robert 1995, 6).

Der Gegenstand sozialer Therapie »verortet« sich dabei in Institutionen in denen psychosoziale Hilfe angeboten wird. Diese wiederum sind gekennzeichnet durch ein Auseinanderdriften der professionellen Perspektiven, was eine Zersplitterung der Adressaten und deren Problemlagen in psychische, körperlich und soziale Phänomene nach sich zieht. Soziale Therapie hat hier, ihrem Selbstverständnis nach, integrativ zu wirken.

2.2.2 Der Krankheitsbegriff

Der im Bereich der psychosozialen Hilfe verfügbare Krankheitsbegriff ist geprägt durch biologisch-genetische Erklärungsmuster der Medizin, oder psychodynamische Ansätze. Ciompi kritisiert ein überholtes Krankheitskonzept, das nicht dem gegenwärtigen Wissensstand entspricht. Im Denken und Handeln psychiatrischer Experten steht noch immer das klassische Konzept der »Endogenität« im Vordergrund. Viele Krankheiten werden als kaum beeinflussbarer Krankheitsprozess mit unverständlichen Grund- oder Primärstörungen eingestuft (Ciompi 1978, 332). In den letzten Jahrzehnten entwickelte Ansätze berücksichtigen stärker den sozialen, kommunikativen Aspekt von psychischer Krankheit: »... haben wir gelernt ... zu sehen: dass ein Mensch, der krank, abweichend, irre, verrückt ist, in Beziehung zu anderen, zu sich selbst, zu seinem Körper, den Anforderungen am Arbeitsplatz, zu seinen Gefühlen verfehlt handelt. Beginnt man, den Aspekt der Beziehung zu berücksichtigen, ist es nicht mehr möglich, von einzelnen Krankheitsträgern auszugehen und nur diese wahrzunehmen. Es sind auch die anderen Teile des Geflechts mitzusehen. Die Bedingungen des Handelns bzw. des gestörten Handelns sind dann zu erspüren und evtl. zu ändern. Eine solche Sichtweise ermöglicht, dem Begriff ›krank‹ eine breitere Bedeutung zu geben:

7 Die soziale Dimension der Sozialen Therapie umfasst damit 1. Das Verständnis der sozialen Bedingtheit der Entstehung individuellen (psychischen) Leidens. 2. Das Wissen um die Wechselwirkung in der Bearbeitung dieses Leidens durch soziale Ausgrenzungsprozesse. 3. Das Wissen um spezifische Kommunikationshandlungen (»das Soziale, das sich in der Kommunikation ausdrückt«) und deren Störanfälligkeit im Hilfsprozess. 4. Das Verständnis der Theorien sozialer Konstruktion von Wirklichkeit und 5. Der Theorien des Aufbaus sozialer Lebenswelten.

DOI: 10.1486/9783884144152

Die Suche nach den kranken Anteilen in einem Menschen wird zur Suche nach den derzeitigen Möglichkeiten und Unmöglichkeiten, eine Beziehung zu sich, zu anderen oder zur Umwelt aufzunehmen« (Dörner & Plog 1996, 35).

Ein sozialtherapeutischer Krankheitsbegriff berücksichtigt demnach zwei Dimensionen psychischer Erkrankung: Einmal die individuelle Dimension, welche sich aus dem Lebensweg der Betroffenen ergibt, und die soziale Dimension als Beeinträchtigung der Interaktion mit der Umwelt. Das Vorliegen einer medizinischen Diagnose, z. B. einer endogenen Psychose beschreibt nicht objektiv die Fähigkeiten einer Person (z. B. in Bezug auf eigenständiges Leben, Arbeitsfähigkeit), Behandlungsansätze sind daraus nicht ableitbar. Wird der Schwerpunkt auf die Symptome statt auf die Fähigkeiten gelegt, führt das häufig zum Denken in Schemata, was der Patient ist, statt was er fähig ist zu tun. Dies kann zu der Annahme führen, der Patient könne sich nicht entwickeln. In den Krankheitsbegriff muss folglich eine Ressourcenorientierung integriert werden, die Berücksichtigung protektiver Faktoren erfolgen (siehe Kapitel 5.2).

Sozialtherapeutisches Krankheitsverstehen umfasst also nicht nur die Erkrankung (als Symptom einer Ursache) selbst, sondern auch die sich daraus ergebenden Folgen im körperlichen und sozialen Kontext, die Einschränkungen im Leistungsbereich, die Ausgestaltung der erforderlichen Behandlungsschritte und deren Resonanz auf die Betroffenen und das Krankheitsgeschehen. Sachsse und Arndt haben für die chronisch schizophrene Erkrankung ein Krankheitskonzept entwickelt, das für soziale Therapie exemplarisch ist (Sachsse & Arndt 1994). Unter Rückgriff auf den Erklärungsansatz schizophrener Erkrankungen von Ciompi, Böker und Brenner (Böker & Brenner 1986), das psychoanalytische Narzissmuskonzept und Ergebnisse der aktuellen Forschung zum Umgang mit chronischen Krankheiten (»Krankheitscoping«) wird herausgearbeitet, dass es im Krankheitsverlauf zu Störungen des Selbst- und Selbstwertgefühls kommt, welche die Krankheitsakzeptanz und Compliance belasten. Erkrankung, Diagnose, Medikation und rehabilitative Behandlung und der Behandlungsabschluss selbst werden als Nahtstellen des Krankheitsverlaufs analysiert, welche zur »narzisstischen Dauerkatastrophe« führen.

Unter dem Konzept des »Empowerment« (Stark 1996) entwickelte sich in der sozialen Arbeit eine alternative Auffassung von Krankheit und Gesundheit. Die Stärkung und konsequente Nutzung individueller und gesellschaftlicher Ressourcen, die Fähigkeit zur Hilfe durch Selbsthilfe, das konsequente Ziel individueller Autonomie durch autonome psycho-soziale Lernprozesse fußt auf einem ganzheitlichen Verständnis von Störung und Ressource. Die dazugehörigen Interventionsschritte sind hier nicht reine Risikoabwehr und -management, basierend auf individuellen Klient-Helfer-Beziehungen, sondern eine umfassende Realisierung der Teilhabe ausgegrenzter Personen und Gruppen, mit einer frühzeitigen und umfassenden präventiven Förderung. Insgesamt bedeutet der

DOI: 10.1486/9783884144152

Empowerment-Ansatz die Umsetzung des Salutogenese-Modells in konkrete sozialtherapeutische Praxis.

2.2.3 Der Therapiebegriff

Aus dem oben skizzierten Krankheitsbegriff und der Benennung des Gegenstands der sozialen Therapie ergeben sich Folgerungen für die Handlungsebene und Ansätze für einen eigenständigen, neuen Therapiebegriff. Die Hinwendung an eine Zielgruppe sozial Vernachlässigter, die bisher in den konventionellen, individuumzentrierten Angeboten zu kurz gekommen sind, bedeutet eine enorme Innovationsanforderung im Bereich der Hilfsmittel und Konzepte, dies auch vor dem Hintergrund, dass die Gruppe derer, die an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden bzw. über diesen hinausfallen, immer größer wird. Konkrete Beispiele für derart neue Ansätze sind in Kapitel 3.1 genannt. Gemeinsam ist all diesen Ansätzen, dass dort das gängige Behandlungs- und Unterbringungsverständnis in Psychiatrie und Strafvollzug in Frage gestellt wurde.

Als grundlegend für Soziale Therapie können hier fünf Bereiche benannt werden: 1. Hilfe bei der Beeinflussung der sozialen Umwelt, 2. Koordination sozialer Hilfsangebote, 3. Methode der sozialtherapeutischen Fallanalyse, 4. Regionalbezug und 5. Berücksichtigung der Eigenverantwortlichkeit der Klienten

Zu 1.: Die Zielgruppe sozialer Therapie ist durch gesellschaftliche Randständigkeit gekennzeichnet. Insbesondere Maßregelvollzugspatienten weisen eine Reihe sozialer Beschädigungen auf. Die Ausgrenzung in Form der Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt ist dabei der Endpunkt einer langen Kette gesellschaftlicher Interventionsmöglichkeiten und »Hilfs-«angebote, wie z. B. Heimunterbringung, Strafvollzug, »freiwillige« Psychiatrieaufenthalte, Suchtbehandlungen etc. Neben der Beschädigung der Biografie steht die Beschädigung der Persönlichkeit, gekennzeichnet durch psychiatrische Diagnosen wie Minderbegabung, Persönlichkeitsstörung, Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Die Klienten stammen zu einem großen Teil aus schwierigen sozialen Verhältnissen, oftmals aus unvollständigen Familien. Bei den Untergebrachten findet sich zudem ein auffallend großer Anteil, der noch nicht über einen längeren Zeitraum erwerbstätig sein konnte. Etwa einem Drittel der Patienten war bis zum Beginn des Maßregelvollzugs eine eigenständige Lebensführung nicht möglich. Im Sinn einer Problembehandlung setzt der Maßregelvollzug mit seinen therapeutischen Möglichkeiten also zu einem relativ späten Zeitpunkt an. Die Bewältigung von Sozialisationsdefiziten muss vielfältig angegangen werden. Neben Therapieangeboten, welche die Förderung der sozialen Kompetenz betonen (modellunterstütztes Rollentraining, Training sozialer Fertigkeiten etc.), müssen Maßnahmen treten, welche die Nutzung des bestehenden sozialen Systems zum

DOI: 10.1486/9783884144152

(Lern)ziel haben. Im Bereich der schulischen und beruflichen Bildung müssen Angebote geschaffen werden, die zum Ziel haben, der Patientengruppe einen Zugang zum Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass neben diesen Ansätzen, welche auf die Fähigkeiten des Individuums abzielen, Maßnahmen der Anpassung der sozialen Umwelt an die Klienten vorgehalten werden müssen, z. B. in Form von Wohngruppen während der stationären Behandlung (als Alternative zur Krankenstation) und eben auch durch geeignete Übergangs- und Nachsorgeeinrichtungen.

Zu 2. Im Bereich der sozialen Hilfe ist eine zunehmende Spezialisierung zu beobachten. Neben klassischen Organisationen wie Sozial-, Gesundheits- oder Arbeitsamt existieren vielfältige ambulante und stationäre Beratungs-, Hilfs- und Therapieangebote. Diese Spezialisierung und Zergliederung setzt sich in den Institutionen fort. In der Regel sind mehrere Professionen mit einem »Fall« beschäftigt, der Klient erfährt hier seine Aufsplitterung in ein soziales, ein ökonomisches, ein psychisches, ein medizinisches Problem. Soziale Therapie greift mit ihrem »ganzheitlichen« Paradigma dieses nicht abgestimmte Nebeneinander auf und koordiniert die Vielzahl von Hilfsangeboten. Das impliziert eine genaue Kenntnis und Analyse der unterschiedlichen Organisationen mit dem Ziel einer an den Bedürfnissen der Klienten orientierten Nutzung.

Zu 3. Das ganzheitliche Paradigma sozialer Therapie ist weitgehend in der Methode der sozialtherapeutischen Fallanalyse (Steeg 1990, 78 ff.) enthalten. Berücksichtigt wird hier nicht nur die Lebenswelt der Klientel, sondern auch die Lebenswelt der Helfer und deren berufliche Interaktionen. Als relevante Ebenen wird der Klient (Selbstdefinition, Situationswahrnehmung, Ziele, biografischer Hintergrund), die Beziehung »Helfer-Klient« (Beziehungsbenennung, Tausch- und Beziehungscode), der Helfer (Selbstdefinition, Situationswahrnehmung), die Institution (Einfluss auf das Handeln aller Beteiligten, gesellschaftliche Eingebundenheit), der gesellschaftliche Rahmen sowie die Sprache mit Definitionen und Definitionsprozessen benannt.

Zu 4. Ausgangspunkt ist die Kritik an konventionellen Institutionen, welche qua Ausgrenzung und Zusammenfassung der Betroffenen in Einrichtungen, eine Rehabilitation deutlich erschwerten, oder ganz unmöglich machten. Sozialpsychiatrische Elemente, vor allem die der Gemeindepsychiatrie und -psychologie finden im sozialtherapeutischen Therapieverständnis Berücksichtigung. Problematisch ist ein solcher Regionalbezug, wenn Klienten eine derart beschädigte Biografie mit sich bringen, dass die Entlassung in die ursprüngliche »soziale Heimat« nicht möglich oder sinnvoll ist. Regionalbezogenes Arbeiten mit Maßregelvollzugspatienten stößt daneben auch auf Grenzen, welche auf Vorbehalte und Ängste der Bevölkerung zurückzuführen sind. Die seit langem andauernde Diskussion um die Entlassung von Strafgefangenen auf Bewährung, wie sie im Maßregelvollzug prinzipiell die Regel ist, mit der Forderung nach einer Verschärfung der

DOI: 10.1486/9783884144152

gesetzlichen Unterbringung und grundlegend längeren Vollzugszeiten, zeigt die Beschränkung gemeindebezogener Maßnahmen auf.

Zu 5. Teil eines spezifischen Therapieverständnisses ist die Eigenverantwortlichkeit der Klienten. Durch institutionelle Bearbeitung der Problemlagen und Stigmatisierung, welche sich ungünstig auf den Selbstwert der Betroffenen auswirkt ist dieser Aspekt in konventionellen Therapieansätzen oft unterrepräsentiert. Im Fall des Maßregelvollzugs ist der Grad der Fremdbestimmung durch die gesetzlichen Vorgaben besonders stark ausgeprägt. Therapie ist in diesem Kontext zunächst einmal Zwangsbehandlung. Durch lange Behandlungs- und Unterbringungszeiträume im Maßregelvollzug stellen sich Hospitalisierungsschäden, mit Verlust der Fähigkeiten, für sich selbst zu sorgen und die Verantwortung für die eigenen Handlungen, die eigene Biografie zu übernehmen, ein. Soziale Therapie greift diese Folgen der (hier zwangsweisen) Bearbeitung von »Defiziten« auf und entwickelt Methoden, diese zu beheben oder doch zumindest zu mindern.

Zur Umsetzung eines solchen Therapieverständnisses fordern Dorst und Leffers sozialtherapeutische Kompetenzen, die auf drei Veränderungs- und Handlungsdimensionen angesiedelt sind: »Subjektbezogene Kompetenz«, womit der Umgang mit der eigenen Person, die Subjektivität des Helfers gemeint ist (Reflexionsvermögen, Krisen- und Konfliktfähigkeit, Flexibilität, Kreativität und Innovationsbereitschaft, Sensibilität); »Therapeutische Kompetenz«, was diagnostische und therapeutische Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Arbeit mit Klienten im engeren Sinn meint; »Organisationsbezogene Kompetenz«, womit Kenntnisse und Fähigkeiten gemeint sind, »die Institution und das eigene Arbeitsfeld im Hinblick auf ihre Auswirkungen zu analysieren und zu verändern, also das kritische Einbeziehen der Institution in Veränderungsprozesse« (Dorst & Leffers 1980, 101).

2.2.4 Kritik der Institution

Sozialtherapie findet ihren Ort in Institutionen, wodurch sie sich von anderen psychotherapeutischen Verfahren unterscheidet, indem sie »im unmittelbaren sozialen Lebensraum erfolgt, oder als totale Institution diesen ›Lebensraum‹ konstituiert ...« (Nellessen 1982, 170). Von daher findet sich in der sozialen Therapie die Berücksichtigung der institutionellen Dimension, womit ein Schritt weg von der Methodenzentriertheit (klassischer Therapieverfahren) hin zur Problemorientierung gemacht wird. »Problemorientiertes Vorgehen versucht zunächst ... die vorgefundene Situation mitsamt ihren Problemen wahrzunehmen, zu erkennen und zu verstehen. Die so identifizierten Probleme sollen dann, unter Einbeziehung der Betroffenen, mit eigens dafür konzipierten Veränderungs- und Handlungsplänen zu lösen versucht werden.« (Nellessen 1982, 175) Dies hat Konsequenzen für die Zielbestimmung von Institutionen, für die Aufgabenver-

DOI: 10.1486/9783884144152

teilung in ihnen und für den Umgang mit dem gesellschaftlichen Auftrag, den diese zu erfüllen haben (im Fall des Maßregelvollzugs sind das Behandlung *und* Sicherung). Nellessen beschreibt, am Beispiel der Sozialtherapeutischen Anstalt, die Notwendigkeit einer genauen Formulierung der Ziele und Vorgehensweisen über die (bei den Institutionsangehörigen) Übereinkunft und Verständnis »bis in die Einzelheiten« zu herrschen habe. Dies stellt sich als Prozess dar, der sich nicht von selbst einstellt, was einen Kernpunkt der Kritik an institutionellen Therapieformen ausmacht, sondern vom Sozialtherapeuten geplant und begleitet werden muss. Ein zweiter Kritikpunkt institutioneller Therapieformen liegt in der Erkenntnis, dass eine klare Aufgabenverteilung, oft hierarchisch durchstrukturiert, kein Garant für die Effektivität von Organisationen ist. Personale Prozesse behindern den Ablauf in der Organisation. Ein Beispiel: »... dass die stetigen Selbstüberprüfungen sich verselbstständigt haben und keine Kontrollen der Realisierungschancen konkreter Vorhaben mehr sind, sondern Ausdruck dahinter verborgener Ursachen: die Projektgruppe kann falsch besetzt sein; ihr nicht deklarierter Auftrag der Institution kann es sein, nur ja keinen Lösungsansatz zu finden; sie kann davor zurückschrecken zu handeln, weil sie die Konsequenzen scheut oder die entsprechenden Befürchtungen nicht anzusprechen wagt; sie kann zögern, neue Mitarbeiter aufzufordern und aufzunehmen, obwohl es geboten scheint« (Nellessen 1982, 178). Sozialtherapie muss also personal-prozessuale *und* strukturale Ansätze beherrschen. Überlässt man die Strukturierung der Organisation der Naturwüchsigkeit, so stellen sich binnen kürzester Zeit rigide, konventionelle Verhältnisse ein. Der Maßregelvollzug ist auf die Behandlung und Sicherung der Betroffenen verpflichtet. Sinnvoll wäre die Trennung der Behandlung jenseits des Sicherheitsaspekts. Hier stößt der Maßregelvollzug an seine politischen und gesellschaftlichen Grenzen (Stichwort: »Offener Maßregelvollzug«). Der Erfolg des Behandlungsauftrags institutioneller Therapieformen hängt stark davon ab, ob sich die Mitarbeiter solcher Organisationen ihrer konfligierenden Rollen bewusst sind und diese den Insassen auch offenlegen.

Auf die Bedeutung der Institutionsanalyse für die Konzeptualisierung der Sozialtherapie weist Gaertner hin:

> »Die Bedeutung der Institutionsanalyse für die Konzeptualisierung der Sozialtherapie resultiert aus der Funktionsausweitung, die soziale Institutionen in den Bereichen der Sozialisation, der sozialen Kontrolle und der Therapie erfahren haben. Für das Feld sozialer Praxis lässt sich zwischen Institutionen sozialer Kontrolle auf der einen und solchen der Sozialisation bzw. der Rehabilitation auf der anderen Seite unterscheiden. Während diese ein relativ hohes Maß an Bedürfnisartikulation und Interaktionsspielräumen zulassen müssen, um komplexe Bildungsprozesse überhaupt einleiten zu können, zeichnen sich jene dadurch aus, dass in ihnen ein negativer Anpassungstypus institutionalisiert ist, der über Sanktionsdrohungen und Unterwerfung durchgesetzt wird.« (Gaertner 1982, 30)

DOI: 10.1486/9783884144152

Totale Institutionen wie Gefängnis und Psychiatrie erfüllen dabei die Aufgabe, psychosoziale Konfliktlagen zu isolieren, damit eine Stigmatisierung der Betroffenen einsetzt, die wiederum ihre Ausgrenzung rechtfertigt. Die Herauslösung aus dem Bereich der Alltagsinteraktion bedingt dabei mehrere Konsequenzen: Individualisierung gesellschaftlich erzeugter Konflikte, Aufrechterhaltung administrativer Herrschaft und Kontrolle sowie deren Legitimation, Externalisierung negativer, verdrängter, gesellschaftlicher Anteile mittels Projektion auf die Träger abweichenden Verhaltens. Demgegenüber verkörpern Sozialisationsinstitutionen den Typus entwicklungsfördernder Einrichtungen, in denen Anpassung weniger über Sanktionsdrohungen als vielmehr über positive Identifikationen, Belohnungen und Kompensationsversprechungen gesteuert werden.

Durch die Phase der Reformpolitik hat sich nun die Institutionalisierung gesellschaftlichen Lebens enorm ausgeweitet, wodurch eine qualitativ neue, höhere Stufe der Vergesellschaftung ehemals privat organisierter Lebensbereiche hervorgebracht wurde. Eine Umgestaltung der Kontrollinstitutionen hin zu Resozialisierungs- und Rehabilitationseinrichtungen wurde auf den Weg gebracht, jedoch ohne den alten Kontrollanspruch aufzugeben. Entsprechend ambivalent gestalteten sich die Reformbemühungen, v. a. auch da, wo sie in Reformgesetzen mündeten.

> »Unter diesen, von Ambivalenzen gekennzeichneten Bedingungen kommt es entscheidend darauf an, wie die sozialen Institutionen und die in ihnen tätigen Professionals mit Handlungschancen und Spielräumen umgehen, d. h. wie sie die Situation interpretieren. ... Die Form der institutionellen Interaktion entscheidet darüber, ob und in welcher Weise Problemlagen aufgegriffen und bearbeitet werden. Sie greift tief in die Persönlichkeitsstruktur ihrer Mitglieder ein und definiert sowohl den gesellschaftlichen Status als auch den Selbstwert eines Menschen. Eine solche Sichtweise unterscheidet sich von individualistischen ebenso wie von abstrakten gesamtgesellschaftlichen Konzepten.« (Gaertner 1982, 31)

In diesem »Kernzitat« wird u. a. die Bedeutung und der Gegenstand sozialer Therapie bei Gaertner deutlich: Therapie unter Berücksichtigung subjektiver Einflussfaktoren und deren Aufgreifung durch institutionalisierte Interaktionen.

Als erste in diesem Kontext erstellte Arbeit, stellt Gaertner die Forschung E. Goffmans dar. Die Verweisung auf die zwei Standardwerke »Asyle« und »Stigma« (Goffman 1973, 1975) muss hier aus Platzgründen ausreichen. Ein Hauptthema ist der Anpassungsprozess des Individuums an die Institution und die darin begründete Entwicklung eines Sozialcharakters in der Einrichtung sowie die davon abhängige Persönlichkeitsentwicklung. Traumatische Institutionserfahrungen bestehen dabei in der Herauslösung des Subjekts aus dem unmittelbaren Beziehungsgefüge und den bisherigen Sozialisationsinstanzen (ein Umstand, der Gültigkeit besitzt für die weite Spanne vom Kindergarten bis zur Justizvollzugsanstalt). Unter günstigen Bedingungen kann der dadurch

DOI: 10.1486/9783884144152

entstehende Objektverlust (bspw. Mutter) als entwicklungsfördernder Objektwechsel erlebt werden, da mit dem Eintritt in die Institution neue, in größerem Maße sozial strukturierte Erfahrungen möglich sind. Ein Problem dabei ist jedoch, dass der Beziehungsmodus von partieller Anonymität gekennzeichnet ist, die Interaktionen richten sich an der starren Raum- und Zeitstruktur der Institutionen aus und erhalten dadurch Warencharakter (Entfremdung). Die institutionelle Sozialisation mit ihrer Verzahnung von Gewalt und Gewaltförmigkeit der Interaktionen ist Ursache von Traumatisierungen. Dabei erscheinen die Gewaltverhältnisse, anders als in unmittelbaren Eltern-Kind-Beziehungen, als Personen unabhängige gesellschaftliche Prinzipien (Hierarchien, Normen). Aufgabe institutioneller Analyse (Sozialtherapie) ist die Spezifik der Traumatisierung in ihrer Formgenese zu untersuchen, so Gaertner. »Die Verinnerlichung der institutionellen Sinnstruktur, die über die Verdrängung der traumatischen Gehalte der Interaktion ins Unbewusste verläuft, trägt dazu bei, dass die in den Institutionen sedimentierten Herrschaftsbeziehungen nicht direkt, sondern als ›symbolische Gewalt‹ erfahren werden können. Diese Konstellation legt die Konsequenz nahe, ... dass die gesellschaftlich herrschende Amnesie sich genetisch der eigenartigen Verknüpfung infantiler und institutioneller Traumatisierung verdankt.« (Gaertner 1982, 35)

Im Sinne einer angewandten Soziologie (»Sozioninterventionistische Strategien«) fußt Sozialtherapie auf diesem bislang nur unzureichend durch wissenschaftliche Bearbeitung berücksichtigtem Eckpunkt der Institutionsanalyse. Resultat dieser Verbindung von Soziologie und Analyse ist die Sozioanalyse.[8]

2.3 Soziale Therapie und Maßregelvollzug

Welche Bedeutung hat Soziale Therapie für den Maßregelvollzug? Allgemein ist festzuhalten, dass die Kritikpunkte z. B. der Sozialpsychiatrie an der »alten« Psychiatrie (naturwissenschaftliches Paradigma, Institutionsformen, Machtstrukturen, Fehlen tiefergehender Therapien, reine Verwahrung etc.), sich im Maßregelvollzug länger gehalten haben als in anderen Bereichen der Psychiatrie. Die aus dieser Kritik entwickelten sozialtherapeutischen Ansätze, wie sie oben dargestellt sind, müssen hier ansetzen. Der Maßregelvollzug befasst sich mit Personen, welche durch extreme gesellschaftliche Randständigkeit gekennzeichnet sind. Rein psychotherapeutisch orientierte Ansätze versagen oftmals bei diesen Personen. »Zudem sind klassische psychotherapeutische Settings von ihren Voraussetzun-

8 Gegenstand der Sozioanalyse ist das Entziffern von Institutionsgeheimnissen. Durch aktives Eingreifen sollen die Mechanismen der Zensur und der gesellschaftlichen Verdrängung greifbar gemacht und aufgehoben werden.

DOI: 10.1486/9783884144152

gen her (ausgeprägter Leidensdruck, Reflexions- und Verbalisationsvermögen, Aufrechterhaltung stabiler Beziehungen usw.) für Menschen mit den speziellen Problemlagen in den meisten Fällen ungeeignet.« (Besch 1991, 147) Hier kann Soziale Therapie mit dem ihr immanenten Therapieverständnis greifen und dieser Patientengruppe die Möglichkeit zu therapeutischer Veränderung, Entwicklung, oder im juristischen Terminus: Besserung, bieten. Für das sozialtherapeutische Krankheitsverständnis bedeutet das, dass die »Störung« des Maßregelvollzugspatienten nicht nur als Ursache einer psychiatrischen Erkrankung, sondern auch als ein Ergebnis einer fehlangepassten Beziehung zur Umwelt und als Resultat der angewandten psychiatrischen (Zwangs-)Behandlung ist.[9] Durch Reflexion des therapeutischen Handelns im Maßregelvollzug rückt schließlich die Person des Therapeuten selbst, sein Handeln und seine Beziehung zum Patienten in den sozialtherapeutischen Focus. Neben dessen persönlicher Biografie wirkt besonders der gesellschaftliche Auftrag mit seiner Grundwidersprüchlichkeit von Hilfe und Kontrolle,[10] der durch den Therapeuten verkörpert und in der professionellen Beziehung gelebt wird. Dieser Grundwiderspruch wird in der sozialtherapeutischen Praxis benannt und bearbeitet, woraus sich der spezifische Innovationsanspruch ergibt. Soziale Therapie kann im Bereich des Maßregelvollzugs durch Einsatz in den bestehenden Institutionen, durch Forschung in diesem Bereich und durch die Konzeption neuer institutioneller Formen tätig werden. Soziale Therapie greift die psychodynamische Bedeutung der Institution, die sozialisatorische Funktion institutioneller Interaktion und Fremdbestimmungsprozesse, welche sich ungünstig auf die Untergebrachten auswirken auf und bearbeitet diese. Im Maßregelvollzug bedeutet dies die Benennung eines Arbeitsgegenstandes der im sozialen Phänomen der Entlassung aus einer totalen Institution liegt. Mit dem zugrunde liegendem Therapiebegriff orientiert sich soziale Therapie bei der Planung neuer Organisationsformen an Prinzipien wie Regionalbezug, Berücksichtigung der Eigenverantwortlichkeit der Klienten, Koordination der Hilfsangebote etc. Die Praxis des Maßregelvollzugs weist diesbezüglich Defizite auf. Die Einzugsgebiete der forensischen Kliniken und Abteilungen sind oft zu groß, eine sinnvolle Resozialisierung wird durch große räumliche Distanz behindert oder unmöglich gemacht. Das Ausmaß der sozialen Beschädigung der Betroffenen bringt zudem das Fehlen eines »intakten sozialen Empfangsraums« mit sich. Die Frage, wohin entlassen werden soll, gestaltet sich problematisch. Der Sicherungsaspekt des Maßregelvollzugs mit entsprechenden Entfremdungserscheinungen hinterlässt Spuren in der Eigenverantwortlichkeit der Untergebrachten.

9 Ein sozialtherapeutisches Konzept für die Behandlung von Sexualstraftätern im Maßregelvollzug haben Hahn und Wenske (2003) vorgelegt.

10 Dieser Grundwiderspruch zieht sich durch alle sozialen Hilfsangebote, ist aber in keinem anderen Bereich wie dem Maßregelvollzug derart deutlich ausformuliert.

DOI: 10.1486/9783884144152

Diese müssen aufgegriffen und sozialtherapeutisch bearbeitet werden. Die Koordination sozialer Hilfsangebote im Maßregelvollzug, vor allem während und nach der Entlassung, liegt weitgehend brach. Die bestehenden Hilfs- und Kontrolleinrichtungen arbeiten oft nebeneinander, mitunter gegeneinander. Soziale Therapie, mit einem spezifisch »ganzheitlichen« Fallverstehen und der Kenntnis der Nachsorgelandschaft, findet hier ein »ideales Betätigungsfeld.« Aufbauarbeit ist im Bereich der Selbsthilfe und der Einbeziehung von Laienhelfern zu leisten, gerade die Ansätze Lindemanns erscheinen vielversprechend. In Einrichtungen der forensischen Psychiatrie arbeiten üblicherweise multiprofessionelle Teams. Dies beschert in der Praxis jedoch eher eine Konkurrenz der unterschiedlichen Sichtweisen und Handlungsansätze, neben Hierarchie- und Leitungsproblemen. Sozialtherapeutische interdisziplinäre Perspektivik trifft hier auf eine weitgehend entwicklungsbedürftige und -fähige Landschaft professioneller Verteilungsprozesse. Die Ansätze der sozialtherapeutischen Institutionskritik und -analyse scheinen mir nun fast direkt auf die Organisationen des Maßregelvollzugs anwendbar zu sein: Wo, wenn nicht im Maßregelvollzug werden traumatische Institutionserfahrungen durch Trennung des Subjekts vom unmittelbaren Beziehungsgefüge gemacht, findet Stigmatisierung statt?

2.4 Klinische Sozialarbeit

Soziale Therapie findet im Kontext einer sich etablierenden »Klinischen Sozialarbeit« in den letzten Jahren erneute Beachtung. Dieser Begriff scheint die Soziale Therapie mehr und mehr zu verdrängen. Dabei handelt es sich bei dieser Fachsozialarbeit um eine weitere Ausformulierung sozialtherapeutischer Theoriebildung, allerdings unter deutlicherer Bezugnahme auf das amerikanische Modell der clinical social work (Mühlum 2002, 21). Verortet sich klinische Sozialarbeit in so unterschiedlichen Arbeitsbereichen wie der Familienhilfe, Sozialpsychiatrie, Onkologie, geriatrischen Geriatrie oder der Behandlung von Straftätern, ist der gemeinsame Nenner eine »spezifische Kompetenz professioneller Sozialarbeit hinsichtlich der Behandlung psychischer und somatischer Krankheiten und multipler Störungen« (ebd., 22). Klinische Sozialarbeit steht damit »in der Tradition der Gesundheitsfürsorge und einer Perspektive, die als »soziale Diagnose« und »soziale Therapie« von den Pionierinnen formuliert wurde und nie ganz verloren ging« (Pauls & Mühlum 2004).[11]

Klinische Sozialarbeit ist eine gesundheitsfördernde Fachsozialarbeit, die beratende und behandelnde Methoden bündelt. Sie beinhaltet psychosoziale Unterstützungsleistungen für Menschen, die chronisch psychisch oder somatisch

11 Zum Verhältnis von Sozialer Therapie und Klinischer Sozialarbeit siehe auch: Hahn (2003 b).

DOI: 10.1486/9783884144152

erkrankt sind, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden oder von Behinderung betroffen sind, die sich in Lebenskrisen befinden und von komplexen sozialen Problemlagen bedroht sind. Auf der Grundlage eines bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses liegt der besondere Fokus der Klinischen Sozialarbeit auf der sozialen Dimension der genannten Lebenslagen.

Klinische Sozialarbeit ist von einer engen Theorie-Praxis-Verzahnung geprägt, die von Professionellen in diesem Arbeitsfeld sowohl klinische Erfahrung mit Beratungs- und Interventionskompetenz als auch administrative Fähigkeiten und Leitungskompetenz verlangt. Zudem sind Kompetenzen zur Gestaltung von Fort- und Weiterbildungsangeboten und zur Durchführung anwendungsorientierter Forschung wesentliche Bestandteile klinisch-sozialarbeiterischen Denkens und Handelns, da sie eine gehaltvolle Weiterentwicklung von Theorie und Praxis im Berufsfeld gewährleisten.

Die Methoden der Klinischen Sozialarbeit integrieren eine Vielzahl verschiedener Ansätze, die individuell auf die gesundheitlich gefährdete, erkrankte oder behinderte Person in ihrer jeweiligen sozialen Lebenswelt abgestimmt werden. Klinische Sozialarbeit hat zum Ziel, die Selbsthilfekräfte und Ressourcen der Klienten zu (re-)aktivieren sowie sie in ihrem Autonomiestreben zu unterstützen. Zentrale Aspekte des Handlungsprofils sind in diesem Zusammenhang die psycho-soziale Diagnostik, Beratung, Soziotherapie, Case- und Care-Management, Krisenintervention, Prävention und Gesundheitsförderung, verschiedene pädagogische Begleitungsangebote sowie Schnittstellenmanagement. Standardwerk zur Klinischen Sozialarbeit ist die von Pauls (2004) vorgelegte Einführung in Grundlagen und Methoden klinischer Sozialarbeit als »integrierten professionellen Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klient(system) und Umwelt« (ebd., 12).

Geißler-Piltz (Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls 2005, 25 ff.) weisen darauf hin, dass sich klinische Sozialarbeit durch eine salutogene Sichtweise vom pathogenetischen Krankheitsmodell der Medizin distanziert und damit eine deutlichere Stärkenorientierung in Diagnostik und Behandlung erfolgt. Ansatzpunkt klinischer Sozialarbeit ist demnach mit den Betroffenen gemeinsam nach den Aspekten zu suchen (und diese zu fördern), »wie Menschen ihr Leben trotz Krisen und Belastungen meistern und ihre familiären, sozialen und kulturellen Beziehungen konstruktiv gestalten« (ebd., 25) können. Klinische Sozialarbeit beschäftigt sich indes oft mit Menschen, die in Krisensituationen und anhaltenden Notlagen den Zugang zu ihren Ressourcen und Kompetenzen verloren haben, oder schlicht soziale und personale Hilfsfunktionen durch schicksalhafte Entwicklung – vorübergehend – wegbrechen. Ziel der fachlichen Interventionen ist hier stets die Überwindung der Blockierung in der Nutzung der Ressourcen und damit die Unterbrechung der Verlustspirale, welche ausgehend von konkreten Missständen weitere (soziale) Notlagen nach sich zieht. Die Benennung der sozialen Ebene im

DOI: 10.1486/9783884144152

Salutogenesekonzept ist Hauptaufgabe der klinischen Sozialarbeit. Die Adressaten sozialer Arbeit (chronisch und mehrfach kranke Menschen, Straftäter, sozial marginalisierte Personen und Gruppen) bedürfen der Unterstützung bei der (Wieder-)Erschließung sozialer Ressourcen, welche stets damit verbunden sein muss, gesellschaftliche Zugehörigkeit zu ermöglichen.

DOI: 10.1486/9783884144152

3 Sexualstraftaten als abweichendes Verhalten

Sexualdelinquenz nimmt im Vergleich mit anderen Straftaten einen geringeren Raum ein und liegt mit knapp 55 000 erfassten Fällen bei einem Gesamtanteil von ca. 0,8 % aller bekannt gewordenen Straftaten (ca. 6,5 Mio. in 2003), die pro Jahr in Deutschland verfolgt werden (PKS 2003[1]). Die Entwicklung der – bekannt gewordenen – Sexualstraftaten in den letzten Jahren zeigt einen fast gleichbleibenden Wert, mit einer leichten Tendenz zum Anstieg in den letzten fünf Jahren.

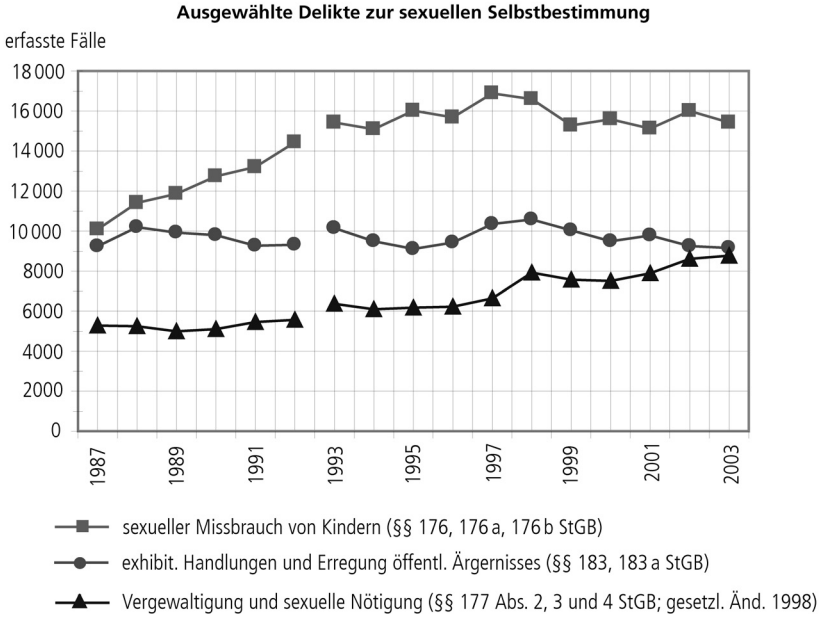


Abb. 1: Entwicklung polizeilich erfasster Sexualkriminalität (PKS 2003)

Sexualdelinquenz scheint damit insgesamt ein eher seltenes Phänomen menschlichen Verhaltens in unserer Gesellschaft zu sein. Allerdings ist ein grundlegendes Problem amtlicher Statistiken, dass nur ein Teil von Straftaten erfasst wird, nur die Fälle registriert werden, die auch zur Anzeige gebracht werden. Die Verfasser der Polizeilichen Kriminalstatistik merken zur Aussagekraft der Statistik selbst an:

1 Alle statistischen Angaben aus: Polizeiliche Kriminalstatistik, www.bka.de/pks/

DOI: 10.1486/9783884144152

> »Die *Aussagekraft* der Polizeilichen Kriminalstatistik wird besonders dadurch eingeschränkt, dass der Polizei ein Teil der begangenen Straftaten nicht bekannt wird. Der Umfang dieses Dunkelfeldes hängt von der Art des Deliktes ab und kann sich unter dem Einfluss variabler Faktoren (z. B. Anzeigebereitschaft der Bevölkerung, Intensität der Verbrechenskontrolle) auch im Zeitablauf ändern. Es kann daher nicht von einer feststehenden Relation zwischen begangenen und statistisch erfassten« (ebd.)

ausgegangen werden.

Für den Bereich der Sexualdelinquenz ist von einem relativ hohen Dunkelfeld auszugehen (Schmucker 2004, 20). Verschiedene Untersuchungen zu dieser Thematik belegen, dass die Anzeigequote bzgl. Sexualstraftaten nur zwischen 2 % und 20 % liegt. Das Ausmaß der Anzeigebereitschaft hängt dabei von Faktoren wie Täter-Opfer-Bezüge oder Ausmaß der Gewalt ab (ebd.).

Sexualstraftaten als abweichendes Verhalten sind damit ein bedeutsames Problem unserer gesellschaftlichen Realität. In den folgenden Abschnitten des dritten Kapitels soll eine umfassende Darstellung unterschiedlicher Theorien abweichenden Verhaltens, der gesellschaftlichen Reaktion darauf sowie auf abweichendes Sexualverhalten erfolgen.

3.1 Theorien abweichenden Verhaltens

Zur Erklärung abweichenden Verhaltens stehen Erklärungsansätze aus Psychologie, Medizin, Kriminologie und Soziologie zur Verfügung. Die wichtigsten Theorien für abweichendes, kriminelles Verhalten sollen in diesem Kapitel zur Hinführung auf den speziellen Bereich des abweichenden Sexualverhaltens (vgl. Kapitel 3.3) überblicksartig erläutert werden.

Kriminologische Theorie abweichenden Verhaltens

Frühe kriminologische Schulen (etwa: Bentham 1748–1832) unterstellten eine freie Willensentscheidung bei Vorliegen von realen Handlungsalternativen. Rechtsbruch war demnach ein willentlicher Akt zur Befriedigung individueller Bedürfnisse. Eine weitere Suche nach Motiven der Verhaltensabweichung unterblieb (vgl. Rauchfleisch 1981, 21).

Ab etwa 1850 ist eine generelle Änderung zentraler justizieller Interessen zu beobachten, welche von einer Abkehr der Bestrafung einer Tat, hin zu einer Bestrafung des Täters gekennzeichnet ist. Nicht die Eigenschaft der Tat, sondern die möglichen Motive des Täters, sein lebensgeschichtlicher Hintergrund wurden zum Hauptgegenstand der richterlichen Untersuchung (vgl. Foucault 1977). Parallel zur Entwicklung der Kriminologie unter Integration wissenschaftlicher

DOI: 10.1486/9783884144152

Erkenntnisse aus Nachbardisziplinen entwickelte sich die Vorstellung, dass Kriminalität auch ein soziales Phänomen sei. In diesem Zusammenhang entwickelten sich auch relevante Konsequenzen für die Bestrafung von Straftaten: Neben dem früheren Aspekt der Bestrafung zur Sühne und Vergeltung (Generalprävention) stand nun der Gedanke einer tatschuldadäquaten Bestrafung, wodurch individualpräventive Aspekte an Bedeutung gewannen und die Veränderung des Straftäters, dessen Erziehung und (Re-)Sozialisierung und Normalisierung in das Strafrecht eingeführt wurden.

Parallel dazu ist die Entwicklung der Kriminalpsychologie eng mit den Arbeiten Karl von Eckartshausen (1752–1803) verbunden. Für ihn sind die Ursachen von Kriminalität »Laune, Temperament und Erziehung« (v. Eckartshausen 1791, zit. n. Kürzinger 1986, 181), womit die Grundlage für eine moderne Ursachenforschung im Spannungsfeld von Anlage- und Umweltfaktoren geschaffen war. Unter den Umweltaspekten finden sich Hinweise auf frühe soziologische Theorien, in denen gesellschaftliche Bedingungsfaktoren krimineller Verhaltensweisen, wie Armut, Hunger oder ungünstige Wohnverhältnisse diskutiert wurden.

Frühe Kriminalbiologische Theorien

Zunächst hatten jedoch biologische und medizinische Erklärungsansätze zur Kriminalität eine größere Bedeutung als psychologische Beiträge. Im Zusammenhang mit physiognomisch-phrenologischen Ansätzen sind hier J. C. Lavater (1741–1801) und F. J. Gall (1758–1828) zu nennen. Unter der Prämisse einer Entsprechung von Leib und Seele wurden hier Auffälligkeiten der Körper-, insbesondere der Kopfform und deren Zusammenhang mit dem Vorhandensein besonderer Triebanlagen (»Stehltrieb«, »Rauftrieb«, »Mordtrieb«) diskutiert (vgl. Oehler-Klein 1990).

Eine große Bedeutung hatten im 19. Jahrhundert die Versuche, Kriminalität und Geisteskrankheit zu verbinden. Konzepte der delinquenten Monomanien, wie Pyromanie oder Kleptomanie wurden stark diskutiert und kritisiert. Endpunkt dieser Diskussion ist vorläufig die Eingliederung des Monomaniekonzepts unter das Störungsbild der Impulskontrolle in ICD-10 und DSM-IV.

J. C. Prichard entwickelte einen wichtigen Beitrag zum Verständnis krimineller Persönlichkeitsstrukturen. Unter dem Begriff der »moral insanity« verstand er einen »Krankheitszustand mit Fehlen von Ehrgefühl, Reue und Gewissen« (Peters 1990, 335). Er beschrieb ein Krankheitsbild, das durch eine »krankhafte Verkehrung der natürlichen Gefühle, Affekthandlungen, Neigungen, Stimmungen, Gewohnheiten und natürlichen Strebungen« gekennzeichnet ist, »jedoch ohne erkennbare Störung der Intelligenz, Gedächtnis und Urteilsfähigkeit und insbesondere ohne krankhaften Sinnentrug und Halluzinationen« (Prichard

DOI: 10.1486/9783884144152

1835, zit. n. Peters 1990, 336). *Moral insanity* bezog sich damit nicht auf den rein ehtischen Aspekt, sondern erfasste die gesamte affektiv-emotionale Seite einer Persönlichkeit und deren Abgrenzung zur kognitiven Beschaffenheit. Inhaltlich nahm Prichard Bezug auf die Vorstellungen des französischen Reformpsychiaters P. Pinel (1745–1826) und sein Konstrukt einer »manie sans délire«, einer der frühesten psychiatrischen Konzeptionen einer im affektiven, nicht im intellektuellen Bereich gestörten Persönlichkeit. Die Antwort auf die Frage nach der Genese eines solchen Störungsbildes, also ob es sich um eine vererbbare Geisteskrankheit, oder eine durch Milieu und Erziehung verursachte Störung handelt, blieb bereits damals unbeantwortet (vgl. ebd.).

Von herausragender Bedeutung innerhalb medizinisch-biologischer Erklärungsansätze der Kriminalität ist der Beitrag des italienischen Psychiaters C. Lombroso (1836–1909). Er entwarf das Konzept des »nato delinquento« (Lombroso 1894). Er integrierte die Darwinsche Evolutionstheorie, phrenologische Ansätze, das Konzept der »moral insanity« und Vorstellungen vom Verbrecher als allgemein degenerierter Menschentypus und konstruierte einen Zusammenhang zwischen aggressiven Verhaltensweisen »niederer Organismen«, antisozialem Verhalten bei »Wilden und Urvölkern«, Verwahrlosungstendenzen bei Kindern und dem erwachsenen Kriminellen. Lombroso sah den »geborenen Verbrecher« als Atavismus der menschlichen Entwicklung. Als Konsequenz aus diesem Ansatz, der auch eine ubiquitäre Neigung jeden normalen Kindes zu Triebhaftigkeit und Verbrechen unterstellt, empfahl er soziale und erzieherische Maßnahmen, um Abweichung und Kriminalität zu verhindern.

Zum Wechsel ins 20. Jahrhundert verloren rein medizinische Erklärungsansätze an Bedeutung. Integrative Theorien, welche nunmehr verstärkt milieutheoretische Vorstellungen berücksichtigten, fanden verstärkt Beachtung. Beispielhaft für diese Entwicklung ist der Beitrag Franz von Liszt (1898). Nach dessen Auffassung ist das »Verbrechen das Produkt aus der Eigenart des Täters im Augenblick der Tat und aus den ihn in diesem Augenblick umgebenden äußeren Verhältnissen« (ebd., 234).

Aus der Zwillingsforschung stammt der Hinweis, dass bei eineiigen Zwillingen dissozialer Eltern eine kriminelle Manifestation trotz Aufwachsens in Adoptivfamilien vermehrt festzustellen ist (vgl. Rauchfleisch 1981, 23). Allerdings müssen solche Ergebnisse dadurch relativiert und kritisch gesehen werden, dass solche Kinder bereits in der frühkindlichen Entwicklung eindeutig ungünstigeren Bedingungen (Heimunterbringung etc.) ausgesetzt waren als später unauffällige Jugendliche (ebd.).

Eine gewisse Bedeutung haben auch Forschungsergebnisse zu chromosomalen Anomalien. Auffälligkeiten bestehen hier darin, dass besondere Chromosomenverteilungen, der Karyotyp 47, XYY und 47, XXY gehäuft bei Personen dissozialer Persönlichkeit gefunden wurden. In diesem Zusammenhang wird das extra

DOI: 10.1486/9783884144152

Y-Chromosom mit einem erhöhten Aktivitätsgrad, das extra X-Chromosom mit einer niedrigeren Aktivitätsrate in Verbindung gebracht. Noch nicht abschließend belegt ist aber, ob ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Karyotyp und abweichenden Verhaltensweisen angenommen werden kann (Rauchfleisch 1981, 24).

In jüngerer Zeit wurde durch Blocher et al. (2001) der Zusammenhang zwischen einem in der Jugendzeit diagnostizierten Hyperkinetischen Syndrom und späterer Kriminalität im Erwachsenenalter nachgewiesen. In seiner Untersuchung an strafgefangenen Sexualtätern ermittelte er, dass in der Kindheit unbehandelte Täter im Durchschnitt zehn Jahre früher als eine Vergleichsgruppe straffällig werden. 27,6 % der untersuchten Tätergruppe (Sexualstraftäter aus dem Regel- und Maßregelvollzug) wiesen ein retrospektiv erhobenes, adultes hyperkinetisches Syndrom auf. Demnach kann es in Folge unbehandelter (nicht entdeckter) Störungen aus dem Spektrum des hyperkinetischen Syndroms zu langfristig negativen Entwicklungen kommen, in deren Zusammenhang neben anderen sozialen Auffälligkeiten (Schulabbruch etc.) kriminelle Auffälligkeiten zu beobachten sind. Von besonderer Bedeutung sind diese Befunde deswegen, da das Hyperkinetische Syndrom mit einer Prävalenzrate von 3 %–5 % zu den häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbildern gehört (ebd., 454).

Neben diesen organischen Störungsbildern werden weiter Störungen des autonomen Nervensystems, endokrine und hormonale Störungen als Ursache für Verhaltensabweichungen beschrieben (Rauchfleisch 1981, 24). Die hier beispielhaft aufgeführten Theorien und Hinweise deuten auf zweierlei:

1. Somatische Aspekte spielen beim Zustandekommen abweichenden Verhaltens eine teilweise beträchtliche Rolle.
2. Es fehlen bislang eindeutige Zusammenhangsnachweise, die erhobenen Befunde widersprechen sich zum Teil, sodass es bislang nicht möglich ist, die Ergebnisse aus Einzeluntersuchungen in ein übergreifendes Konzept zur organischen Determination abweichenden Verhaltens einzuordnen.

Rauchfleisch (ebd., 25) folgert zusammenfassend, dass biologische Determinanten nicht als Hauptursache für dissoziale Fehlentwicklungen angesehen werden können, sondern lediglich ein Element in einer multifaktoriellen Kette von Bedingungen darstellen.

DOI: 10.1486/9783884144152

Soziologische Erklärungsansätze

Aus sozialisationstheoretischer Sicht liegen die Ursachen abweichender Verhaltensformen in schichtspezifischen Sozialisationsprozessen. Beispielsweise beschreibt Gottschalch (1981), dass die speziell für die Unterschicht typische Sozialisationspraxis zu einer Schwächung der Charakterstruktur führen kann, womit spezifische Konfliktlösungsstrategien und unter bestimmten Umständen auch kriminelles Handeln (v. a. in Konfliktsituationen) kommen kann.

Sozialstrukturelle Theorien betonen unter dem Konstrukt der »Anomie« Zustände von Norm- und Regellosigkeit, die sich u. a. durch einen Zusammenbruch der Verhaltensregulierung und des Anspruchsniveaus auszeichnet. Merton (1995) stellt ab auf die entstehende Spannung zwischen von der Allgemeinheit akzeptierten Werten und den sehr unterschiedlich verteilten legalen Möglichkeiten zur Erreichung dieser Ziele (z. B. Wohlstand, Statuskonsumgüter vs. soziale Randgruppen). Diese im gesellschaftlichen Rahmen verwurzelte Spannung (deswegen auch Spannungstheorie) übt einen spezifischen Druck (Anomiedruck) auf benachteiligte Individuen aus. Merton (ebd.) benennt fünf Reaktionsvarianten auf diesen Anomiedruck: 1. Konformität (Erfolg mit legalen Mitteln), 2. Innovation (Einsatz illegitimer Mittel), 3. Ritualismus (Senkung des Anspruchsniveaus), 4. Rückzug (Ausstieg aus der Gesellschaft) und 5. Rebellion (Umdefinition von Zielen und Normen).

Dieser Ansatz wurde durch Cohen (1961) erweitert, wobei gesellschaftliche Machtverhältnisse und die sich daraus ergebende Ungleichheit der Chancenverteilung zu spezifischen Lernprozessen v. a. in den ökonomischen Unterschichten führt. Begründet ist diese Situation u. a. darin, dass in den Klassengesellschaften v. a. der westlichen Industrieländer eine eindeutige Dominanz der Mittelklasse besteht, welche die kulturellen Ziele für sämtliche Gesellschaftsmitglieder definiere, dabei aber den Vertretern der Unterschichten (Subkulturen) nicht die nötigen Mittel zur Erreichung dieser Ziele an die Hand gebe. Diese erleben infolge fortgesetzt Versagung, Beschränkung und Scheitern in der Zielerreichung, was zu einer anhaltenden Frustrationssituation führt. Delinquente Mechanismen und Netzwerke bieten hier eine Lösungsmöglichkeit (Subkulturtheorie), die erlebten Defizite zu kompensieren, indem andere (alternative) Forderungen an die Gesamtgesellschaft aufgestellt und verfolgt werden. Innerhalb sozialer Randgruppen ist damit Statusgewinn möglich, der teilweise autonom vom gesamtgesellschaftlichen Kontext besteht. Unbeantwortet bleibt hier die Frage, warum Einzelne unter dem gleichen Anomiedruck mit Rückzug oder Anpassung reagieren, damit weitgehend konform leben und andere durch »innovative« Verhaltensweisen oder Rebellion auffallen und straffällig werden.

Unter den interaktionistischen Erklärungsmodellen hat vor allem der in den 1970er-Jahren entwickelte Ansatz des »labeling approach« weite Verbreitung

DOI: 10.1486/9783884144152

gefunden. Abweichendes Verhalten und Dissozialität werden hier als ein Interaktionsprozess zwischen Individuum und Gesellschaft verstanden, als eine Entwicklung gegenseitiger Bedingtheit und voranschreitender Eskalation des Verhaltens einmal auffällig gewordener Individuen und sozialer Kontrollinstanzen (vgl. Becker 1973, Quensel 1970). Diese Eskalation kann dann zu einer »abweichenden Karriere« führen, deren Verlauf durch folgende Parameter gekennzeichnet ist:

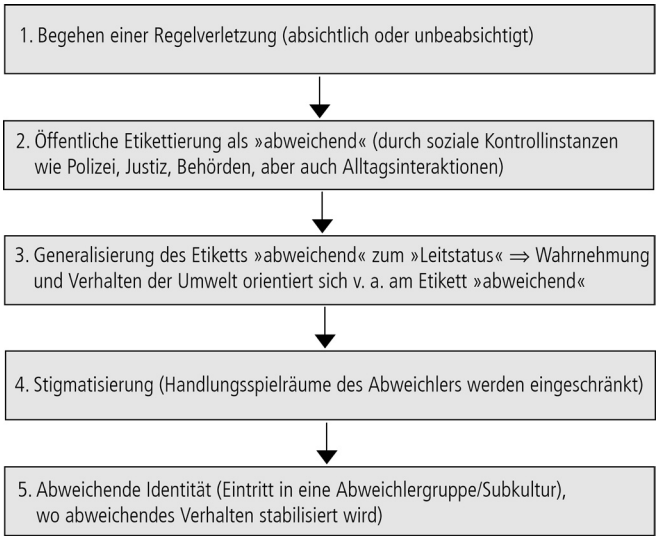


Abb. 2: Verlauf »abweichender Karrieren«, nach Becker 1973)

Das Prozessmodell wurde für verschiedene Formen abweichenden Verhaltens (Kriminalität, Alkoholismus, Prostitution, Heroinabhängigkeit) untersucht. Dabei wurde auch das Phänomen einer »sich selbst erfüllenden Prophezeiung« beschrieben: Menschen, die als »Abweichler« etikettiert werden, werden dadurch zu weiteren abweichenden Handlungen und deren Stabilisierung gebracht. Nicht erklärt wurde allerdings, wie es Personen schaffen, sich trotz negativen Zuschreibungsprozessen zu behaupten und erfolgreich zur Wehr zu setzen. In diesem Zusammenhang dürften, wie auch im Zusammenhang mit dem Modell des »Anomiedrucks«, protektive Faktoren eine Rolle spielen, die den sozialen Erwartungsdruck, der dem Etikettierungsprozess immanent ist, relativieren können (vgl. Kapitel 7.3).

DOI: 10.1486/9783884144152

Sozialpsychologische Erklärungsansätze

Auf die besondere Rolle der Strafjustiz als Mittel des staatlichen Autoritätserhalts hat Fromm (1970) hingewiesen. Die Funktion der Justiz wird hier in einem Prägungsprozess staatlicher Autorität gesehen, in dem der Bevölkerung eine Vaterfigur aufgezwungen wird.

> »Die Bestrafung des Verbrechens stellt eine Befriedigung der aggressiven und sadistischen Triebe der Massen dar, die sie für die vielen ihr aufgezwungenen Versagungen entschädigt und die es speziell ermöglicht, die Aggression, die sich natürlicherweise gegen die herrschende und bedrückende Schicht richtet, auf den Verbrecher zu übertragen und ihr so eine Abfuhr zu schaffen.« (Fromm 1970, 132)

Rauchfleisch (1999) führt weitere sozialpsychologische Erklärungsansätze an: Reik (1925*[2]) betont als Ursache des Strafbedürfnisses der Gesellschaft unbewusste Identifizierungsprozesse mit dem Rechtsbrecher. Indem sein Rechtsbruch mit einer ähnlichen Reaktion bestraft wird (Freiheitsentzug) erfolgt eine Regulation von Affekten, die durch die Provokation des Straftäters entstanden sind. Steinert (1973*) zufolge sei die Bewertung der Delinquenz als »Ausnahme« der Versuch der Gesellschaft eine »heile Welt« aufrechterhalten zu wollen. So sei auch erklärbar, warum das Gefühl, dass Verbrechen überhand nehme, so bedrohlich sei, weil dadurch eine Deutungsmöglichkeit bestehe, dass die Ausnahme zur Normalität werden könnte.

Nach Adorno (1950*) ist das Hauptkennzeichen der »autoritären Persönlichkeit« eine aggressive Autoritätssucht. Diese Konstellation führe zu einer Suche nach Personen, die konventionelle Normen verletzen, welche dann verurteilt und bestraft werden können. Nonkonformisten würden so zu »Sündenböcken« der autoritätsgebundenen Persönlichkeiten, welche so ihre verdrängten destruktiven, sadistischen Impulse ausleben würden.

Bewertet man die bislang aufgeführten soziologischen und sozialpsychologischen Erklärungsansätze wird deutlich, dass Abweichung kein statischer Prozess ist, sondern eine dynamische Entwicklung darstellt. Abweichendes Verhalten kann als Folge einer Interaktion zwischen Gesellschaft und Individuen aufgegriffen werden, als Abfolge von Verhalten, Bewertung, Erwartung und neuem Verhalten. Dieser Prozess gilt auch für die im Folgenden kurz beschriebenen psychiatrischen Erklärungsansätze, wobei dort das Verhalten durch das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, deren Symptome gekennzeichnet ist.

2* Die Ausführungen folgen ab hier Rauchfleisch (1999), Literaturangaben finden sich hier.

DOI: 10.1486/9783884144152

Medizinisch-Psychiatrische Erklärungsansätze

Abweichendes Verhalten kann durch Krankheitsgeschehen begründet sein, dessen Symptomatik zu Abweichung führt, bzw. dessen Symptom die Abweichung selbst ist. Dies gilt zunächst einmal für jede Form von Krankheit, insbesondere aber für die psychiatrischen Krankheitsbilder. Für den Bereich somatischer Krankheitsbilder mögen für den Rahmen der vorliegenden Arbeit zwei Hinweise genügen:

- Körperliche Verstümmelungen, angeboren oder erworben gelten in der Menschheitsgeschichte seit je als Ab*bild* des Unnormalen, des »Bösen«, des »Minderwertigen«, des »Unvollkommenen«. Kunstgeschichtlich findet sich etwa ein enger Zusammenhang zwischen entstellten Menschen, welche als »Besessene« Objekte von Heilung werden, deren Anormalität durch Monströsität und Entstellung gekennzeichnet ist (vgl. Charcot & Richer 1988).

Richardson et al. (1967) konnten in ihrer Untersuchung zu kulturellen Übereinstimmung der Reaktion auf Körperbehinderung nachweisen, dass die Wahrnehmung von körperlichen Erkrankungen und Behinderungen vom Grad der gesellschaftlichen Prägung, den geltenden Stereotypen körperlicher Schönheit und den gesellschaftlichen Zuschreibungen an besondere Körpermerkmale abhängt.

> »In Kinderbüchern werden mit körperlichen Gebrechen behaftete Personen oft in einem ungünstigen Licht gezeigt – zum Beispiel Kapitän Huck, Long John Silver, Pinoccio, Rumpelstilzchen und Hexen.« (ebd., 240)

Diese spezifische Zuordnung charakterlicher an körperliche Eigenschaften »funktioniert« unabhängig vom kulturellen Kontext.

- Mit HIV infizierte Patienten werden seit Auftreten von AIDS als durch die »Krankheit bestrafte Abweichler« wahrgenommen. Die Zuordnung moralischer Attribute wie »haltlos«, »abweichend« und »charakterschwach« (»Lustseuche«) an die Erkrankung ist Ausdruck einer heteronormativen Mehrheitskultur (vgl. Band 14 der Zeitschrift »kea. Zeitschrift für Kulturwissenschaften. [2001], Ausgabe 14: Heteronormativität). Die Verknüpfung einer potenziellen Gefahr, die von der Erkrankung und den Krankheitsträgern ausgeht, ist ebenfalls Ausdruck unbewusster Zuschreibungen an die Kranken selbst. Sexualität, Krankheit und Abweichung sind hier eng verknüpft. Die Diagnosestellung bedingt vom ersten Moment an die Zugehörigkeit zu einer abweichenden Gruppe. Die Kranken sind Gefahrenträger und damit ausgegrenzt, wobei im gesellschaftlichen Diskurs problemlos an geschichtlich frühere Epidemien (etwa die Auswirkungen der Syphilis zwischen 1600 und 1910) sexuell übertragbarer Krankheiten angeknüpft wurde (vgl. Lautmann 2002, 118).

Psychiatrische Krankheitsbilder bedingen Symptome, die durch abweichendes Verhalten gekennzeichnet sind. Alle elf Obergruppen des ICD-10 (Dilling 2004)

DOI: 10.1486/9783884144152

beziehen sich in ihren Krankheitsbeschreibungen auch auf direkt beobachtbares Verhalten, das von einer Norm abweicht. In den Diagnosegruppen F0 (Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen), F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen), F3 (Affektive Störungen), F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren), F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen), F7 (Intelligenzminderung), F8 (Entwicklungsstörungen), F9 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) und F99 (Nicht näher bezeichnete psychische Störung) werden die körperlichen, bio-chemischen, affektiven und verhaltensbezogenen Merkmale beschrieben, die zusammen ein bestimmtes Krankheitsbild bilden. Abweichendes Verhalten bildet so einen Baustein der Symptombildung. Die diagnostische Leistung des Arztes liegt hier in der Erkennung und Zuordnung einer Abweichung. Beim Krankheitsbild Schizophrenie (ICD-10: F.20) müssen z. B. Verhaltenseigenarten beobachtbar sein, die als Katatonie, Erregung, Haltungssterotypien, wächserne Biegsamkeit, oder »negative Symptome« wie Apathie, Sprachverarmung, sozialem Rückzug etc. beschrieben werden. Der Ausprägungsgrad dieser Störungen, die zeitliche Dauer des Auftretens und das Zusammenwirken dieser Verhaltensauffälligkeiten mit Veränderungen in Affekt, Denken und Wahrnehmung führen dann zur Diagnose »Schizophrenie«.

Im Rahmen der hier vorliegenden Arbeit ist die Diagnosegruppe F 6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) von besonderem Interesse.[3] Hier wird die Abhängigkeit der Diagnosestellung vom gesellschaftlich-normativen Rahmen, der definiert, was Norm, was Abweichung, was »gesund«, was »krank« ist, besonders deutlich. Die hier vorgegebenen diagnostischen Leitlinien sind mindestens interpretationsbedürftig, in einzelnen Aspekten schlicht unklar. Im Einleitungstext zu den spezifischen Persönlichkeitsstörungen heißt es u. a.: »Hier liegt eine schwere Störung der charakterlichen Konstitution und des Verhaltens vor, die mehrere Bereiche der Persönlichkeit betrifft. Sie geht meist mit persönlichen oder sozialen Beeinträchtigungen einher.« Es müssen mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sein, dass von einer Persönlichkeitsstörung gesprochen werden kann:

»1. Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.

2. Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt.

3. Das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.

3 Siehe auch die Ausführungen in Kapitel 3.3.

DOI: 10.1486/9783884144152

4. Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.

5. Die Störung führt zu deutlichem subjektiven Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.

6. Die Störung ist meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.« (Dilling 2004)

Die Indifferenz der inhaltlichen Vorgaben war auch den Autoren des ICD-10 bewusst. Einschränkend wird darauf hingewiesen, »dass in unterschiedlichen Kulturen ... unter Umständen besondere Kriterien in Hinsicht auf soziale Normen, Regeln und Verpflichtungen entwickelt werden (müssen)« (ebd.).

Der Psychiatrie kommt damit eine besondere Ordnungsrolle in der Gesellschaft zu. Bruns (1993) spricht in diesem Zusammenhang von der »Ordnungsmacht Psychiatrie«, da psychiatrische Zwangsmaßnahmen, v. a. Klinikeinweisungen als staatliche Akte der Freiheitsentziehung angesehen werden müssen. Deren Häufigkeit unterliegt starken regionalen Schwankungen, oftmals werde das medizinisch notwendige Maß erheblich überschritten. Bruns' Forschung zeigt, dass Zwangseinweisungen bevorzugt dieselben Personengruppen tangieren wie Inhaftierungen (z. B. junge Männer), sozial benachteiligte Gruppen wie ältere Frauen oder sozioökonomisch unterprivilegierte Bevölkerungsgruppen werden bevorzugt von Zwangseinweisungen betroffen, sodass die Psychiatrie partiell eine justizergänzende Funktion hat. Ihre Bedeutung liegt u. a. darin, dass sie in einer zivilisierter werdenden Gesellschaft zu einer Transformation sozialer Kontrolle beiträgt: nämlich zur Verbindung mit Instanzen der Hilfe und Förderung individueller Selbstkontrolle.

In besonderem Maße gelten die obigen Ausführungen für das Störungsbild der dissozialen Persönlichkeitsstörung (F60.2). Diagnostisch relevant ist hier eine große »Diskrepanz zwischen dem Verhalten und den geltenden sozialen Normen«:

»1. Herzloses Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer.

2. Deutliche und andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen.

3. Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen, aber keine Schwierigkeiten, Beziehungen einzugehen.

4. Sehr geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten.

5. Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein oder zum Lernen aus Erfahrung besonders aus Bestrafung.

6. Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das eigene Verhalten anzubieten, durch welches die Person in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten ist.« (Dilling 2004)

DOI: 10.1486/9783884144152

Als zu dieser Diagnose dazugehörige Begriffe werden u. a. die »amoralische, antisoziale, asoziale oder psychopathische Persönlichkeit« genannt.

Psychische Krankheit wird so zu abweichendem Verhalten, das einen sanktionierenden Eingriff, gleich ob auf Grundlage delinquenten oder nicht-delinquenten Verhaltens rechtfertigt. Als problematisch wird hier die »Doppelzuständigkeit« durch Psychiatrie und Justiz (Bruns 1993, 219) angesehen. Insbesondere für die Psychiatrie ergibt sich hier ein Dilemma, »wenn sie sich als eine eindeutig medizinische Disziplin ausweisen will« (ebd., 220). Die Funktion der Psychiatrie als normative Kraft, die in Abläufe sozialer Kontrolle eingreift, ist dabei vielschichtig: Zum einen erfahren staatliche Kontrollinstanzen durch die Einbindung der Psychiatrie als hochgeachtete Wissenschaft eine deutliche Aufwertung, zum anderen können Strafmaßnahmen, wenn sie mit einer helfenden und heilenden Disziplin verbunden werden, selbst als Hilfsmaßnahme deklariert werden, wodurch es zu einer Erhöhung des Legitimitätsgrads des Polizei- und Justizsystems kommen kann. Weiter erfahren Polizei und Justiz schlichtweg eine Arbeitserleichterung, wenn die Psychiatrie stellvertretend eingreift und ein bestimmter Anteil an Maßnahmen und Aktionen der sozialen Kontrolle bleiben partiell unsichtbar.

Schließlich ist als Krankheit deklariertes abweichendes Verhalten dem besonderen Ausgrenzungsprozess in Leistungsgesellschaften unterworfen: Leistungsfähigkeit ist stets mit Attributen wie »Gesundheit«, »Anpassungsfähigkeit« und »Ausdauer« verbunden. Abweichende, weil kranke Individuen erfüllen diese Merkmale bereits qua Diagnose nicht. Ausgrenzung durch Erkrankung ist indes zu einem Massenphänomen geworden, dessen soziale Relevanz in den sozioökonomischen Verteilungskämpfen längst deutlich zu sehen ist.

3.2 Geschichte gesellschaftlicher Reaktion auf abweichendes Verhalten

Der Umgang von Staat und Gesellschaft mit geisteskranken Straftätern und anderen, die öffentliche Sicherheit und Ordnung gefährdenden Personen in früheren Jahrhunderten, war gekennzeichnet durch das Bestreben, sich dieser Menschen zu entledigen und sich vor ihnen zu schützen.

Bereits ab dem 13. Jahrhundert finden sich jedoch Hinweise, dass dieser Tätergruppe eine besondere Aufmerksamkeit zuteil wird, die im Laufe der Jahrhunderte zunehmend die besondere Schutz- und Behandlungsbedürftigkeit betont: im mittelalterlichen Sachsenspiegel, einem bedeutenden deutschen Rechtskodex aus dem 13. Jahrhundert, ist zu lesen, »dass man rechte Toren und sinnlose Leute nicht am Leben richten solle« (Mittelalterliches Kriminalmuseum Rothenburg 1984, 39). Immerhin geht diese Regelung so weit, dass die sonst üblichen Leibstrafen, welche mit dem Verlust des Lebens einhergingen auf psy-

DOI: 10.1486/9783884144152

chisch kranke Menschen nicht angewendet werden sollten, ein gewisser Schutz dieser Personengruppe für notwendig erachtet wurde.

Ab Anfang des 19. Jahrhunderts, analog zur Entwicklung im Schuldstrafrecht und der sich als selbstständige Wissenschaft etablierenden Psychiatrie, sind differenziertere Betrachtungsweisen auszumachen. Die Dynamisierung der Auseinandersetzung zwischen Justiz und Psychiatrie (vgl. Will 1993, Foucault 1975) trug deutlich zur Differenzierung des Umgangs mit psychisch kranken Straftätern bei. Neben das alleinige Bedürfnis des Ausschlusses dieser Personengruppe trat die Vorstellung einer krankheitsbedingten Genese abweichenden Verhaltens bei dieser Tätergruppe (vgl. Blau & Kammeier 1984). Im Zuge der einsetzenden Humanisierung des strafrechtlichen Rechtsfolgesystems, durch Zurückdrängen der absoluten Körper- und Leibesstrafen (vgl. auch Kapitel 3.1) und Verlagerung des Sanktionsschwerpunkts auf zeitlich befristete, tatschuldadäquate Freiheitsstrafen, ergab sich das Problem, dass solche tatschuldadäquaten Strafen dem Sicherungsbedürfnis der Allgemeinheit gegenüber kranken Straftätern nicht mehr gerecht wurden. Früheste Konsequenz auf diesen Missstand war das im preußischen Allgemeinen Landrecht von 1794 verankerte erste zweispurige Strafrechtssystem. Neben der zeitlich fest bemessenen Strafe für schuldige Täter gab es eine zeitlich unbefristete sichernde Maßregel für den gefährlichen Rechtsbrecher. Diese Vorschrift wurde allerdings nach fünf Jahren zunächst wieder aufgehoben (vgl. Blau & Kammeier 1984, 2). Im Strafgesetzbuch von 1871 war das Schuldstrafrecht bereits soweit entwickelt, dass zwischen »den zur Tatzeit durch Verbotsnormen normal Motivierbaren« (Blau & Kammeier 1984, 3) und den infolge einer Geisteskrankheit schuldunfähigen Tätern differenziert wurde. In der Folge enthielten fast alle deutschen Entwürfe zur Strafrechtsreform »mehr oder minder umfangreiche Kataloge sichernder und bessernder Maßregeln neben dem Strafenkatalog« (Blau & Kammeier 1984, 3). Mit dem »Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung« vom 24.11.1933 wurde dann in Deutschland das zweispurige Strafrecht eingeführt, ähnliche Regelungen finden sich im europäischen Ausland ebenfalls ab den 20er-Jahren dieses Jahrhunderts. Voraussetzung für die Einweisung in eine Heil- und Pflegeanstalt waren seitdem eine vorliegende verminderte Schuldfähigkeit bzw. Schuldunfähigkeit vor dem Hintergrund abnormer psychischer Zustände sowie die Gefährlichkeit des Täters und eine sich daraus ergebende Notwendigkeit der Unterbringung. Dabei sollte vorab geprüft werden, ob weniger einschneidende Maßnahmen wie die Unterbringung zu einer ausreichenden Sicherung führen können (vgl. Blau & Kammeier 1984, 3). In der praktischen Umsetzung dieses vermeintlich fortschrittlichen Regelwerks, kam es jedoch keineswegs zu einer positiven Entwicklung für die betroffene Patientengruppe: »Nicht dieses Gesetz, wohl aber seine Handhabung in der Zeit bis 1945 ist ... dem nationalsozialistischen Regime zur Last zu legen. Von

DOI: 10.1486/9783884144152

einer inhaltlichen Anwendung konnte man in den letzten Jahren des Regimes ohnehin nicht mehr sprechen: Die Sicherungsverwahrung wurde mehr und mehr in Konzentrationslagern vollstreckt; die gem. § 42 b StGB Verurteilten waren bevorzugte Opfer der sog. Euthanasie.« (Blau & Kammeier 1984, 4) Nach der Zeit des Nationalsozialismus führte die restriktive Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen, wonach eine bedingte Entlassung aus dem Maßregelvollzug erst erfolgen kann, wenn »der Zweck der Unterbringung erreicht ist«, dazu, dass diese Patienten teilweise lebenslang untergebracht blieben. Dadurch und durch die Tatsache, dass diese Straftäter aus dem juristisch verantworteten Bereich des allgemeinen Strafvollzugs herausgenommen und in die Obhut medizinischer Fachkräfte überantwortet wurden (hier fehlten Regelungen zur Durchführung der Unterbringung) ergab sich eine rechtlich ungünstigere Stellung bei deutlich schlechterer Lebensqualität (vgl. Tondorf 1984, 121).

Nach dem Kriegsende 1945 entschloss sich der Gesetzgeber in der Bundesrepublik zur Beibehaltung des Maßregelsystems. Die rechtlichen Regelungen wurden im Rahmen der ersten Strafrechtsreform übernommen, die Kliniken wurden erneut mit der Aufgabe der Durchführung des Maßregelvollzugs beauftragt, wobei die Übernahme dieser Aufgabe seitens der Psychiatrie eher widerwillig geschah (vgl. Rasch 1994, 12). Im Rahmen der zweiten Strafrechtsreform 1975 erfolgte eine Novellierung in fünf Punkten:

1. Durch die Umkehr der Überschrift des entsprechenden Abschnittes im StGB (neu: »Maßregeln der Besserung und Sicherung«; statt vormals: »Maßregeln der Sicherung und Besserung) erfolgte eine zumindest »programmatische Absichtserklärung« (Leygraf 1988) des Gesetzgebers, wodurch – formal – die Abkehr vom reinen Verwahrungsgedanken in diesem Bereich markiert ist und therapeutische Aspekte hervorgehoben werden.
2. Neu aufgenommen wurde, dass der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit bei der Anordnung dieser Maßregeln zu beachten sei (vgl. § 62 StGB).
3. Hinsichtlich der Vollzugsreihenfolge bei vermindert Schuldfähigen (§ 21 StGB) wurde der Vikariierungsgrundsatz eingeführt, wonach die Maßregel vor einer parallel verhängten Freiheitsstrafe zu vollziehen ist und auf diese i. d. R. anzurechnen ist.
4. Mit den Regelungen in § 67 d StGB wurde dem Gericht ein größerer Spielraum hinsichtlich der Frage einer bedingten Entlassung eingeräumt. Die Aussetzung der weiteren Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung kann nun erfolgen, »sobald verantwortet werden kann zu erproben, ob der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird«. In § 42 StGB a. F. hieß es lediglich »die Unterbringung dauert so lange, wie ihr Zweck es erfordert«. Zeitlich festgelegte Prüffristen bzgl. der Notwendigkeit des Fortdauerns der Maßregel wurden eingeführt.
5. Mit der Einführung der Führungsaufsicht wurde auch der Gesichtspunkt der

DOI: 10.1486/9783884144152

Nachbetreuung entlassener Maßregelvollzugspatienten gesetzlich verankert (vgl. Venzlaff 1984, 96).

Reformen wurden auch im Bereich des Strafvollzugs durchgesetzt. Das zum 1.1.1977 in Kraft getretene Strafvollzugsgesetz (StVollzG) brachte dabei zwei Änderungen für den Vollzug der Maßregeln:

1. »§ 136 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus
Die Behandlung des Unterbrachten in einem psychiatrischen Krankenhaus richtet sich nach ärztlichen Gesichtspunkten. Soweit möglich, soll er geheilt oder sein Zustand soweit gebessert werden, dass er nicht mehr gefährlich ist. Ihm wird die nötige Aufsicht, Betreuung und Pflege zuteil.«

§ 136 StVollzG vertieft damit die Vorgaben des StGB. Die Behandlung wird eindeutig dem ärztlichen Zuständigkeitsbereich zugeordnet, wodurch nochmals das Ziel der Besserung betont wird. Der Strafaspekt wird dadurch – formell – aus dem Katalog dieser Maßregeln herausgenommen. Dadurch wird ein Behandlungsanspruch für den Untergebrachten konstituiert (vgl. Volckart 1984, 139).

2. »§ 138 Anwendung anderer Vorschriften
(1) Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt richtet sich nach Landesrecht, soweit Bundesgesetze nichts anderes bestimmen.«

Mit dieser Regelung wird die Zuständigkeit der Durchführung des Maßregelvollzugs von den Justizverwaltungen an die psychiatrischen Krankenhäuser eingeführt. Die Vorschriften des Straffvollzugs finden damit nur noch eingeschränkt für die Gestaltung des Vollzugs von Maßregeln Anwendung, womit prinzipiell ermöglicht wird, dass psychisch kranke oder suchtkranke Straftäter nach den gleichen Grundsätzen wie die nach den allgemeinen Unterbringungsgesetzen für psychisch kranke Untergebrachte behandelt werden können. Zur weiteren Ausformulierung von besonderen Maßstäben bzgl. der Ausgestaltung des Maßregelvollzugs verweist § 138 StVollzG an die einzelnen Bundesländer, welche in eigenen Maßregelvollzugsgesetzen die besonderen Bedürfnisse (Sicherung, Lockerungsmaßnahmen, Behandlungsstandards, Fragen von Grundrechtseinschränkungen, Organisation des Vollzugs, Gestaltung von Rehabilitationsmaßnahmen etc.) gestalten sollten. Bislang haben allerdings nur einzelne Bundesländer eigenständige Maßregelvollzugsgesetze erlassen (Bremen, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen), andere Länder (z. B. Bayern) lehnen die Schaffung eines eigenen Rechtsrahmens ab.

1997 erfolgte im Rahmen des »6. Gesetz zur Reform des Strafrechts« die Änderung der §§ 57 StGB und 454 Abs. 2 StPO, was bewirkte, dass zur Frage der Gefährlichkeitsprognose, insbesondere bei der Entscheidung der Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung ein externer Gutachter hinzuzuziehen ist.

Die letzte umfassende Strafrechtsreform, die den Vollzug der Maßregeln der

DOI: 10.1486/9783884144152

Besserung und Sicherung wesentlich beeinflusst hat, ist das »Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten« vom 26.01.1998. Das Gesetz greift u. a. in § 67d Abs. 2 StGB und veränderte die bis dahin geltende »Erprobungsformel« bezüglich einer Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung in eine »Erwartungsformel«: War die Entlassung eines Patienten aus dem Maßregelvollzug bis 1998 daran geknüpft, »dass verantwortet werden kann zu erproben, ob der Untergebrachte keine weiteren erheblichen rechtswidrigen Taten mehr begehen wird«, ist die Voraussetzung für eine Entlassung nun »wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird«. Die damit verbundene Erwartungshaltung, dass nur noch solche Patienten entlassen werden, die mit Sicherheit keine Gefahr mehr darstellen und dass die in diesem Zusammenhang erstellten psychiatrischen Gutachten hier definitive Aussagen treffen können, sind »wissenschaftlich fragwürdig und lebensfremd« (Hahn 2003, 447). Prognoseaussagen im Maßregelvollzug sind weiterhin ein »kalkuliertes Risiko« (Rasch 1986), schon alleine aus dem Grund heraus, dass sie zeitlich begrenzt und nicht zeitlich überdauernd gültig sein können (vgl.: Exkurs Prognoseverfahren).

Der Maßregelvollzug hat in den letzten 20 Jahren vielfache Wandlungen vollzogen: Waren die 1980er-Jahre von einem »therapeutischen Aufbruch« (Kobbé 2005, 107) gekennzeichnet, in dessen »Bugwelle« eine ansatzweise Nachholung der Reformbewegung, die in der Allgemeinpsychiatrie (Sozialpsychiatrie) längst stattgefunden hatte, erfuhren die 1990er-Jahre einen »sicherheitsfixierten Paradigmenwechsel« (ebd.), der zu einer psycho-technologischen Veränderungsideologie geführt hat, wobei zu beklagen ist, dass eine Vielzahl der neuen Therapieformen mehr auf den »Effekt statt (auf) Effektivität« gesetzt haben (ebd.). In den letzten Jahren ist eine Rückwärtsorientierung auszumachen, die durch eine ständige Überbetonung von Sicherheitsaspekten bei gleichzeitiger Begrenzung der ökonomischen Ressourcen (die Finanzkrise der öffentlichen Haushalte macht mittlerweile auch vor dem bislang verschonten Maßregelvollzug nicht halt) gekennzeichnet ist. Diese Situation ist u. a. durch Bestrebungen der verantwortlichen Politiker, den Maßregelvollzug zu privatisieren und durch die ständige Neuauflage von begrenzten Forschungsprojekten[4] geprägt, beides

4 So wird in Bayern seit Mai 2005 ein zweites Forschungsprojekt »Ambulante Sicherungsnachsorge« durchgeführt, das den Nutzen und Effekt forensischer Nachsorgeangebote beschreiben soll. Ein Forschungsprojekt zur gleichen Fragestellung war bereits von 2003–2004 (Steinböck et al. 2004) im Freistaat durchgeführt worden, die Ergebnis belegen die Sinnhaftigkeit ambulanter Nachsorge, die i. Ü. bereits Jahre zuvor durch ein umfassendes Forschungsprojekt des Bundesgesundheitsministeriums (Bundesministerium für Gesundheit 1993, 1995) belegt worden war. Es scheint, als ob die Umsetzung dieser Forschungsergebnisse (also: flächendeckende Einführung einer forensischen Ambulanz, wie sie etwa in Hessen [Freese 2003] durchgeführt wird) aus Kostengründen gescheut wird.

DOI: 10.1486/9783884144152

Maßnahmen die dem Maßregelvollzug und der ihm abverlangten (Sicherheits-) Qualität nicht nutzen wird.

3.3 Abweichendes Verhalten und Sexualität

Neben den in Kapitel 3.1 dargestellten theoretischen Ansätzen zu abweichendem Verhalten im Allgemeinen, sollen hier Theorien speziell zu abweichendem Sexualverhalten erläutert werden. Die Darstellung dient einmal dazu, einen Überblick über unterschiedliche Theorieansätze zu ermöglichen. Gleichzeitig bedürfen die in Kapitel 7.3 angestellten inhaltlichen Vorannahmen und Grundüberlegungen einer theoretischen Fundierung.

Als Leitsatz für die unterschiedlichen Theorien zur Entstehung sexueller Deviationen gilt mir dabei eine Formulierung Friedemann Pfäfflins (2004, 244), der unter Bezugnahme auf Schorsch (1993) die drei Hauptaspekte sexuellen Erlebens beschreibt: »Es sind dies der narzisstische Aspekt, der Beziehungsaspekt sowie der aggressive Aspekt sexuellen Erlebens, die sowohl für normales wie für deviantes Sexualverhalten von entscheidender Bedeutung sind.« (ebd.) Pfäfflin schätzt die biologischen Rahmenbedingungen sexuellen Erlebens und Verhaltens als untergeordnet ein und verweist stattdessen auf frühe Körpersensationen, Erfahrungen von Hilflosigkeit und Kompetenz, Beziehungs- und Bindungserfahrungen sowie Fantasien als Hauptbezugsquellen menschlicher Sexualität.

In der Prägungstheorie werden auf Grundlage der Lerntheorie sensible Phasen in der Entwicklung eines Menschen als ausschlaggebend für die spätere sexuelle Orientierung bzw. Abweichung gesehen. Berner und Karlick-Bolten (1986, 27) beschreiben mit Verweis auf Stoller auf die anfangs unspezifische Lächelreaktion des Säuglings, »die später Ausdruck einer inneren Bindung wird« (ebd.). Dieser Vorgang wird als Korrelat für einen Prägungsvorgang u. a. als möglicher Ausgangspunkt für die Entstehung des »Transsexuellensyndroms« gewertet.

Entgegengesetzt argumentieren Person und Ovesey (zit. nach Berner & Karlick-Bolten 1986, 27): »Der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Geschlechtskorrektur lasse sich in den meisten Fällen auf eine Fusionsfantasie zurückführen, die ein Ausdruck der zugrunde liegenden Ambiguität sei«. Diese Ambiguität wird weiter als Sonderform der Borderline-Pathologie gewertet.

Andere Autoren (Socarides, Dörner) verweisen auf das sexuell Abweichende aufgrund unbewusster Motive, die Mutter zu ersetzen, »damit eine primäre weibliche Identifikation (die Mutter zu werden) ausleb(t)en, und hoff(te)n, dadurch die Liebe des Vaters zu gewinnen« (ebd.). Dieses Muster wird in der Literatur als Genese für so unterschiedliche sexuelle Orientierungen wie Fetischismus, Pädophilie und Homosexualität gesehen. Die Prägungsphasen werden hier als bis zum dritten Lebensjahr abgeschlossen beschrieben.

DOI: 10.1486/9783884144152

In der psychoanalytischen Entwicklungstheorie bestehen ebenfalls Vorstellungen sensibler Entwicklungsphasen, etwa bis zum fünften Lebensjahr. In der Begriffsbestimmung Freuds (1905) zur Perversion und Inversion, womit bei ersterer die Abweichung vom Sexualziel, bei der Inversion die Abweichung vom Sexualobjekt gemeint ist, wird die Austauschbarkeit von Sexualobjekt und Sexualziel deutlich gemacht, wodurch gezeigt werden soll, dass nicht-abweichende (»normale«) Sexualität des Erwachsenenalters sich über viele Pervertierungen und Inversionen aus infantilen Befriedigungswünschen entwickelt, und dass die als pervers beschriebenen und diagnostizierten Verhaltensweisen eine Entsprechung in der infantilen Sexualität aufweisen. In den frühen Arbeiten zur Sexualentwicklung benennt Freud (1905) die Kastrationsangst, die ödipalen Konflikte und die kindlichen Partialtriebe, welche in sexuellen Deviationen bei Erwachsenen wieder aufleben. In den späteren Arbeiten ergänzt und erweitert Freud diese Ansätze um die Rolle der Abwehrmechanismen. In den folgenden Jahrzehnten kommt es zu einer steten Veränderung der Theoriebildung: Sexuelle Deviationen werden bezüglich ihres Entstehungszeitraums in der präödipalen Phase wahrgenommen, »durch die Konfliktkonstellationen zwischen Körper und Ich, Ich und Selbst, Ich und Über-Ich und der Rolle, die die Aggressivität dabei spiele« (Benesch 1981, Bd. II, 277). Die Fixierung auf die analsadistische Aggressivität der analen Phase (ca. zwischen dem 18. und 36. Lebensmonat) wird hier beispielsweise als Auslöser für spätere sadistische Sexualstörungen diskutiert.

Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die Auffassung, dass es im Fall sexueller Deviationen zu einer Persönlichkeitsspaltung kommt, indem ein Teil der Persönlichkeit auf einem niedrigen Funktionsniveau funktioniere, ... ein anderer Teil der Persönlichkeit funktioniere hingegen völlig realitätskonform (Berner & Karlick-Bolten 1968, 29).

Kernberg (1997) weist auf eine weitere Gruppe perverser Störungen hin, bei denen Spaltungsmechanismen eine wesentliche Rolle spielen. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung projizieren oft eine »pathologisch intensive prägenitale und insbesondere orale Aggression auf die Elternfiguren« (ebd., 308). Dadurch kommt es zu einer paranoiden Verzerrung der frühen Elternbilder, insbesondere der Mutter, wodurch diese als potenziell gefährlich erlebt werde, welches weiter auf beide Elternteile ausgeweitet werde. Im Erwachsenenalter würden sexuelle Beziehungen dann nur als »gefährlich und mit Aggressionen durchtränkt« (ebd.) vorgestellt. Als Lösungsversuch des Kindes komme es oft zu »verfrühter Entwicklung genitaler Strebung(en)« (ebd.), welche jedoch fehlschlügen. Als Folge würden Liebesobjekte einerseits in unrealistischer Weise idealisiert und ersehnt, bei Zusammenbruch der Idealisierung schlage diese in eine negative Objektbeziehung um.

Verhaltenstherapeutische Störungstheorien sehen deviantes Sexualverhalten im Zusammenhang mit Lernprozessen. Drei Hauptgruppen werden für die Ent-

DOI: 10.1486/9783884144152

wicklung abweichender Sexualität angenommen: Aversive Stimuli bei sexuellen Handlungen (z. B. Bestrafung bei Masturbation), können zur Unfähigkeit auf erregende Stimuli zu reagieren führen; bestehende entwickelte Ängste, die mit dem Sexualverkehr in Zusammenhang stehen, können sich auf der Verhaltensebene auswirkten (z. B. Angst, überrascht zu werden, sexuelle Leistungsangst); die Verbindung unüblicher Reize mit sexueller Erlebnisfähigkeit führt zu einer Verstärkung mit zwang- oder suchthaftem Verhalten. Schorsch et al. (1996, 11) weisen darauf hin, dass in den bekannten Modellen des klassischen und operanten Konditionierens jeglicher Umweltreiz eine sexuelle Valenz bekommen könne. Ausgangspunkt für die Entstehung sexueller Deviationen ist in diesem Zusammenhang ein erstes Erlebnis, bei dem ein neutraler Reiz zufällig mit sexueller Erregung zusammentrifft und beide Reize miteinander gekoppelt werden.

Imitationstheorien stehen bei verhaltenstherapeutischen Erklärungsansätzen eher im Hintergrund. Fiedler (2004) weist jedoch darauf hin, dass die Prozesse

»1. ... differenzielle Verstärkung kindlicher sexueller Vorlieben durch Bezugspersonen und

2. das Modelllernen« (ebd., 86)

von großer Bedeutung für die Entstehung des Sexualverhaltens sind. Verbindet man diese Theorien mit Erkenntnissen aus der Familienforschung und sozialstrukturellen Kriminalitätstheorien (vgl. Rauchfleisch 1999, 19), lässt sich deviantes Sexualverhalten auch als Lernprozess verstehen, der auf der Übernahme antisozialer Normen, welche im sozialen Umfeld (der Familie) bestehen, beruht.

Rauchfleisch (1999) weist auf eine für den psychiatrischen Maßregelvollzug besondere Tätergruppe hin: Patienten mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung. Sein psychodynamisch-entwicklungspsychologisches Konzept der Persönlichkeit dissozialer Menschen beschreibt einen depressiv-narzisstischen Kernkonflikt auf der Grundlage einer Borderline-Organisation, mit Strukturpathologie in Ich und Über-Ich, verbunden mit starken Externalisierungstendenzen (ebd., 40 ff.). Die Patienten seien durch eine Desintegration der Persönlichkeit gekennzeichnet, es komme zu Kontaktstörungen, zum Einsatz archaischer Abwehrmechanismen, Störungen in den Realitätsbezügen, Frustrationstoleranz und Impulskontrollverlust und zum Ausagieren innerer Konflikte. Die Störung weise oft eine deutliche Chronizität auf und äußere sich in Fehlentwicklungen im Bereich der Sexualität und Aggressivität (Rauchfleisch 1981, 19).

Patienten mit dissozialen Persönlichkeitsanteilen bilden eine wesentliche Untergruppe der im Maßregelvollzug Untergebrachten. Gleichzeitig wird in der Literatur darauf hingewiesen, dass diese Störungsbilder als kaum behandelbar (Rauchfleisch 1999, 106) gelten. Für die vorliegende Arbeit wird dieser Aspekt von Bedeutung sein: Finden sich unter den rückfallfreien Tätern Patienten mit großen dissozialen Anteilen, ermöglicht die Benennung protektiver Faktoren

DOI: 10.1486/9783884144152

eventuell eine Benennung strategischer Betreuungsansätze, der Umweltgestaltung und der therapeutischen Interventionsplanung.

Für die therapeutische Praxis hat sich der psychodynamische Ansatz von Schorsch et al. (1996) aus der Hamburger Abteilung für Sexualforschung als äußerst bedeutsam erwiesen. In diesem Konzept wird davon ausgegangen (ebd., 32),

> »dass die sexuelle Perversion, die perverse Fantasie, der perverse Impuls Kompensationscharakter haben und unter einem reparativen Aspekt zu sehen sind«.

Die Funktion des perversen Symptoms ist hier die Überwindung von Angst- und Anspannungssituationen und eine stabilisierende Wirkung für das psychische Gleichgewicht. Auch in diesem Konzept wird die Auffassung einer »frühen Störung« vertreten: »In den perversen Inszenierungen [also den Straftaten, Anm. G. H.] begegnen wir frühen Konflikten, die in den prägenden Beziehungen entstanden sind; die perversen Symptome stellen als komplizierte Chiffren Lösungsversuche dar.« (ebd.) Die deviante sexuelle Symptombildung wird weiter als Abwehrmechanismus beschrieben, der die Persönlichkeit außerhalb des perversen Erlebens entlaste, z. B. dass frühe (aggressive) Triebwünsche, Ängste und Impulse in der Perversion gebunden werden. Die Perversion wird damit »lebensnotwendig« als »ritualisierte Entlastung ... des Selbst« (ebd., 33). Morgenthaler (1974) sprach in diesem Zusammenhang von der »Plombenfunktion« der Perversion, welche die Lücke des in seiner narzisstischen Entwicklung gestörten Selbst fülle.

Schorsch et al. (1996) weisen auf die Folge dieses Erklärungsansatzes für die Therapie hin: Anders als in der Verhaltenstherapie könne man nicht davon ausgehen, die sexuell deviante Symptomatik sei Ausdruck und Folge von Verhaltensdefiziten oder inadäquaten Lernerfahrungen, die nur bearbeitet werden müssten, vielmehr stünde neben verhaltenstherapeutischen Techniken wie Selbstinstruktion und Skills-Training, die Bearbeitung des narzisstischen Konflikts im Fokus der therapeutischen Arbeit (um mit Morgentahler 1974 zu sprechen: »das Füllen der Lücke«).

Für die Tätergruppe pädophiler Männer hat Groth (1978) eine Unterscheidung in zwei grundsätzliche Tätertypen vorgenommen. Er unterscheidet hier den fixierten und den regressiven Missbraucher. Zur ersten Gruppe, welche in der Literatur auch als »Kernpädophile« beschrieben werden, zählen Männer mit einem frühzeitigen und ausschließlichen Interesse gegenüber Kindern. Die sexuelle Ausrichtung besteht ab dem Beginn des psychosexuellen Reifeprozesses und besteht meist zeitlich überdauernd.

Regressive Täter (welche als »Missbraucher« beschrieben werden) weisen keine frühe sexuelle Prädisposition zu Kindern auf, festzustellen ist hier eher eine konventionelle, auf die Peer-Group orientierte sozio-sexuelle Entwicklung. Bei Erreichen des Erwachsenenalters entwickeln sich die Erwachsenen-Beziehungen

DOI: 10.1486/9783884144152

dieses Tätertyps jedoch oft konflikthaft. Wachsende Verantwortungen und Anforderungen sowie spezifische Belastungen können dann zu einer Überforderung führen, welche dann im Sinn einer Stressverarbeitung im sexuellen Kontakt zu Kindern kompensiert werden. Eine tabellarische Übersicht von Groth (1982 zit. n. Deegener 1995, 196) erläutert die Typologie fixierter und regressiver pädophiler Täter.

Tab. 1: Unterscheidungsmerkmale fixierter und regressiver pädophiler Missbraucher nach Groth

Fixierte sexuelle Missbraucher	Regressive sexuelle Missbraucher
Primäre sexuelle Orientierung gegenüber Kinder	Primäre sexuelle Orientierung gegenüber Gleichaltrigen
Pädophile Interessen beginnen in der Adoleszenz	Pädophile Interessen entstehen im Erwachsenenalter
Kein überwältigender Stress, keine subjektiv erlebte Verzweiflung	Gewöhnlich offensichtlicher überwältigender Stress
Überdauernde sexuelle Interessen, zwanghaftes Verhalten	Der sexuelle Missbrauch kann mehr episodisch auftreten
Vorgeplante, vorsätzliche Taten	Die anfängliche Tat kann impulsiv und nicht vorsätzlich geplant sein
Identifikation: der Täter identifiziert sich stark mit dem Opfer und gleicht sein Verhalten dem Niveau des Kindes an; und/oder kann gegenüber dem Opfer eine Pseudo-Elternrolle einnehmen	Substitution: der Täter ersetzt konflikthafte Beziehungen zu Erwachsenen durch die Verstrickung mit dem Kind. Das Opfer ist ein pseudo-erwachsenes Substitut, und der Täter verlässt in der Inzest-Situation seine Elternrolle
Jungen sind die primären Opfer	Mädchen sind die primären Opfer
Geringen oder gar keinen sexuellen Kontakt zu Gleichaltrigen; der Täter lebt gewöhnlich allein oder in einer Ehe aus »Zweckmäßigkeit«	Sexuelle Kontakte mit Kindern bestehen neben sexuellen Kontakten zu Gleichaltrigen; der Täter ist gewöhnlich verheiratet
Gewöhnlich kein Alkohol- und Drogenmissbrauch in der Vorgeschichte	Die Tat steht in mehr Fällen in Beziehung zu Alkohol
Unreife Persönlichkeit; geringe/schlechte sozio-sexuelle Beziehungen zur Peer-Group	Eher traditioneller Lebensstil, aber unterentwickelte Beziehungen zur Peer-Group
Die Tat ist ein Ergebnis der Lebensgeschichte	Die Tat ist ein Versuch, spezifische Stress-Ereignisse zu bewältigen

Die von Groth (1978) vorgenommene Typenbildung von Kindesmissbrauchern erlaubt auch eine weitere Differenzierung bzgl. Anwendung von Gewalt, insbesondere bei sadistischen Tätern sowie Tätern, die in Drucksituationen agieren und dabei meist keine direkten Formen körperlicher Gewalt anwenden.

Simkins et al. (1990) haben diese Typologie um den »Soziopathischen Täter-Typ« erweitert. Charakteristische Merkmale dieser Tätergruppe sind u. a.:

- Das Fehlen von echten Schuldgefühlen sowie Reue gegenüber dem Opfer;
- eine aggressive und (manchmal sadistische) Orientierung;
- Multidelinquenz, sowie andere antisoziale Verhaltensweisen;
- höherer Gewaltanteil bei Sexualdelinquenz;
- Suchtmittelmissbrauch;

DOI: 10.1486/9783884144152

- generalisierte manipulative und ausbeuterische Beziehungsgestaltung;
- das Fehlen von Zuneigung/Einfühlung gegenüber dem Opfer.

Der am weitesten verbreitete Systematisierungsversuch in Bezug auf sexuelle Gewalt gegen Frauen stammt ebenfalls von Groth (1979). Demnach kann eine Vergewaltigung Ausdruck aggressiver Bedürfnisse sein, wobei die Sexualisierung dieser Aggression nur eine spezifische Ausdrucksform darstellt. Groth unterscheidet drei Typen (ebd.):

Tab. 2: Systematisierung sexueller Gewalttaten gegen Frauen

Klassifikation	Merkmale
Anger rape	Sexualdelikt ist Ausdruck und Abbau aufgestauter Frustrationen, wobei das Opfer selbst Grund dieser Frustrationen sein kann oder nur stellvertretend. Die Gewaltintensität übersteigt das Ausmaß, das notwendig wäre, um das Opfer zu überwältigen, deutlich. Die sexuelle Tat wird als Waffe eingesetzt, es wird keine sexuelle Befriedigung erlangt.
Power rape	Hauptintention der Tat ist, Überlegenheit und Kontrolle auszuüben, nicht das Opfer zu verletzen. Gewaltintensität erfolgt in dem Ausmaß, das notwendig ist, die Kontrolle zu gewinnen und aufrechtzuerhalten. Sexualität dient der Kompensation eigener Insuffizienzgefühle.
Sadistic rape	Keine klare Grenze zwischen Sexualität und Gewalt. Vorrangig sind das Leiden und die Qualen des Opfers erregend, weniger die sexuelle Handlung an sich. Die Taten weisen oft ritualisierte Anteile auf, können in extremen Fällen in schweren Verletzungen oder Tötung des Opfers enden. Zum Teil liegt im qualvollen Tod des Opfers die stärkste Befriedigung.

Zu ergänzen wäre diese Klassifikation um Täter, die aus vorrangig sexueller Motivation Straftaten begehen. Knight 1990 (zit. n. Schmucker 2004,12) benennt zwei Typen sexuell motivierter Täter, wobei beiden eine intensive Beschäftigung mit der Befriedigung sexueller Bedürfnisse gemein ist und durch rezidivierende Vergewaltigungsfantasien, Nutzung pornografischer Medien und sexuell devianten Verhalten gekennzeichnet ist:

1. Sadistische Typen mit einer geringen Differenzierung zwischen aggressivem und sexuellem Erleben, das Ausagieren dieser Fantasien erfolgt entweder offen oder symbolisch.
2. Nicht-sadistische Typen mit einem geringeren aggressiven Anteil am Tatgeschehen.

Fiedler (2004, 348) gliedert in Anlehnung an Hoyer (2001) Sexualstraftäter in zwei Hauptgruppen: Solche, bei denen keine psychische Störung vorliegt (die dann aber Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsorganisation aufweisen) und Täter mit manifesten psychischen Störungen. Hierunter fallen Persönlichkeitsstörungen, Störungen der Impulskontrolle, einzelne und multiple Paraphilien, soziale Phobien, Depression, Alkoholabhängigkeit und andere Behinderungen, z. B. geistige Behinderung oder Schädel-Hirn-Verletzungen.

DOI: 10.1486/9783884144152

Finkelhor (1984) hat versucht, in seinem Vier-Faktorenmodell ein mehrdimensionales Erklärungsmuster für die Entstehung der pädophilen Präferenz zu formulieren. Die ersten drei Faktoren sind auf die Entwicklung sexueller Interessen gegenüber Kindern gerichtet, der vierte Faktor erläutert, wie das Interesse zum aktuellen delinquenten Verhalten führt. Unter sozialtherapeutischen Gesichtspunkten ist besonders bedeutsam, dass Finkelhor die vier Faktoren »emotionale Kongruenz«, »sexuelle Erregung«, »Blockade« und »Enthemmung« nicht ausschließlich auf die Persönlichkeit des Täters bezieht, sondern den Fokus auch auf die soziokulturellen Rahmenbedingungen ausweitet.

Tab. 3: Vier-Faktorenmodell nach Finkelhor (1984)

Faktor	Individuell/Intrapersonell	Soziokulturell
1. Emotionale Kongruenz	• verzögerte emotionale Entwicklung und emotionale Unreife • Macht- und Kontrollbedürfnis • Bewältigung des eigenen Traumas durch Neuinszenierung • geringes Selbstwertgefühl • Identifikation mit dem Aggressor • narzisstische Identifikation mit dem Kind	• männliche Sozialisation zur Machtausübung und Dominanz
2. Sexuelle Erregung	• traumatische sexuelle Erfahrungen i. d. Kindheit • Koppelung der sexuellen Erfahrung mit Erregung • frühes Modelllernen • Fehlattributierung von Erregung	• Kinderpornografie • erotische Darstellungen von Kindern i. d. Werbung • männliche Tendenz, emotionale Bedürf nisse zu sexualisieren
3. Blockade	• ödipaler Konflikt • Kastrationsangst • traumatische sexuelle Erfahrungen mit Erwachsenen • sexuelle Angst • unzureichende soziale Fertigkeiten • Angst vor heterosexuellen Kontakten	• repressive Normen bezüglich Masturbation und außerehelichen Beziehungen
4. Enthemmung	• Senilität • Alkohol • mangelnde »Inzest«meidende Mechanismen • Psychosen	• gesellschaftliche Tolerierung sexueller Interessen an Kindern • geringe rechtliche Sanktionen gegenüber Tätern • patriarchale Ideologie der Verfügungsgewalt von Vätern über ihre Kinder • soziale Toleranz gegenüber abweichendem Verhalten unter Alkoholeinfluss

Finkelhors' Modellvorstellungen zum sexuellen Missbrauch sind in sich nicht abgeschlossen und müssen sicher auch als nicht vollständig eingeschätzt werden. Vielmehr ist das Modell ein Ordnungsrahmen, der Hypothesen und Theorien aus

DOI: 10.1486/9783884144152

verschiedenen Bereichen zusammenfasst und dadurch erstmals einer empirischen Überprüfung zugänglich macht. Im Kontext der vorliegenden Arbeit ist aber damit hinreichend beschrieben, wie das Zusammenwirken pathogener Faktoren und psychischer sowie sozialer Entwicklungsmerkmale zu sexuell deviantem Verhalten führen.

Immerhin war mit dieser Arbeit aber – erstmals – eine sinnvolle Zusammenschau relevanter psychischer und sozialer Faktoren möglich geworden. Bundschuh und Stein-Hilbers (2001) merken kritisch an, dass dieser Erklärungsansatz allerdings die Frage offen lässt, »weshalb Menschen mit zum Teil ähnlichen spezifischen Erfahrungen (wie etwa selbst erlittene sexuelle Gewalt in der Kindheit) in einem Fall (Männer) zu Tätern werden und im anderen Fall nicht« (ebd., 101). Es liegt an der auf Symptome und pathogene Strukturen festgelegten Ausrichtung der Studie, diese Fragestellung nicht weiter auszuformulieren und nach der schützenden Wirkung protektiver Faktoren zu fragen bzw. zu forschen.

Ein bedeutsames Klassifikationsschema für Kindesmissbraucher haben Knight und Prentky (1990, zit. n. Schmucker 2004) vorgelegt (s. Abbildung 3). Deren »Massachusetts Treatment Center: Child Molester Typology (MTC: CM3) beschreibt auf einer Achse I den Aspekt der sexuellen Fixierung eines Täters auf Kinder, differenziert dann aber weiter auf einer unabhängigen Dimension in Bezug auf die sozialen Kompetenzen in Beruf und Partnerschaft (welche durchaus »erwachsen« strukturiert sein können). Auf einer Achse II erfolgt die Darstellung der Häufigkeit des (sexuellen und nicht-sexuellen) Kontaktes zu Kindern. Zusätzlich werden sadistische Aspekte berücksichtigt. Die beiden Achsen erlauben damit unterschiedliche Typenbildungen von Sexualstraftätern, welche fallabhängigen Entscheidungsbäumen folgen. Insgesamt lassen sich so zehn Typen sexueller Delinquenz bilden. Das Klassifikationsschema wird als bedeutsam für die Einschätzung der Rückfälligkeit, als Instrument der Falleinschätzung im therapeutischen Kontext und als Systematisierungshilfe für die Forschung eingeschätzt (vgl. Schmucker 2004, 10).

Für den Bereich des Maßregelvollzugs hat Nowara (2001, 15 ff.) Haupttätergruppen beschrieben, die typischerweise längerfristig in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht sind. Sie benennt:

Sexuell deviante Täter

Die oftmals jugendlichen Täter stammen i. d. R. aus sog. Multiproblemfamilien, haben Alkohol- und/oder Drogenprobleme, eine niedrige Intelligenz, es bestehen Impulskontrollstörungen, die Lebenssituation ist generalisiert randständig. Missbrauchshandlungen an Kindern stellen oft Ersatzhandlungen dar, weil soziale

DOI: 10.1486/9783884144152

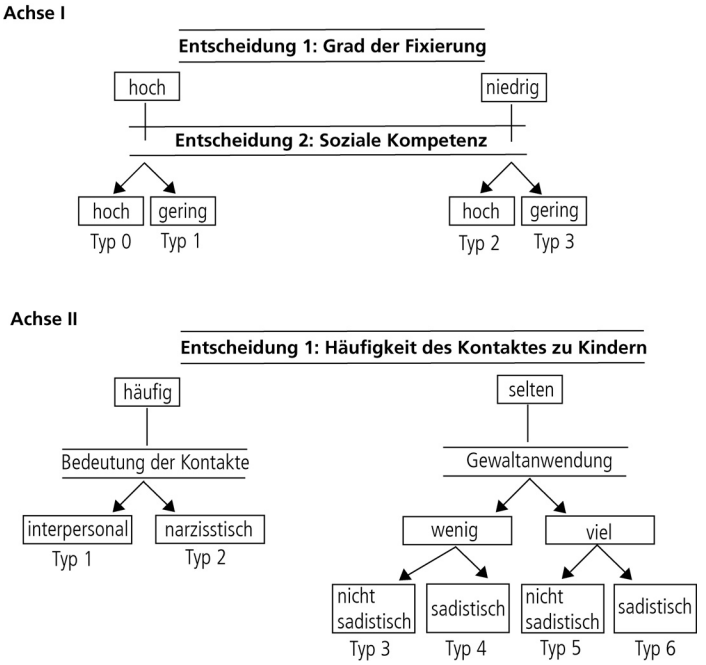


Abb. 3: Klassifikationsschema für Kindesmissbrauch (Knight & Prentky 1990, zit. n. Schmucker 2004, 10)

Bindungen nicht vorhanden sind. Das pädophile Erleben des Kernpädophilen ist jedoch nicht ausgeprägt. Die Tatvorgänge weisen oft eine erhebliche Aggressivität auf.

Er hat meist extreme Ängste und Kontaktstörungen; es gelingt ihm nicht, auf eine adäquate Weise Anschluss zu finden und sexuelle Kontakte herzustellen. Er nimmt deshalb Zuflucht zu sexuellen Fantasien und Pornokonsum. Die Suche nach sexueller Befriedigung nimmt immer extremere Formen an, bis der Täter letztlich dazu übergeht, sexuellen Kontakt zu erzwingen.

Antisoziale Sexualstraftäter

Die Tätergruppe ist gekennzeichnet durch umfassende Versagensängste, Probleme in der Normanpassung, Unoffenheit, es besteht ein Muster aus Missachtung und Verletzung der Rechte anderer (Def. nach DSM-IV).

Die Persönlichkeit weist pathologische Entwicklungen im narzisstischen Bereich, Fehlentwicklungen im Bereich der Sexualität und Aggressivität, eine hohe Frustrationsintoleranz, Störungen in den Realitätsbezügen, Kontaktstörungen,

DOI: 10.1486/9783884144152

Einsatz archaischer Abwehrmechanismen und generell eine Chronizität der Störungen auf.

Er begeht nicht nur Sexualdelikte, sondern hat meist eine polytrope kriminelle Ausrichtung. Dieser Gruppe geht es bevorzugt um die unmittelbare und direkte Befriedigung ihrer Bedürfnisse, dies betrifft sowohl die materielle als auch die sexuelle Ebene. Die Grenzen werden ohne Rücksicht auf die Opfer überschritten, Opferempathie ist im Normalfall nicht vorhanden.

Rachsüchtige Sexualstraftäter/Konstellationstäter

Lebenslage abhängige Situationen führen zu Missbrauch von Kindern oder (meist versuchten) Vergewaltigungen. Überforderungen in den unterschiedlichen Rollen, Versagenssituationen, Trennungsverluste bilden den konstellativen Hintergrund für sexuelle Delikte, bei denen die Umsetzung von Machtbedürfnissen und Überlegenheit den motivationalen Hintergrund bilden.

Der tieferliegende Auslöser der Tat ist eine Kränkung, die dem Täter zumeist nicht bewusst ist, zwischen der Tat und der Kränkung besteht zumeist zunächst kein offensichtlicher Zusammenhang. Dieser Tätertypus ist von seiner Persönlichkeitsstruktur her meist leicht durch andere kränkbar. Er ist bei erheblicher Selbstwertproblematik aber nicht in der Lage, sich mit der Person, die eine Kränkung auslöst, auseinanderzusetzen. Bei neuerlicher Verletzung des Selbstwertgefühls wird die Wut/Anspannung an einem Stellvertreter abreagiert. Der Stellvertreter ist meist wenig angstauslösend, sei es durch körperliche oder durch geistige Unterlegenheit. Der Täter verspürt die Macht, und er genießt sie. Sexuelle Befriedigung kann z. T. eine völlig untergeordnete Rolle spielen, obwohl es sich augenscheinlich um eine »klassische« Sexualstraftat handelt.

Ausschließlich pädophil orientierte Täter

Gemeint ist der in der Literatur als »kernpädophil« beschriebene Täter. Das pädophile Erleben zentriert sich darauf, dass die Welt des Kindes als angemessen erlebt wird. Hier, und nur hier, fühlt er sich frei, anerkannt und nicht überfordert. Die Sexualität wird als ich-dyston, als nicht zur Person gehörend erlebt. Es fehlt oft an Unrechtbewusstsein, im Vordergrund wird die »echte Beziehung« zu einem Kind erlebt.

Sexualverhalten, vor allem in seiner devianten Erscheinungsform, muss natürlich auch in seiner sozialen Bedingtheit vor dem Hintergrund der soziokulturellen Bedingungen erfasst werden. Berner und Karlick-Bolten (1986, 33 f.) weisen auf die Abhängigkeit »erlaubter« und »geächteter« sexueller Verhaltensweisen

DOI: 10.1486/9783884144152

abhängig vom Kulturkreis hin. Mit Hinweis auf die Forschungsarbeit Margret Meads (Mead 1981) wird bezüglich der kulturellen Rahmenbedingungen in kulturvergleichenden Studien beschrieben:

> »a) Jede Gesellschaft kennt Einschränkungen der sexuellen Betätigung, Übertretungen entsprechender Verbote werden ganz unterschiedlich geahndet ...
>
> b) Masturbation, insbesondere kindliche Masturbation, gilt in den meisten Gesellschaften in weitaus höherem Maße als natürlich als in unserer Kultur.
>
> c) Die Altersgrenze, ab der ein Kind als geschlechtsreif gilt, kann manchmal vor und manchmal weit nach der Pubertät liegen. (...)« (Berner & Karlick-Bolten 1986, 34)

Wie sehr sexuelle Devianz als soziales Konstrukt bedingt ist, zeigt sich in der deutschen Diskussion um den Straftatsbestand der Homosexualität im ehemaligen Paragrafen 175 StGB: In gut 110 Jahren deutscher Rechtsgeschichte – von der Einführung des § 143 im »Strafgesetzbuch für die preußischen Staaten« bis zur Abschaffung des § 175 im StGB 1969 – erfolgt über intensive gesellschaftliche Diskurse, Kämpfe und Kriege (etwa der Krieg der Nationalsozialisten gegen die Homosexuellen im dt. Faschismus) eine allmähliche Entkriminalisierung. Das Streichen der Homosexualität aus den psychiatrischen Diagnosesystemen war hier ein weiterer, gesellschaftlich wichtiger Schritt. Damit ist aber das Phänomen Homosexualität für die Betroffenen schon gar nicht der Probleme enthoben, die sich nach wie vor aus politischen, rechtlichen, gesellschaftlichen und kulturellen Diskriminierungsprozessen ergeben und ableiten lassen. Überträgt man die Diskussion um Homosexualität auf tatsächliche Störungsbilder sexueller Devianz wie Kindesmissbrauch oder Vergewaltigung wird deutlich, welche Dynamik in kulturellen Vorgängen wie Stigmatisierung und Ausgrenzung liegt. Enttabuisierung und Versachlichung könnten hier zu einer »Normalisierung der Devianz« beitragen. Lautmann (2002, 437) weist auf diesen Versachlichungseffekt sexueller Diskurse im Zusammenhang mit der Veröffentlichung der Studien Alfred Kinseys ab 1948 hin. Die Tatsache, dass Menschen hier als sexuelle Wesen gesehen werden, führt zu einem breiten gesellschaftlichen Diskurs um Sexualität und sexuelle Aktivität und zu einer Flexibilisierung des Themas in der Gesellschaft.

Letztlich besteht ein innerer Zusammenhang von Individuum und Gesellschaft als »soziales Phänomen«, d. h. auch im sexuell-devianten Verhalten drückt sich »das Soziale« als »Wir-Bildung« aus und wird in einer juristischen Dimension Gegenstand gerichtlicher und sozialer Medizin. Diese Fixierung auf rein störende, »abartige«, deviante Anteile bestimmt das Bild psychisch kranker Sexualstraftäter in der Öffentlichkeit. Einseitige Forschungsinteressen, Veränderungen im juristischen Bereich i. S. einer Strafrechtsverschärfung und der damit einhergehende erhöhte Druck auf Patienten, Behandlungseinrichtungen und Behandler müssen als Folgen dieser sozialen Prozesse erkannt werden.

Integrative Theorien setzen an einem ganzheitlichen Verständnis unterschied-

DOI: 10.1486/9783884144152

licher ätiologischer Aspekte sexueller Abweichungen an. Im Sinn der Sozialtherapie, welche biologische, psychische, soziale und ökonomische Aspekte in die Fallbetrachtung einbezieht (vgl. Schwendter 2000, 180 ff.), oder der Klinischen Sozialarbeit, mit einem bio-psycho-sozialen Verständnis (Pauls 2004, 38 f.) von Krankheit und Gesundheit und dem person-in-enviroment-Ansatz (Pauls 2004, 68 f.) werden hier alle wirksamen Einzelphänomene in ihrem Zusammenwirken und der sich daraus entfaltenden Dynamik einbezogen. Schwendter (2000, 113) bezeichnet sexuell deviantes Verhalten (in einer sozialpsychiatrischen Lesart und mit Rückgriff auf Dörner und Plog »Irren ist menschlich«) als »Leiden an sexueller Andersartigkeit« (ebd.). Der Deviante unterscheidet sich durch sein Anders-Sein, sein einmaliger Umweg findet statt zwischen erlaubten und unerlaubten Wünschen, deren Umsetzung bzw. Verzichtleistung. Wird ein solcher – individueller – Umweg gesellschaftlich etikettiert, muss der Betroffene diesen Weg im Abseits gehen. Diese gesellschaftliche Außenposition besitzt dann aber wieder faszinierende und Leidensanteile.

Beier (1995) hat, in einer nicht sozialtherapeutischen Tradition stehend, in diesem Zusammenhang den Begriff der »Dissexualität« entwickelt. Gemeint ist damit ein »sich im Sexuellen ausdrückendes Sozialversagen«, womit eine Abgrenzung zur Sexualdelinquenz, allgemeiner Dissozialität, Devianzmodellen und Perversionstheorien ermöglicht wird.

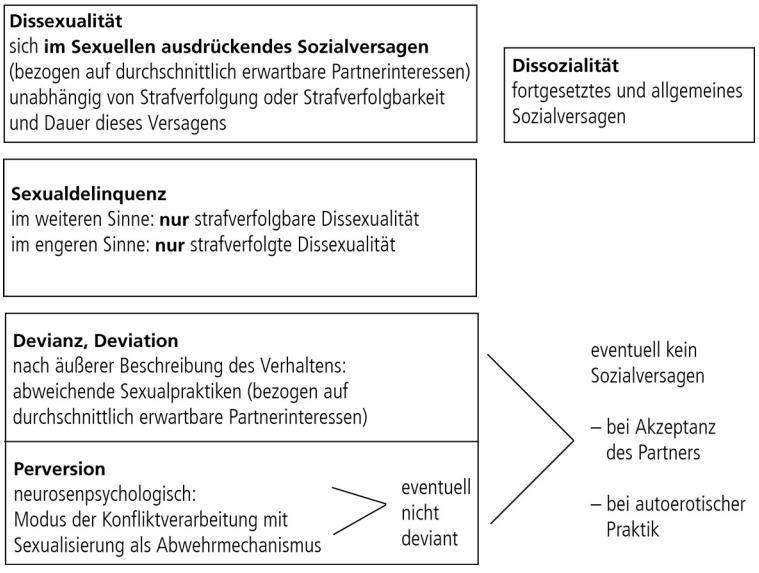


Abb. 4: Dissexualität nach Beier (1995)

DOI: 10.1486/9783884144152

Mit Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert, forschten Bundschuh und Stein-Hilbers (Bundschuh 2001) 1997–1998 in einem Projekt »Sexueller Kindesmissbrauch« zu Entstehungsbedingungen der Pädosexualität.[5] In ihrer qualitativen Studie beschreiben sie anhand von 20 biografischen Interviews drei unterschiedliche Grundmuster von Entwicklungsverläufen pädophiler Männer. Die Ergebnisse wurden für diese Arbeit in einer tabellarischen Übersicht zusammengefasst (s. Tab. 4, S. 70 f.).

Wenigstens kurz muss an dieser Stelle abschließend auf den Beitrag Deegeners (1995) eingegangen werden. Er erhebt in seiner Studie zwar keinen eigenständigen Beitrag zur Genese sexuell-devianten Verhaltens, beschreibt aber einen zentralen Mechanismus, der das Aufrechterhalten der Delinquenz ermöglicht: Ein System differenzierter Leugnungsmechanismen führt zu einer Stabilisierung des Täters und seines Verhaltens und zur Abwehr der aus den Taten stammenden negativen Selbstzuschreibungen. Deegener hat für diesen Mechanismus den Begriff des »Verantwortungs-Abwehr-Systems (VAS)« entwickelt. Die Funktion des VAS liegt in den drei Bereichen »Bewusstes Lügen« für eine positive Selbstdarstellung, »Kognitive Verzerrungen und Fehlinterpretationen« und in »unbewussten Abwehrmechanismen«. Deegeners differenzierte Darstellung der unterschiedlichen Leugnungsniveaus von Sexualstraftätern führte in der sexualtherapeutischen Praxis zu neuen und wirksamen Strategien in den Bereichen Motivationsarbeit, therapeutischer Beziehungsaufbau, Verantwortungsübernahme und Rückfallvermeidungsstrategien.

3.4 Pathogene Faktoren der Sexualdelinquenz

Nach den in Kapitel 3.3 dargestellten Theorien zur Genese sexueller Abweichung sollen hier weitere pathogene Faktoren der Sexualdelinquenz dargestellt werden. Neben den Erklärungsansätzen unterschiedlicher psychotherapeutischer Schulen, sollen hier aktuelle Belastungsmerkmale der straffälligen Täter selbst, als auch aus deren konkreten Lebensbedingungen benannt werden.

Die vorliegende Arbeit setzt bei den protektiven Faktoren, also den Aspekten an, welche erneute Delinquenz verhindern. Dieser Ansatz entbehrt aber nicht den Blick auf die Patienten, welche mit einer Sexualstraftat erstmals auffällig, oder rückfällig werden. Um bei der Datenauswertung, v. a. im Abschnitt 9.8 eine ausreichende theoretische Tiefe zu erreichen, muss der Rückgriff auf vorliegendes Forschungsmaterial möglich sein.

5 Die Autorinnen verwenden den Begriff Pädosexualität als Alternative zur Pädophilie, um die im Paraphilie-Konzept beinhaltete Begriffsverwirrung um Kindes-»missbrauch« und die Vereinnahmung des Pädophilie-Begriffs durch die »Pädophilen-Bewegung (vgl. Stein-Hilbers & Bundschuh 1998, 299) zu verhindern.

DOI: 10.1486/9783884144152

Tab. 4: Entwicklungsverläufe der Pädosexualität nach Bundschuh (2001)

Betrachtungsebene	Verlaufsform 1	Verlaufsform 2	Verlaufsform 3
Aspekte der sozial-emotionalen Sozialisation	Umfangreiches Fehlen von Fürsorge und Betreuung, unvollständige Herkunftsfamilie, belastete Erziehungspersonen, Klima emotionaler Zurückweisung in der Kindheit, Vernachlässigung mit teilw. physischer Verletzung, geringer sozialer Rückhalt, Abwesenheit von Erziehungsersatzpersonen, frühzeitige Angst-, Einsamkeits- und Ohnmachtsgefühle, gestörte Entwicklung sozial-emotionaler Handlungskompetenzen, Entwickl. eines negativen Selbstbildes	Förderliche Kindheitsentwicklung trotz fehlender Konstanz in der Erziehungssituation, Vorhandensein alternativer Erziehungspersonen, selektive Gewährung emotionaler Zuwendung, frühe Orientierung an der Erwachsenenwelt mit entspr. Anpassung im Sozialverhalten (»frühreif«), Überforderungstendenzen durch überhöhte Umwelterwartungen (Mann-Sein), bei Leugnung kindlicher Anteile	Keine Entbehrungen oder Einschränkungen in den frühen Kindheitsjahren, liebevoll-aufopfernde Zuwendung durch konstante Erziehungspersonen, Klima der Wärme, Zuneigung und Bestätigung, ausreichend Raum für Entwicklung kindlicher Interessen und Fähigkeiten, Bevorzugung bzgl. anderer Kinder, fehlende Grenzsetzung durch Erzieziehungspersonen
Sozialverh./Wahrnehmung (Grund- und Hauptschulalter)	Im Kontakt mit Gleichaltrigen Erkennen der Notwendigkeit, dass soziale Akzeptanz im außerfamiliären Umfeld mit psychischer und physischer Selbstdarstellung als »richtiger Junge« notwendig ist		
Rollenbewältigung (Grund- und Hauptschulalter)	Sozial-integrationsförderung gelingt aufgrund der Traumatisierungen im Herkunftssystem nicht, Fehlen männlicher Orientierungs- und Bezugspersonen	Einnehmen einer Sonderrolle in der peer-group, durch nicht-beherrschen altersentsprechender Umgangsformen, teilweise Anbindung an ältere Führungspersonen in den jew. peers, dabei Leugnung eigener (kindlicher) Anteile	Gute Integration in in peer-groups, Aneignung von männlichkeitstypischen Verhaltensmustern mit Anbindung an männl. Bezugspersonen (innerfamiliär)
Rollenbewältigung (Pubertät)	Stärkere Orientierung nach außen, deutlichere Anpassung an geschlechtstyp. Verhaltenserwartungen, Lösung von der Außenseiterrolle, Zugang zu Gleichaltrigengruppe besser, Fortbestehen unverarbeiteter Kindheitskonflikte behindern Entwicklung eines stabilen männl. Selbstbildes, erneute Opfererfahrungen, Enttäuschungen und Zurückweisungen in Freundschaften, Niederlagen in Konkurrenzkämpfen werden subj. hoch bewertet, Gefühl als Junge sozial unattraktiv zu sein.	Durchgehende Integration in außerfam. Kontexten, bei Überanpassung an geschlechtstypische Erwartungen, dabei völlige Verleugnung unbefriedigter kindlicher Wünsche.	Bruch in der bis dahin unproblematischen Kindheit, Selbstwahrnehmung als hilflos, schwach, als Bedrohungserfahrung mit einem bis dahin traditionellen Männlichkeitsideal und entsprech. Selbstwahrnehmung, dadurch Entwicklung einer extremen Verunsicherung der Geschlechtsidentität, teilweise homosexuelle Gewalterfahrung.

DOI: 10.1486/9783884144152

Betrachtungsebene	Verlaufsform 1	Verlaufsform 2	Verlaufsform 3
Rollenbewältigung (Pubertät), Konflikte	Nichtbeachtung dieser Entwicklung im sozialen Umfeld, dadurch Fehlen möglicher Aufarbeitung ⇒ dauerhaft innere Konflikte, mit Selbsterleben für Erwachsene ein inadäquter Partner zu sein		
Entwicklungskonsequenzen ab Pubertät	Fortbestehen kindlicher Bedürfnisstrukturen, Gefühl »nicht-männlich« zu sein, führt zu Festigung der emotionalen Distanz gegenüber Erwachsenen. Negative Besetzung emotionaler Nähe zu Frauen aufgrund Kindheitserfahrungen, gleichzeitig emotionale Distanz gegenüber erwachsenen Männern aufgrund der männl. Insuffizienzgefühle und sich daraus entwickelnder Unterschiede zw. eigener Person und realen Männern, Bewertung von Kindern und Jugendlichen als für die eigene Bedürfnisstruktur »ungefährlich«	Verdrängung kindlicher Bedürfnisse, Selbstverwirklichung wird in Abhängigkeit von der eig. Fähigkeit, die Bedürfnisse anderer zu erkennen und zu befriedigen, abhängig gemacht, hohe Verantwortung für den Partner, dadurch fremddefiniertes Rollenverhalten, dadurch Verdrängung eigener Entwicklungsbedürfnisse und Emotionen. Emotionale Distanz gegenüber Frauen aufgrund früher Kindheitserfahrungen. Emotionale Distanz zu erw. Männern, da diese als »unecht« erlebt werden.	Fortbestehen des Widerspruchs zw. eigenem traditionellen Männlichkeitsideal und dem Selbstbild als Junge/Mann, starke Selbstzweifel bezgl. Durchsetzungsvemögen, Stärke, dadurch Abwertungsgefühle bzgl. sozialer und erotischer Attraktivität. Distanz zu Frauen aufgrund eigener Rollenunsicherheit und Schwäche der Geschlechtsindentität. Tabuisierung männl. Erwachsener als potenzielle Partner aufgrund eigener Insuffiziengefühle, bei Eingehen oberflächlicher Männer-Freundschaften (Freizeit, Beruf etc.).
Verknüpfung sozialisatorischer Aspekte mit der Erfahrung, dass Kinder adäquate emotionale Partner sein können	Ausreichende Befriedigung kindlicher Bedürfnisse im Kontakt zu Kindern (Jungen), Wiederentdeckung eigener, verdrängter kindlicher Anteile in peer-groups oder in anderen sozialen Ereignissen. Selbsterfahrung als wirksamer, starker Freund, dadurch Erfüllung des Wunsches, dominante Person/Freund zu sein. Entsprechende Sozialkontakte z.T. in institutionalisierten sozialen Formen (Verein etc.). Dabei z.T. Rückgriff auf gesellschaftliche Bewertungsmaßstäbe (Mädchen dürfen benutzt werden, um eigene Bedürfnisse zu befriedigen).		
Aspekte der sexuellen Sozialisation	Wahrnehmung der Sexualität in der Pubertät als Möglichkeit, emotionale und körperliche Nähe zu Jungen herzustellen, teilweise war dies mit Erfahrungen verbunden, dass solche Kontakte erstmals nicht mit Schmerz und Angst verbunden sind. Selbstwahrnehmung als anerkannter Partner für homosexuelle Aktivitäten und Bestätigung in eigene sexuelle Leistungsfähigkeit stärkten das männl. Selbstwertgfühl. Diese Beziehungsqualität lässt sich im Erleben der Betr. nicht mit erwachsenen oder älteren Partnern herstellen. Erwachsenensexualität wird als »zu hart« (orientiert an Erregung und Orgasmus) empfunden.	Erste erotische Erfahrungen im Rahmen von »Doktorspielen« in der frühen Kindheit. Homoerotische Erfahrungen in Gleichaltrigengruppe wird als Wettkampf und Machthandeln erlebt und negativ bewertet. Homoerotische Einzelerlebnisse im Rahmen von jungendlichen Freundschaften werden emotional als sinnvoll, angenehm und schön bewertet, in diesem Rahmen ist das Ausleben eigener, auch kindlicher- Wünsche möglich. Männliche Kinder werden als Sexualpartner identifiziert, die den kindlich-spielerischen Charakter (= Bedürfnisse) von sexuellen Aktivitäten aufgrund ihrer Unwissenheit nicht als Zeichen von Unmännlichkeit interpretieren, dadurch erscheinen sie »ungefährlich«.	Männlichkeit wird mit sexueller Dominanz gegenüber Frauen assoziiert, analog zum Sozialisationshintergrund der Betr., diese Einschätzung wurde durch peer-groups vertieft. Eigene sexuelle Erfahrungen der Betr. bestätigen, dass Sexualität ein Medium zur Machtausübung ist. Eigene sexuelle Erfahrungen mit jüngeren Mädchen bestätigen diese Machtverhältnisse und erfahren in eigener Erregung und Befriedigung ihre Entwicklung und Festigung

DOI: 10.1486/9783884144152

Beier (1995) formuliert differenzierte Aussagen zu pathogenen Faktoren bei unterschiedlichen Tätergruppen. Auf diesen Bezugsrahmen für Täter mit Inzest-, exhibitionistischen, sexuell aggressiven und pädophilen Taten wird in der u. a. Tabelle hingewiesen. Weiter erfolgt hier eine Differenzierung der pathogenen Faktoren bei Erst- und Wiederholungstätern. Die entsprechenden signifikant relevanten Kriminalitätsfaktoren werden ebenfalls in Unterscheidung nach Erst- oder Wiederholungstat aufgeführt.

Schmucker (2004) benennt in seiner umfassenden Auswertung internationaler Rückfallstudien zur Frage der Wirksamkeit von Tätertherapien fünf Hauptbereiche dynamischer Prognosefaktoren. In diesen Kategorien seien alle wesentlichen Faktoren für die Entstehung von Sexualdelinquenz enthalten, wobei die Aspekte, die als ursächlich für das erstmalige Zustandekommen sexueller Delinquenz aufgefasst werden, auch für den Bereich der Rückfallgefahr als relevant eingeschätzt werden (ebd. 59 f.). Die Darstellung dieser Faktoren, ergänzt um den Faktor Zeit, erfolgt in Abb. 5.

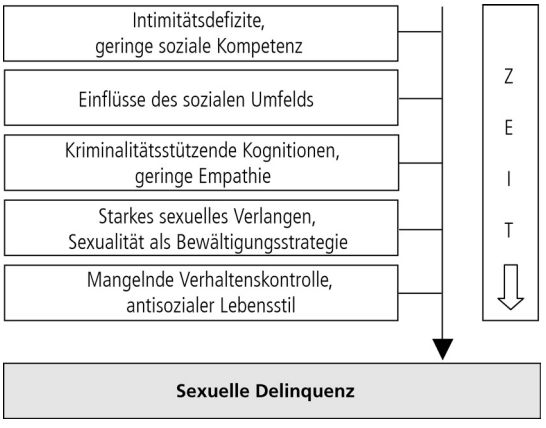


Abb. 5: Hauptbereiche dynamischer Rückfallfaktoren nach Schmucker (2004)

Hinsichtlich dieser dynamischen Rückfallfaktoren erscheint eine Differenzierung zwischen stabilen, länger andauernden und akuten Rückfallfaktoren sinnvoll. Erstere beziehen sich auf zeitlich überdauernde Dispositionen eines Risikofaktors, Letztere auf die Veränderung von dynamischen Faktoren, die im zeitlichen Verlauf kurzfristig auftreten und meist einem Rückfall vorausgehen. Untersuchungen zum Zusammenwirken stabiler und akuter Risikofaktoren (vgl. Schmucker 2004, 61) ergaben, dass die Intensität der überdauernd vorhandenen Faktoren vor einer Rückfalltat zunimmt, akute Faktoren zusätzlich (oft als Folge der intensiveren stabilen Faktoren) dazukommen. Beispielsweise wird das Vorhandensein pädophiler Fantasien als insgesamt rückfallgefährdend eingeschätzt. Im zeitli-

DOI: 10.1486/9783884144152

chen Verlauf kann es zu einer Zunahme (Häufigkeit, Intensität) dieser Fantasien kommen. Als akuter Risikofaktor kann dann z. B. eine jahreszeitlich bedingte stärkere Konfrontation mit potenziellen Opfern (etwa leicht bekleidete Kinder in den Sommermonaten) aufgefasst werden. Stabile und akute Risikofaktoren unterliegen dabei einer starken Dynamik:

> »Es ist nicht davon auszugehen, dass die akuten und stabilen Faktoren voneinander und untereinander unabhängig sind. (...) So mögen dysfunktionale Bewältigungsstrategien zum einen Probleme der psychischen Anpassung forcieren (z. B. Substanzmissbrauch), zum anderen bei Vorliegen solcher Anpassungsprobleme die Tendenz zu sexualisiertem Coping – in Verbindung mit Defiziten beim Aufbau intimer Beziehungen – die Gefahr sexueller Gewalt erst valent werden lassen.« (ebd.)

Das Erkennen potenzieller Risikofaktoren aufseiten der Täter, als auch bei den beteiligten professionellen Stellen (Therapeuten, Bewährungshilfe) gilt als wesentlicher Ansatzpunkt in der Behandlung und langfristigen Begleitung von Sexualdelinquenten. Spezifische Interventionsformen, welche um Kontroll- und Sicherungsmaßnahmen ergänzt werden können, profitieren von einem differenzierten Wissen um kriminogene Faktoren bei dieser Zielgruppe.

In die Synopse zu Risikofaktoren für sexuelle Delinquenz und Rückfälligkeit wurden die folgenden Studien aufgenommen:

Tab. 5: Überblick: Studien zu Bedingungen sexueller Delinquenz und Rückfälligkeit

Nr.	Autoren	Titel	Jahr
1.	Berner & Karlick-Bolten	Verlaufsformen der Sexualkriminalität	1986
2.	Deegener	Sexueller Missbrauch: Die Täter	1995
3.	Bundschuh	Pädosexualität.	2001
4.	Pfäfflin	Sexualstraftaten	2004
5.	Nowara	Sexualstraftäter im Maßregelvollzug	2001
6.	Beier	Dissexualität im Lebenslängsschnitt	1995
7.	Boer et al.	SVR-20	1997
8.	Webster et al.	HCR-20	1997
9.	Hare	PCL	1991
10.	Fiedler	Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung	2004
11.	Hoyndorf, Reinhold & Christmann	Behandlung sexueller Störungen	1995

Die Auswertung dieser Studien zu Bedingungen der Sexualkriminalität erfolgt aus Gründen der Übersichtlichkeit ebenfalls in Tabellenform. Bei der Fülle der hier aufgelisteten Risikofaktoren ist darauf hinzuweisen, dass die untersuchten Stichproben der einzelnen Studien z. T. eher gering waren. Wurde in den genannten Studien auf Forschungsarbeiten anderer Autoren zurückgegriffen, wurde dies in der nachfolgenden Tabelle nicht gesondert vermerkt.

DOI: 10.1486/9783884144152

Tab. 6: Risikofaktoren für sexuelle Delinquenz und Rückfälligkeit

Studie Nr.	Seite	Rückfallaspekt
1	35	Verfügbarkeit von Opfern
1	35	Sozial randständiges Wohnumfeld (arm, sozial desorganisiert)
1	36	Jahreszeit (im Sommer gehäufte Delinquenz)
1	36	Zeitlicher Rahmen: Wochenende und Nachtstunden
1	36	Täter ist ≤ 30 Jahre
1	36	Zugehörigkeit zu sozial randständigen Gesellschaftsgruppen
1	37	Zugehörigkeit zu ethnisch randständigen Gesellschaftsgruppen
1	40	Schlechter sozio-ökonomischer Status
1	48	Anzahl der einschlägigen Vorstrafen: je mehr Vorstrafen, desto höhere Rückfallwahrscheinlichkeit
1	48	Ausmaß der Delinquenz: je devianter das Verhalten, desto höher die Rückfallwahrscheinlichkeit
1	179	Pädophilie
1	179	Häufiger Wechsel von zentralen Bezugspersonen in den ersten 11 bis 14 Lebensjahren
1	179	Vaterverlust und Überwiegen weiblicher Erziehungspersonen (als Genese der Pädophilie)
1	179	Lange Aufenthalte in Heimen im Pubertätsalter
1	179	Diagnose: »leichter Schwachsinn« (IQ 50 – 84)
1	179	Diagnose : »Soziopathie«
1	179	Durchlebte unfreiwillige »Zwangsbehandlung«
2	59	Verantwortungsabwehr
2	238	Sexualisierte Familiendynmaik in Inzestfamilien
2	224	Nutzung von Kinderpornografie
2	224	Tendenz zur Sexualisierung eigener emotionaler Bedürfnisse
2	223	(Männl.) Bedürfnisse nach Dominanz und Macht
2	224	Hemmungen (repressive Normen) gegenüber Masturbation und außerehelichem Sex
2	225	Alkoholkonsum und Tolerierung gegenüber deviantem Verhalten unter Alkoholeinfluss
2	225	Verinnerlichte Ideologie patriarchaler Vorherrschaft
2	225	Unfähigkeit, sich in die Bedürfnisse von Kindern einzufühlen
2	212	Emotionale Übereinstimmung/Kongruenz bzgl. des Wunsches nach sexuellem Kontakt zu Kindern (nach Finkelhor 1984)
2	213	Sexuelle Erregbarkeit durch Kinder
2	216	Blockierung bzgl. sexueller Befriedigung durch »angemessene« Sexualpartner
2	217	Enthemmung bzgl. konventioneller sozialer Normen
3		vgl. Kapitel 3.3
4	261	Schwere Persönlichkeitsstörung
4	261	Ich-dystone Verarbeitung der triebhaften und aggressiven Dynamik in das Selbstbild
4	261	Ausgeprägte Determiniertheit der sexuellen Deviation
4	261	Hohe Intensität der sexuellen Deviation
4	261	Unabhängigkeit der Delinquenz von spezifischen Krisen
4	261	Progrediente Verlaufsform der Delinquenz
4	261	Wahllos destruktives Tatverhalten und entsprechende Tataffekte, -impulse und -fantasien
5	90	Allgemeine Straftaten in der Vorgeschichte
5	90	Einschlägige Sexualstraftaten in der Vorgeschichte
5	90	Freiheitsentzug wg. Sexualdelikt von mehr als zwei Jahren in der Vorgeschichte
5	90	Unterbringung im Maßregelvollzug wg. allgemeinem Delikt in der Vorgeschichte
5	92	Angehöriger einer jüngeren Altersgruppe (= 25 Jahre)
5	92	Fehlende Beziehung
5	92	Fehlende Berufsausbildung

DOI: 10.1486/9783884144152

Studie Nr.	Seite	Rückfallaspekt
5	92	Keine eigene Wohnung
5	92	Wechsel der Erziehungspersonen i. d. Kindheit
5	92	Eigene Gewalterfahrung i. d. Vorgeschichte
6	38	Niedrige Schulbildung (Inzesttäter – Ersttäter)
6	38	Fehlende Berufsausbildung (Inzesttäter – Ersttäter)
6	40	Fehlende oder konfliktbesetzte Partnerbeziehung (Inzesttäter – Ersttäter)
6	38	Unterdurchschnittliche Intelligenz (Inzesttäter – Ersttäter)
6	38	Finanzielle Probleme (Inzesttäter – Ersttäter)
6	51	Fehlende Berufsausbildung trotz durchschnittlicher Intelligenz (Exhibitionisten – Ersttäter)
6	52	Gestörte Mutter-/Vaterbeziehung (Exhibitionisten – Ersttäter)
6	52	Belastende Partnerbeziehung (Exhibitionisten – Ersttäter)
6	61	Unterdurchschnittliche Intelligenz (Exhibitionisten – Rückfalltäter)
6	61	Diagnostizierte Persönlichkeitsstörung (Exhibitionisten – Rückfalltäter)
6	61	Fehlende Partnerschaft (Exhibitionisten – Rückfalltäter)
6	64	Fehlende Berufsausbildung trotz durchschnittlicher Intelligenz (sexuell-aggressive Täter – Ersttäter)
6	65	Gestörte Mutter-/Vaterbeziehung (sexuell-aggressive Täter – Ersttäter)
6	65	Fehlende berufliche Tätigkeit (sexuell-aggressive Täter – Ersttäter)
6	66	Fehlende Partnerbeziehung (sexuell-aggressive Täter – Ersttäter)
6	73	Fehlgeschlagene Versuche, eine Partnerbeziehung aufzubauen (sexuell-aggressive Täter – Rückfalltäter)
6	73	Starke psychosoziale Belastung (sexuell-aggressive Täter – Rückfalltäter)
6	73	Diagnostizierte dissoziale Persönlichkeitsstörung (sexuell-aggressive Täter – Rückfalltäter)
6	79	Niedrige Schulbildung (Pädophile – Ersttäter)
6	79	Fehlende Berufsausbildung (Pädophilie – Ersttäter)
6	79	Hemmung in der sexuell-erotischen Kontaktaufnahme zu altersadäquaten Partnern (Pädophile – Ersttäter)
6	89	Durchschnittliche oder überdurchschnittliche Intelligenz (Pädophile – Rückfalltäter)
6	89	Soziale Vereinsamung (Pädophile – Rückfalltäter)
6	89	Diagnostizierte Pädophilie (Paraphilie) (Rückfalltäter)
7	20	Items im SVR-20 siehe Kapitel »Prognose«
8	20	Items im HCR-20 siehe Kapitel »Prognose«
9	20	Items in der PCL siehe Kapitel »Prognose«
10	279	Geringe Selbstwertschätzung (sexueller Sadismus)
10	279	Einsamkeit ⇒ Fantasie ⇒ Entwicklung paraphiler Neigungen (sexueller Sadismus)
10	280	Enthemmung durch Alkohol- und Drogenmissbrauch (sexueller Sadismus)
10	302	Defizite im intimen Beziehungsverhalten und fehlende soziale Kompetenz (Pädophilie)
10	302	Störungen sexueller Präferenzen und im sexuellen Beziehungsverhalten (Pädophilie)
10	302	Fehlregulation im emotionalen Erleben und Handeln (Pädophilie)
10	302	Kognitive Defizite und kognitive Störungen (Pädophilie)
10	379	Biologisch-hormonelle Einflüsse (bzgl. sexuelle Gewalt)
11	108	Entwicklungsbedingte Vulnerabilität (broken-home-Konstellation, Alkoholismus, Missbrauchserfahrungen)
11	109	Persönlichkeitsdefizite (Störung des Werbungsverhaltens, Störung der Impulskontrolle)
11	109	Sexistische Einstellungen/Konsum pornografischer Medien

DOI: 10.1486/9783884144152

Als integrativer Erklärungsansatz für pathogene Faktoren der Sexualdelinquenz gelten die pfadanalytischen Modelle für sexuelle Devianz und Gewalt (Entwicklungspfade) von Ward und Siegert (2002), die hier in einer zusammengefassten Bearbeitung nach Fiedler (2004, 382) dargestellt sind.

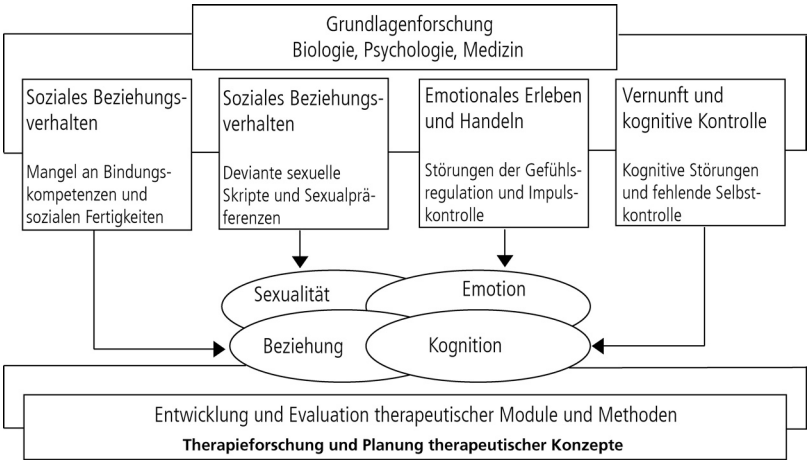


Abb. 6: Pfadanalytische Modelle für sexuelle Devianz und Gewalt nach Ward und Siegert (2002)

Als pathogene Faktoren müssen auch die in Kapitel 3.1. dargestellten Aspekte abweichenden Verhaltens, insbesondere die sozialen Prozesse, welche im Zusammenhang mit sexual-deviantem Verhalten auftreten, genannt werden. Sexualstraftäter, welche in psychiatrischen Kliniken untergebracht und behandelt werden, unterliegen Prozessen und Phänomenen wie andere psychisch kranke Personen auch, welche als auffällig registriert, psychiatrisch kategorisiert und »Prozessierung und Hospitalisierung ausgesetzt ... in ihrer Rolle als ›psychisch Kranke‹ bestätigt und festgehalten werden« (Riemann 1987, 14). Von Bedeutung ist der Erklärungsansatz des »labeling approach«, dessen Konzepte wie primäre und sekundäre Abweichung, Stigmatisierung, Devianzkarriere sicher auch für den Bereich der Sexualdelinquenz angewendet werden können. Die Entwicklung einer Patienten- und Täterkarriere geschieht hier als Lerngeschichte: »Der Betroffene begreift sich schließlich selbst als geisteskrank und richtet sich in dieser Rolle ein« (ebd.), was im Kontext der Sexualdelinquenz bedeutet, dass kritische Lebensereignisse durch erneutes delinquentes Verhalten »bewältigt« werden.

Ähnlich bedeutsam sind die Mechanismen des Erklärungsansatzes der Anomietheorie: Die entstehende Spannung zwischen allgemein akzeptierten Werten und den eigenen fehlenden Möglichkeiten, diese legal zu leben bzw. zu erreichen, wird kompensiert durch deviantes bzw. delinquentes Verhalten. Durch das Ein-

DOI: 10.1486/9783884144152

nehmen einer sozial randständigen Position als Sexualstraftäter kann das Ziel, »ein normales Leben« zu führen, d. h. eine längerfristige Beziehung einzugehen, eine Familie zu gründen, arbeiten zu gehen in so weite Ferne rücken, dass dessen Verwirklichung von den Betroffenen selbst als unrealistisch eingeschätzt wird. Die Konfliktsituation wird schließlich durch neue Straftaten »gelöst«, was zu einer weiteren Verfestigung der Täter- bzw. Patientenkarriere (Scheff 1973, Goffman 1973) und Randständigkeit führt.

3.5 Strafvollzug, Therapie und Maßregelvollzug

Der Titel der vorliegenden Arbeit (protektive Faktoren rückfallfreier *Sexualstraftäter*) suggeriert, dass es *den Sexualstraftäter* gibt. So unterschiedlich die Motive zur Begehung eines Sexualdeliktes sind (siehe Kapitel 3.3), so unterschiedlich sind die Taten an sich. Sexualstraftäter sind zunächst alle Personen, die eine Sexualstraftat verübt haben, also eine Handlung begangen haben, die im 13. Abschnitt des StGB (§§ 174–184 StGB) als »Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung« aufgeführt sind. Schmucker (2004, 4) weist darauf hin, dass diese rein juristische Definition der Sexualdelinquenz einen zu engen Rahmen bildet, etwa weil auch nicht als Sexualstraftat eingestufte Handlungen (etwa der Mörder der nach § 211 Abs. 2 StGB »zur Befriedigung des Geschlechtstriebs ... einen Menschen tötet«) durchaus Sexualstraftaten sein können, bzw. durch die Höhe des Dunkelfeldes, welches im Bereich der Sexualkriminalität groß sein dürfte, gar nicht alle Handlungen erfasst werden können.

Der Versuch, allein mit klinischen Diagnosen Sexualdelinquenz zu definieren, greift ebenfalls zu kurz. Eine Reihe von Paraphilien (DSM-IV) oder Störungen der Sexualpräferenz kennzeichnen die Abweichung von kulturellen Normen. Manche paraphile Störungen haben dabei kaum strafrechtliche Relevanz (etwa der Transvestitismus). Andere Störungen der Sexualpräferenz sind mitunter langfristig auf den Bereich devianter Fantasien beschränkt, ohne dass entsprechend abweichende, delinquente Verhaltensweisen ausgeübt werden.

Eindeutige, dem Bereich Sexualdelinquenz zuzurechnende Verhaltensweisen wie Vergewaltigung sind andererseits oft kein Bestandteil klinisch diagnostizierbarer Störungen. Eine klinische Relevanz ergibt sich also nicht daraus, dass ein juristisches (gesellschaftliches) Sanktionsbedürfnis besteht und umgekehrt kann bei Vorliegen einer Sexualstraftat nicht automatisch eine klinische Störung unterstellt werden. Fasst man Sexualität als soziales Verhalten auf, als Interaktion im Spannungsfeld von individueller Bedürfnisbefriedigung, Wertschätzung des Partners und Berücksichtigung sozialer Normen, könnte sexuelle Delinquenz als Dissexualität begriffen werden als »ein sich im Sexuellen ausdrückendes Sozialversagen«, wie Beier (1995, 6) formuliert.

DOI: 10.1486/9783884144152

Um für die vorliegende Arbeit einen Begriff der Sexualdelinquenz formulieren zu können, eine Klassifikation vorzunehmen und sich dabei nicht nur aus psychiatrischer Sichtweise juristischen Definitionen anzupassen,[6] orientiere ich mich neben den tatmotivbezogenen und psychodynamischen Klassifizierungsversuchen auch an Modellen, die nach den Bereichen der Sexualdelinquenz unterscheiden, wem gegenüber Sexualdelikte begangen werden; ob diese gegen Kinder oder gegen erwachsene Personen gerichtet sind und wie häufig das delinquente Verhalten auftritt.

Die Behandlung sexueller devianter Störungen ist prinzipiell sowohl im Straf- als auch im Maßregelvollzug möglich. Erfolgt eine Exkulpierung wegen einer zugrunde liegenden psychischen Erkrankung, erfolgt die Behandlung im Rahmen der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB (siehe Kapitel 4.1 und 4.8). Die Behandlung von Sexualstraftätern im Regelvollzug folgt anderen Vorgaben und einem anderen Störungsverständnis.

Während Sexualstraftäter im Maßregelvollzug so lange untergebracht bleiben, bis »zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird« (StGB § 67 d Abs. 2), *erfolgt* die Inhaftierung und Behandlung von Sexualdelinquenten im Regelvollzug *im Rahmen der zeitigen Haftstrafe*, die in einem Strafverfahren ausgesprochen wurde, es sei denn es wurde zur Haftstrafe auch die Unterbringung in der Sicherheitsverwahrung ausgesprochen. Das »Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten« vom 26.01.1998 sieht vor, dass verurteilte Straftäter mit einer Haftstrafe von mehr als zwei Jahren in eine Sozialtherapeutische Anstalt überwiesen werden (§ 9 Abs. 1 StVollzG). Dort soll dann eine Sozialtherapie der Sexualdelinquenz erfolgen (vgl. Hahn 2003, 455). Mit dieser Neuregelung, welche die politische und juristische Antwort auf den gesellschaftlichen Druck nach einer Reihe spektakulärer Sexualstraftaten und -morde in Deutschland ab Mitte der 1990er-Jahre ist, wurde der Gedanke des Behandlungshandlungsvollzugs in den Strafvollzug wieder eingeführt, nachdem im Rahmen der Strafrechtsreform 1984 der ursprüngliche Gedanke einer Sozialtherapie (formuliert im alten § 65 StGB von 1969, ebenfalls eine Maßregel der Besserung und Sicherung) gestrichen worden war. Der Regelvollzug wird damit mit dem gleichen Phänomen wie der Maßregelvollzug konfrontiert: Die Behandlung von Tätern auf gerichtliche Anordnung hin, ohne Einwilligungserfordernis

6 Moser (1971) hat diesen Prozess als »repressive Kriminalpsychiatrie« kritisiert. Durch die Unterordnung der Psychiatrie unter das Strafrecht stehe die Psychiatrie im Dienste der Strafrechtsordnung und zwar nicht einer liberalen und progressiven (ebd., 42 f.). Durch das Beharren auf einem somatisch-biologistisch orientierten Krankheitsbegriff werde ein repressives Strafrecht gestützt und legitimiert, die forensische Psychiatrie übernehme dabei die Funktion der Exkulpierung der Gesellschaft, dadurch dass sozial erfahrene Belastungen als Charakterstörung wahrgenommen würden.

DOI: 10.1486/9783884144152

der Betroffenen. Die Landesjustizverwaltungen mussten diese Neuregelung ab 1998, bis zum Stichtag 01.01.2003 baulich und konzeptionell umsetzen. Die in Deutschland zum damaligen Zeitpunkt bestehenden sozialtherapeutischen Modelleinrichtungen, welche im Rahmen der Einführung des § 65 StGB geschaffen wurden und als Vollzugseinrichtungen mit einem vorrangig behandlungsbezogenen Ansatz bestehen konnten, wiesen weder die baulichen, konzeptionellen noch personellen Kapazitäten für die zu erwartende Zahl von inhaftierten Sexualstraftätern auf. Mittlerweile existieren 44 sozialtherapeutische Anstalten oder Abteilungen (Kröniger 2004, 65) im gesamten Bundesgebiet.

Konzeptionell orientiert sich die Arbeit in den sozialtherapeutischen Einrichtungen an einer »Integrativen Sozialtherapie« (Specht 2000, 24). Diese versteht sich als Behandlungsform, welche psychotherapeutische, sozialpädagogische und arbeitstherapeutische Elemente miteinander verbindet. Als wichtige Aspekte dieses integrativen Therapieverständnisses sind folgende Merkmale gekennzeichnet:

1. Berücksichtigung und Einbeziehung des gesamten Lebensfeldes in und außerhalb der Sozialtherapeutischen Einrichtung bis zur Entlassung.
2. Gestaltung der Handlungsmöglichkeiten und Beziehungsformen innerhalb der Sozialtherapeutischen Einrichtungen im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft.
3. Modifizierung und Verknüpfung psychotherapeutischer, pädagogischer und arbeitstherapeutischer Vorgehensweisen. (Specht 2000, 24)

Sozialtherapeutische Einrichtungen sind damit in den vergangenen sieben Jahren zu einer wichtigen Behandlungsform für Sexualstraftäter geworden. Betrug der Anteil an inhaftierten Sexualstraftätern in diesen Institutionen gerade einmal 23,2 % aller Untergebrachter, stieg deren Anteil nach Einführung des »Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten« 1998 auf 26,4 %, 36,8 % im Jahr 2000, 40,1 % im Jahr 2001, 45,4 % in 2002, 51,3 % in 2003 und 55,4 % im Jahr 2004 (vgl. Kröniger 2004, 44) und liegt bei zuletzt 870 inhaftierten Tätern im Jahr 2004 (ebd., 40).

Die sozialtherapeutischen Einrichtungen haben damit eine wichtige Entlastungsfunktion für den Regelvollzug (Hahn 2003, 456). Behandlung erfahren dort Täter, deren Störungsbild keinen so starken Krankheitswert aufweist, dass eine Zuordnung zu den »schweren anderen seelischen Abartigkeiten« möglich ist. Gleichwohl dürften in diesen Einrichtungen keine ausschließlich »leichten Fälle« behandelt werden. Als problematisch ist die fehlende Koppelung von Vollzugslockerungen und Entlassentscheidungen an Therapiefortschritte in den sozialtherapeutischen Einrichtungen zu bewerten (ebd.). Erfolgen im Maßregelvollzug Lockerungen und Entlassungen ausschließlich nur dann, wenn diese vor dem Hintergrund einer therapeutischen Entwicklung und einer damit begründeten positiven Prognoseaussage (vgl. Kapitel 4.8 und den Exkurs Prognoseverfahren) verbunden werden können, fußen derartige Entscheidungen in der

DOI: 10.1486/9783884144152

sozialtherapeutischen Anstalt fast ausschließlich auf die zeitlichen Vorgaben, welche durch das verhängte Strafmaß gegeben sind. Prinzipiell bedeutet dies, dass Täter aus diesen Einrichtungstypen auch nach einer fehlgeschlagenen Therapie entlassen werden müssen. Ein ähnliches Problem ergibt sich für die Gestaltung des Übergangs von der geschlossenen Therapiephase hin zu einer ambulanten Gestaltung der Therapie und Überleitung in Formen der ambulanten Nachsorge. Die Möglichkeiten einer umfangreichen Erprobung, die Gestaltung von Therapiephasen, welche einen umfangreichen Transfer von Therapiefortschritten in reale Lebensbezüge außerhalb der Anstalt ermöglichen, sind durch die Vorgaben des Strafvollzugsgesetzes zur Gewährung von »Urlaub« stark beschränkt. Die Idee einer ambulanten Nachsorge, bzw. Weiterbetreuung der Inhaftierten in Form einer »ambulanten Kriminaltherapie« fehlt indessen noch fast vollständig (vgl. Dessecker 2000, 32 bzw. Rösch 2000, 141). Die Durchführung einer ambulanten Nachsorge i. S. einer »ambulanten Sexualtherapie« erfolgt von daher meist in Form von Weisungen, welche das Gericht mit der Aussetzung einer Haftstrafe zur Bewährung ausspricht. Die Probanden und ihre Bewährungshelfer sind in diesen Fällen auf die Bereitschaft niedergelassener Psychotherapeuten bzw. forensischer Ambulanzen an psychiatrischen Kliniken angewiesen, solche Therapien im ambulanten Setting fortzuführen.

Die Behandlung von Sexualstraftätern kann neben der Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt weiter in Einrichtungen des Regelvollzugs durchgeführt werden. Hierzu ist anzumerken, dass die personellen Kapazitäten als problematisch einzuschätzen sind, etwa wenn für durchschnittlich 150 Gefangene ein Psychologe (Boetticher 2000, 66) zur Verfügung steht. Einzelne Justizvollzugsanstalten sind dazu übergangen, dieses Ressourcenproblem durch ambulante Therapeuten, welche ihre Therapien in der JVA durchführen, zu lösen. Dieses Vorgehen führt allerdings in der Praxis zu Abstimmungsproblemen zwischen Anstaltsmitarbeitern und den externen Kräften. Der Vorteil einer derartigen (ganzheitlichen) Behandlung ist aber die Möglichkeit, neben der Therapie in Haft auch berufliche und schulische Qualifizierungsmaßnahmen durchführen zu können, was in den oft kleineren sozialtherapeutischen Anstalten nicht möglich ist (Rösch 2000, 14).

Zur Differenzierung der Behandlungsmöglichkeiten von Sexualstraftätern auf Grundlage von Gefährlichkeitsaspekten und Schwere der zugrunde liegenden Störung schlägt Berner (2000, 195) das in Tabelle 7 dargestellte Vorgehen vor.

Allen Behandlungsformen gemeinsam ist die Sorge um die Rückfallgefahr der Täter. Ziel der Sexualtherapien ist immer, neue Sexualdelikte zu verhindern und dadurch die Allgemeinheit besser zu schützen. Von daher besteht mittelfristig die Notwendigkeit die Wirksamkeit aller Behandlungsformen kritisch zu überprüfen und das Behandlungsangebot auf Grundlage dieser Erkenntnisse weiter zu differenzieren.

DOI: 10.1486/9783884144152

Tab. 7: Differenzierte Unterbringung und Behandlung (Berner 2000, 195)

Fälle mit geringer Rückfallgefahr, weniger aggressive Delikte, »neurotische Persönlichkeit«	Ambulante Therapie	Individuelle Einzeltherapie oder Gruppe, evtl. mit spezieller Themensetzung
Fälle mit größerer Gefährlichkeit und Aggressivität, aber ohne »krankhafte seelische Störung«	Therapieangebot im Regelvollzug	Themenzentrierte Gruppentherapie wie SOTP in England
Mittelgradig Persönlichkeitsgestörte (Borderline-Struktur) mit oder ohne antisoziale Zügen	Therapieangebot in der sozialtherapeut. Anstalt	Multimodale integrierte Therapien auch mit medikamentöser Unterstützung. Nachbehandlung nach Entlassung »Rückfallververhütung«
Schwere Persönlichkeitsgestörte (Borderline-Struktur) oder psychotische Patienten mit Sadismus, Narzissmus und Antisozialität	Einweisung nach § 63 StGB oder § 64 StGB in eine forensische Einrichtung	Schwerpunkt aktive medikamentöse Behandlung mit begleitender psychosozialer Therapie

DOI: 10.1486/9783884144152

4 Sexualstraftäter im Maßregelvollzug

Die Unterbringung psychisch kranker Sexualstraftäter erfolgt in Einrichtungen des Strafvollzugs (Justizvollzugsanstalt, sozialtherapeutische Anstalt), oder bei Vorliegen der besonderen Grundlagen in psychiatrischen Kliniken gem. § 63 StGB. Grundlage dafür sind die im psychiatrischen Gutachten festgestellten Störungsbilder und Krankheiten, die einer »anderen schweren seelischen Abartigkeit« des § 20 StGB entsprechen. Diese Voraussetzungen für eine Unterbringung im Maßregelvollzug sind u. a. mit Vorliegen einer (dissozialen) Persönlichkeitsstörung, Störungen der Sexualpräferenz, des Sexualverhaltens und Störungen der Impulskontrolle erfüllt. Diese Diagnosegruppen bilden auch den Großteil der im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten (Stolpmann 2001, 209). Seltener sind Patienten mit endogenen Psychosen, Intelligenzminderung oder Abhängigkeitserkrankungen als Sexualstraftäter gem. § 63 StGB untergebracht.

In diesem Zusammenhang muss der Begriff der »anderen schweren Abartigkeit« diskutiert werden. Diese juristische Definition für abweichende Persönlichkeitsstrukturen *kann* Grundlage für eine Beeinträchtigung der Schuldfähigkeit sein. »Kann« deswegen, da die hier zusammengefassten Störungsbilder nicht krankhafte Störungen sind (in Abgrenzung zum ersten Merkmal in § 20 StGB, der »krankhaften seelischen Störung«). Seit Einführung des Begriffs der »anderen schweren seelischen Abartigkeit« herrscht große Unzufriedenheit seitens der Begutachter: Einmal ist der Begriff an sich diskriminierend, abstoßend und mit seiner sprachlichen Bezugnahme auf das nationalsozialistische Konzept der »Entartung« höchst problematisch, zum anderen verbirgt sich in der juristischen Definition eine systematische Unklarheit. Einerseits intendiert diese Kategorie das Fehlen einer krankhaften Störung, andererseits wird gleichzeitig die Möglichkeit geschaffen, normabweichende Zustände als so schwerwiegend aufzufassen, dass sie schuldstrafrechtliche Relevanz haben können. Die Diagnose einer neurotischen oder psychopathischen Störung alleine sagt sicher noch nichts über deren Schweregrad und mögliche Beeinträchtigungen aus. Dabei geht es nicht um »Willensfreiheit«, sondern um die Beeinträchtigung der gesamten sozialen Handlungskompetenz eines Menschen. Rasch (1999) spricht in diesem Zusammenhang von der »Einengung des Handlungsplateaus«, der Störung zwischenmenschlicher Kontakte, der Festlegung auf Stereotypien und spezifische Handlungsmuster und den damit verbundenen Anstieg sozialer Konflikte. Dabei muss die Schwere dieser »Muster« eingeschätzt werden, damit in einem weiteren diagnostischen Schritt deren Auswirkung auf Einsichtsfähigkeit und Steuerungsfähigkeit erfolgen kann. Dabei

DOI: 10.1486/9783884144152

erfolgt unweigerlich der Vergleich des konkreten Einzelfalls mit einer sozialen Norm, also eine Beschreibung der Intensität des Abweichens und der Intensität der gestörten Persönlichkeitsstruktur.

Schorsch (1996) hat für den Bereich der Sexualdelinquenz Leitsymptome progredienter psychopathologischer Entwicklungen herausgearbeitet, welche eine Schwerebeurteilung der »anderen schweren seelischen Abartigkeit« ermöglichen.

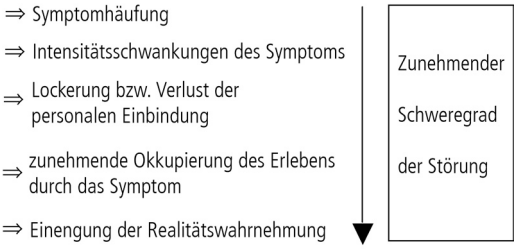


Abb. 7: Schwerebeurteilung der »anderen schweren seelischen Abartigkeit« nach Schorsch (1996)

In der Praxis der Begutachtung ergibt sich die Chance und Notwendigkeit, am konkreten Fall den Grad der Störung und ihren Einfluss auf das Handlungsgefüge des Täters herauszuarbeiten. Pfäfflin (2004) betont, dass für die forensische Beurteilung einer sexuellen Deviation die Einschätzung des Ausmaß ihrer Determiniertheit und die Beschäftigung mit der inneren Auseinandersetzung mit der Deviation von zentraler Bedeutung ist. Die Auseinandersetzung der Betroffenen mit devianten Trieben und Wünschen ist oft von Schuldgefühlen, Angst und Scham begleitet. So kommt es im inneren Erleben der Patienten vor, dass sie ihre abweichende Triebstruktur als einzig mögliche erleben, als zu sich selbst gehörend (Ich-synton), während andere die abweichenden Anteile als völlig fremd, nicht zu sich gehörig (Ich-dyston) wahrnehmen, als Macht, welche die Person von Zeit zu Zeit überwältigt.

Schreiber (2003) schlägt vor, auf den Begriff »Krankheitswert« zu verzichten, da es um Störungen und ihre Bedeutung gehe, um die Folgen dieser Störungen für den Täter. Er mahnt (ebd., 15) die Entwicklung von »Störungstypen« an, die eine problemlose Zuordnung zur Bestimmung der Schuldfähigkeit erlauben. Dabei sollte auch der Abschied von den »diskriminierenden Elementen der ›Abartigkeit‹« erfolgen.

Neben der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB kommt für Sexualstraftäter bei Vorliegen der entsprechenden Grundlagen eine Unterbringung in der Entziehungsanstalt in Frage. Steht bspw. die Störung der Impulskontrolle mit Merkmalen der süchtigen Person im Zusammenhang, ist

DOI: 10.1486/9783884144152

eine therapeutische Aufarbeitung dieser Suchtstrukturen und -merkmale durchaus denkbar. Problematisch ist jedoch die zeitliche Begrenzung dieser Unterbringungsform. Die Unterbringung gem. § 64 StGB endet nach zwei Jahren, kann ggf. um zwei Drittel der im gleichen Verfahren verhängten Haftstrafe verlängert werden. Der zur Verfügung stehende Zeitraum für eine gelingende Aufarbeitung der Suchterkrankung, welche im Fall der Sexualdelinquenz immer auch sexualtherapeutische Elemente beinhalten muss, kann generell als zu kurz eingeschätzt werden. Besondere Behandlungsprobleme treten auf, wenn sich hinter der Suchterkrankung Merkmale einer umfassend gestörten Persönlichkeit (i. S. der »anderen schweren seelischen Abartigkeit«) verbergen, diese Anteile jedoch bei der Begutachtung und juristischen Zuordnung zu einer Maßregel nicht berücksichtigt wurden

4.1 Maßregeln der Besserung und Sicherung

Die gesetzlichen Grundlagen für eine Unterbringung im Maßregelvollzug sind im sechsten Titel des ersten Abschnitts des Strafgesetzbuchs geregelt. Unter den Maßregeln der Besserung und Sicherung sind dort neben der Sicherungsverwahrung (§ 66 StGB), Führungsaufsicht (§ 68 StGB), Entziehung der Fahrerlaubnis (§ 69 StGB) und dem Berufsverbot (§ 70 StGB), die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB bzw. in einer Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB aufgeführt.

In § 63 StGB ist definiert, welche Straftäter in den psychiatrischen Maßregelvollzug eingewiesen werden:

> »Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.«

Für den Bereich der Suchterkrankungen beschreibt § 64 StGB:

> »(1) Hat jemand den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird er wegen einer rechtswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat oder die auf seinen Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil seine Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt an, wenn die Gefahr besteht, dass er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.
> (2) Die Anordnung unterbleibt, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint.«

Die Maßregel wird nur vollzogen, wenn der Betroffene eine rechtwidrige Tat i. S. der Gesetze begangen hat, die so schwer wiegt, dass eine Unterbringung dazu

DOI: 10.1486/9783884144152

nicht außer Verhältnis steht. Hintergrund des straffälligen Verhaltens muss ein Zustand psychischer Erkrankung sein, welcher sich auf die Schuldfähigkeit auswirkt, diese aufhebt oder erheblich mindert. Dazu definieren §§ 20, 21 StGB:

> § 20 StGB: »Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.«
>
> § 21 StGB: »Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.«

Die hier im Gesetzestext beschriebenen Krankheitsgruppen bedürfen, um im Bereich der Psychiatrie Anwendung finden zu können, einer Transformation in den medizinischen Sprachgebrauch. Außerdem fällt auf, dass die im Gesetz benutzte Sprache, mit ihrem Bezug auf »Abartigkeit« und Benennung der Syndromgruppe des »Schwachsinns« geschichtlich problematisch, zumindest aber inaktuell ist.

In der folgenden Tabelle erfolgt die Zuordnung medizinischer Krankheitsbilder zu den oben dargestellten juristischen Begrifflichkeiten.

Tab. 8: Juristische und klinische Bezeichnung bei der Beurteilung der Schuldfähigkeit nach Stolpmann **(2001, 28)**

§§ 20, 21 StGB	Klinische Diagnose
Krankhafte seelische Störung	• Endogene Psychosen und Residuen (Zyklothymie und Schizophrenie) • Exogene Psychosen und Residuen (auch durch Intoxikationen) • Intelligenzminderung aufgrund einer fassbaren genetischen oder hirnorganischen Schädigung
Tiefgreifende Bewusstseinsstörung	Psychogene (affektive) Ausnahmezustände
Schwachsinn	Intelligenzminderung (Oligophrenie), die nicht durch erkennbare hirnorganische oder sonstige biologische Ursachen bedingt ist
Schwere andere seelische Abartigkeit	• Psychopathien • Neurosen • Sexuelle Deviationen • Alkohol- und Drogenabhängigkeit

Die Dekulpierung in §§ 20, 21 StGB erfolgt nicht auf der Grundlage der Feststellung einer bestimmten Krankheit oder Störung von Krankheitswert, sondern aufgrund der beschreibbaren Auswirkungen dieser Krankheiten zu einem bestimmten Zeitpunkt, etwa dem Tatzeitpunkt. Auswirkungen auf die Schuldfähigkeit und auf die Notwendigkeit einer Unterbringung im Maßregelvollzug ergeben sich also nicht aus dem bloßen Vorhandensein einer psychischen Erkrankung, sondern deren Auswirkung und Beeinträchtigung auf zentrale Fähigkeiten, wie etwa die Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit. Die Prüfung der Schuldfähigkeit erfolgt demnach in einem ersten Schritt, in dem festgestellt wird, ob eine der oben be-

DOI: 10.1486/9783884144152

schriebenen Störungen vorliegt und zweitens, ob aufgrund dieses Zustandes die Fähigkeit, das Unrecht einer Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln aufgehoben oder erheblich gemindert war (vgl. Stolpmann 2001, 29).

Anders als die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB, deren Dauer zunächst unbefristet ist und deren Ende von einer umfassend günstigen Legalprognose (siehe Kapitel 3.2) abhängt, ist die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gem. § 64 StGB auf die Dauer von zwei Jahren beschränkt. Allerdings kann die Dauer der Unterbringung nach § 64 StGB um die im gleichen Gerichtsverfahren verhängte parallele Haftstrafe verlängert werden.

Die Notwendigkeit der Fortdauer einer Unterbringung wird durch regelmäßige Überprüfung (einmal jährlich bei der Unterbringung nach § 63 StGB, halbjährlich bei Unterbringung nach § 64 StGB) festgestellt. In diesem Verfahren erfolgt eine jeweils aktuelle Feststellung, ob die zur Unterbringung führende festgestellte Allgemeingefährlichkeit weiter besteht, oder durch die im Maßregelvollzug erfahrene Behandlung so weit vermindert werden konnte, dass eine Entlassung in Betracht kommt.

Aktuell stehen Veränderungen im Maßregelrecht an, die zum einen ökonomische Anforderungen (Kostendämpfung), zum anderen das gestiegene Sicherheitsbedürfnis der Öffentlichkeit (Sicherheit) zu berücksichtigen haben. Das Bundesministerium der Justiz (BMJ 2005) plant u. a. die Begrenzung der Möglichkeiten zur Einweisung in eine Entziehungsanstalt. Diese soll davon abhängig gemacht werden, »wenn die begründete Erwartung besteht, dass die Behandlung erfolgreich sein wird. Erweist sich die ursprünglich positive Prognose des Gerichts als falsch, muss die Behandlung in der Entziehungsanstalt beendet ... werden« (ebd.).

Die Möglichkeiten, den Vollzug von Strafe und Maßregel aufeinander abzustimmen, sollen verbessert werden, z. B. sollen Zeiten des Vorwegvollzugs einer Haftstrafe vor Antritt einer Unterbringung in der Entziehungsanstalt leichter angeordnet werden können.

Schließlich sollen neue Regelungen zur Überprüfung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus eingeführt werden. Insbesondere ist hier die Einführung eines externen Sachverständigengutachtens nach fünf Jahren Unterbringung vorgesehen.

Im Gegenzug soll die Begutachtung vor Aussetzung der Maßregel auf die Fälle begrenzt werden, welche dies »auf das unter Sicherheitsgesichtespunkten erforderliche Maß« bedürfen (ebd.).

DOI: 10.1486/9783884144152

4.2 Der Maßregelvollzug in Deutschland

Die Ausgestaltung des Maßregelvollzugs in Deutschland ist Sache der Bundesländer (§ 138 StVollzG). Diese Regelung verursacht ein uneinheitliches Bild des Vollzugs der Maßregeln nach §§ 63, 64 StGB. Hahn (2003 a) merkt dazu an: »Haben einige Bundesländer mittlerweile eigene Maßregelvollzugsgesetze formuliert (etwa Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen), bedienen sich andere Bundesländer ihrer Unterbringungsgesetze (Bayern), oder Landesgesetze für psychisch Kranke (Berlin), die zum einen ursprünglich für eine ganz andere Zielgruppe formuliert wurden (nämlich nicht strafgerichtlich untergebrachte psychisch erkrankte Menschen), zum anderen wesentliche Vollzugsfragen unbeantwortet lassen.« (ebd., 447)

Entsprechend uneinheitlich wirkt das Erscheinungsbild der ca. 60 Maßregeleinrichtungen in Deutschland. Während in einzelnen Bundesländern eine Zentralklinik (Hessen) weitgehend alleine für die Versorgung des gesamten Bundeslandes und der dort zu behandelnden psychisch und/oder suchtkranken Straftäter zuständig ist, wird in anderen Bundesländern (Bayern) ein dezentraler Maßregelvollzug durchgeführt, der teilweise an Prinzipien der Gemeindenähe, mit eng umschriebenen Aufnahmegebieten orientiert ist.

Die Vollstreckung der Maßregeln im juristischen Sinn obliegen den Staatsanwaltschaften, zuständig für die Durchführung und Ausgestaltung sind nach § 136 StVollzG die psychiatrischen Krankenhäuser. Für die Organisationsform der Unterbringung sind demnach die Vollstreckungspläne der Landesjustizverwaltungen maßgebend.

Drei Organisationsmodelle haben sich in der Unterbringungspraxis hauptsächlich durchgesetzt:

1. Forensisch-psychiatrische Stationen, wobei es sich um speziell gesicherte Stationen in psychiatrischen Krankenhäusern handelt. Etwa 20 % der Maßregelvollzugspatienten sind auf diese Weise untergebracht (Leygraf 1988, 182).
2. Forensisch-psychiatrische Abteilungen. Dies sind eigenständige Abteilungen innerhalb eines psychiatrischen (Groß)krankenhauses, oft mit einer Einbindung in die institutionelle Verwaltungs-, Versorgungs- und Therapiestruktur (Arbeitstherapie etc.).
3. Forensisch-psychiatrische Krankenhäuser. Dabei handelt es sich um Spezialkliniken, in denen neben den einstweilig Untergebrachten nach §§ 81 und 126 a StPO, ausschließlich nach §§ 63, 64 StGB untergebrachte Patienten behandelt werden.

Vereinzelt findet sich auch die Unterbringung forensischer Patienten auf allgemein-psychiatrischen Stationen, vor allem bei den zahlenmäßig geringen psychisch kranken Straftäterinnen. In einzelnen Krankenhäusern ist die gemeinsame Un-

DOI: 10.1486/9783884144152

terbringung von Maßregelvollzugspatienten und Patienten der Allgemeinpsychiatrie auch Konzept, um therapeutische Versorgungsstrukturen besser nutzen zu können. Allerdings erfolgt von dieser Vorgehensweise im Zuge der Fokussierung auf Sicherheitsaspekte mittlerweile eine weitgehende Abkehr.

In Bayern und Baden-Württemberg findet der Vollzug der Maßregeln weitgehend dezentralisiert statt, im Gegensatz zu Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und im Saarland, wo fast ausschließlich mit einer Zentralanstalt gearbeitet wird. Für eine konzentrierte zentrale Unterbringungslösung spricht dabei, dass aufgrund der hohen Zahl der Untergebrachten ein differenzierteres Behandlungsangebot für unterschiedliche Patientengruppen möglich ist (vgl. Rasch 1986, Müller-Isberner 2002, Müller-Isberner & Gonzales 1998). Gegen eine Zentralisierung spricht allerdings die Bündelung von sozialen Problemen und Personen in einer Region. Die Ausgestaltung des Maßregelvollzugs in Nordrhein-Westfalen hat in den letzten Jahren gezeigt, dass die Einrichtung forensischer »Großprojekte« zu erheblichem Widerstand in der Bevölkerung führt, was der prinzipiellen Akzeptanz der forensischen Psychiatrie in der Gesellschaft schadet. Dezentrale Versorgungsstrukturen ermöglichen dagegen die Berücksichtigung der Erkenntnisse und Konzepte der Gemeindepsychiatrie, wodurch außerklinische Sozialkontakte der Patienten weniger Schaden nehmen als in Zentraleinrichtungen mit einer oft zu großen Entfernung zum Heimatort und die Resozialisierungsmöglichkeiten (Zusammenarbeit mit Nachsorgeeinrichtungen, Arbeitsaufnahme, ambulante Forensik-Nachsorge) besser sind. Neuere Ansätze verbinden zentrale mit dezentralen Unterbringungsangeboten, wobei die Initialbehandlung zentral, mit einem größeren Sicherungsbedarf durchgeführt werden sollte und dezentral, in Heimatnähe, eher resozialisierende und therapeutisch weiterführende Maßnahmen angeboten werden sollten (Athen & Böcker 1987, 125 und Rasch 1994, 13). Eher exotisch nehmen sich neuere Ansätze aus, welche von einer dezentralen Versorgungsstruktur bei Spezialisierung der einzelnen Maßregelvollzugseinrichtungen auf bestimmte Patientengruppen und entsprechende Behandlungsmaßnahmen ausgehen. Bei anhaltend steigenden Patientenzahlen im Maßregelvollzug und Erreichen der Kapazitätsgrenzen ist mittlerweile eine Abkehr von zentralen Vollzugslösungen zu beobachten. Die großen Zentraleinrichtungen in Hessen (Haina) und Westfalen (Eickelborn) verfügen mittlerweile über eine Reihe von kleineren »Satelitten«-einrichtungen, welche ansatzweise eine Vorortversorgung psychisch kranker Straftäter ermöglichen, v. a. aber eine Entlastung der Großkliniken bedeuten. Insgesamt ist eine Ausweitung kleinerer, dezentraler forensischer Versorgungseinheiten zu beobachten (vgl. Saimeh 2005, 10).

Grundsätzlich ist in den meisten Maßregeleinrichtungen ein sog. Stufenmodell eingeführt: Hier werden Vollzugslockerungen in Abhängigkeit zum Entwicklungsstand des einzelnen Patienten gewährt (zu den einzelnen Behandlungsphasen im

DOI: 10.1486/9783884144152

Maßregelvollzug und deren konzeptioneller Umsetzung in der Therapieplanung siehe Stolpmann 2001, 73 f. und 78 ff.). Die Notwendigkeit gestufter Lockerungen hat ihre Entsprechung in der baulichen Gestaltung der meisten Einrichtungen: Neben hochgesicherten Aufnahme- und Kriseninterventionsstationen werden weniger gesicherte Subakutstationen und offene Resozialisierungsstationen vorgehalten. Auch wenn in den letzten Jahren das gestiegene Sicherheitsbedürfnis der Gesellschaft zu einer »Aufrüstung« in der Sicherheitstechnik und in baulichen Details forensischer Einrichtungen mit sich brachte, konnten sich Institutionen des »offenen Maßregelvollzugs« etablieren. Die Institutionsformen hier reichen von offenen Krankenstationen an den einzelnen Maßregelabteilungen bis hin zu offenen Wohnformen in Kliniknähe, bzw. bis zu Wohngemeinschaften im außerklinischen Bereich (vgl. Stolpmann 2001, 65 ff.). Eine sinnvolle und logische Fortsetzung dieser Differenzierung im stationären Bereich ist die Entwicklung des Nachsorgegedankens in der forensischen Psychiatrie. Mittlerweile hat sich die Bedeutung forensischer Nachsorgeambulanzen durch eine Reihe von Forschungsprojekten (Freese 2003, Steinböck et al. 2004) erwiesen. Allerdings steht eine konsequente, flächendeckende Einführung forensischer Ambulanzen und deren sichergestellte Finanzierung bis heute (z. B. in Bayern) aus.

4.3 Die Patienten

Zum Stichtag am 31.03.2005 waren in der Bundesrepublik Deutschland 8665 Männer und Frauen nach §§ 63 und § 64 StGB untergebracht (Statistisches Bundesamt Wiesbaden 2005). Ein Rückblick auf die letzten 25 Jahre zeigt, dass nach einem Höchststand von 4493 Untergebrachten in einem psychiatrischen Krankenhaus im Jahr 1967 eine absteigende Tendenz zu verzeichnen war, welche sich zu Beginn der 80er-Jahre um etwa 2400 eingependelt hat. Gegenläufig ist die Entwicklung bei der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt: Hier sank die Zahl der Untergebrachten zunächst von einem Maximum im Jahr 1964 von 286 Betroffenen auf ein Minimum von 129 Patienten im Jahr 1972. Seit 1975/76 ist eine stetige Zunahme suchtkranker Straftäter festzustellen. Leygraf (1988) nennt für 1984 einen Höchststand von 864 Patienten. Die weitere Entwicklung ließ einen weiteren, wenn auch langsameren Anstieg der Patientenzahlen sowohl bei der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus als auch in einer Entziehungsanstalt erwarten (Gebauer & Jehle 1993).

In der Übersicht stellt sich die Entwicklung der Patientenzahlen folgendermaßen dar:

DOI: 10.1486/9783884144152

Tab. 9: Entwicklung der Patientenzahlen im Maßregelvollzug nach §§ 63, 64 StGB (nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2005)[1]

Jahr	Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB gesamt	Unterbringung nach § 63 StGB	Unterbringung nach § 64 StGB
1970	4401	4222	179
1975	3677	3494	183
1980	3237	2593	644
1985	3462	2472	990
1990	3649	2489	1160
1995	4275	2902	1373
1996	4233	2956	1277
1997	4579	3216	1363
1998	5068	3539	1529
1999	5495	3838	1657
2000	5872	4098	1774
2001	6219	4297	1922
2002	6550	4462	2088
2003	7399	5118	2281
2004	7802	5390	2412
2005	8113	5640	2473

Betrachtet man die Entwicklung der jährlichen Einweisungszahlen, ist hier analog ein beständiges Ansteigen der Fallzahlen zu beobachten. Zwischen 1967 und 1974 wurden jährlich durchschnittlich 340 Straftäter in den Vollzug nach § 63 StGB eingewiesen, zwischen 1975 und 1984 bereits durchschnittlich 388 Personen. Für den Zeitraum 1985 bis 1990 liegt die Häufigkeit bei jährlich 432 Fällen, 1990 bei 430 (Gebauer & Jehle 1993, 28). Die Häufigkeit der jährlichen Anwendung des § 64 StGB ist seit 1976 (400 Verurteilungen) schneller angestiegen und hat die Einweisungszahlen aus dem Bereich der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus längst überholt. 1989 waren 631 suchtkranke Straftäter in eine Entziehungsanstalt eingewiesen worden, 1990 waren dies 625 Personen.

Der Anstieg der Unterbringungszahlen entwickelte sich jedoch nicht analog zur Entwicklung der jährlichen Einweisungszahlen, teilweise lässt sich rückblickend sogar eine gegenläufige Tendenz feststellen. Die Gründe dafür liegen in mittlerweile kürzeren Unterbringungszeiten, welche zu Beginn der 90er-Jahre im Bundesdurchschnitt bei ca. 4,2 Jahren (Nedopil & Müller-Isberner 1995, 793) lagen, was im Vergleich zur Situation vor 1985 mit einem Durchschnittswert von ca. 8,5 Jahren eine Halbierung bedeutet. Ursachen dafür sind eine freizügigere Entlassungspraxis der Gerichte und vor allem verbesserte Therapiebedingungen. Auch die konsequentere Anwendung des Verhältnismäßigkeitsprinzips (§ 62

1 Angaben jeweils zum Stichtag 31.03. des Jahres. Aus Vergleichsgründen erfolgt lediglich die Darstellung der Daten aus dem alten Bundesgebiet, einschl. Berlin West, ab 1996 Gesamt-Berlin.

DOI: 10.1486/9783884144152

StGB), welches eine übermäßig lange Unterbringung bei minderschwerer Gefährlichkeit nicht zulässt, nach dem Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichts 1994, mag dabei eine Rolle spielen.

Durch die Einführung des »Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten« vom 26. Januar 1998 hat sich die Situation erneut stark verändert. Einerseits ist eine höhere Einweisungszahl in den Maßregelvollzug zu beobachten, andererseits führen die erhöhten Anforderungen an die Entlassvoraussetzungen zu einer längeren Verweildauer in der Unterbringung. Stolpmann (2001, 56) gibt ein durchschnittliche Verweildauer von 4,6 Jahren an. Hinsichtlich der Struktur der zur Unterbringung führenden Straftaten geben Gebauer und Jehle (1993, 30) einen Überblick zur Entwicklung von 1980 bis 1990:

Tab. 10: Unterbringungsdelikte bei Anordnungen nach § 63 StGB

Deliktart	1980	1984	1986	1988	1990
Tötungsdelikte nach §§ 211–213 StGB	19,1	24,6	22,0	20,6	21,5
Sexualdelikte nach §§ 174–179 StGB	23,0	18,7	18,3	21,0	16,2
Körperverletzung nach §§ 223 a–226, 229 StGB	9,8	9,8	11,7	11,2	16,4
Körperverletzung nach § 223 StGB	1,9	2,3	4,4	3,4	4,4
Brandstiftung nach §§ 306–308 StGB	11,2	15,2	10,5	10,3	8,3
Raub und räub. Erpressung nach §§ 249–255, 316 a StGB	7,7	8,2	8,3	12,1	12,0
Schwerer Diebstahl nach §§ 243, 244 StGB	12,0	7,7	6,6	5,3	3,7
Einfacher Diebstahl nach §§ 242, 246, 263, 267, 303	8,7	6,3	7,3	8,7	9,5
Vollrausch nach § 323 a StGB	1,1	0,5	1,2	0,4	1,6
Straßenverkehr	1,1	1,6	1,7	1,3	1,4
Sonstige	4,4	4,9	8,0	5,6	4,9
Insgesamt in %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Insgesamt = n	366	427	410	447	432

Bezüglich der Einweisungsdiagnosen, also der Grunderkrankung, welche zur Einschätzung als schuldunfähig (§ 20 StGB) oder vermindert schuldfähig (§ 21 StGB) und damit zur Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus geführt haben, gibt Leygraf eine Verteilung von 6,6 % hirnorganischen Störungen, 35,4 % schizophrenen Psychosen, 1,0 % affektiven Psychosen, 1,1 % Neurosen, 18,4 % Persönlichkeitsstörungen, 4,3 % sexuellen Deviationen, 4,3 % Suchterkrankungen und 28,9 % für oligophrene Krankheitsbilder an (Leygraf 1988, 47). Daten zur weiteren Beschreibung der im Maßregelvollzug untergebrachten Klientel finden sich ebenfalls bei Leygraf.

Vergleicht man die relativ alten Daten aus der Erhebung Leygrafs (1988) mit den veröffentlichten Ergebnissen neuerer Studien, fällt ein deutlicher Anstieg von Patienten mit einer hirnorganischen Störung und Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung, ein leichter Anstieg bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen

DOI: 10.1486/9783884144152

und Intelligenzminderung und eine deutliche Abnahme der Patienten mit einer primären Suchterkrankung auf.

Maßregelpatienten weisen eine Reihe biografischer Besonderheiten auf, die ihre soziale Randständigkeit dokumentieren: Sie verfügen über oft langjährige Psychiatrieerfahrung und waren oft bereits vor Einweisung in den Maßregelvollzug straffällig geworden, bzw. langjährig im Strafvollzug inhaftiert (Bargfrede 1999, 69 und Leygraf 1988, 49). Die Patienten verfügen über ein eher geringes Bildungsniveau, die ökonomische Situation ist oft ungünstig. Hinsichtlich der sozialen Situation fällt auf, dass Maßregelpatienten seltener in festen Beziehungen leben bzw. geschieden sind (ebd.). Hinsichtlich der Altersverteilung berichtet Leygraf (1988) eine Streuung von 16–83 Jahren. Das Durchschnittsalter wird mit 39,3 Jahren angegeben. Das durchschnittliche Alter zu Beginn der Maßregel lag bei 33 Jahren. Bezüglich der hier vorgestellten Patientendaten ist anzumerken, dass seit der Kompletterhebung durch Leygraf (1988) keine umfassenden Patientendaten erhoben und veröffentlicht worden sind. Aus der klinischen Erfahrung des Autors ist aber davon auszugehen dass:

- die Anzahl der Patienten mit der Diagnose »Persönlichkeitsstörung« zugenommen haben (als Konsequenz der oben beschriebenen Gesetzesänderung im Januar 1998)
- die Anzahl von Patienten mit Sexualdelikten gestiegen ist (ebenfalls als Konsequenz der Gesetzesneuregelung in 1998)
- die durchschnittliche Unterbringungsdauer leicht angestiegen ist (im Zusammenhang mit den verschärften Anforderungen bzgl. der Entlasskriterien/Sicherheit)
- das Durchschnittsalter der Insassen deutlich gefallen ist (als Ausdruck der verbesserten Therapiemöglichkeiten, damit gestiegener Entlassmöglichkeiten, verbesserter Nachsorgemöglichkeiten und die ab Ende der 1980er-Jahre erfolgte Entlassung von Langzeituntergebrachten aus der Zeit des sog. »Verwahrvollzugs«)

Eine gründliche Nacherhebung von verlässlichen Patientenzahlen steht indessen weiter an. Diese wäre aber Voraussetzung für eine Planungspolitik für den Maßregelvollzug, dessen Ausgestaltung durch den Gesetzgeber und die für den Vollzug zuständigen Landesbehörden.

4.4 Das therapeutische Angebot

Die Behandlung im Maßregelvollzug unterscheidet sich schon wegen ihrer hohen Sicherungsanforderungen von der Behandlung in einer allgemeinen psychiatrischen Klinik. Die im Vergleich wesentlich längere Aufenthaltsdauer der

DOI: 10.1486/9783884144152

Patienten birgt in sich die Gefahr, dass neben der zur Einweisung führenden psychischen Problematik Störungen entstehen, welche aus dieser Unterbringung resultieren (Hospitalisierungsschäden). Generell ist von der Notwendigkeit eines differenzierten, multimodalen Therapieangebots auszugehen, das sowohl die besonderen Patientenbedürfnisse als auch die institutionellen und rechtlichen Rahmenbedingungen (»Institutionelle Bedürfnisse«) berücksichtigt. Müller-Isberner (1995) schreibt dazu:

> »Aus therapeutisch-rehabilitativer Sicht ist ... bei dem Großteil der Patienten eine Mehrfachbehandlung erforderlich, bei der sowohl klassisch-psychiatrische und psychotherapeutische als auch edukative und pädagogische Maßnahmen angewandt werden müssen. Darüber hinaus erfordert eine optimale Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher therapeutische Spezialisierungen, die es in dieser Form in der klinischen Psychiatrie nicht gibt: sexualdeviante, persönlichkeitsgestörte oder minderbegabte Patienten mit Impulskontrollstörungen sind ein spezielles Klientel, für welche in psychiatrischen Krankenhäusern kaum Therapiekonzepte entwickelt wurden.« (Nedopil & Müller-Isberner 1995, 795)

Darüber hinaus ist die gesamte Unterbringungssituation und damit der therapeutische Prozess dadurch gekennzeichnet, dass die Patienten unfreiwillig, zwangsweise mit der Forderung nach – therapeutischer – Veränderung konfrontiert werden, was wiederum eine spezielle Anforderung (Aufbau eines Behandlungsbündnisses) an die Therapie mit sich bringt. Rasch (1994, 21) empfiehlt als zentrales therapeutisches Merkmal »für die Behandlung einer so schwierigen Klientel, wie sie im Maßregelvollzug gegeben ist ... noch immer die therapeutische Gemeinschaft. ... Grundsatz sollte jedoch sein, dass in der Klinik kein ›Bearbeiten‹ der Patienten durch die Therapeuten angestrebt wird. Das häufig beobachtbare primitiv-pädagogische Vorgehen mit Ermahnungen und Besserwisserei sollte der Vergangenheit angehören« (ebd.). Diese Forderung lässt sich wohl am ehesten durch die Schaffung überschaubarer Behandlungseinheiten, z. B. Wohngruppen mit Einzelzimmern für nicht mehr als zehn Patienten erfüllen (Rasch 1989, 115). Therapierealität in den meisten Maßregelvollzugseinrichtungen ist heute wohl eine Basistherapie (Leygraf & Heinz 1984, 44), die sich auf Therapieverfahren der allgemeinen klinischen Psychiatrie und deren Nachbardisziplinen stützt. Der Hauptakzent liegt dabei neben der Psychopharmakatherapie auf psychotherapeutischen, sozialtherapeutischen und pädagogischen Maßnahmen. Bausteine der Basistherapie sind ein(e)

- Stufenplan, d. h. abhängig von erreichten therapeutischen Fortschritten werden dem Patienten bestimmte Freizügigkeiten, sog. Vollzugslockerungen, gewährt. Die Lockerungen haben dabei die dreifache Funktion der Motivation, der Therapie und der Erprobung;
- spezielles Stationsmillieu, das sich an den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft (Beteiligung der Patienten an der Verantwortung für die Be-

DOI: 10.1486/9783884144152

handlung, Abbau von Kommunikationsbarrieren zwischen Patienten und Personal, demokratische Entscheidungsprozesse, Verteilung der Macht und Kontrolle über alle Mitglieder der Gemeinschaft) orientiert. Für den Bereich des Maßregelvollzugs sind diese Prinzipien freilich nur eingeschränkt nutzbar, bzw. stoßen diese aufgrund des Einweisungsmodus und der Sicherungsaspekte schnell an ihre Grenzen (z. B. bei Entscheidungen zu Lockerungsmaßnahmen und Entlassung). Der Wert milieutherapeutischer Prinzipien für den forensisch-psychiatrischen Bereich wird dennoch nachhaltig betont (Leygraf & Heinz 1984, 50);
- Arbeitstherapie, mit dem Hauptziel einer realitätsnahen, regressionshemmenden Strukturierung des Tagesablaufs und dem Training der Fähigkeit, mit der meist unausweichlichen, normalen Arbeitsbelastung umzugehen (Leygraf & Heinz 1984; 52);
- Freizeitgestaltung, welche zum Ziel hat, eine sinnvolle Freizeitnutzung zu vermitteln und ebenfalls eine regressionshemmende Funktion hat;
- störungsspezifische, individuelle Therapie mit Behandlungsmethoden aus dem allgemein-psychiatrischen Behandlungssektor;[2] – Entlassungsvorbereitung, welche frühzeitig die Sicherung der psychischen Stabilität des Patienten und damit seine Legalbewährung nach der Entlassung im Auge hat;
- Nachbetreuung, in Form forensischer Institutsambulanzen (aufsuchend und mit Komm-Struktur), aber auch durch die Bewährungshilfe und Führungsaufsicht.

Ein theoretisch fundiertes Therapiekonzept, das auch empirisch gewonnene Daten berücksichtigt, wurde am Philippe-Pinel-Institut in Montreal auf der Grundlage verhaltenstherapeutischer Konzepte entwickelt und auch in zwei Kliniken erprobt. Es gliedert sich in sechs Schritte:

1. Genaue Analyse der Defizite des Patienten;
2. daraus wird eine Arbeitshypothese zur Genese der Defizite der relevanten Störungen entwickelt;
3. Definition erreichbarer und messbarer Behandlungsziele;
4. Entwicklung einer therapeutischen Interventionsstrategie;
5. vor Beginn der Therapie werden mögliche Störvariablen und Hindernisse in Bezug auf das Therapieziel erfasst, daraus Lösungsstrategien zu ihrer Bewältigung entwickelt;
6. im Verlauf der Therapie werden bestimmte Entscheidungspunkte festgelegt, an denen der bisherige Therapieverlauf im Sinne einer Qualitätskontrolle analysiert wird. Dabei wird die Hypothese aus Punkt 2. auf ihre Richtigkeit hin überprüft und ggf. geändert (Nedopil & Müller-Isberner 1995, 797).

2 Vgl. die Ausführungen zu Stolpmann (2001), weiter unten.

DOI: 10.1486/9783884144152

Ein derartiges Therapiekonzept orientiert sich an verhaltenstherapeutischen Elementen, dabei legt es die Form der Therapie aber letztlich nicht fest. Die Art der Interventionsstrategien orientiert sich an den Bedürfnissen des einzelnen Patienten und ganz wesentlich an den Möglichkeiten der Institution. Anhand eines derartigen Konzepts kann entschieden werden, wie viele unterschiedliche Therapiestrategien in einer Einrichtung angeboten werden müssen, um den Patienten sinnvolle Behandlungsalternativen vorzugeben (Nedopil & Müller-Isberner 1995, 797). Unter dem Begriff der »Psychiatrischen Kriminaltherapie« haben Müller-Isberner und Gretenkord (2002) empirisch begründete (evidence-based) Therapieansätze vorgestellt, welche in besonderem Maße die therapeutischen und Sicherheitsaspekte forensischer Behandlung aufgreifen. Auf Grundlage eines lerntheoretischen Ansatzes, mit gezielter Bezugnahme auf kognitiv-behaviorale Methoden (welche als hoch wirksame Behandlungskonzepte aufgefasst werden) werden sieben kriminalpräventive Ansätze vorgestellt (Tabelle 11, S. 96 f.).

Stolpmann (2001, 137 ff.) führt weitere Behandlungsformen unterschiedlicher Therapieschulen und Ansätze auf, die jedoch keine spezifische »forensische Konnotation« aufweisen. Konkret benennt er psychodynamische Verfahren (Psychoanalyse, Fokalpsychotherapie, psychoanalytisch orientierte Psychotherapie, analytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie, supportive Psychotherapie), Gesprächspsychotherapie, Milieutherapie, Soziotherapie, Aktivitätstraining, Entspannungsübungen, Musiktherapie, pädaogische Maßnahmen, Ergotherapie, Sporttherapie sowie pharmakologische Behandlung und Angehörigenarbeit.

Generell ist bei allen Therapiemaßnahmen zu berücksichtigen, dass der Zwangsrahmen forensischer Behandlung eine Reihe von Besonderheiten aufweist, die in allen Phasen der Behandlung berücksichtigt werden müssen. Hahn (2005 a, 69) beschreibt hierzu einen integrativen Ansatz, der die vielfältigen Problemlagen (soziale Ausgrenzung, Beziehungsstörung, fehlender Leidensdruck, fehlende Therapiemotivation, Abhängigkeitsverhältnis der Patienten gegenüber der Maßregelklinik) berücksichtigt. Die Behandlung muss (im sozialtherapeutischen Sinn) hier an den »inneren wie auch an den äußeren Konflikten ansetzen« (ebd.), wobei seitens der Therapeuten eine insgesamt aktivere und mitunter eingreifend-steuernde Haltung verlangt wird.[3]

3 Ein praxisbezogenes Handbuch zur forensischen Behandlung haben Hax-Schoppenhorst und Schmidt-Quernheim (2003) herausgegeben, wo detailiert Behandlungsansätze beschrieben werden.

DOI: 10.1486/9783884144152

Tab. 11: Methoden psychiatrischer Kriminaltherapie (nach Müller-Isberner & Gretenkord 2002)

Methode	Beschreibung
Kognitiv-Behaviorale Methoden	*Token-Economies* (Bonusverteilung in Relation zu erwünschtem Verhalten); *Therapieverträge* (schriftliche Vereinbarungen zu Therapieinhalten, Behandlungszielen und Vergünstigungen); *Aversionsmethode* (Koppelung des Problemverhaltens an aversive Reize); *Umkonditionierung* (nach dem Modell des klassischen Konditionierens – Koppelung von Bedürfnissen mit nicht-devianten Reizen); *Milieugestaltung* (auf Grundlage der Milieutherapie); *Training sozialer Fähigkeiten* (Skillstraining nach Linehan); *Kognitive Umstrukturierung* (Aufdecken dysfunktionaler Denkmuster oder deliktfördernder Denkmuster, Psychoedukation, Vorstellungsübungen, Selbstbeobachtung, geleitete Realitätsprüfung, Gruppendiskussion, Einüben alternativer funktionaler Gedankenmuster); *Empathietraining* (Förderung der Opferempathie); *Entwicklung von Werten* (geführte Gruppendiskussion); *Interpersonales Problemlösetraining* (Verbesserung der allgemeinen Problemwahrnehmung, Vermittlung alternativer Lösungsmöglichkeiten.
Relapse-Prevention-Modell	Arbeit mit Rückfall-Vermeidungs-Modellen (auf Grundlage der Erfahrungen aus der Suchtbehandlung) nach Pithers et al. (1983). Ausgangsthese ist, dass kriminelles Verhalten gelerntes Verhalten ist, das durch interne und externe Faktoren motiviert und verstärkt wird. Diese Faktoren werden im Sinn einer Delikt-Entstehungskette als Abfolge-Stadien zerlegt und analysiert. Für jedes Einzelstadium werden Strategien zur Unterbrechung der Verhaltenskette erarbeitet und eingeübt, wodurch das Rückfallrisiko vermindert wird (Arbeit am Deliktzirkel). Konkrete Programme bestehen in ITPVO – Intensive Treatment Program for Violent Offenders von Mulloy und Doward (1995) und dem Treatment Program for Psychopaths and Other Offenders at High Risk for Violence der Darkstone Research Group unter Leitung von Robert Hare (1992) (beide zit. n. Müller-Isberner & Gretenkord (2002, 14 f.).
Reasoning an Rehabilitation Program (R & R)	Das Programm besteht aus 35 vorstrukturierten Sitzungen und neun Modulen zu den Themen »Problemlösen«, »Soziale Fertigkeiten«, »Verhandlungsfertigkeiten», »Umgang mit Emotionen«, »Kreatives Denken«, »Werte«, »Kritisches Urteilen«, »Fertigkeiten-Reflexion«, »Kognitive Übungen. Das R & R vermittelt Fähigkeiten, arbeitet mit psychoedukativen u. pädagogischen Techniken. Eine bes. Rolle spielen die Behandlungsmaterialien (Spiele, Puzzles, Denkaufgaben, Rollenspiele), die Gruppendiskussionen und die Integration des Gruppenangebots in ein entsprechend gestaltetes therapiestützendes Umfeld.
Psychoedukation	Schwerpunkt dieser Methode liegt in der Vermittlung von Informationen und störungsbezogener Schulung zur Verbesserung der Selbstmanagement-Kompetenz. Damit unterstützt die Behandlungsmethode Selbsthilfeaspekte und Merkmale der Angehörigenarbeit. Ziel ist auch das Aufgreifen von krankheitsbezogenen Ängsten, welche i.S. einer umfassenden Motivationsarbeit bearbeitet werden. Psychoedukation wird als Gruppenprogramm, im Einzelsetting oder in Form von Ratgebern durchgeführt. Beispielhaft ist das am weitesten verbreitete Gruppenprogramm PEGASUS (Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv Erkrankten) von Wienberg (1997), welches auf eine Reduktion akuter Belastungen, Minimierung überdauernder Belastungen, Erhöhung der Dekompensationsschwelle und Förderung der Wahrnehmung von Frühwarnzeichen für eine akute Psychose abzielt.

DOI: 10.1486/9783884144152

Methode	Beschreibung
Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (IPT)	Das von Roder et al. (1995) entwickelte Behandlungsprogramm basiert auf der Pervasivitätshypothese, wonach Störungen der Informationsverarbeitung einer wechselseitigen Verstärkung unterliegen und eine störende Auswirktung auf höhere Funktionsebenen (z. B. soziale Kompetenz) haben. Entsprechend werden Trainingsmaßnahmen in den fünf Modulen »Kognitive Differenzierung«, »Soziale Wahrnehmung«, »Verbale Kommunikation«, »Soziale Fertigkeiten« und »Interpersonelles Problemlösen« aufgegriffen. Die einzelnen Abschnitte sind gestuft aufgebaut, wobei die Trainingsanforderungen von Gruppensitzung zu Gruppensitzung – idealerweise analog zu den entwickelten Fähigkeiten der Teilnehmer – gesteigert werden.
Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Interaktion Störung (DBT	Linehan (1996) entwickelte das Programm auf Grundlage der Erkenntnis, dass Borderline-Persönlichkeitsstörungen vor allem eine Dysfunktion der Affektregulierung darstellen, die als Folge biologischer Unregelmäßigkeiten in Kombination mit bestimmten dysfunktionalen Umweltbedingungen sowie deren Interaktion und Transaktion im Laufe der Zeit entstehen, wodurch die Fähigkeit, Gefühle zu regulieren beeinträchtigt wird. Folge ist eine höhere Empfindlichkeit gegenüber emotionalen Stimuli, welche wiederum intensive (inadäquate) Emotionen provozieren, welche einer verlangsamten Regulation unterliegen. Durch spezifische Umweltreaktionen kommt es dazu, dass die Patienten ihre Gefühle nicht mehr adäquat benennen und beeinflussen können, sich in Folge (generalisiert) nicht mehr auf ihre Gefühle verlassen können. Das DBT schafft zunächst ein akzeptierendes Therapieklima, dass der Validierung des Patienten dienen soll. Vor dem Hintergrund einer Sinngebung dysfunktionaler Verhaltensmuster sollen Fähigkeiten vermittelt werden, wobei Techniken wie Expositionsverfahren, kognitive Umstrukturierung, Kontingenzmanagement, Problemlösetechniken, Skillstraining angewendet werden. Das Programm ist in zwei Schritte gegliedert: 1. Bearbeitung suizidalen und parasuizidalen Verhaltens, Reduktion therapiegefährdender Verhaltensweisen, Reduktion Lebensqualität-einschränkender Verhaltensweisen und Aufbau von Verhaltensfertigkeiten (innere Achtsamkeit, Stresstoleranz, Emotionsregulation, soziale Fähigkeiten); 2. Behandlung des posttraumatischen Belastungssyndroms, Reduktion von Verhaltensweisen, die mit posttraumatischer Belastung zusammenhängen (Akzeptanz des Traumas, Verminderung von Stigmatisierung und Selbstbeschuldigung, Reduktion von Verleugnung und Intrusionen, Synthese der Missbrauchsdichotomie)
Verhaltenstherapeutische Sexualstraftäterbehandlung	Darstellung der Methoden und Inhalte siehe Kapitel 4.7.2

DOI: 10.1486/9783884144152

4.5 Entlassungspraxis

Die Übertragung der in der stationären Unterbringung erreichten Therapieziele, des dort entwickelten neuen, delinquenzfreien Verhaltens in außerklinische »echte« Lebenssituationen stellt neben den Grundfragen der Behandelbarkeit psychisch kranker Straftäter, der Auswahl der Therapieformen und der Ausgestaltung der Maßregeleinrichtungen einen wichtigen Aspekt des Maßregelvollzugs dar.

Ausgehend von einem allgegenwärtigen Sicherheitsdiktat im Maßregelvollzug, muss jede Vollzugslockerung als Erprobung aufgefasst werden, in der Patienten ihr Funktionieren unter Beweis stellen (Stufenmodell, vgl. Kapitel 4.4).

Entsprechend ist auch die Entlassung selbst als gestuftes Vorgehen ausgestaltet. Spätestens seit Verschärfung der Entlasskriterien durch das »Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten« vom 26. Januar 1998 hat sich als Praxis der Entlassung folgendes Vorgehen etabliert: Im Rahmen der Unterbringung werden die Patienten meist im letzten Unterbringungsdrittel in das soziale Setting beurlaubt, das auch als Entlassrahmen vorgesehen ist. Nach Durchlaufen einer ausreichend langen, positiven Beurlaubungsdauer (meist sechs Monate), erfolgt seitens der behandelnden Maßregelklinik die Entlassempfehlung gegenüber der zuständigen Strafvollstreckungskammer. Dies bewirkt, dass ein externes Prognosegutachten eingeholt wird und die juristischen Schritte zu einem Aussetzungsbeschluss der Unterbringung vorbereitet werden.

Bei Vorliegen eines positiven externen Prognosegutachtens, positiver Stellungnahme der behandelnden Klinik und Zustimmung der für die Strafvollstreckung zuständigen Staatsanwaltschaft wird die Strafvollstreckungskammer dann den weiteren Vollzug der Maßregel zur Bewährung aussetzen.

Die Entlassempfehlung der Klinik sollte Angaben zu/m

- künftigen Wohnort/Lebensumfeld
- Medikation/Bestimmung des Medikamentenspiegels
- Arbeitstätigkeit
- ambulante Therapiemaßnahmen
- Kontrollmaßnahmen (Drogenscreenings, Alkoholtestung) und
- weiteren Bewährungsauflagen

enthalten (Stolpmann 2001, 326 ff.).

Faktisch ist mit diesem Vorgehen, das der Anforderung folgt, nur solche Patienten zu entlassen, bei denen »zu erwarten ist, dass ... außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten« begangen werden (§ 67 d Abs. 2 StGB) Rechnung getragen und die Entlasssituation quasi in den Vollzug integriert: Die Beurlaubungssituation dient als Entlassexperiment, dem bei positivem Verlauf die tatsächliche Entlassung folgt (Hahn 2003 a, 450). Im Fall der Integration

DOI: 10.1486/9783884144152

in eine sozialpsychiatrische Nachsorgeeinrichtung erfolgt die Beurlaubung als sog. »Probewohnen«.

Der noch 1993 genannte »Entlassschock« (Schöch 1993) ist mit der gestuften Vorgehensweise bei Entlassung überwunden. Durch das Fortbestehen der Kontakte zwischen Maßregelklinik und Patient, über den Entlasstermin hinaus, ist eine stabilisierende Beziehungskontinuität gesichert. Zudem hat der Patient vor dem rechtlichen Schritt der Entlassung aus der Unterbringung dessen reale Seite (das Sich-Bewegen im freien sozialen Raum) bereits ausführlich erprobt.

Für die Entlassung selbst stehen neben Integration in eigenständige Wohnformen die Nachsorgeangebote der Sozialpsychiatrie zur Verfügung. Die bis vor wenigen Jahren dort zu beobachtende ablehnende Haltung gegenüber Maßregelpatienten konnte teilweise abgebaut werden, sodass nun für einzelne Patientengruppen (v. a. Psychosepatienten, Abhängigkeitserkrankte) gute Integrationschancen bestehen. Für die Maßregelkliniken vor Ort besteht jedoch die Notwendigkeit, in Frage kommende Nachsorgeeinrichtungen bei ihrer Übernahme »forensischer Verantwortung« zu begleiten. Dies beinhaltet fachliche Fortbildung und Beratung sowie die Bereitschaft, in Krisensituationen Fallverantwortung (durch Sicherstellung einer stationären Aufnahmesituation) zu übernehmen.

Formell endet die Unterbringung mit einer Belehrung des Patienten durch den Leiter der Maßregeleinrichtung. Dabei werden die Gründe für die Aussetzung der Unterbringung, die erteilten Weisungen und Auflagen sowie mögliche Gründe, die zu einem Widerruf der Aussetzung der Unterbringung führen können, erwähnt.

4.5.1 Bewährung und Führungsaufsicht

Die Aussetzung der Unterbringung erfolgt i. d. R. zur Bewährung,[4] automatisch tritt Führungsaufsicht ein. Bewährungshilfe und Führungsaufsicht sind juristische Nachsorgemaßnahmen, die mit der 2. Strafrechtsreform 1975 eingeführt wurden. Bei der Führungsaufsicht handelt es sich um eine nicht freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung aus dem sechsten Abschnitt des StGB.

Mit der Neufassung des Strafgesetzbuches 1975 ergab sich eine veränderte Situation für Bewährungshilfe und Führungsaufsicht, welche bislang mit der Gruppe der aus dem Maßregelvollzug Entlassenen nichts zu tun hatte. Die gesetzliche Regelung (§ 42 f Abs. 2 StGB a. F.) vor 1975 sah lediglich vor, dass die Entlassung des Untergebrachten bei günstiger Prognose durch das Gericht ange-

4 Ausnahmen sind das Erreichen der Höchstfrist der Unterbringung nach § 64 StGB oder die Erklärung der Unterbringung als »erledigt« (etwa wenn gerichtlich festgestellt wurde, dass die Verhältnismäßigkeit der Maßnahme nicht mehr gegeben ist).

DOI: 10.1486/9783884144152

ordnet werden soll. Gemäß § 67 d Abs. 2 StGB n. F. »setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur *Bewährung* aus, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Mit der Aussetzung tritt *Führungsaufsicht*[5] ein«. Den Nachsorgegedanken im Rahmen der institutionellen Möglichkeiten der Bewährungshilfe gab es also im StGB a. F. nicht, mit der Neuregelung wurde die Unterstellung der entlassenen Maßregelvollzugspatienten unter eine Institution der ambulanten Strafvollstreckung eingeführt. Dies brachte qualitativ zwei neue Aspekte mit sich: Zum einen die Chance für die Untergebrachten, die Erprobung des Lebens außerhalb der Einrichtung nicht mehr alleine auf sich gestellt unternehmen zu müssen. Zum anderen eine rechtliche Veränderung, welche eine strafrechtliche Überwachung und Betreuung über das Ende der Unterbringung hinaus mit sich brachte. Diese Überwachung erfolgt gemäß § 68 a StGB, die den Entlassenen einer Führungsaufsichtsstelle unterstellt, welche die Kontrolle unter Zuhilfenahme des Bewährungshelfers (der sonst eher Beratungs- und Unterstützungsfunktion hat) bewerkstelligt, z. B. bezüglich der Einhaltung von erteilten Weisungen.

Damit ist zwar, was zu begrüßen ist, eine juristische Zuständigkeit für den Zeitraum nach der Entlassung für die Nachsorge eingeführt worden. Jedoch ergeben sich aus der Praxis der Bewährungshilfe und Führungsaufsicht sowie deren institutionellem Charakter mehrere Probleme:

1. »Janusköpfig, wie sich die Gesetzeslage darstellt – Aufnahme einiger wesentlicher Elemente der alten Polizeiaufsicht zum einen, Hilfe auch für solche Straftäter, die bis dato bestenfalls Unterstützung durch private Initiativen fanden, zum anderen – mussten sich für die Praxis der Führungsaufsicht Konflikte zwangsläufig ergeben.« (Jacobsen 1987, 59)

   Die Hilfsangebote, welche durch die Bewährungshilfe und Führungsaufsicht im Rahmen der Bearbeitung von Konflikten des Bewährungsprobanden vorgehalten werden, sind immer gekoppelt an den Kontrollaspekt. Das heißt die Kenntnis eines Konfliktes (z. B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch mit evtl. neuer Delinquenz) führt neben der Hilfestellung und Beratung unweigerlich auch zu Kontrollmaßnahmen, welche letzten Endes den Widerruf der Aussetzung der Maßregel zur Bewährung bedeuten kann. Dieser Umstand ist allen Seiten, der Bewährungshilfe, den Klienten und den Mitarbeitenden bewusst und beeinflusst die gesamte Beziehung. Es ist davon auszugehen, dass der Proband die Probleme, welche er mit den Einrichtungen der Bewährungshilfe bearbeitet, filtert, wobei das Hauptinteresse, in Freiheit bleiben zu können, im Vordergrund steht. Inwieweit bei einer solchen Beziehungskonstellation ein tiefergehendes Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann bleibt fraglich (Rasch, Schmidt & Kühl 1974, 28).

5 Hervorhebungen durch den Verf.

DOI: 10.1486/9783884144152

2. Die Gruppe der aus dem Maßregelvollzug entlassenen Patienten, welche unter Führungsaufsicht und Bewährungshilfe steht, wird oft durch eine Vielzahl anderer professioneller Betreuungsinstitutionen und -personen begleitet: Der niedergelassene Nervenarzt, der die medikamentöse (neuroleptische) Behandlung sicherstellt, der Sozialpädagoge in der stationären Nachbetreuungseinrichtung, der Betreuer im Rahmen des Betreuungsgesetzes, Mitarbeiter einer Beratungsstelle, das Personal einer forensischen Institutsambulanz. Die Kooperation und Kommunikation dieser beteiligten Stellen gestaltet sich dabei vergleichsweise schwierig, da die eine Nachbetreuungseinrichtung von der anderen nicht unbedingt Kenntnis haben muss. Dabei sind Konflikte, welche aus der unterschiedlichen Sicht- und Herangehensweise der beteiligten Einrichtungen entstehen sowie Probleme in der Kompetenzabstimmung (»Wer darf was?«) noch nicht berücksichtigt.
3. Das größte Problem ist jedoch m. E. die fachliche Überforderung der Bewährungshilfe, welche sich aus der notwendigen Integration sozialpsychiatrischer Komponenten in die Betreuungsarbeit ergibt. Diese Inhalte entsprechen meist nicht dem, was Bewährungshilfe üblicherweise zu bieten hat. Jacobsen merkt dazu an:

   »Für die mit den entlassenen Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs qua Gesetz befassten Sozialpädagogen steht – im Gegensatz etwa zu ihren traditionellen Probanden, den aus dem Strafvollzug Entlassenen – weniger der Aspekt der (Legal-) Bewährung im Mittelpunkt ihrer Tätigkeiten, vielmehr rückt der zweite Aufgabenbereich, nämlich die ambulante psycho-soziale Betreuung in den Vordergrund, wie dies vergleichsweise vielleicht noch bei jugendlichen Delinquenten unter sozialpädagogischer Aufsicht der Fall ist. Allerdings bedarf diese Betreuung aufgrund der z. T. erheblichen Persönlichkeitsstörungen bis hin zu psychotischen Persönlichkeitsdefekten – und dies in Kombination mit starken Hospitalisierungsmerkmalen – zusätzlich noch der Integration sozialpsychiatrischer Komponenten, mit denen sich Sozialpädagogen in den Institutionen der ambulanten Strafvollstreckung in vielen Fällen personell, vor allem aber fachlich überfordert fühlen.« (Jacobsen 1987, 64)

Diese drei Problemgruppen sind zum einen ein Missstand aus Sicht des Maßregelvollzugs und gehen zulasten der Betroffenen. Aus der Perspektive der Bewährungshilfe- und Führungsaufsichtsinstitutionen stellt die Situation aber ebenso ein Problem dar:[6] Immerhin liegt der Anteil ehemaliger Maßregelpatienten unter den Probanden zwischen 20 % (Berlin) und 44,9 % (Niedersachsen) (Leygraf & Wingassen 1988, 341).

6 Auf das schwierige Verhältnis von Bewährungshilfe und Psychotherapie, welches durch einen großen Abstand gekennzeichnet ist, weist Kober (1993, 227) hin.

DOI: 10.1486/9783884144152

4.5.2 Resozialisierung und Nachsorge

Die Nachsorge muss nahtlos an die Entlassungsvorbereitungen anknüpfen, will sie effektiv arbeiten und nicht die ersten Krisenmomente und Bedürfnisse des Entlassenen versäumen. Deshalb muss bereits in der letzten Phase der Unterbringung im Maßregelvollzug mit ihr begonnen werden, wenn es sich um externe Nachsorgemaßnahmen (Bewährungshilfe, Sucht- oder psychosoziale Beratungsstelle, Selbsthilfegruppen, stationäre Einrichtungen) handelt. Prinzipiell wird die Nachsorge in zwei Bereichen, einmal durch die Maßregelvollzugsklinik selbst, zum anderen durch die Versorgungsangebote des psychiatrischen Komplementärbereichs der Region, in der sich die Forensische Abteilung befindet, geleistet.

Mit der Einrichtung forensischer Institutsambulanzen ist die Möglichkeit der Aufrechterhaltung der, oft seit Jahren andauernden, Beziehung zwischen dem Untergebrachten und dem therapeutischen Personal der Maßregelvollzugseinrichtung gewährleistet. Die Chancen einer solchen Kontinuität liegen in der Vertrautheit dieser Beziehungen und in einem sehr genauen, gegenseitigen, »Sich-Kennen.« Die Klinik hat den Patienten während der Unterbringung in stabilen Zuständen und Krisensituationen erlebt, kennt die individuellen Warnzeichen sich einstellender Krisen und verfügt über einen Zugang zum Patienten, also über Handlungsmöglichkeiten, diese Krisensituationen mit dem entlassenen Patienten zu bearbeiten. Der Patient wiederum kennt dies aus seiner Sichtweise. Bewältigungsschritte hat er in und mit der Klinik erprobt und er weiß, dass er sich auf diese Hilfestellung verlassen kann. Im Notfall kann die Institutsambulanz notwendige Maßnahmen einleiten und den Patienten auf freiwilliger Basis im Bereich der Allgemeinpsychiatrie aufnehmen. Diese Möglichkeit der Kooperation hängt natürlich von der Bereitschaft des Entlassenen ab, von seinen Erfahrungen während der Unterbringung und vom Umstand, ob überhaupt Krankheits- und Behandlungseinsicht während des Maßregelvollzugs entwickelt werden konnte. Voraussetzung ist aber eben auch, dass vonseiten der Institution eine solche Nachsorgemöglichkeit angeboten, im Rahmen der Entlassungsvorbereitung angesprochen und erklärt wird. Leider wird die Notwendigkeit derartiger Ambulanzdienste oft nicht in dem Maß berücksichtigt. Zwar hat sich mittlerweile die Auffassung durchgesetzt, dass forensische Nachsorge, deren Institutionalisierung sinnvoll und notwendig ist; die Konsequenz, dafür finanzielle Mittel bereitzustellen, hält sich allerdings – unterschiedlich von Bundesland zu Bundesland – in Grenzen (siehe dazu: Freese 2003, Hahn 2005 b, Reuber, Oliva & Jaschke 2005, Witzel, Hölterhoff & Skril 2004). In der Regelung der Nachsorge greifen die Maßregelvollzugseinrichtungen immer wieder auf das bestehende komplementäre psychiatrische Versorgungsnetz zurück.

Kooperation ist sinnvoll und möglich mit Diensten wie Übergangs- und Wohnheimen, sonstigen beschützenden Wohneinrichtungen (betreute Wohngemein-

DOI: 10.1486/9783884144152

schaft, betreutes Einzelwohnen), tagesstrukturierenden Angeboten (Tagesklinik, Kontaktangebote) sowie dem Bereich der beruflichen Rehabilitation.

Diese Zusammenarbeit gestaltet sich mitunter problematisch, was seine Gründe in folgenden Punkten hat:

1. Der Zugriff auf vorhandene Formen des betreuten Wohnens ist vielfach vor dem Hintergrund der zurückhaltenden bis ablehnenden Haltung in diesen Einrichtungen Maßregelvollzugspatienten gegenüber erschwert. Die Klientel gilt als besonders schwierig, ist doppelt stigmatisiert (psychisch krank *und* straffällig) und stammt oft aus den unteren Sozialschichten. Aus der Vorgeschichte der Patienten ergeben sich langwierige Karrieren in Kontroll- und Disziplinierungsinstitutionen (Heimunterbringung, Psychiatrie, Justizvollzug). Dies lässt weitere Probleme erwarten. Die Anlassstraftaten, welche zur Unterbringung im Maßregelvollzug geführt haben (Körperverletzungsdelikte, Sexualstraftaten, Brandstiftungen) wirken sich ungünstig auf Verlegungschancen in Nachsorgeeinrichtungen aus. Die Erwartungshaltung dieser Patientengruppe gegenüber ist – offen oder verdeckt – angstbesetzt. Festzustellen ist, dass diese Vorbehalte in der Regel aus einer völligen Unkenntnis der Problemlage von Untergebrachten im Maßregelvollzug und nicht konkreten, negativen Erfahrungen entspringen. Dies entspricht im Übrigen der allgemein schlechten Repräsentanz der forensischen Psychiatrie, als eigenständigem Gebiet an den Hochschulen. Fortbildungsmaßnahmen, die diese Defizite aufgreifen und bearbeiten sind notwendig, übersteigen aber, wie so oft, die personellen und finanziellen Möglichkeiten der Maßregeleinrichtungen. In einzelnen Kliniken liegen dazu gute Einzelerfahrungen im Rahmen der Verlegungspraxis vor. Das Vorstellungsgespräch wird zu einem Informationsaustausch über Maßregelvollzugsproblematiken ausgedehnt, das Personal dieser Einrichtungen in die Forensische Abteilung eingeladen. Vereinzelt haben auch schon Mitarbeiter dieser Einrichtungen im Maßregelvollzug hospitiert.
2. Die schon mit der Psychiatrie-Enquete geforderte Ausdehnung des komplementären Bereichs ist bis heute nicht flächendeckend und in ausreichendem Ausmaß vorhanden. Die Angebote sind zwar vielfältig, Mangel gibt es allerdings an bedarfsgerechten Diensten zur Versorgung Schwerbehinderter und chronisch Kranker. »Unter anderem durch die Schwerpunktverlagerungen in der allgemeinen Psychiatrie vom stationären in den ambulanten bzw. komplementären Bereich sind die dort geschaffenen Kapazitäten auf mittlere Sicht weitgehend erschöpft. Für den Maßregelvollzug bedeutet dies, dass insbesondere ohne Wohnangebote, die die erforderliche Betreuung der Patienten gewährleisten, eine vom Behandlungsstand der Patienten her angezeigte Beurlaubung zur Erprobung unterbleiben muss. Die Dauer der stationären Unterbringung verlängert sich damit beträchtlich und es tritt die (rechtswidrige) Situation ein, dass das Maß der Freiheitsentziehung sich dann nicht, wie ... gefordert, nach dem

DOI: 10.1486/9783884144152

Erfolg der Behandlung richtet, sondern u. a. nach der Aufnahmebereitschaft und dem Auslastungsgrad komplementärer Einrichtungen.« (Dimmek 1995, 17) Diese Situation ist für die weitere Entwicklung der Untergebrachten äußerst ungünstig und unter dem Kostengesichtspunkt unhaltbar. Abhilfe kann hier durch den weiteren Ausbau der psychosozialen Versorgungsstruktur erfolgen und durch maßregelvollzugseigene Nachsorgeangebote. Zwar hat sich die Situation bzgl. der ambulanten Versorgungsstrukturen in den letzten Jahren deutlich verbessert, Engpässe bestehen jedoch weiter für Patienten mit Mehrfachdiagnosen und starken Verhaltensauffälligkeiten (etwa Patienten mit Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankung und Impulskontrollstörung) sowie für Patienten mit gewissen Indexdelikten (Sexualdelinquenz, Brandstiftung).

3. Das Selbstverständnis ambulanter Nachsorgeeinrichtungen, wie z. B. Sozialpsychiatrische Dienste und Suchtberatungsstellen, erschwert die Nutzung dieses Nachsorgebereichs zusätzlich. In diesen Einrichtungen besteht mitunter das Problem, eindeutige Kontrollfunktionen zu übernehmen, etwa wenn es gilt, den regelmäßigen Kontakt eines entlassenen Patienten zur Beratungsstelle schriftlich – gegenüber der Bewährungshilfe und Führungsaufsicht – zu bestätigen, oder gar im Falle unregelmäßiger Kontakte oder des Kontaktabbruchs Verbindung mit den entsprechenden überwachenden Stellen aufzunehmen. Oft ist der Kontakt des zur Bewährung Entlassenen im Rahmen der Weisungen und Bewährungsauflagen verbindlich geregelt, geschieht also, formal, unter einem gewissen Druck. Die Arbeitsweise und das Selbstverständnis ambulanter Nachsorgedienste geht jedoch (was ja auch prinzipiell richtig ist) von der Freiwilligkeit der Inanspruchnahme des Hilfsangebots aus. Die sich aus dieser Differenz ergebenden Rollenkonflikte der Nachsorgeeinrichtungen führen immer wieder zur Ablehnung bei Kooperationsanfragen.

Aus den zuletzt angeführten Überlegungen ergibt sich, dass Sozialpsychiatrie und forensische Pschiatrie in vielen Punkten einen Gegensatz bilden. Steinböck (2003, 107) hat diese Gegensätze in einer Übersicht zusammengestellt (s. Tabelle 12). Für den Bereich der forensischen Psychiatrie ist hier anzumerken, dass hier bislang keine verbindlichen Regelungen zu einer Einführung forensischer Nachsorge getroffen wurden (oder: getroffen werden konnten). Pörksen (2003) beklagt eine Unverbindlichkeit der Nachsorge. Ungeklärt sind mancherorts Fragen der Zuständigkeit und Verantwortlichkeit, so fehlen z. B. die rechtzeitige Information über Entlassungen und die anstehende Problematik, frühzeitige Kontaktaufnahme, Vernetzung der beteiligten Helfer und die Strukturierung des Hilfeprozesses und des Krisenmanagements. Pörksen (2003, 51) fordert hier Regelungen durch die Bundesländer, welche eine verbindliche Organisation zu »regeln« hätten, um eine gelingende Resozialisierung und das heißt auch die Verhinderung neuer Straftaten sicherzustellen.

DOI: 10.1486/9783884144152

Tab. 12: Gegensätze zwischen forensischer und Gemeindepsychiatrie (nach Steinböck 2003)

	Gemeindepsychiatrie	Forensische Psychiatrie
Gemeindenähe	dezentrales Netzwerk	(eher) gemeindeferne Zentralinstitutionen
stationäre Aufenthaltsdauer	durchschnittlich weniger als 28 Tage	langfristig, im Bundesdurchschnitt ca. 4,6 Jahre
Zielorientierung an	individuellem Hilfebedarf des Patienten	»Gefährlichkeit«, Sicherheit der Allgemeinheit
Verhältnis zur Gesellschaft	Integration	Ausschluss
Schwerpunkt professioneller Tätigkeit	außerklinisch (ambulant, teilstationär, rehabilitativ)	klinisch-stationär
politische Beeinflussung der Profession durch	Angehörigen- und Betroffenenbewegung	Bürgerinitiativen für die Opfer
Diskursebene	Subjektstandpunkt	Objektstandpunkt
Umgang mit »Problemgruppen«	Entdeckung der »Schwierigen«	Ruf nach Ausgrenzung der »Unbehandelbaren«
Verhältnis zur Staatsmacht	machtkritisch	Bestandteil des staatlichen Gewaltmonopols

Immerhin liegen mittlerweile eine Vielzahl von Konzepten und fundierten Erfahrungen (vgl. Egg 2004) aus der extramuralen Betreuung und Nachsorge psychisch kranker Straftäter vor. Die Bundesjustizministerin formulierte 2003 öffentlich (ebd., 9) dass ambulante Nachsorge wichtig sei, »weil sie die Sicherheit der Bevölkerung erhöht«. Daneben wurde in diesem Zusammenhang auch betont, dass Nachsorge zu frühzeitiger Entlassung und Vermeidung kostspieliger Wiederaufnahmen führt. Beides Aspekte, die den Einspareffekt einer effektiven Nachsorgelandschaft betonen.

Anzumahnen ist die gemeinsame Verantwortung der Sozialpsychiatrie und Forensischen Psychiatrie für die Gruppe psychisch kranker Straftäter. Immerhin ist die Psychiatriereform 1975 mit dem Leitsatz der Orientierung ihrer Bemühungen an den Schwächsten und am stärksten Benachteiligten angetreten. Und: In der Psychiatrie-Enquete wurde dem Maßregelvollzug und seinen Insassen eine »absolute Schlusslichtposition« bescheinigt (Deutscher Bundestag 1975).

Diese Gemeinsamkeit wird mittlerweile durch Fortbildungsangebote der sozialpsychiatrischen Fachgesellschaften (DGSP 2006, Bildungswerk Irsee 2005) aufgegriffen. In gemeinsamen Bildungsangeboten für forensische Kliniker, Mitarbeiter der Bewährungshilfe und des sozialpsychiatrischen Versorgungsbereichs werden Arbeitsformen entwickelt, die gemeinsame Fallkonferenzen, Möglichkeiten der Kooperation, Absprachestandards und Modelle zur integrierten Krisenintervention beinhalten.

Es bleibt zu hoffen, dass »irrationale Reaktionsweisen« (Steinböck 2003) der Mitarbeiter sozialpsychiatrischer Institutionen, wenn es um die Verantwortungsübernahme für forensische Patienten geht, überwunden werden können.

DOI: 10.1486/9783884144152

4.5.3 Ambulante Therapie

Neben der Durchführung ambulanter Nachsorge bedarf es der Fortsetzung der im stationären Bereich begonnenen Kriminaltherapie (Müller-Isberner & Gretenkord 2002). Diese geschieht in der Regel als »Bewährungsauflage« oder »gerichtliche Weisung« gem. § 56 c StGB (Weisungen) und deren Einhaltung muss der Führungsaufsichtsstelle (durch den Probanden) nachgewiesen werden.

Ambulante Kriminaltherapie unterliegt damit dem gleichen Spannungsprozess von Hilfe und Kontrolle wie die stationäre forensische Behandlung auch. Freese (2003, 41) schreibt zum Auftrag ambulanter Kriminaltherapie: Diese »bietet durch aktiv nachgehende, aufsuchende, forensisch orientierte Nachsorge Risikoeinschätzungen und Prognosebildung, aber auch ein ausgewogenes Verhältnis an Risikomanagement und Kontrolle einerseits sowie hocheffiziente, modular aufgebaute Kriminaltherapie andererseits« (ebd.).

Inhalte einer ambulanten Kriminaltherapie sind in den Bereichen Nachsorge, Risikoeinschätzung, Risikomanagement und Fallführung angesiedelt. Diese einzelnen Bereiche können unterschiedliche Aspekte berücksichtigen:

Nachsorge	⇒ Adaption stationärer Therapieinhalte in der realen Lebenswelt der Patienten (Rolle als Sexualstraftäter im Zusammenhang mit Arbeitssuche, Partnerschaft, Wohnsituation); stützende Psychotherapie ⇒ Überprüfung der individuellen Rückfallvermeidungspläne ⇒ Fortführung der Arbeit am Deliktzirkel (Aktualisierung) ⇒ Überwachung der Medikamenteneinnahme
Risikoeinschätzung/ Risikomanagement	⇒ Erkennen, Benennen und Bearbeitung neuer (aktueller) Risikofaktoren ⇒ Einleitung sichernder Maßnahmen ⇒ Überarbeitung der Rückfallvermeidungspläne ⇒ Einbindung der »important others« (Professionelle, Privatpersonen)
Fallführung	⇒ Durchführung der interdisziplinären, institutionenübergreifenden Fallkonferenzen (Netzwerkbildung) ⇒ Informationsweitergabe an beteiligte Stellen im Krisenfall ⇒ Bewahrung des »forensischen Gedächtnisses«

Abb. 8: Inhalte ambulanter Kriminaltherapie

Ambulanter Kriminaltherapie kommt damit eine Mittlerrolle zwischen der »forensischen Welt drinnen« (Maßregelvollzug) und der »echten Lebenswelt draußen« zu. Dabei gilt es, die notwendige Balance zwischen risikozentrierter Kontrolle/Unterstützung und »autonom-gelingender Lebensbewältigung« zu halten. Ein Merkmal ist dabei das »forensische Gedächtnis«, also das Wissen um den forensisch-psychiatrischen Hintergrund, die Entwicklung der Psychopathologie im biografischen Kontext, die Vorstrafen, die Art und Qualität des Indexdeliktes (das zur Unterbringung geführt hat) sowie den Verlauf der stationären Behandlung im Maßregelvollzug (Fortschritte, Krisen, Rückfälle, besondere

DOI: 10.1486/9783884144152

Vorkommnisse), das den anderen Beteiligten aus Sozialpsychiatrie und justizieller Nachsorge vermittelt und verlässlich in Erinnerung gerufen werden muss.

Als Arbeitsformen für einen solchen ambulanten Therapieansatz kommen Einzel- und Gruppentherapie in Frage. Als methodisches Instrumentarium stehen dabei die unter Kapitel 4.4 beschriebenen Ansätze zur Verfügung. Vielversprechend sind störungszentrierte Gruppenangebote, etwa ambulante Gruppentherapien für Sexualstraftäter, wie sie an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (Preuss & Lietz 2004), an der Henri van der Hoeven Kliniek in Utrecht (van Beek & Bullens 2004), in Berlin (Zürn & Möllhoff-Mylius 2004) oder in der forensischen Ambulanz der Klinik für forensische Psychiatrie Erlangen (Hahn 2004) angeboten werden.

Fast schon banal wirkt die Feststellung, dass die Fortsetzung stationär begonnener Therapie im ambulanten Rahmen Behandlungserfolge sichert, Rückfälle vermeidet, Kosten minimiert. Diese Erkenntnis hat sich in anderen Bereichen der Psychiatrie schon lange durchgesetzt. Im Maßregelvollzug muss vorerst weiter auf eine konsequente Umsetzung dieses Standards gewartet werden. Freese (2003, 139) schreibt dazu: »Die ambulante wie stationär durchgeführte Kriminaltherapie steckt in Deutschland noch weitestgehend in den Kinderschuhen.« Und er fügt an: »Ohne eine solche Nachsorge bestünde jedenfalls für die Gesellschaft ein sehr viel höheres Risiko.« (ebd.)

Sicher sind auch die Möglichkeiten ambulanter Kriminaltherapie begrenzt. Die Maßnahmen sind stets an Weisungen im Rahmen der Führungsaufsicht gekoppelt. Diese endet nach längstens fünf Jahren. Die prinzipielle Möglichkeit der Anordnung verlängerter (lebenslanger) Führungsaufsicht (Hahn 2003 a, 458) wird in der Praxis nur sehr zurückhaltend angewendet. Die Möglichkeit sollte auf jeden Fall bei Patienten mit gestörter Störungs- und Behandlungseinsicht, schlechter Compliance, anhaltend stark auffälliger Psychopathologie und risikoreicher Zukunftsplanung genutzt werden (Freese 2003, 131).

4.6 Sexualstraftäter als Maßregelpatienten

Sexualstraftäter sind nur eine Teilgruppe im Maßregelvollzug – überhaupt werden nur 10 % der verurteilten Sexualdelinquenten dort untergebracht (Pfäfflin 2003, 88) –, werden aber in der Öffentlichkeit als die Hauptgruppe der Untergebrachten wahrgenommen (Hahn 2003 a, 453). In der umfangreichen Studie von Leygraf (1988, 47) wird ein Prozentanteil von 4,3 % für Patienten mit einer sexuellen Deviation als Erstdiagnose genannt, als Zweitdiagnose taucht dieser Befund mit 6,7 % auf, d. h. nur 11 % der untergebrachten Patienten im deutschen Maßregelvollzug war wegen einer krankheitswertigen Sexualstörung untergebracht. Demgegenüber steht die Anzahl der Hauptunterbringungsdelikte: Hier finden sich

DOI: 10.1486/9783884144152

12,7 % Sexualdelikte ohne Gewalt und 14,0 % mit Gewaltanwendung, d. h. gut ein Viertel aller Maßregelpatienten war zum Untersuchungszeitpunkt wegen eines Sexualdelikts untergebracht. Das Verhältnis zwischen Anlassdelikt und Vorliegen einer Sexualstörung zeigt, dass der Großteil der wegen eines Sexualdelikts im Maßregelvollzug Untergebrachten, wegen einer anderen psychiatrischen Störung als vermindert schuldfähig oder schuldunfähig eingestuft wurde. Als wichtigste Diagnosegruppe sind hier die Persönlichkeitsstörungen und (bedingt) Psychosen zu nennen (Pfäfflin 2004, 248). Sexuelle Delinquenz, das Vorliegen einer Paraphilie, perverse Symptombildung[7] alleine für sich genommen stellen noch keine Krankheitsentität dar. Sexualdelinquente Symptome finden sich sowohl bei Menschen mit reifen Persönlichkeitsstrukturen als auch bei unterschiedlichen psychiatrischen Krankheitsbildern. Die Unterbringung eines Täters mit Sexualdelikt im Maßregelvollzug bedarf daher einer Zuweisung zu einer der Diagnosegruppen, welche in § 20 StGB als »krankhafte seelische Störung, tiefgreifende Bewusstseinsstörung, Schwachsinn oder schwere anderen seelische Abartigkeit« (vgl. Kapitel 4.1) beschrieben ist.

Das Ausmaß einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung, also ob der erhobene Befund eine »schwere« Störung charakterisiert, orientiert sich in der forensischen Begutachtung nach den Kriterien der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit. Nur wenn bei Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung die Fähigkeit, das Unrecht einer Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln, massiv gestört ist, kann von Schuldunfähigkeit oder verminderter Schuldfähigkeit ausgegangen werden. Die Diskussion um das Vorliegen einer »schweren anderen seelischen Abartigkeit« und deren Bedeutung für eine Exkulpation ist lebhaft und von der Absicht des Gesetzgebers geprägt, Ausnahmefälle welche zu einer Entlastung hinsichtlich der Schuldfrage führen, möglichst umfassend zu beschränken. In dieser Diskussion spiegelt sich der gesellschaftliche Diskurs um Normalität und Abweichung, also um freie Willensbildung, Anpassung und Abweichung wider. Es ist das Verdienst Goudsmiths (1986[8]), frühzeitig darauf hingewiesen zu haben, dass die Übergänge zwischen »normal« und »nicht normal« fließend sind, eine eindeutige Zuordnung generell schwierig ist und dass bei der Mehrzahl der verurteilten Sexualstraftäter »in sehr vielen Fällen eine abnorme Persönlichkeitsentwicklung oder Persönlichkeitsstruktur ursächlich ist« (ebd., 38). Auch aus geschichtlichen Gründen ist diese Auseinandersetzung (vgl. Kapitel 3.2) problematisch, führt sie doch zwangsläufig zur Frage, inwieweit individuelles Abweichen (hier in Form von Delinquenz) auch gesellschaftlich bedingte Symptombildung ist, womit die

7 Die Begrifflichkeiten spiegeln die Versuche der Soziologie, Medizin und Psychoanalyse wider, eine wertungsfreie Terminologie zu bilden. Im Kontext der vorliegenden Arbeit sind strafbare Handlungen mit sexuell-motiviertem Hintergrund gemeint.

8 Seine Ausführungen erschienen bereits 1974 unter dem Titel »Delinquent en maatschappij capita selecta uit de forensische psychiatrie«.

DOI: 10.1486/9783884144152

Grenzziehung zwischen »normal« und »abweichend« problematisch wird. Die Prüfung, ob wegen einer psychiatrischen Erkrankung von einer verminderten Schuldfähigkeit oder gar Schuldunfähigkeit auszugehen ist, erfolgt auf zwei Ebenen. Als erster Schritt erfolgt die Feststellung, ob eine Krankheit vorliegt, was unter psychopathologischen Gesichtspunkten erfolgt (Venzlaff 2004). Danach erfolgt als zweiter Schritt die Prüfung der Auswirkung der psychopathologischen Zustände auf die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit. Bezogen auf Sexualstraftäter können in der ersten Kategorie vor allem Störungszustände aus den Bereichen »tiefgreifende Bewusstseinsstörung« und »schwere andere seelische Abartigkeit« zutreffen. Merkmale der tiefgreifenden Bewusstseinsstörung sind u. a. eine affektive Ausgangssituation mit Tatbereitschaft, psychopathologische Disposition der Persönlichkeit, konstellative Faktoren (Suchtmittelkonsum, Depression), abrupter, elementarer Tatablauf, Folgeverhalten mit schwerer Erschütterung, Einengung der Wahrnehmung und der seelischen Abläufe, Missverhältnis zwischen Tatanlass und Reaktion, Störung der Sinn- und Erlebenskontinuität. Ausgehend von einer weitgehend fehlenden Introspektionsfähigkeit während der Tat, kann der Hintergrund des Tatgeschehens etwa eine sich über Jahre hinziehende Zermürbung im Rahmen eines Partnerkonfliktes, mit deutlicher Dominanz und Überlegenheit des Partners, zunehmender Isolation des Täters in Bezug auf enge Bezugsgruppen oder ein eruptiver Affektdurchbruch ohne Vorkonstituierung und Risikoabsicherung auf einen konfliktspezifischen Reiz hin sein. Am ehesten wird diese Diagnosegruppe auf Vergewaltigungstäter und Exhibitionisten zutreffen, wobei i. d. R. (Venzlaff 2004, 14) der Ausschluss der Schuldfähigkeit selten angenommen wird, häufiger eine Verminderung nach § 21 StGB erkannt wird.

Relevanter für den Bereich der Sexualdelinquenz sind Störungsbilder, die unter dem Begriff einer »schweren anderen seelischen Abartigkeit« zusammengefasst sind. Gemeint sind damit Abweichungen des psychischen Zustandes von einer zugrunde gelegten Normalität, die nicht auf organische Defekte oder Prozesse zurückzuführen sind und damit im psychiatrischen Krankheitsbegriff nicht-krankhafte psychische Störungen darstellen (weswegen sie mit dem veralteten und problematischen Begriff der »Abartigkeit« versehen werden). Auch wenn aus psychologischer Sicht anzumerken ist, dass die unter dem Begriff der »Abartigkeit« gesammelten Störungsbilder (etwa die »Psychopathien«[9]) nicht generell von geringerer Intensität wie z. B. psychotische Störungen sind, erfolgt in der Begutachtungspraxis und Rechtsprechung seltener die Anerkennung von schuldmindernden oder -aufhebenden Gründen auf der Grundlage einer Persönlichkeitsstörung. Allerdings blieb (mit der Einführung der Kategorien tiefgreifende Bewusstseinsstörung und schwere andere seelische Abartigkeit in der Strafrechts-

9 Auch dieser Begriff wird nicht einheitlich und verbindlich angewandt.

DOI: 10.1486/9783884144152

reform von 1975) ungeklärt, welche Orientierungsgröße bei der Beurteilung der Erheblichkeit der Störung an Stelle des gewohnten Krankheitskriteriums treten sollte. Für die Psychopathien verlagert sich die Beurteilung der Schuldfähigkeit eher auf die Ebene der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit. Rasch (1982a) hat hierzu ein Beurteilungsmodell unter einem »strukturell-sozialen Krankheitsbegriff« entwickelt und benennt als strukturelle Elemente von Krankheit die Verminderung sozialer Handlungskompetenz, die Einengung der Lebensführung und Stereotypisierung des Verhaltens sowie die Häufung sozialer Konflikte auch außerhalb strafrechtlicher Belange (ebd., 182). Als Beispiele für Typen der »Abartigkeit« werden u. a. sexuelle Perversionen und Persönlichkeitsabnormitäten genannt. Dadurch werden aber lediglich medizinische Fallgruppen benennbar, eine Ableitung zur Frage der Schuldfähigkeit lässt sich daraus noch nicht herleiten. Relevant ist hier v. a. die Intensität der Störung, ihre Auswirkung und Relevanz auf Tat und Tatsituation. Als Merkmale für eine gesteigerte Intensität, z. B. einer sexuellen Perversion sind (nach Schorsch 1988) folgende Aspekte relevant: Symptomhäufung, Intensitätsschwankungen der Symptome, Lockerung bzw. Verlust der personalen Einbindung, progredient zunehmende Okkupierung des Erlebens durch das Symptom, Einengung der Realitätswahrnehmung. Saß (1987) hat diese Merkmale für den Bereich der sexuellen Deviationen um die Aspekte »Einengung, Fixierung und Progredienz, weitere Schwäche der Abwehr und Realitätsprüfung, emotionale Labilisierung in der Zeit vor dem Delikt und konstellative Faktoren wie Alkohol und depravierende Lebensumstände« (ebd., 119) erweitert. Dagegen sprechen die Aspekte »Tatvorbereitungen, planmäßiges Vorgehen bei der Tat, Fähigkeit zu warten, lang hingezogenes Tatgeschehen, komplexer Handlungsablauf in Etappen, Vorsorge gegen Entdeckung, ... Hervorgehen des Delikts aus dissozialen Charakterzügen« (ebd.) gegen eine erhebliche Beeinträchtigung der Schuldfähigkeit. Sexuelle Deviationen, in der juristischen Terminologie als »Triebstörungen« bezeichnet sind ebenfalls der »schweren anderen seelischen Abartigkeit« zugeordnet. Gemeint sind hier die Paraphilien (siehe Kapitel 4.8.1). Das Vorliegen einer solchen Störung kann auch hier nicht – für sich genommen – »krankheitswertig« sein, die Exkulpation erfolgt wiederum im Rahmen der Einschätzung der Schwere einer solchen Störung. So stellt auch die Pädophilie eine schwere seelische Abartigkeit dar, Auswirkungen auf die Schuldfähigkeit ergeben sich jedoch nur, wenn sie den Täter in seiner Persönlichkeit so nachhaltig verändert, dass sein Hemmungsvermögen in Bezug auf sein Sexualverhalten erheblich herabgesetzt ist (Venzlaff 2004, 19).

Der zweite Schritt der Schuldfähigkeitsprüfung beinhaltet Aussagen zur Einsichts- und Steuerungsfähigkeit, also der Fähigkeit, das Unrecht einer Tat zum Tatzeitpunkt einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln. Aussagen dazu beschreiben keine psychischen Gegebenheiten, die mithilfe von Psychiatrie oder Psychologie zu fassen wären. Sie sind aber auch keine rein normativen Kon-

DOI: 10.1486/9783884144152

strukte, die der Festlegung durch den Richter obliegen. Entscheidend kommt es bei der Begutachtung auf das psycho-soziale Bedingungsgefüge des Täters an, also ob Verhaltensalternativen in der konkreten sozialen Situation (der Tat) für den Täter bestehen, diese erkannt und genutzt werden können. Wesentlich sind hier also die Handlungskompetenzen des Täters, welche eben unter dem Einfluss von psychischen Aspekten, deren Ausprägung und dem Maß an Störung stehen. Zwar erfolgt die Begutachtung zur Schuldfähigkeit in den hier genannten zwei Schritten, zur abschließenden Quantifizierung auf diesen beiden Stufen wird sie sich aber nicht getrennt behandeln lassen. »So können z. B. der ›tiefgreifende‹ Charakter einer Bewusstseinsstörung und die ›Schwere‹ einer Abartigkeit kaum vom Grad der Beeinträchtigung von Einsichts- und Steuerungsfähigkeit getrennt werden, da für sie die gleichen Gesichtspunkte maßgeblich sind. Daher sollte z. B. über die Schwere der Abartigkeit und das Maß der dadurch bewirkten Einschränkung der Steuerungsfähigkeit in einem Schritt entschieden werden.« (Venzlaff 2004, 22)

Kompliziert stellt sich auch die Festlegung des Grades der Schuldunfähigkeit dar. Treten die in Frage kommenden psychischen Störungen in abgeschwächter Form auf, kann als Folge die Schuldfähigkeit als vermindert, aber nicht aufgehoben eingeschätzt werden. Die verminderte Schuldfähigkeit liegt also auf einer gleitenden Skala zwischen Schuldunfähigkeit und voller Schuldfähigkeit noch im Bereich der Schuldfähigkeit und bedarf einer Abgrenzung nach beiden Seiten. Relevant für den Maßregelvollzug ist, dass beide Merkmale Eingangskriterien für eine Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB sind (vgl. Kapitel 4.1).

Pfäfflin (2004) weist auf die Notwendigkeit einer gründlichen Auseinandersetzung mit der Persönlichkeitsstruktur von Sexualstraftätern im Zusammenhang mit Prognoseaussagen hin. Bedeutsam sind die in Tabelle 13 (S. 112) dargestellten Parameter.

In diesem Zusammenhang kommt eine neue vergleichende Studie von Sexualstraftätern im Strafvollzug und in der forensischen Psychiatrie (Harsch, Keller & Jockusch 2006) zu dem Ergebnis, dass Täter, die im Maßregelvollzug untergebracht sind, psychopathologisch auffälliger sind und häufiger biografische und kriminologische Risikofaktoren aufweisen als die Vergleichsgruppe im Strafvollzug. Es zeigte sich hier aber auch, dass ein erheblicher Teil der im Strafvollzug untergebrachten Sexualstraftäter psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen aufweist. Die Übersicht zur Prävalenz von psychischen Störungen (Achse I – DSM-IV), getrennt für Täter im Maßregel- und Strafvollzug verdeutlicht diese Situation (s. Tabelle 14, S. 112).

Nowara (2001) legte in ihrer Studie zu Sexualstraftätern im Maßregelvollzug eine Beschreibung dieser speziellen Patientengruppe vor. Der überwiegende Teil der in der Studie erhobenen Fälle war deutscher Staatsangehörigkeit (103 von insgesamt 115 Männern). 80,9 % der Täter lebten vor dem Indexdelikt, das zur

DOI: 10.1486/9783884144152

Tab. 13: Parameter der Prognosebeurteilung nach Pfäfflin (2004)

Item der Prognosebeurteilung	Prognosefolgen
Persönlichkeitsstörung	Schwere der Störung, beschreibbar im Rahmen des Modells der Neurosenlehre
Ich-Nähe	Ausmaß der Integration von triebhafter und aggressiver Dynamik in das Selbstbild. Je Ich-näher diese Dynamik, desto leichter ist sie kontrollierbar. Unterschiedliche Formen von Ich-syntoner hin zu Ich-dystoner Verarbeitung (bis hin zur kompletten Abspaltung)
Determiniertheit der Deviation	Je ausgeprägter, desto problematischer ist die Prognose.
Intensität der Deviation	Ausprägungsgrad der Intensität, von Bedeutung ist v. a. ob es sich um einen progredienten Verlauf handelt.
Abhängigkeit der Delinquenz von Krisen	Abhängigkeit der sexuellen Delinquenz von Lebens- und Persönlichkeitskrisen. Je stärker die Delinquenz an spezifische Krisen gebunden ist, desto günstiger ist die Prognose
Objektbezogenheit der Affekte, Impulse und Fantasien	Vor allem bei Aggressionsdelikten wichtiges Item für prognostische und therapeutische Überlegungen. Wenn es im Tatgeschehen – wenn auch in noch so entstellter oder verzerrter Form – von der Intention her um Beziehung oder Interaktion geht, ist die Prognose günstiger, als wenn das Opfer Ziel destruktiver Überwälti gungs- und Zerstörungsimpulse ist.

Tab. 14: Prävalenz von psychischen Störungen bei Insassen des Maßregel- und Strafvollzugs (nach Harsch, Keller & Jockusch 2006)

Störung	Sexualstraftäter im Maßregelvollzug	Sexualstraftäter im Strafvollzug
Substanzmissbrauch/-abhängigkeit	55,0 %	66,7 %
Paraphilien	52,5 %	6,7 %
Sexuelle Funktionsstörungen	10,0 %	3,3 %
Angststörungen	7,5 %	10,0 %
Somatoforme Störungen	7,5 %	6,7%
Andere (Stottern, ADHD)	5,0 %	3,3 %

Verurteilung führte alleine, weil sie nicht verheiratet (67 %) oder weil sie getrennt, bzw. geschieden (13,9 %) waren. Lediglich 9,1 % der Stichprobe lebten in einer Partnerschaft. Der Großteil der Männer (77,4 %) hatte keine eigenen Kinder. Speziell die Subgruppe der im Maßregelvollzug gem. § 63 StGB untergebrachten Täter wies ein höheres Alter auf, dieses lag bei durchschnittlich 39 Jahren.

Auffällig sind auch die Angaben zur Schul- und Berufsausbildung: Lediglich 41,7 % verfügten über einen Schulabschluss, 33 % besuchten eine Förderschule, 55,7 % die Hauptschule. Das heißt, dass Sexualstraftäter, die im Maßregelvollzug untergebracht sind, kaum Zugang zu höheren Schultypen finden.

59,1 % der Täter hatten keine Berufsausbildung, bzw. hatten diese abgebrochen, wobei es sich bei 88 % der Fälle um eine Lehrausbildung handelte. Entsprechend stammte das erzielte Einkommen, von dem die Täter vor ihrer Unterbringung gelebt hatten, nur zu 30,4 % aus Berufstätigkeit, bei 24,3 % musste festgestellt werden, dass diese über kein geregeltes Einkommen verfügten.

DOI: 10.1486/9783884144152

Auffallend sind auch die Angaben zur Herkunftsfamilie: Bei 64,2 % der Untergebrachten fanden sich Hinweise auf Auffälligkeiten wie Alkoholismus, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, psychische Erkrankungen, Straffälligkeit. Über ein Drittel (37,7 %) erlitten in der Kindheit selbst Gewalterfahrungen und Misshandlungen.

Über die Hälfte der Täter befand sich vor Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus in einer stationären therapeutischen Behandlung.

Hinsichtlich der Sexualdelinquenz ist vermerkt, dass über die Hälfte der Patienten bereits eine Vorbestrafung wegen eines Sexualdelikts aufwies (alle Angaben beziehen sich auf Nowara 2001, 24 ff.).

Damit ist belegt, dass Sexualstraftäter im Maßregelvollzug in besonderem Maße die besonderen Merkmale psychisch kranker Straftäter (vgl. Kapitel 4.3) aufweisen. Ihre Randständigkeit, das Maß der Vorbelastung, die Häufigkeit von Vorstrafen sind deutlich intensiver ausgeprägt.

Daraus lassen sich hypothetisch drei Rückschlüsse ziehen:

1. Die Tatsache, dass die Delinquenz im Bereich sexueller Verhaltensauffälligkeiten angesiedelt ist, korrespondiert mit den psycho-sozialen Bedingungen, unter denen die Täter herangewachsen sind.
2. Die biografischen und strafrechtlichen Merkmale führen zu einem Sonderstatus, auch im Bereich der Forensischen Psychiatrie (Ausgrenzung und Abwertung).
3. Die Tatsache, dass das Durchschnittsalter der im Maßregelvollzug untergebrachten Sexualstraftäter höher ist als in anderen Vergleichsgruppen, zeigt, dass die vorangegangenen Behandlungsbemühungen fehlschlugen, die Störungen in einem besonderen Maße chronifiziert und damit die Behandlungsmöglichkeiten (vgl. Kapitel 4.6.2) zusätzlich erschwert sind.

Alle Versuche, psychisch kranken Sexualstraftätern ihre stigmatisierende Sonderrolle nehmen zu wollen (auch wenn dieser Ansatz prinzipiell richtig erscheint), müssen diesen Fakten Rechnung tragen. Gilt dem Sicherheitsprinzip in der Maßregelbehandlung von jeher eine zentrale Rolle, ist dies in der Behandlung von Sexualstraftätern in einem besonderen Maße zu berücksichtigen.

Anzumerken bleibt, dass sich die Untersuchung Nowaras (ebd.) auf die Einweisungsfälle des Jahres 1988 beziehen. Es ist zu vermuten, dass die Merkmale heutiger Sexualstraftäter, die in den Maßregelvollzug eingewiesen werden, weniger ungünstig ausfallen, da die allgemeinen Therapiemöglichkeiten für diese Patientengruppe insgesamt besser geworden sind.

DOI: 10.1486/9783884144152

4.6.1 Überblick

Im DSM-IV werden sexuelle Störungen auf der Achse I: »Klinische Störungen, andere klinisch relevante Probleme« diagnostiziert. Ob diese den Schweregrad einer »schweren anderen seelischen Abartigkeit« erfüllen, wie in § 20 StGB als Exkulpierungsmerkmal aufgeführt ist, oder lediglich als behandlungsbedürftiges (psychiatrisches) Krankheitsbild bestehen, muss im Strafverfahren durch den Gutachter eingeschätzt werden.

Das DSM-IV fasst die für den Maßregelvollzug relevanten Sexualstörungen unter dem Begriff der Paraphilien zusammen. Hauptmerkmale[10] einer solchen Störung sind rezidivierende intensive sexuell erregende Fantasien, sexuell dranghafte Bedürfnisse oder Verhaltensweisen, die sich entweder auf

- nichtmenschliche Objekte,
- das Leiden oder die Demütigung einer anderen oder der eigenen Person
- Kinder oder andere nicht einwilligende bzw. einwilligungsunfähige Personen (= Diagnostisches Kriterium A)

beziehen und länger als sechs Monate konstant auftreten.

Paraphile Fantasien oder Stimuli können dabei generalisiert für die sexuelle Erregung sein bzw. nur episodisch auftreten, etwa in Zeiten starker psychosozialer Belastung. Von klinischer Relevanz ist bei der Diagnosestellung, dass das Verhalten, die sexuellen Bedürfnisse bzw. Fantasien als belastendes Leiden aufgefasst werden können oder zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führen (= Diagnostisches Kriterium B). Kennzeichen aller Paraphilien ist, dass es bei den Sexualpartnern zu Schädigungen kommen kann (etwa bei der Pädophilie), bzw. die Betroffenen sich selbst Verletzungen zuführen oder durch ihre sexuellen Verhaltensweisen mit den Gesetzen in Konflikt geraten und inhaftiert werden. Die jeweiligen Paraphilien werden nach dem jeweils dominanten paraphilen Hauptinteresse differenziert und codiert.

Bedeutsam ist, dass fast alle Paraphilien (mit Ausnahme des Masochismus) vorwiegend bei Männern diagnostiziert werden und insbesondere Pädophilie, Voyeurismus und Exhibitionismus ein häufiger Behandlungsgrund in spezialisierten Behandlungseinrichtungen sind.

Zum Verlauf paraphiler Störungen wird im DSM-IV darauf hingewiesen, dass die Störungsbilder meist in der Kindheit bzw. frühen Adoleszenz beginnen und meist ab dem frühen Erwachsenenalter eine klare Ausformung annehmen. Die begleitenden sexuellen Fantasien sind dabei meist anhaltend, oft lebenslang, wobei die Intensität der sexuellen Bedürfnisse oft phasenweise schwankt, meist

10 Die Ausführungen hierzu beziehen sich auf das DSM-IV 1998, 593 ff.

DOI: 10.1486/9783884144152

in Abhängigkeit zu anderen psychischen Störungen, Verfügbarkeit von Sexualpartnern (Opfern) und allgemeinen psycho-sozialen Belastungsfaktoren. Paraphile Störungen neigen zur Chronifizierung und dauern meist lebenslang an. Den genannten Paraphilien gemeinsam ist ein Andauern der sexuellen Ausrichtung über mindestens sechs Monate und eine mit der Störung verbundene Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen. Die Störungen im Einzelnen:

- **Exhibitionismus** (DSM-IV 302.4 [F65.2])[11]

Das paraphile Hauptinteresse besteht im Zurschaustellen der eigenen Genitalien vor Fremden, manchmal begleitet von Masturbation der Betroffenen. Über dieses Verhalten hinaus erfolgen keine weiteren sexuellen Handlungen mit fremden Personen. Ziel der Handlung ist, andere zu überraschen oder zu schockieren oder der Wunsch, andere durch die eigene Handlung sexuell zu erregen.

- **Fetischismus** (DSM-IV 302.81 [F 65.0])

Das Hauptinteresse der sexuellen Ausrichtung bezieht sich auf den Gebrauch von unbelebten Objekten (den Fetischen). Diese Objekte sind sexuell attribuiert und zur sexuellen Erregung und/oder Befriedigung notwendig bzw. im sexuellen Erleben dominant. Der Fetisch wird meist bei der Masturbation in den Händen gehalten, daran gerochen bzw. wird ein Sexualpartner beim sexuellen Kontakt aufgefordert, den Fetisch zu nutzen, bspw. anzuziehen.

- **Frotteurismus** (DSM-IV 302.89 [F 65.8])

Das Hauptinteresse dieser sexuellen Störung liegt im Berühren und Sich-Reiben an nicht einwilligenden Personen. Die Handlungen finden i. d. R. an überfüllten Orten statt, wo bereits aufgrund der drangvollen Enge unbeabsichtigte Körperkontakte bestehen, welche dann intensiviert oder gezielt gesucht werden. Die Handlungen bestehen in Reiben der Genitalien an den Oberschenkeln und dem Gesäß des Opfers, oder in streichelnden Bewegungen, verbunden mit einer fantasierten exklusiven, meist fürsorglichen Beziehung des Täters zum Opfer. Dabei bleibt die Notwendigkeit, unentdeckt zu bleiben, sich ggf. zurückzuziehen, erhalten.

- **Pädophilie** (DSM-IV 302.2 [F 65.4])

Das sexuelle Hauptinteresse richtet sich auf sexuelle Handlungen mit einem präpubertären Kind. Täter müssen älter als 16 Jahre alt sein und mindestens fünf Jahre älter als das Kind. Die Betroffenen berichten meist, dass sie sich von Kindern einer bestimmten Altersspanne sexuell angezogen fühlen, wobei sich das Interesse auf ausschließlich Mädchen, Jungen oder Kinder beiderlei

11 Die in eckigen Klammern angegebene Codierung bezieht sich auf das ICD-10.

DOI: 10.1486/9783884144152

Geschlechts beziehen kann. Der Ausprägungsgrad der Pädophilie kann zu einer ausschließlichen Orientierung auf Kinder hin bestehen (»ausschließlicher Typus«, »Kernpädophiler«), oder in einem wechselnden Interesse in Bezug auf Kinder und Erwachsene (»nicht ausschließlicher Typus«). Die sexuellen Handlungen differieren zwischen dem Auskleiden von Kindern, Betrachten des nackten Körpers, Masturbation in Gegenwart der Opfer bis hin zu Berührungen der Opfer und Ausüben sexueller Praktiken wie Fellatio oder Cunnilingus, bzw. vaginaler und/oder analer Penetration. Zur Erreichung der sexuellen Ziele wird ein unterschiedliches Maß an Gewalt angewendet, einzelne Täter sehen von sexuellen Handlungen bei Widerstand der Opfer ab. Pädophile begründen ihre Handlungen meist mit Ausreden oder externalisierender Schuldzuweisung an das Opfer. Bei der Opferwahl kann eine Begrenzung auf eigene Kinder oder Kinder aus dem Verwandtenkreis beschränkt sein, bzw. auf Kinder außerhalb des Familienkreises bezogen sein. Einige Täter bedrohen ihre Opfer, um eine Entdeckung zu verhindern, andere bauen ein umfangreiches Beziehungsgeflecht auf, in dem die Kinder als abhängige Partner instrumentalisiert und sexuell ausgebeutet werden. Die Häufigkeit pädophiler Handlungen ist u. a. abhängig vom Ausmaß psychosozialer Belastungsfaktoren, der Verlauf üblicherweise chronisch, insbesondere, wenn das sexuelle Interesse auf Jungen gerichtet ist.

- **Sexueller Masochismus** (DSM-IV 302.83 [F 65.5])

Das paraphile Hauptinteresse beinhaltet den Akt der Demütigung, des Geschlagen- bzw. Gefesseltwerdens oder sonstiger Leidenszustände. Die sexuelle Ausrichtung kann als Fantasie bei sexuellen Handlungen (etwa beim Geschlechtsverkehr), oder als direkte Handlung ausgeprägt sein. Handlungen beinhalten Demütigungen und/oder Verletzungen durch einen Partner, bzw. werden auch selbst durch die Betroffenen (etwa durch Stechen mit Nadeln, Selbstverstümmelung) durchgeführt. Diese Form der Paraphilie zielt auf sexuelle Erfüllung durch Unterwerfung und das Erleben von Schmerz. Folgen können (bleibende) Verletzungen, auch mit tödlichem Ausgang sein, etwa bei einer besonderen Form des sexuellen Masochismus, der Hypoxyphilie, wo die sexuelle Erregung durch verminderte Sauerstoffaufnahme (durch Schlinge, Knebel, Plastikbeutel, Maske) hervorgerufen wird.

- **Sexueller Sadismus** (DSM-IV 302.84 [F 65.5])

Hauptinteresse dieser Paraphilie sind Handlungen, welche für das Opfer mit psychischem oder physischem Leid verbunden sind und sexuell erregend wirken. Die Störung kann als Fantasie bei (nicht-sadistischen) sexuellen Verhaltensweisen bestehen, oder durch konkrete Handlungen ausgelebt werden. Sadistische Handlungen beinhalten alle Ausformungen von Kontrolle über ein Opfer, das den sadistischen Akt fürchtet, zentraler Aspekt ist dabei die Dominanz über das Opfer, welche durch Worte und Handlungen (von Beschimpfungen, Schlagen

DOI: 10.1486/9783884144152

bis hin zu Folter, Verstümmelung und Tötung) ausgelebt wird. In der Mehrheit der Fälle kommt es im Lauf der Zeit zu einer Intensivierung der sadistischen Verhaltensweisen.

- **Transvestitischer Fetischismus** (DSM-IV 302.3 [F 65.1])

Das paraphile Hauptinteresse besteht im Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts. Die Fetische wirken sexuell erregend, die Nutzung der Kleidung führt i. d. R. zu Masturbation, verbunden mit der Fantasie sowohl das männliche Subjekt als auch das weibliche Objekt seiner sexuellen Fantasien zu sein. Diese Störung wurde bislang nur bei heterosexuellen Männern beschrieben. Eine Diagnose unterbleibt, wenn das Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts ausschließlich im Verlauf einer Geschlechtsidentitätsstörung auftritt. Zur Fetischbildung kann ein Unbehagen in Bezug auf die eigene Geschlechtszugehörigkeit auftreten, eine sog. »Geschlechtsdysphorie«, besonders bei Auftreten von Belastungssituationen.

- **Voyeurismus** (DSM-IV 302.82 [F 65.3])

Das sexuelle Hauptinteresse besteht in der Beobachtung nichts ahnender Personen, meist Fremder, welche sich entkleiden, nackt sind oder sexuelle Handlungen ausführen. Das Zuschauen geschieht, um sich sexuell zu erregen, wobei primär keine direkte sexuelle Handlung zur beobachteten Person gesucht wird. Die Beobachtung selbst, oder das spätere Erinnern daran wird i. d. R. durch Masturbation begleitet. Bei schweren Formen kann der Voyeurismus die einzige Form sexuellen Verhaltens darstellen, der Verlauf ist meist chronisch.

- **Nicht näher bezeichnete Paraphilie** (DSM-IV 302.9 [65.9])

Diese diagnostische Kategorie dient zur Codierung der Paraphilien, welche nicht die Kriterien spezifischer Kategorien aufweisen. Darunter fallen Verhaltensweisen und Ausrichtungen, welche obszöne Telefonanrufe, Nekrophilie, Patialismus, Zoophilie, Koprophilie, Klysmaphilie und Urophilie beinhalten, ohne darauf beschränkt zu sein.

In der Logik des DSM-IV kann, im Unterschied zur Vorgängerversion dem DSM-III R, zusätzlich neben einer sicher diagnostizierten Paraphilie als Achse-1-Störung zusätzlich eine Kategorie des »anderen klinisch realevanten Problems« klassifiziert werden, etwa wenn das vorherrschende Problem im Mittelpunkt der Diagnostik und Behandlung steht. Die konkrete Handlung, etwa Missbrauch eines Kindes, wird dann durch eine Codierung hier etwa V 61.21 beschrieben. Daneben ist eine Codierung als Pädophilie (DSM-IV: 302.2) möglich. Diese Zusatzklassifikation wurde »wegen ihrer Bedeutsamkeit im klinischen und öffentlichen Gesundheitswesen aufgenommen« (DSM-IV, 881). Neben der Pati-

DOI: 10.1486/9783884144152

entengruppe paraphiler Täter stellen Verhaltensauffälligkeiten mit Devianz im Zusammenhang mit einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung eine zweite Hauptgruppe der Sexualstraftäter im Maßregelvollzug dar. Die in Kapitel 3.3 ausführlich dargestellten psychodynamischen Ansätze stellen sexuelle Delinquenz im Zusammenhang mit

- Impulskontrollstörungen
- generalisierter, ausbeuterischer Beziehungsgestaltung
- Pathologie in der Ich- und Über-Ich-Struktur mit fehlender Reue
- Kontaktstörungen
- geringer Frustrationstoleranz
- Tendenz des Ausagierens innerer Konflikte
- Störung der Realitätswahrnehmung
- Fehlentwicklung in den Bereichen Sexualität und Aggressivität

dar.

Für den Bereich der Sexualdelinquenz sind folgende Persönlichkeitsstörungen relevant:

- **Dissoziale Persönlichkeitsstörung** (ICD-10: F 60.2):

Diese Persönlichkeitsstörung fällt durch eine große Diskrepanz zwischen dem Verhalten und den geltenden sozialen Normen auf und ist charakterisiert durch:

1. Herzloses Unbeteiligtsein gegenüber den Gefühlen anderer
2. Deutliche und andauernde Verantwortungslosigkeit und Missachtung sozialer Normen, Regeln und Verpflichtungen
3. Unvermögen zur Beibehaltung längerfristiger Beziehungen, aber keine Schwierigkeiten, Beziehungen einzugehen
4. Sehr geringe Frustrationstoleranz und niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten
5. Unfähigkeit zum Erleben von Schuldbewusstsein oder zum Lernen aus Erfahrung besonders aus Bestrafung
6. Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das eigene Verhalten anzubieten, durch welches die Person in einen Konflikt mit der Gesellschaft geraten ist

Anhaltende Reizbarkeit kann ein zusätzliches Merkmal sein. Eine Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit und Jugend stützt die Diagnose, muss aber nicht vorgelegen haben.

- **Emotional-Instabile Persönlichkeitsstörung** (ICD-10: F 60.3):

Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, impulsiv zu handeln ohne Berücksichtigung von Konsequenzen, und mit wechselnder, instabiler Stimmung. Die Fähigkeit, vorauszuplanen, ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers kön-

DOI: 10.1486/9783884144152

nen zu oft gewalttätigem und explosiblem Verhalten führen; dieses Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen dieser Persönlichkeitsstörung können näher beschrieben werden, bei beiden finden sich Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle.

- F60.30 impulsiver Typus
  Die wesentlichen Charakterzüge sind emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten sind häufig, vor allem bei Kritik durch andere.
- F60.31 Borderline Typus
  Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und »innere Präferenzen« (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).

- **Histrionische Persönlichkeitsstörung** (ICD-10 F 60.4):

1. Dramatisierung bezüglich der eigenen Person, theatralisches Verhalten, übertriebener Ausdruck von Gefühlen
2. Suggestibilität, leichte Beeinflussbarkeit durch andere Personen oder Umstände
3. Oberflächliche und labile Affektivität
4. Andauerndes Verlangen nach Aufregung und Aktivitäten, bei denen die betreffende Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht
5. Unangemessen verführerisch in Erscheinung und Verhalten
6. Übermäßiges Interesse an körperlicher Attraktivität

Egozentrik, Selbstbezogenheit, anhaltendes Verlangen nach Anerkennung, erhöhte Kränkbarkeit und andauernd manipulatives Verhalten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse können zusätzliche Merkmale sein.

- **Anankastische Persönlichkeitsstörung** (ICD-10 F 60.5):

1. Übermäßiger Zweifel und Vorsicht
2. Ständige Beschäftigung mit Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen
3. Perfektionismus, der die Fertigstellung von Aufgaben behindert
4. Übermäßige Gewissenhaftigkeit, Skrupelhaftigkeit und unverhältnismäßige Leistungsbezogenheit unter Vernachlässigung von Vergnügen und zwischenmenschlichen Beziehungen

DOI: 10.1486/9783884144152

5. Übermäßige Pedanterie und Befolgung von Konventionen
6. Rigidität und Eigensinn
7. Unbegründetes Bestehen auf der Unterordnung anderer unter eigene Gewohnheiten oder unbegründetes Zögern, Aufgaben zu delegieren
8. Andrängen beharrlicher und unerwünschter Gedanken oder Impulse

- **Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung** (ICD-10 F 60.6):

1. Andauernde und umfassende Gefühle von Anspannung und Besorgtheit
2. Überzeugung, selbst sozial unbeholfen, unattraktiv und minderwertig im Vergleich mit anderen zu sein
3. Ausgeprägte Sorge, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden
4. Abneigung, sich auf persönliche Kontakte einzulassen, außer man ist sicher, gemocht zu werden
5. Eingeschränkter Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit
6. Vermeidung sozialer und beruflicher Aktivitäten, die zwischenmenschliche Kontakte voraussetzten, aus Furcht vor Kritik, Missbilligung oder Ablehnung.

Überempfindlichkeit gegenüber Ablehnung und Kritik können zusätzliche Merkmale sein.

Daneben können auch einige der in Gruppe F.60.8 »sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen«, wie etwa die »haltlose Persönlichkeitsstörung« oder die »narzisstische Persönlichkeitsstörung« von diagnostischer Relevanz für die Gruppe der Sexualstraftäter sein.

Je nach Ausformung der einzelnen Störungsbilder ist das Zustandekommen sexuell devianten Verhaltens unterschiedlich. Stehen bei der dissozialen Persönlichkeitsstörung eher Aspekte wie Impulskontrollstörungen, Missachtung der Bedürfnisse andere, das Ausagieren innerer Konflikte oder eine geringe Frustrationstoleranz im Vordergrund, sind dies z. B. bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung gänzlich andere Merkmale: Die potenziellen Opfer müssen Merkmale wie »ungefährlich«, »manipulierbar« und »überwältigbar« aufweisen. Bei einer speziellen Gruppe pädophiler Täter kann diese Diagnose als Zweitdiagnose auftreten, bzw. bildet die Persönlichkeitsstruktur die Grundlage für sexuellen Kindesmissbrauch, ohne dass eine »echte« Pädophilie vorliegt (vgl. Pfäfflin 2004, 254).

Nowara (2001, 45) fand in ihrer Untersuchung zur Rückfälligkeit von Sexualstraftätern aus dem Maßregelvollzug (bezogen auf den Einweisungsjahrgang 1988) folgende Diagnoseverteilung:

DOI: 10.1486/9783884144152

Tab. 15: Diagnoseverteilung bei im Maßregelvollzug untergebrachten Sexualstraftätern nach Nowara (2001)

Erstdiagnose der psychischen Störung	Prozentanteil aller untergebrachten Sexualstraftäter im Maßregelvollzug gem. § 63 StGB (n = 91[12]). Zeitpunkt: Einweisungsjahr 1988
Sexuelle Deviation	20,0 %
Persönlichkeitsstörung	20,0 %
Hirnorganische Störung	18,5 %
Oligophrenie	16,9 %

Seifert und Leygraf (1997) berichten in ihrer auf Nordrhein-Westfalen bezogenen Untersuchung zum Patientenstand des Unterbringungsjahres 1994 von einer Diagnoseverteilung, welche Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung als Hauptgruppe charakterisiert:

Tab. 16: Diagnoseverteilung bei im Maßregelvollzug untergebrachten Sexualstraftätern nach Seifert & Leygraf (1997)

Erstdiagnose der psychischen Störung	Prozentanteil der in NRW untergebrachten Sexualstraftäter im Maßregelvollzug. Zeitpunkt: Unterbringungsjahr 1994
Persönlichkeitsstörung (einschl. sexueller Deviation)	51,4 %
Psychosen	34,1 %
Intellekutelle Behinderung	7,7 %
Hirnorganische Störung	5,0 %
Primäre Suchterkrankung	1,8 %

Die Gegenüberstellung der beiden Erhebungszeiträume 1988 und 1994 zeigt eine Tendenz, dass Patienten mit einer Diagnose aus den Bereichen Persönlichkeitsstörung und Paraphile zahlenmäßig zugenommen haben. Vergleichszahlen zum heutigen Zeitpunkt liegen nicht vor. In der retrospektiven Untersuchung der in Sachsen-Anhalt 1992–2004 untergebrachten Sexualstraftäter im Maßregelvollzug findet sich jedoch eine Bestätigung dieser Tendenz: Der Anteil der Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung wird dort mit 64,7 % angegeben (Witzel et al. (2005, 40). Es ist aber anzunehmen, dass bei insgesamt gestiegenen Unterbringungszahlen der Anteil paraphiler und persönlichkeitsgestörter Sexualstraftäter im Maßregelvollzug weiter zugenommen hat.

Deliktbezogen handelt es sich bei Sexualstraftätern im Maßregelvollzug um Täter, die gegen die sexuelle Selbstbestimmung anderer Personen verstoßen oder zur Befriedigung des Geschlechtstriebs getötet haben. Bei den Delikten handelt es sich im Einzelnen um

§ 174 StGB: Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen

12 Berücksichtigt wurden Verurteilungen gem. § 63 StGB mit und ohne Bewährung.

DOI: 10.1486/9783884144152

§ 176 StGB: Sexueller Missbrauch von Kindern
§ 177 StGB: Sexuelle Nötigung, Vergewaltigung
§ 178 StGB: Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung mit Todesfolge
§ 179 StGB: Sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Personen
§ 180 StGB: Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger
§ 181 a StGB: Zuhälterei
§ 182 StGB: Sexueller Missbrauch von Jugendlichen
§ 183 StGB: Exhibitionistische Handlungen
§ 184 StGB: Verbreitung pornografischer Schriften
§ 211 StGB: Mord

Sexualdelikte machen etwa 1 % aller abgeurteilten Straftaten aus und sind in den letzten Jahrzehnten weitgehend konstant geblieben. Etwa ein Drittel der verurteilten Täter wurde wegen Vergewaltigung und sexueller Nötigung angezeigt. Ein weiteres Drittel wurde mit Missbrauchshandlungen gegenüber Kindern auffällig. Exhibitionismus und die organisierte Sexualkriminalität stellen ebenfalls ca. 33 % der angezeigten Fälle dar. Der Anteil aggressiver Sexualstraftaten liegt zwischen 30–50 % aller Sexualdelikte (vgl. Pfäfflin 2004).

Die Gruppe reiner Exhibitionisten fand sich bislang kaum im Maßregelvollzug. Dies hängt v. a. mit den Regelungen in § 183 StGB zusammen. Dort ist u. a. vermerkt, dass das Gericht eine Bestrafung selbst dann zur Bewährung aussetzen kann, wenn weitere Taten so lange wahrscheinlich sind, bis Heilbehandlungsmaßnahmen zu einer Verhaltensstabilisierung führen. In der Regel findet sich diese Tätergruppe in der ambulanten Sexualtherapie, »motiviert« durch entsprechende Behandlungsweisungen wieder. Allerdings ist zu erwarten, dass neuere Forschungsergebnisse zum Exhibitionismus, den Tätern und ihrer kriminellen Verlaufskriterien zu einer kritischeren Einschätzung führen werden. Elz, Jehle und Kröber (2004) kritisieren, dass exhibitionistische Handlungen lange Zeit als harmlose Sexualdelinquenz gegolten hätten, der Exhibitionist als Beispiel des monotropen Sexualstraftäters gegolten habe, der lebenslang bei einem einzigen Tatmuster bleibt. In ihrer Studie zum Tat- und insbes. Tatsteigerungsverhalten belegen die Autoren, dass Steigerungsverhalten, also eine gefährliche Progredienz der Sexualkriminalität bei Exhibitionisten, nicht so selten ist wie allgemein angenommen wurde und vielmehr als »gewalttätige Sexualverbrecher im Wartestand« gesehen werden müssen.

Fetischismus selbst ist kein strafbares Verhalten. Betroffene Patienten findet man meist mit Anlassdelikten wie Diebstahl, Hausfriedensbruch etc. in der forensischen Unterbringung.

Zum Abschluss dieses Kapitels sei noch einmal auf Nowara (2001) verwiesen. In ihrer Untersuchung zu Sexualstraftätern im Maßregelvollzug erhob sie folgende Deliktverteilung, welche belegt, dass die Hauptgruppen dieser Tätergruppe

DOI: 10.1486/9783884144152

wegen sexuellem Missbrauch von Kindern oder wegen sexueller Nötigung/Vergewaltigung verurteilt wurden.

Tab. 17: Schwerstes Sexualdelikt in der Bezugsentscheidung zur Unterbringung im Maßregelvollzug gem. § 63 StGB nach Nowara (2001, 37)

Delikt	Prozentanteil der Untergebrachten Sexualstraftäter im Maßregelvollzug des Unterbringungsjahres 1988 (n = 65)
§ 175[13] StGB	1,5 %
§ 176 StGB	35,4 %
§ 177 StGB	41,5 %
§ 178 StGB	20,0 %
§ 183 StGB	1,5 %

4.6.2 Therapeutische Möglichkeiten

Die Therapieansätze für Sexualstraftäter im Maßregelvollzug haben sich innerhalb der letzten 20 Jahre deutlich verändert. Zunächst ist darzustellen, dass überhaupt davon auszugehen ist, dass Sexualstraftäter, die zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus verurteilt wurden, dort auch tatsächlich behandelt werden. Die Entwicklung der Forensischen Psychiatrie hat hier zu einer deutlichen Verbesserung der Unterbringungssituation geführt, neben medizinischen Behandlungsansätzen stehen heute eine Vielzahl psychotherapeutischer Modelle.

4.6.2.1 Kastration

Kastration als »Behandlungsmethode« kommt im Maßregel- und Strafvollzug glücklicherweise so gut wie nicht mehr vor. Bereits Berner und Karlick-Bolten (1986, 52) weisen darauf hin, dass sie mit der Einführung antihormoneller Behandlung seit den 1970er-Jahren nicht mehr durchgeführt wird. Die ethische Fragwürdigkeit, die Problematik der Indikationsstellung, die schweren Nebenfolgen und auch die Tatsache, dass dieser massive Eingriff oft nicht zur erwünschten Deliktfreiheit führt, begründen die Abschaffung dieses Ansatzes.

13 Die von Nowara aufgeführte Verurteilung wegen »Homosexuellen Handlungen mit unter 18-Jährigen« (ebd., 37) ist nicht nachvollziehbar. § 175 wurde 1994 vom Gesetzgeber aus dem Strafkatalog entfernt. Vermutlich handelt es sich hier um ein Tat nach § 176 oder § 182 StGB.

DOI: 10.1486/9783884144152

4.6.2.2 Sterotaktische Operationen

Bei diesem Verfahren handelte es sich um eine »rechtsseitige Ausschaltungsoperation im Bereich des Tuber cinereum« (Berner & Karlick-Bolten 1986, 56), wodurch eine Beeinflussung des Sexualverhaltens erreicht werden sollte. Die mit Sonden durchgeführte »Einschmelzung ... kleingehaltener Gehirnareale im Hypothalamus« (ebd.) korrelierte mit einer allgemeinen Abnahme der Fantasiefähigkeit, der Fähigkeit, sich an Träume zu erinnern und der Erinnerungsfähigkeit. Die Methode und deren Wirksamkeit waren, neben der ethischen Problematik dieses Ansatzes, stark umstritten. Die einzige Katamnesestudie, die in diesem Zusammenhang durchgeführt wurde, zeigte deutlich, dass die Rückfallzahlen mit 30–40 % (ebd., 57) dadurch kaum positiv zu beeinflussen sind.

4.6.2.3 Antihormonelle Behandlung

Die medikamentöse Behandlung von Sexualstraftätern ist seit dem Internationalen Kongress 1994 über die Behandlung von Sexualstraftätern in Minnesota Standardbehandlung. Es wird empfohlen, diese Form als Teil eines integrierten Behandlungsprogrammes generell zu prüfen (vgl. Stolpmann 2001, 216).

Die Behandlung erfolgt durch Präparate zweier Medikamentengruppen: direkt hormonwirksame Medikamente (mit triebdämpfender Wirkung) und zentralnervös wirkende Substanzen, welche aus der allgemeinpsychiatrischen Behandlung bekannt sind und neben ihrer Hauptwirkung eine libidodämpfende Funktion aufweisen. Zur letzteren Gruppe gehören insbesondere die selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI). Die Wirksamkeit dieser Medikamente ergibt sich daraus, dass eine Steigerung der Serotoninaktivität das Sexualverhalten dämpft und durch die Beeinflussung zentralnervöser Steuerungsmechanismen das sexuelle Verlangen insgesamt »normalisiert« werden kann. Diese Wirkstoffgruppe wird als besonders erfolgreich bei weniger aggressiven und mehr zwanghaften Patienten beschrieben (Stolpmann 2001, 217).

Die eigentliche hormonelle Behandlung erfolgt durch die Gabe von Cyproteronacetat (Androcur), wodurch die Gonadotropinsekretion der Hypophyse unterdrückt und die Hodenfunktion eingeschränkt wird. Die verbliebene Androgenwirkung wird gleichzeitig durch Rezeptorblockade ausgeschaltet (ebd., 216). Als problematisch werden die nicht seltenen und weitreichenden Nebenwirkungen einer solchen Behandlung angesehen. So kann es zu Hodenatrophie, Gynäkomastie, Veränderungen des Behaarungstyps, Fettverteilungsstörungen und Leberfunktionsstörungen kommen. Prinzipiell sind diese Nebenwirkungen reversibel, führen aber während der Behandlung zu einer hohen Beeinträchtigung. Besonders problematisch sind Hinweise auf eine mögliche karzinogene

DOI: 10.1486/9783884144152

Wirkung des Wirkstoffs Xyproteronacetat. Problematisch ist, dass eine derartige medikamentöse Behandlung bei einer Reihe von Problemgruppen (Alkoholiker, Diabetiker, Patienten mit Leberschädigung, Osteporose, unter 20-Jährige) nicht angewendet werden kann. Wie in Kapitel 4.3 dargestellt, finden sich aber gerade im Maßregelvollzug multimorbide Patienten, insbesondere Alkohol- und Drogenabusus. Damit zusammenhängende Leberschädigungen sind in der klinischen Praxis häufig anzutreffen. Eine unterstützende medikamentöse Behandlung muss hier unterbleiben.

Bei Unverträglichkeit gegenüber Androcur kann eine Behandlung mit einem selektiven Lutein-Releasing-Hormon-Agonsiten durchgeführt werden. Leuprorelinacetat wirkt z. B. schon auf der hypothalamischen Ebene auf den Regelkreis der Androgenproduktion (ebd.).

Generell muss eine rein medikamentös orientierte Behandlung als unzureichend eingeschätzt werden. Die biologische Beeinflussung der Sexualität wird von den Betroffnen selbst oft als zu umfangreicher Eingriff in die eigene Person erlebt, was zu Compliance-Problemen und einer hohen Abbruchquote führt. Problematisch ist dabei, dass für die meisten der oben vorgestellten Pharmaka keine Depotpräparate zur Verfügung stehen, die Einnahmesicherheit dadurch also nicht erhöht werden kann.

Sinnvoll ist die medikamentöse Behandlung im Zusammenhang mit einer dadurch ermöglichten Verbesserung der Selbstkontrolle zu sehen. Oft lässt sich durch die Verminderung sexueller Triebinhalte überhaupt eine Grundlage für eine psychotherapeutische Behandlung erreichen, etwa wenn umfangreiche sexuelle Denk- und Fantasieinhalte einer tiefergehenden Auseinandersetzung mit der eigenen Person, den Lebensumständen, Verhaltensweisen etc. entgegenstehen.

Die pharmakologische Behandlung sollte entsprechend immer als Teil eines integrierten Behandlungsprogramms erfolgen.

4.6.2.4 Psychotherapie

Grundsätzlich stellt sich bei der psychotherapeutischen Behandlungsplanung sexuell delinquenter Patienten die Frage, ob die Therapie ambulant oder stationär durchgeführt werden kann bzw. muss. Rasch (1986) formulierte, dass die Behandlung psychisch kranker Straftäter eher im ambulanten Setting zu erfolgen hätte, dass sich diese Konzeption allerdings aus Sicherheitsgründen und aus der Weigerungshaltung niedergelassener Psychotherapeuten nur selten verwirklichen lässt. Deegener (1995) formulierte für die Behandlung von Inzest-Tätern als Leitsatz, dass »je nach dem Ausmaß, wie bei dem Täter die Motivation oder die Fähigkeit fehlen, sein Inzest-Verhalten unter Kontrolle zu bringen, ... ihm ... strikte äußere Grenzen und enge Kontrollen zu setze seien« (ebd., 209). Diese Aussage ist sicher auf alle Typen von Sexualstraftätern zu übertragen (ähnlich äußert sich Berner 1997).

DOI: 10.1486/9783884144152

Für die Entscheidung zu einer ambulanten[14] oder stationären Behandlung führt er weiter Prädiktoren[15] an:

Tab. 18: Ambulante oder stationäre Behandlung von Sexualstraftätern

Ambulante Behandlung	Stationäre (geschlossene) Behandlung
Inzest war nicht mit physischer Gewaltanwendung verbunden	Hoher Gewaltanteil im Tatgeschehen, bzw. Androhung von Gewalt, sadistische Tatmotive
Tat beruht eher auf Regression unter Stressbedingungen, als auf einer chronischen Fixierung gegenüber Kindern, Stressoren sind entaktualisiert	Chronische Fixierung auf Kinder, bzw. Festlegung auf sexuell-deviantes Verhalten
Keine Multidelinquenz, eher soziale Grundorientierung	Multidelinquenz, progriedenter Verlauf bzgl. Sexualdelinquenz, antisoziale Grundhaltung
Einsicht in Unrecht der Tat, Verantwortungsübernahme, ausreichende Opferempathie, Behandlungsmotivation vorhanden	Hohes Leugnungsniveau bzgl. der Tat, fehlende Opferempathie, fehlende Behandlungsmotivation
Vorhandensein ausreichender sozialer und beruflicher Fähigkeiten, um Lebensanforderungen zu bewältigen	* Soziale Randständigkeit, * fehlende social skills zur Bewältigung von Lebensanforderungen, *schlechte (berufl.) Bildungssituation
Keine psychopatholog. Auffälligkeiten wie Psychose, Retardierung, Alkoholismus, schwere Depressionen, hirnorgan. Funktionsstörungen etc.	Persönlichkeit i. S. einer Borderline-Organisation gestört, eindeutige Hinweise auf Psychose, Alkohl- bzw. Drogenmissbrauch, hirnorgan. Dysfunktion
Funktionierendes soziales Netzwerk, das ausreichende Unterstützung anbietet	* Fehlendes (unterstützendes und förderndes) soziales Umfeld, soziale Isolation

Sexualstraftäter im Maßregelvollzug weisen oft Ich-strukturelle Besonderheiten auf, welche mit dem Begriff der »Dissozialen Persönlichkeit« beschrieben werden. Nach Kernberg (1988, 263) fällt diese Personengruppe durch »... eine extrem egozentrische Einstellung und einen auffälligen Mangel an Einfühlung und Interesse für ihre Mitmenschen ...« auf. Rauchfleisch (1981 und 1999) beschrieb Dissozialität als »depressiv-narzisstischen Kernkonflikt« auf der Grundlage einer Borderline-Organisation, mit Strukturpathologie in Ich und Über-Ich, verbunden mit starken Externalisierungstendenzen. Die Besonderheit dieser Persönlichkeitsstruktur, welche im sozialen Kontext durch Kontaktstörungen, Einsatz archaischer Abwehrmechanismen, Störungen in den Realitätsbezügen, Frustrationsintoleranz, depressive Problematik und einem handlungsmäßigen Inszenieren innerer Konflikte in der Außenwelt (»Agieren«), sichtbar wird, provoziert in der Behandlung spezifische Gegenübertragungsgefühle. Im Vordergrund stehen oft Fehlentwicklungen im Bereich der Sexualität und Aggressivität der Patienten. Die Betroffenen verfügen oft über keinen Leidensdruck, Therapiemotivation besteht i. d. R. nicht.

14 Etwa bei gleichzeitiger Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und deren Aussetzung zur Bewährung.

15 Die mit * versehenen Merkmale wurden durch mich ergänzt.

DOI: 10.1486/9783884144152

Diese Problembündelung verdeutlicht, weshalb hier klassische psychotherapeutische Verfahren nicht greifen und deshalb eine modifizierte Psycho-Therapie, welche die Besonderheiten Ich-strukturell gestörter Patienten und deren Bedürfnisse sowie die gestörte soziale Dimension berücksichtigt, notwendig ist.

Sexualstraftäter im Maßregelvollzug sehen sich einer Vielzahl von sozialen Schwierigkeiten gegenüber. Es bestehen Probleme in den Bereichen Wohnen und Arbeiten, finanzielle Verschuldung, Beziehungskonflikte, Ausgrenzung als Delinquenten. Da die soziale Dimension in der bisherigen Entwicklung, sowohl in der Gegenwart als auch in der Zukunft, etwa im Zusammenhang mit den wichtigen prognostischen Aussagen im Maßregelvollzug, eine zentrale Bedeutung hat, ist sie unter therapeutischem Blickwinkel besonders ernst zu nehmen. Der Verlust sozialer Zugehörigkeit und der oft fehlende Blickwinkel auf soziale Prozesse, das schlichte Ausblenden sozialer Realität, muss in der Behandlung aufgegriffen werden. Als Basis dafür dient im Maßregelvollzug oft die soziale Realität der Unterbringung selbst: das Fehlen von Freiheit und Selbstbestimmung, die allgegenwärtigen Sicherheitsbestimmungen, die Zwangsgemeinschaft mit anderen »Unfreiwilligen« und die ständige Präsenz des Personals. In doppelter Perspektive wird die Psychotherapie hier sowohl an den inneren als auch den äußeren Konflikten ansetzen. Als »aktive Gestaltung« durch die professionellen Helfer fasst Rauchfleisch (1999) diese spezielle therapeutische Haltung auf. Es muss dabei von den vielfältigen sozialen Problemen ausgegangen werden, vor die sich die Patienten tagtäglich gestellt sehen. Mitunter muss auch aktiv in das soziale Leben der Patienten eingegriffen werden, um dann anhand dieses Materials an den Konflikten, der Abwehr, dem Widerstand und den (negativen) Übertragungen zu arbeiten.

Heigl-Evers und Ott (1995) haben mit der psychoanalytisch-interaktionellen Methode ein therapeutisches Konzept geschaffen, welches die Behandlungsnotwendigkeiten Ich-strukturell gestörter Randgruppen berücksichtigt. Im Gegensatz zu klassischen Verfahren verhält sich der Therapeut hier emotional greifbar und teilnehmend, eher aktiv und nicht-deutend. Als Grundhaltung in dieser Therapieform gilt das Motiv »Antwort« und die Benennung sozialer Realitäten und Bezugspunkte. Der Patient wird durch emotional dosierte Interventionen mit seinem eigenen Verhalten konfrontiert und lernt so, seinen Einfluss (etwa seine manipulativen Anteile) auf andere Menschen wahrzunehmen und zu korrigieren. Die therapeutische Arbeit geschieht dabei nah an den Alltagserfahrungen der im Maßregelvollzug Untergebrachten. Ziel der Behandlung ist die Bewältigung des Alltags. Gelingt diese spezielle Interaktion zwischen Therapeut und Patient, besteht die Möglichkeit einer Neuorganisation der Ich-Struktur. Der Therapeut wird dabei immer wieder als Modell agieren und Hilfs-Ich-Funktionen zur Verfügung stellen müssen. Ein (therapeutisches) Problem ist dabei der Zwangscharakter des Maßregelvollzugs, die Unfreiwilligkeit der Maßnahme. Nur wenn die Herstellung

DOI: 10.1486/9783884144152

einer tragfähigen, emotional basierten Beziehung gelingt, ist eine Internalisierung der gerichtlichen Behandlungsauflage durch Patienten möglich.

Hier wird deutlich, dass es unabdingbar ist, in der forensischen Psychotherapie mindestens zu Beginn einer Behandlung, meist aber auch später im Behandlungsverlauf mit ganz oder teilweise unmotivierten Patienten zu arbeiten. Die »heilige Trinität« erfolgreicher Psychotherapie aus den Indikationskriterien Therapiebedürftigkeit, Therapiefähigkeit und Therapiemotivation (Dahle 1998, 98) gilt für den Maßregelvollzug nicht oder nur in abgewandelter Form. Die Institutionen der forensischen Psychiatrie bewirken bei ihren Patienten durch den Zwang, die Kontrolle und das große Maß an Abhängigkeit, in der sich die Patienten befinden oft Abwehr, Misstrauen und Gegenwehr – drei mächtige Faktoren, die Therapiemotivation verhindern oder vorhandene Motivation zerstören. Therapiemotivation lässt sich in diesem Zusammenhang meist nicht als Therapievoraussetzung definieren, sondern stellt oft ein erstes Therapieziel dar.

Die Zielsetzung der Therapie von Sexualstraftätern liegt indes nicht in der Heilung der zugrunde liegenden Störung und ihres Symptoms Sexualdelinquenz, sondern wird in den vergangenen zehn Jahren eher als Kontrolle eines langfristig bestehenden Problems aufgefasst. Deegener (1995, 205) schlägt eine therapeutische Grundhaltung vor, welche er aus der Suchttherapie entlehnt: »Stattdessen sei es vielleicht realistischer, dieses Problem in der gleichen Art und Weise zu betrachten wie ein Alkoholproblem.« (ebd.) Ziel könnte demnach der »trockene Pädophile«, oder der »trockene Exhibitionist« etc. sein. Kröger (1997) hat diese therapeutische Haltung auf die griffige Formulierung »No cure, but control« gebracht. Diese Überschrift impliziert dann auch die Notwendigkeit einer langfristigen Behandlungsplanung und Begleitungsphase für diese Tätergruppe. Erfahrungsgemäß dauert der therapeutische Prozess von der Motivationsarbeit bis zur eigenständigen (verlässlichen) Kontrollfunktion durch die Patienten selbst mindestens fünf Jahre (Schorsch 1996), bedarf einer mindestens ebenso langen Nachsorgephase; in vielen Fällen wird eine noch längere, manchmal lebenslange Nachsorgephase als notwendig erachtet (vgl. Freese 2003).

Als wirksame Behandlungsprogramme haben sich in den vergangenen Jahren multimodale, strukturierte, kognitiv-behaviorale Therapieformen – angeboten als Gruppentherapie – erwiesen (Elsner 2001, Kröger 1997, van Beek & Kröger 2004, van Beek & Bullens 2004, Urbaniok 1995). Rein tiefenpsychologisch orientierte Therapien, welche auf eine allgemeine Nachreifung der Persönlichkeit von Sexualstraftätern abzielen, werden in ihrer Wirksamkeit als eher nicht-wirksam beschrieben. Erst in jüngster Zeit formulieren Vertreter psychoanalytischer Therapieschulen ihren Behandlungsansatz (wieder) forcierter und beleben die Diskussion um die Möglichkeiten einer wirksamen Tätertherapie. Eine kritische Überprüfung bzgl. der Wirksamkeit steht aber derzeit noch aus, in der Literatur finden sich eher einzelne Fallvignetten, welche die einzelnen Therapieabschnitte

DOI: 10.1486/9783884144152

(Beziehungsaufbau, Kontrakt, Problemformulierung, Durcharbeiten des Materials, Verhaltensänderung) beschreiben (etwa Mika 2004, Schott 2004). Integrative Therapieschulen verbinden die Aspekte der Rückfallvermeidung (Relaps-Prevention) verhaltenstherapeutischer Schulen mit der Arbeit an der Beziehungsfähigkeit und Beziehungen psychodynamisch orientierter Psychotherapien (vgl. Berner, Kleber & Lohse 1998).

Das bekannteste Therapieprogramm mit kognitiv-behavioraler Ausrichtung ist das »Sex-Offender-Treamtment-Programm« (Mann & Thornton 1998), welches im englischen Justizvollzug entwickelt wurde. Gegenstand der Interventionen sind die Reduzierung von Leugnung und Bagatellisierung, das Aufdecken und Bearbeiten kognitiver Verzerrungen, Aufbau einer Opferempathie und die Entwicklung eines auf den Täter bezogenen Rückfallvermeidungsplans. Das Programm wurde für spezifische Tätergruppen weiter entwickelt, z. B. in einer auf Bildmaterial beruhenden, standardisierten Version für intellektuell beeinträchtigte Täter (Adapted SOTP; ASOTP: Janet Shwa Clinic 1998) und seit 1996 an über 1000 Tätern angewandt. Die Effektstärke dieser Behandlungsform in Bezug auf Rückfalltaten ist als positiv beschrieben worden (Friendship, Mann & Beech 2003) und liegt mit einem Rückfallwert bzgl. einschlägiger Delinquenz bei durchschnittlich 2,6 %, bei einem Katamnesezeitraum von zwei Jahren (ebd.).

Gruppentherapie mit Sexualstraftätern hat im Maßregelvollzug eher mit nichthomogenen Gruppen zu tun, deswegen besteht die Notwendigkeit, das Behandlungsangebot entsprechend offen zu gestalten, teilweise mit nicht-motivierten Patienten zu arbeiten und das therapeutische Vorgehen an die Beziehungsfähigkeit der Teilnehmer anzupassen (Schorsch 1985). Die therapeutische Haltung wird als fordernd, generell aktivere, nachgehendere, auch kontrollierende Haltung beschrieben (Rauchfleisch 1982). Von Bedeutung ist dabei ein ritualisiertes Vorgehen, wodurch ein notwendiges Sicherheitsgefühl, als Basis von Motivationsentwicklung ermöglicht wird (ebd.).

Hahn und Wenske (2003) haben mit ihrem Gruppentherapieprogramm ein Behandlungsmodul vorgelegt, das diese therapeutischen Determinanten, die Bedürfnisse der Ich-strukturell gestörten Patienten und die Sicherheitsbedürfnisse der Behandlungseinrichtung berücksichtigt. Die Autoren gehen von den in Tabelle 19 (S. 130) aufgeführten Grundannahmen und Zielsetzungen aus.

Als Chance für die Behandlung von Sexualstraftätern haben sich Gruppentherapien erwiesen. Die oft ungünstige, weil stark konfrontierende und mit dem Machtapparat der forensischen Klinik verbundene dialogische Situation von Einzeltherapien (Wagner & Werdenich 1998) kann in der Gruppensituation aufgebrochen und überwunden werden. Hahn und Wenske (2003, 19) nennen weitere positive Aspekte der Gruppenarbeit: Die Gruppensituation erlaubt die Nutzung der »Fachkompetenz« der Täter, welche als »Fachleute für delinquentes Sexualverhalten« gesehen werden. Die in der Gruppenarbeit entstehende Dyna-

DOI: 10.1486/9783884144152

Tab. 19: Grundannahmen und Zielsetzung therapeutischer Gruppenarbeit mit Sexualstraftätern

Therap. Gegenstandsebene	Grundannahme	Zielsetzungebene
Lernerfahrung	Sexuelles Verhalten ist erlernt und relativ stabil. Es kann kontrolliert, aber nicht geheilt werden	Kontrolle delinquenten Sexualverhaltens, »neues Lernen«
Fantasie	Delinquentes Verhalten wird verstärkt durch sexuelle Fantasien	Analyse und Kontrolle riskanter Verhaltens- und Fantasiemuster
Verantwortungsübernahme	Hoher Leugnungsgrad bzgl. delinquenten Verhaltens	Verstehen und akzeptieren des delinquenten Verhaltens, Verantwortungsübernahme
Gesellschaftlicher Rahmen	Gesellschaftliche Auffassungen bzgl. Frauen und Kinder korrespondieren mit Täterdenken und -verhalten	Benennung gesellschaftlicher Fehlentwicklung, neue Identitätsbildung (»trockener Pädophiler«)
Wissen	Es bestehen Wissensdefizite bzgl. sexueller Vorgänge und Beziehungsgestaltung	Psychoedukation, Vermittlung »angemessener« Wissensbestände
Beziehungsfähigkeit	Es bestehen oft umfangreiche Beziehungsdefizite	Erarbeiten sozialer Fähigkeiten, Überprüfen der Umsetzbarkeit in »Real-life-situations«
Emotionskontrolle	Defizite in der Wahrnehmung eigener Gefühle und deren Kontrolle	Verbesserung der Emotionswahrnehmung und -kontrolle
Kognitionen	Es bestehen kognitive Verzerrungen (Rechtfertigungsmuster) und Leugnungsstrategien	Korrektur verzerrter Kognitionen
Opferempathie	Weitgehendes Fehlen der Fähigkeit und Bereitschaft sich in das Opfer einzufühlen	Förderung der Opferempathie

mik kann zur Überwindung des Grundwiderspruchs von Hilfe und Kontrolle im Maßregelvollzug genutzt werden; in der Konfrontation mit anderen Betroffenen kann sich eher eine intrinsische Motivation jenseits von Lockerungsdiskussionen und Entlassungswunsch entwickeln. Weiter erlaubt die Gruppensituation die Entwicklung einer Täteridentität (»ich bin nicht alleine, andere können auch über ihr Leben, ihre Straftaten sprechen, diese bewältigen«). Gruppentherapie ermöglich darüber hinaus soziales Lernen, die Analyse und Bearbeitung sozialer Defizite, die Nutzung sozialer Ressourcen. Die Gruppe dient dabei als Medium und Resonanzraum der Veränderungen des Einzelnen. Als Vorteil wird auch die Erweiterung des Erfahrungshintergrunds (Arbeiten mit den unbewussten Fantasien der Gruppe), die Möglichkeit zur Identitätsentwicklung (»unter mehreren sein, sich einzigartig fühlen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede bemerken, benennen und entwickeln«), Erfahrungs- und Experimentiermöglichkeiten (»nicht souverän sein müssen, relative Unübersehbarkeit der Prozesse und der Folgen des eigenen Tuns, Möglichkeit zu Rückzug und Beobachtung, Exposition durch Übernahme von Vorbildfunktionen, sich darstellen«), die Möglichkeit zu multilateralen Übertragungsphänomenen sowie die Unmittelbarkeit des Erkennens von Verhaltensproblemen und die Entwicklung neuer Verhaltensalternativen im Gruppenkontext, ohne auf eine »äußere Realität« zur Erprobung des neuen sozialen Verhaltens angewiesen zu sein.

DOI: 10.1486/9783884144152

Den hohen Anforderungen an die Sexualstraftäterbehandlung wird in derartigen Gruppentherapieprogrammen mit der Formulierung von Behandlungsabschnitten, Modulen begegnet. Die einzelnen Therapiephasen (etwa Wissensvermittlung, Motivationsarbeit, Arbeitsbündnis, Arbeit an den kognitiven Verzerrungen, Überprüfung des Therapieerfolgs) sind so klar vorstrukturiert, folgen einem abgestimmten Aufbau und machen eine Einschätzung des Therapiefortschritts unter Sicherheitsaspekten leichter möglich.

Die Behandlung psychisch kranker Sexualstraftäter orientiert sich an der Bearbeitung und Minderung der zugrunde liegenden Störungen und – wie es der Doppelauftrag der §§ 63, 64 StGB vorgibt – an dem Ziel, neue Kriminalität zu verhindern. Der Erfolg misst sich letztlich an letzterem Aspekt: Eine gelungene Behandlung führt zu delinquenzfreiem Leben. Das therapeutische outcome darf sich aber nicht nur an der Rückfallrate orientieren. Eine differenzierte Betrachtung der Wirksamkeit von Tätertherapien muss die unterschiedlichen Patientengruppen berücksichtigen. Schmucker (2004, 81 ff.) beschreibt

- Behandlungsabbrecher, also Patienten, die eine begonnene Therapie in der Unterbringung vorzeitig beenden und
- Patienten mit abgeschlossener Behandlung.

Diesen beiden Gruppen wären die Täter zuzufügen, die als

- Patienten unerreichbar sind und

weiter müsste eine zusätzliche Differenzierung der behandelten Patienten erfolgen, nach

- Patienten mit Nachsorge und
- Patienten ohne Nachsorge.

Generell ist festzustellen, dass die Gruppe der Behandlungsabbrecher eine erhöhte Rückfallquote aufweist (ebd.), gefolgt von den therapeutisch nicht erreichbaren Tätern (ebd.). Erfolgreich behandelte Patienten ohne Nachsorgeangebot erscheinen in ihrer Legalprognose ebenfalls weniger günstig, als solche, denen eine ambulante Nachbetreuung zur Verfügung steht (Hahn 2003 und Steinböck et al. 2004).

Metaanalytische Untersuchungen zur Wirksamkeit von spezifischen Sexualstraftäterbehandlungsprogrammen weisen eine Rückfallrate von 8,2 % bis 27, % auf[16] (Schmucker 2004, 104). Die große Streubreite der Rückfallzahlen ergibt sich u. a. aus methodischen Problemen der einzelnen Untersuchungen, etwa z. T. sehr kleinen Stichproben, keine Differenzierung nach Anlassdelikt etc. Da Einzelstudien zur Fragestellung der Behandungseffektivität und Rückfallquoten z. T. wenig aussagefähig sind, haben Metaanalysen in diesem Bereich eine gro-

16 Ausführliche Angaben zur Rückfälligkeit von Sexualstraftätern s. a. Kapitel 4.6.3

DOI: 10.1486/9783884144152

ße Bedeutung. Im Einzelnen ergeben sich im Überblick über Metaanalysen zur Sexualstraftäterbehandlung folgende Werte.

Tab. 20: Überblick über Metaanalysen und quantitative Reviews zur Sexualstraftäterbehandlung (nach Schmucker 2004, 104)

	Alexander 1999*	Aos et al. 2001*	Furby et al. 1989*	Gallagher et al. 2000*	Grossmann et al. 1999*	Hall 1995*	Hanson et al. 2002*	Lösel 2000*	Polizzi et al. 1999*
Suchzeitraum	1943 – 1996	1977 – 2000	1953 – 1989	1975 – 1998	1970 – 1998	1988 – 1994	1977 – 2000	1983 – 2000	1988 – 1997
Anzahl vergleichender Studien	79	14	11	23	12	12	38	20	13
Nationale Herkunft der Primärstudien	USA, GB, CAN	USA, GB, CAN	USA, DK CH, D	USA, CAN, D	USA, CAN	USA, CAN, D	USA, GB, CAN	D, A, CH	USA, CAN
Stichprobengröße	10988	3342	3977	?	1283	1313	8164	1048	5542
davon behandelt	85 %	52 %	53 %	?	?	52 %	53 %	74 %	25 %
Rückfallrate	13,0 %/ 18,0 %	?	8,2 %/ 17,1 %	12,0 %/ 22,0 %	17,6 %/ 27,4 %	18,9 %/ 26,8 %	12,3 %/ 16,8 %	19,3 % 23,3 %	13,9 %/ 14,5 %
Katamnesezeitraum in Jahren	0,5 – > 5	1 – 19	1 – 19,5	1 – > 11	1 – 23,5	1 – 28	1 – 16	2 – 11	3,5 – 15,5
Mittelwert = M in Jahren	M = 4	M = 6,1	M = 6,5	M = ?	M = 8	M = 6,9	M = 3,8	M = 6,5	M = 5,5

In seiner Metastudie zur Wirksamkeit der Sexualstraftäterbehandlung beschreibt Schmucker (2004) eine Rückfallrate einschlägiger Kriminalität von 12 Prozent für behandelte und 24 Prozent für nicht behandelte Sexualstraftäter (ebd., 168). Bezüglich allgemeiner Kriminalität weisen behandelte Täter einen Rückfallwert von 22 Prozent gegenüber 32 Prozent der nicht behandelten Täter auf (ebd., 172). Bezüglich der Effektivität unterschiedlicher Behandlungsansätze fällt auf, dass organische Behandlungen (Kastration, Hormonbehandlung) die größte Wirkstärke aufweisen (ebd., 189). Kastrierte Sexualstraftäter werden demnach nur in einem Verhältnis von 4 : 50 erneut straffällig. Allerdings muss dieses Ergebnis vorsichtig bewertet werden: Die Untersuchungsmethode selbst und ihre Evaluation nehmen eine besondere Stellung ein, so sind die Behandlungsgruppen hoch selegiert (ebd.). Im Bereich der Psychotherapien weisen kognitiv-behaviorale Therapien einen höheren Behandlungseffekt auf (ebd., 192), insbesondere wenn diese Programme strukturiert durchgeführt werden (ebd., 247). Anscheinend spielen Dauer, Intensität und Therapiesetting (Gruppe vs. Einzel) keine signifikante Rolle bzgl. der Rückfallquotes (ebd., 197). Deutlich ist jedoch, dass stationäre Behandlungen vergleichsweise geringe Effekte zeigen, unabhängig ob sie in Vollzugsanstalten oder Kliniken stattfanden. Ambulante Behandlungen zeigen dagegen einen deutlich besseren Therapieeffekt bzgl. sexuell-delinquenter Rückfälligkeit (ebd., 198).

DOI: 10.1486/9783884144152

Als kritische Zusammenfassung lässt sich feststellen, dass die Sexualstraftäterbehandlung ein wirksames Mittel zur Verhinderung neuer Straftaten ist. Deutlich ist, dass die Behandlungsansätze den Bedürfnissen der betroffenen Patienten folgen, v. a. auf deren Motivationslage eingehen müssen. Da die Behandlung i. d. R. im Zwangskontext einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus bzw. Inhaftierung in einer Justizvollzugsanstalt stattfindet, bedarf auch dieses spezifische Abhängigkeitsverhältnis, die Unfreiwilligkeit der Therapie, einer steten Berücksichtigung in allen Therapiephasen. Da die Patienten zum Zeitpunkt der Therapieaufnahme meist bereits einen langen Leidensweg hinter sich haben, sind die Störungsbilder oft chronifiziert. Die Therapie muss entsprechend intensiv und langfristig angelegt sein, eine verlässliche Organisation von Behandlung und Nachsorge gewährleistet werden. Der Umfang der zugrunde liegenden Störungen, deren Chronizität und der Umstand, dass sexuell deviantes Verhalten oft eine gewisse Stabilität aufweist, wirkt sich auf die Zielsetzung einer Sexualtherapie aus: Meist geht es nicht um die Beseitigung einer Sexualstörung, sondern um die Kontrolle der delinquenten Anteile. Die Behandlungsinstitutionen müssen sich dabei in Zukunft stärker der Verantwortung stellen, eine längerfristige, manchmal lebenslange Begleitung der Täter sicherzustellen. Vor allem im Nachsorgebereich zeigt sich ein hoher Bedarf an verlässlichen Behandlungsstrukturen. Weitergehende Ansätze einer ambulanten Sexualtherapie, die auch in der Lage ist, auf die sozialen Strukturen der Täter einzugehen, fehlen in Deutschland noch weitgehend. Die Erfahrungen in den Niederlanden, England und Wales mit »Community Treatment Programmes« (Davidson 2002) zeigen den Weg auf: Rückfallvermeidungspläne werden zunächst mit dem Täter erarbeitet, dann verlässlich mit den Bezugspersonen und anderen wichtigen sozialen Akteuren im Umfeld des Täters besprochen. Die Begleitung der Täter nach einer stationären Behandlungsphase, die Kontrolle der Sexualdelinquenz erfolgt dann – konstruktiv – im sozialen Raum und wird nicht nur zwischen dem Patienten und seinem Therapeuten verhandelt.

Die in der Strafrechtsreform 1998 geschaffenen Möglichkeiten der Behandlung von Sexualstraftätern bieten hier nur einen unzureichenden Rahmen. Langfristig braucht eine effiziente Sexualstraftäterbehandlung einen verlässlichen finanziellen, vor allem personellen Rahmen, damit die gesellschaftliche Erwartungshaltung, Schutz vor erneuter Sexualkriminalität, auch erfüllt werden kann. Diese Forderung stellt sich aber nicht nur als Anforderung an die politischen Gremien dar, sondern auch als Aufforderung an die Gesellschaft, sich mit der Frage zu beschäftigen, wie es um die Bereitschaft steht, Menschen mit einem Sexualdelikt ernsthaft wieder in die Gesellschaft zu integrieren.

DOI: 10.1486/9783884144152

4.6.3 Prognoseverhältnisse nach Entlassung

In der öffentlichen Wahrnehmung entstand in den letzten Jahren der Eindruck, dass Rückfalltaten ehemals im Straf- und Maßregelvollzug Untergebrachter an Häufigkeit und Intensität zugenommen haben. Diese Auffassung fußt nicht auf einer faktischen Grundlage (vgl. Kapitel 4.6.1). Die einschlägigen Rückfallraten für Sexualstraftäter sind mit im Mittel 30 % niedriger als allgemein bei Entlassenen aus dem Strafvollzug (Lösel 1999). Der Grund für die negative Öffentlichkeitswirkung dürfte hauptsächlich in der medialen Verarbeitung der Thematik »Sexualstraftäter« und »Rückfälle« liegen. Krebber (1999) weist in seiner Untersuchung darauf hin, dass das Verhältnis zwischen den Medien und psychisch kranken Rechtsbrechern von Unsachlichkeit geprägt sei, insbesondere die elektronischen Medien sowie die Boulevardpresse unterschätzten die Wechselwirkung zwischen (reißerischer und/oder vereinfachenderer) Darstellung und der Einstellung in der Bevölkerung. Dieser Umstand verhindere Rationalität, wirke sich aber bei den politisch Verantwortlichen und in der Gesetzgebung aus.

Diese Entwicklung kann mit als Ursache für ein ebenfalls gestiegenes Forschungsinteresse in diesem Bereich gesehen werden. Mögliche Handlungsstrategien zur Vermeidung von Rückfalltaten liegen indes in der Prävention (opfer- und täterbezogen), Verbesserung der Therapiemöglichkeiten für verurteilte Straftäter und in einer differenzierteren Gefahrenprognose bei anstehenden Lockerungs- oder Entlassentscheidungen untergebrachter Täter.

Von Interesse für die vorliegende Arbeit sind Rückfallstudien ehemals im Maßregelvollzug untergebrachter psychisch kranker Straftäter. Erstaunlicherweise liegen derartige Studien allerdings kaum vor. In früheren Untersuchungen wurde meist nicht nach Art des Anlassdelikts und der Unterbringungsform (Regelvollzug, sozialtherapeutische Anstalt, Maßregelvollzug) unterschieden.

Eine der umfangreichsten Verlaufsuntersuchungen wurde bereits 1965 von Christiansen (zit. nach Berner & Karlick-Bolten 1986, 48) publiziert. Einbezogen wurden 2934 Sexualdelinquenten, die zwischen 1929 und 1939 in Dänemark verurteilt wurden, was bedeutet, dass 85 % aller in Dänemark damals strafrechtlich belangter Sexualstraftäter erfasst wurden. Die Rückfallquote hinsichtlich erneuter Sexualdelikte lag hier bei 10,6 %. Soothill und Gibbens berichteten 1978 (zit. nach Berner & Karlick-Bolten 1986, 48) bei einer Untersuchung von 174 Fällen in einem Katamnesezeitraum von ein bis 22 Jahren eine Rückfallquote, abhängig vom Untersuchungszeitraum von 5,3–9,3 %.

Untersuchungen aus den 70er- und 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts belegen völlig unterschiedliche Häufigkeiten der Rückfälligkeit von Maßregelvollzugspatienten. Ritzel (1978, zit. n. Nowara 2001, 15) beschreibt eine allgemeine Rückfälligkeit von 47 % der Patienten. Jacobsen (1985) fand in seiner Stichprobe von 135 ehemaligen Maßregelpatienten lediglich 7 % rück-

DOI: 10.1486/9783884144152

fällige Täter. Berner und Karlick-Bolten (1968, 49) berichten weiter über eine Untersuchung von Radzinowicz an einer Gruppe von 1985 verurteilen Sexualdelinquenten, der nach einem Katamnesezeitraum von vier Jahren auf eine Rückfallquote von 15 % kam. Das Problem dieser Rückfallstudien war – neben der Nichtbeachtung der Unterbringungsart –, dass nicht zwischen einzelnen Deliktarten unterschieden wurde, weiter die Intensität der erneuten einschlägigen Delinquenz nicht beachtet wurde. Gemeinsame Ergebnisse der drei Studien waren, dass Täter mit einer homosexuellen Partnerwahl und Präferenz besonders junger Kinder als mit einem höheren Rückfallrisiko beschrieben waren (ebd., 50). Ebenso weisen die Vorstrafenintensität sowie die Altersgruppe der um die 30-Jährigen eine erhöhte Rückfallgefahr auf.

In ihrer eigenen Studie zu Rückfälligkeit und Kriterien, die den Verlauf nach Entlassung untersucht, haben Berner und Karlick-Bolten (1986) 326 Personen erfasst, welche aus dem österreichischen Regel-, dem Sonder- und dem Maßnahmenvollzug stammten. Die Studie versucht, mit Typenbildungen – orientiert am zugrunde liegenden Anlassdelikt, der Vorstrafensituation, der Frühsozialisation der Täter, der Diagnosesituation und der Art der Rückfalltat – Subgruppen von Rückfalltätern zu konstruieren. Aufgrund der geringen Fallzahl (in den einzelnen Subgruppen) erscheint dieser Versuch, Kategorien zu bilden, aus heutiger Sicht etwas gewagt, wenn auch die Art der Untersuchung wichtige Hinweise auf künftige Forschungsprojekte gegeben hat. Deutlich wird aber, dass mit zunehmender Entlassdauer nach einer strafgerichtlichen Unterbringung die Rückfallhäufigkeit insgesamt ansteigt, ein Gipfel aber in den ersten drei Entlassjahren liegt. Die Autoren nennen Rückfallraten mit erneuter Sexualdelinquenz im ersten Jahr mit 6,9 %, im zweiten Jahr 5,5 %, im dritten Jahr 5,9 %, im vierten Jahr 1,8 %. Für einen Katamnesezeitraum von fünf Jahren wurde ein Wert von total 22,3 % erhoben.

Studien aus den 1990er-Jahren belegen Rückfallzahlen von 43,4 % (Gretenkord 1994), 18,6 % (Heinz et al. 1996), 20,8 % (Dimmek & Duncker 1996), 14 % (Egg 1998) und 44,5 % (Jokusch 1996, zit. n. Nowara 2001, 16) und in der Überblicksarbeit von Sohn (2004) von bis zu 22,8 %. Hierzu ist anzumerken, dass die Stichproben dieser Untersuchungen z. T. sehr gering waren, die untersuchte Population z. T. aus nur einer forensischen Klinik stammte und meist nicht zwischen allgemeiner Rückfalldelinquenz (welche z. B. mit Geldstrafe geahndet wurde) und einschlägiger Sexualdelinquenz unterschieden wurde. Alle genannten Untersuchungen befassen sich nicht ausschließlich mit der Gruppe der Sexualstraftäter, sondern allgemein mit untergebrachten, psychisch kranken Straftätern. Egg (2000) erhob in einer seit Ende 1996 laufenden empirischen Untersuchung der Kriminologischen Zentralstelle in Wiesbaden, die auf Auskünften aus dem Bundeszentralregister basiert, eine Rückfallquote für die Hauptgruppen der Sexualdelinquenz, Vergewaltigung und Kindesmissbrauch eine einschlägige

DOI: 10.1486/9783884144152

Rückfallquote von 12–20 %. Bemerkenswert sind hier die Hinweise auf das durchschnittlich niedrigere Alter der Rückfalltäter (durchschnittlich 34 Jahre, gegenüber 37,5 Jahren bei den Nicht-Rückfälligen), deren eigene Misshandlungserfahrungen durch Familienangehörige (13,2 % der Rückfälligen vs. 6,3 % der Nicht-Rückfälligen) und Auffälligkeiten in der Herkunftsfamilie (20,6 % der Rückfälligen vs. 12,5 % der Nicht-Rückfälligen). Rückfalltäter weisen hier einschlägige Vorstrafen in 52,9 % aller Fälle, Nicht-Rückfällige in nur 12,5 % der Fälle auf.

Die umfangreichste und aktuellste Untersuchung zur Rückfälligkeit von Sexualstraftätern aus dem Maßregelvollzug liegt aus dem Jahr 2001 (Nowara 2001) vor. Diese Studie ist auch eine der wenigen, die sich gezielt mit der Situation entlassener Patienten aus dem Maßregelvollzug beschäftigt. Der Großteil verlässlicher (internationaler) Rückfallstudien beschäftigt sich mit Probanden des Strafvollzugs.

Grundlage der Untersuchung Nowaras waren alle in der ersten Jahreshälfte des Jahres 1987 in der Bundesrepublik Deutschland wegen eines Sexualdeliktes im Maßregelvollzug untergebrachten Straftäter. Innerhalb eines Katamnesezeitraums von drei Jahren ergab sich ein Rückfallwert bzgl. einschlägiger Straftaten (also erneute Sexualdelinquenz) von 15 % für nach § 64 StGB in einer Entziehungsanstalt und von 26,3 % für nach § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachte Patienten (ebd., 130). Der Wert für die allgemeine Rückfälligkeit lag mit insgesamt knapp 66 % wesentlich höher, d. h. nur etwa ein Drittel aller aus dem Maßregelvollzug entlassenen Sexualstraftäter bleibt überhaupt straffrei. Von Bedeutung ist der Hinweis, dass Patienten, deren Unterbringung mit Verhängung gleichzeitig zur Bewährung ausgesetzt worden war, einen deutlich höheren Rückfallwert aufweisen: 46,1 % dieser Patientengruppe wurde erneut mit einer Sexualstraftat rückfällig. Nowara weist darauf hin, dass nach einem Zeitpunkt von drei Jahren die einschlägige Rückfälligkeit auffällig ansteigt (ebd., 131) und erklärt dies mit nicht prognostizierbaren Veränderungen. »Möglicherweise sind nach diesem Zeitpunkt die stützenden Maßnahmen weggefallen oder wurden nicht mehr in Anspruch genommen, was zu einer psychischen Labilisierung der Personen und damit erneuten einschlägigen Rückfälligkeit geführt haben könnte.« (ebd.) Da es im Rahmen dieser Studie nicht möglich war, verlässliche Aussagen über den Zusammenhang der Entlassdauer und möglicher psycho-sozialer Risikofaktoren bzw. Wegfall protektiver Faktoren zu machen, regt Nowara eine gründliche Einzelfallanalyse an. Nowara beschreibt weiter, dass im Maßregelvollzug untergebrachte Sexualstraftäter ein höheres Rückfallrisiko aufweisen, als die Gesamttätergruppe, was mit dem Vorliegen der zugrunde liegenden schweren Störungen begründet sein dürfte.

Aussagen zur Effektivität der Behandlung in der untersuchten Stichprobe (die sich ja auf das Jahr 1987 bezieht) sind nur vorsichtig zu interpretieren und nicht

DOI: 10.1486/9783884144152

auf die heutigen Verhältnisse und die aktuelle therapeutische Realität des Maßregelvollzugs anzuwenden. Vor knapp 20 Jahren befand sich der Maßregelvollzug noch in einer Aufbruchphase,[17] das Angebot spezieller sexualtherapeutischer Therapien war damals eher die Ausnahme, eine gezielte Resozialisierung oder Nachbetreuung entlassener Patienten erfolgten generell nicht (Hahn 1996, 9 ff.). Bezüglich der Verlaufsformen der Sexualdelinquenz beschreibt Nowara (ebd., 86 f.) die

- Gruppe der *Einmaltäter* (8,5 %), also Patienten, die wegen eines Sexualdelikts in den Maßregelvollzug integriert wurden, vor der Unterbringung nie straffällig waren und auch danach nicht rückfällig wurden,
- Gruppe der *Gelegenheitstäter* (25,4 %), Patienten die vor der Unterbringung *allgemein* straffällig waren, wegen *eines* Sexualdelikts im Maßregelvollzug untergebracht wurden, nach Entlassung wieder *allgemein* straffällig wurden,
- Gruppe der *Umsteiger* (36,6 %), Patienten die in der *Vorgeschichte* wegen einer Sexualstraftat verurteilt wurden, jedoch wegen allgemeiner Straftaten gem. § 63 oder § 64 verurteilt wurden, nach Entlassung nicht einschlägig rückfällig wurden,
- Gruppe der *Einsteiger* (12,7 %), Patienten mit einer *allgemeinen* Deliktgeschichte, die wegen eines Sexualdelikts in den Maßregelvollzug kamen und nach Entlassung mindestens *einmal einschlägig* rückfällig wurden und
- Gruppe der *Serientäter* (16,9 %), Patienten die *wiederholt*, mindestens dreimal in der untersuchten Lebensspanne bzgl. Vorgeschichte, Anlassdelikt und Entlassungszeitraum einschlägige Sexualstraftaten begangen haben.

Als Prädiktoren für eine erhöhte einschlägige Rückfallwahrscheinlichkeit nennt Nowara (ebd., 92) u. a. fehlende Partnerschaft, fehlende Berufsausbildung, Arbeitslosigkeit, ungünstige Sozialisationsbedingungen, einschlägige Vorstrafen u. a.[18] Hinweise auf mögliche protektive Faktoren (in der Studie als »Merkmale der nicht einschlägig rückfälligen Täter« gekennzeichnet wie »weniger starke strafrechtliche Vorbelastung« oder »höheres Lebensalter« u. a.) sind in Kapitel 5.2.2 dargestellt.

In der Vielzahl der Rückfallstudien zur erneuten Delinquenz von Sexualstraftätern fällt auf, dass selten zwischen behandelten und unbehandelten Tätern unterschieden wurde, der Einrichtungstyp in dem die Täter untergebracht waren (JVA, therapeutischer Regelvollzug, Maßregelvollzug) nicht berücksichtigt wurde und oft die allgemeine Rückfälligkeit (also jede erneute Straftat), oder nur die erneute Sexualdelinquenz beforscht wurden. Aus der Vielzahl der Studien gibt Tabelle 21 eine Übersicht.

17 Vgl. Kapitel 4.2.

18 Die ausführliche Darstellung der Risikofaktoren erfolgt in Kapitel 3.4.

DOI: 10.1486/9783884144152

Tab. 21: Rückfallquoten bzgl. erneuter Sexualdelinquenz – Auswahl

Untersuchung	Katamnesezeitraum	Rückfallquote	Allgemeine Rückfälligkeit	Einschlägige Rückfälligkeit	Unterscheidung Unterbringungsart
Berner (1995)	5 Jahre	63,0 %	x		ja
Berner & Karlick-Bolten	5 Jahre	22,3 %		x	nein
Christiansen (1965) 1 ¤	12 bis 14 Jahre	10,6 %		x	nein
Cornu (1973)	5 Jahre	7,4 %[19]	x		nein
Dimmek & Duncker (1996)	k.A.	20,8 %	x		ja
Gretenkord (1994)	k.A.	43,4 %	x		ja
Hanson & Busiére (1998)	k.A. (Metaanalyse)	36,0 %	x		nein
Hanson & Busiére (1998)	k.A. (Metaanalyse)	13,0 %		x	nein
Heinz (1996)	k.A.	18,6 %	x		ja
Jacobsen (1985)	k.A.	7,0 %		x	ja
Jokusch (1996)	k.A.	44,5 %	x		ja
Langenlüddecke (1963) 2 ¤	unklar	39,1 %	x		nein
Lösel (2000)	2 – 11 Jahre	19,3 % (behandelte Täter)		x	nein
Lösel (2000)	2 – 11 Jahre	23,3 % (unbehandelte Täter)		x	nein
Nowara (2001)	3 Jahre	15,0 %		x	ja (§ 64 StGB)
Nowara (2001)	3 Jahre	26,3 %		x	ja (§ 63 StGB)
Nowara (2001)	3 Jahre	66,0 %	x		ja (§§ 63, 64 StGB)
Radzinowicz (1959) 3 ¤	4 Jahre	15,0 %		x	nein
Ritzel (1978)	k.A.	47,0 %	x		nein
Soothill & Gibbens (1978) 4 ¤	1 bis 22 Jahre	5,3 % – 9,3 %		x	nein

¤ Zit. n. Berner und Karlick-Bolten (1986):

1 Christiansen, K. U. et al. (1965). Recidivism among sexual offenders. The scand. research council for criminology, VI. 1

2 Langenlüddecke, A. (1963). Die Entmannung des Sittlichkeitsverbrechers. Berlin: De Gruyter

3 Radozinowicz, L. (1957). Sexual Offences: A Report of the Cambridge Department of Criminal Science. London: MacMillan

4 Soothill, K. L., Gibbens, T., (19??). Recidivism of sexual offenders. A Reappraisal. Br. J. Criminol. 18; 267 – 276

Internationale Rückfallstudien in Bezug auf einschlägige Rückfälligkeit von Sexualstraftätern ergaben eine Rückfallquote von ca. 13 % für erneute Sexualdelinquenz und 36 % für allgemeine Rückfälligkeit (Hanson & Bussière 1998; diese

19 Der auffallend niedrige Rückfallwert ergibt sich aus der Tatsache, dass die Stichprobe aus 121 Sexualdelinquenten bestand, die sich in der Schweiz einer chirurgischen Kastration unterzogen hatten.

DOI: 10.1486/9783884144152

Metaanalyse befasste sich mit 61 Studien aus neun Ländern, der durchschnittliche Katamneszeitraum lag bei ca. fünf Jahren).

Zur Rückfälligkeit behandelter Sexualstraftäter legte unlängst Nedopil (2005) eine Übersicht vor. Die Rückfallrate bezüglich erneuter Sexualdelinquenz reicht bei einem Katamnesezeitraum von 13 Monaten bis 132 Monaten von 3,0 % bis zu einem Wert von 75 %. Die starken Unterschiede zwischen den einzelnen Studien ergeben sich u. a. daraus, dass die Beobachtungszeiträume stark differieren, die Behandlungsmethoden (konventionelle Psychotherapie, Sexualtherapie, Kastration) unterschiedlich waren und auch der Therapiestatus (Therapieabschluss vs. Therapieabbruch bzw. Rückfall während Therapie) starke Unterschiede aufwies. Für die vorliegende Arbeit sind die Werte für behandelte Täter von besonderem Interesse, da das Forschungsprojekt ausschließlich behandelte Täter aus dem Maßregelvollzug einschloss.

Tabelle 22 zeigt die Studien zur einschlägigen Rückfälligkeit therapierter Sexualstraftäter im Überblick.

Tab. 22: Behandelte Sexualstraftäter, einschlägige Rückfälligkeit (nach Nedopil 2005, 88)

Autoren[20]	Rezidiv-Definition	Rezidive in %	Beobachtungsdauer (Monate)
Borduin 1990	Verdacht	75,0	19,2
Cornu 1973	Verdacht	4,3	60
Fedoroff 1992	Verdacht	68,0	84
Maletzky 1980 b	Verdacht	12,5	30
Maletzky 1991	Verdacht	10,0	36
McConaghy 1988	Verdacht	20,0	12
Meyer 1992	Verdacht	57,0	120
Florida Dpt. 1976	Festnahme	22,6	12
Florida Dpt. 1984	Festnahme	13,6	30
Kravitz 1995	Festnahme	3,5	6
Nagayama Hall 1986	Festnahme	27,5	60
Peters Institute 1980	Festnahme	13,6	120
Pithers 1989	Festnahme	33,0	84
Romero 1983	Festnahme	13,6	120
Berner 1995	Verurteilung	25,9	60
Blain 1960	Verurteilung	22,0	60
Gordon 1989	Verurteilung	10,0	24
Hildebrand 1992	Verurteilung	6,0	84
Marques 1989	Verurteilung	8,0	13
Marques 1994	Verurteilung	8,0	35
Wille 1989	Verurteilung	3,0	132

20 Zit. n. Nedopil (2005, 88).

DOI: 10.1486/9783884144152

Noch stärker unterscheiden sich die Rückfallraten zwischen den einzelnen Subtypen rückfälliger Sexualdelinquenten. Behandelte *Kindesmissbraucher* weisen – in der größten Rückfallstudie mit N = 496 bei einer Beobachtungsdauer von 288 Monaten – eine Rückfallrate von 51,0 % auf (Nedopil 2005, 91). Einen noch höheren Wert berichtet Wiederholt (1989), der im Rahmen einer Evaluation eines speziellen Behandlungsprogramms in der JVA München einen Rückfallwert von 64 % bei einem Katamneszeitraum von zwölf Monaten berichtet.

Deutlich geringer ist das Rückfallrisiko unter *Inzesttätern*. Nedopil (2005, 91) berichtet über Ergebnisse internationaler Studien, welche Werte von maximal 6,0 % bei einem Beobachtungszeitraum von zwölf Jahren, bzw. 4,0 % ebenfalls im Zeitraum von zwölf Jahren. Für die Tätergruppe der *Exhibitionisten* berichtet Nedopil (2005, 92) einen Rückfallwert von 77,6 % bei behandelten Tätern. Eher gering sind die Rückfallzahlen für behandelte *Vergewaltiger*. Nedopil (2005, 94) gibt hier Werte zwischen 9 % und 23 % an. Als generell hoch können die Werte für allgemeine Rückfalldelinquenz, etwa in den Bereichen Eigentumsdelikte, Drogendelikte etc. eingeschätzt werden. Die einzelnen von Nedopil (2005, 95 f) referierten Studien weisen hier meist Werte zwischen 30 % und 77 % auf.

Rückfälligkeit von Sexualstraftätern muss also differenziert betrachtet werden: Erneute Straffälligkeit kann im gleichen Deliktbereich oder in allgemeiner Straffälligkeit liegen. Alle Studien zur Rückfälligkeit belegen, dass die meisten Rückfälle innerhalb der ersten 15 Monate erfolgen (Müller-Isberner et al. 1993, 177). Weiter hat sich herausgestellt, dass die Rückfallquote zunimmt, je länger die Probanden aus der Unterbringung entlassen sind (Schmucker 2004, 32). Anzumerken ist hierzu, dass eine Delinquenzentwicklung von Sexualstraftaten hin zu Eigentumsdelikten mitunter als »Behandlungserfolg« eingestuft werden kann, wenn sich daraus eine Abnahme der kriminellen Energie ablesen lässt. Als problematisch muss eingestuft werden, dass viele Rückfallstudien mit einem Katamnesezeitraum von zwei oder drei Jahren zu kurz greifen. Vielfach geschehen erneute Sexualstraftaten erst nach einem wesentlich längeren Zeitraum. Schmucker (2004) benennt sogar die vielfach angewandte Mindestkatamnese von fünf Jahren als zu kurz geratenen »Kompromiss zwischen pragmatischen Erfordernissen und einer dem Untersuchungsgegenstand angemessenen Katamnesedauer« (ebd., 34).

Differenzierte Betrachtungen der Rückfallhäufigkeit bei Sexualstraftätern weisen darauf hin, dass insbesondere sowohl bei pädophilen Tätern als auch bei Probanden mit einer Psychopathie und einer antisozialen Persönlichkeitsstörung von einer erhöhten Rückfallgefahr, und zwar im allgemeinen Bereich, als auch auf die Sexualdelinquenz bezogen, auszugehen ist.

Hinsichtlich der Prognosebeurteilung von Sexualstraftätern weist Pfäfflin (2004) darauf hin, dass eine genaue Kenntnis der Persönlichkeitsstruktur und ihrer Dynamik von zentraler Bedeutung ist. Als besondere Aspekte nennt er

DOI: 10.1486/9783884144152

- die Schwere der Persönlichkeitsstörung
- das Ausmaß der Integration triebhafter und aggressiver Dynamik in das Selbstbild (also ob diese Inhalte Ich-synton oder Ich-dyston erlebt werden)
- Determiniertheit der sexuellen Deviation
- Intensität der sexuellen Deviation, insbesondere die Frage der Progredienz
- Abhängigkeit sexueller Devianz von speziellen (kritischen) Lebens- und Persönlichkeitssituationen

Generell weisen Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, ich-dystonem Erleben der sexuell-aggressiven Anteile, bei Bestehen einer Paraphilie, mit zunehmender Intensität der Sexualdelinquenz in zeitlicher Abfolge und deviantem Agieren unabhängig von zeitlich zuordenbaren Krisenaspekten eine ungünstige Prognose und damit einer erhöhte Rückfälligkeit auf.

Exkurs: Prognoseverfahren

»Prognosen sind schwierig, vor allem, wenn sie die Zukunft betreffen.«
(Niels Bohr, dän. Physiker)

In der Behandlung von Sexualstraftätern sind die Anforderungen an die Behandlungseinrichtungen, an die Behandler und die Wirksamkeit ihrer Therapien stark gestiegen. Die gesellschaftliche Toleranz gegenüber Sexualstraftätern ist im gleichen Zeitraum noch tiefer gesunken. Die Rückfallquote behandelter Täter wird als zu hoch eingeschätzt. Dieser Effekt wird durch eine entsprechende Berichterstattung in den Medien noch unterstützt. Juristisch spiegelt sich die zunehmende Bedeutung der Rückfallprognose in der Strafrechtsreform von 1998, mit der Einführung des »Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten« vom 26.01.1998 wider. Rückfallprognosen sind seitdem zwingend notwendig bei Einweisung in den Maßregelvollzug nach §§ 63, 64 StGB, Entlassung aus dem Maßregelvollzug (nach § 67 d Abs. 2 StGB), Entlassung aus lebenslanger Haft (§ 57 a StGB) und Aussetzung einer zeitigen Haftstrafe mit einer Gesamtdauer von über zwei Jahren zur Bewährung (§ 57 StGB).

Die Einschätzung des Rückfallrisikos bzgl. neuer Delinquenz spielt damit eine besondere Rolle, im vorbereitenden Gerichtsverfahren (Ermittlungsverfahren), während der stationären Therapiephase, als auch in der daran anschließenden ambulanten Nachsorgephase. Die Prognose ist damit eines der Schwerpunktthemen der forensischen Psychiatrie geworden. Entsprechend hat die Anzahl der Prognoseanforderungen in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen, vereinzelt wird diese Zunahme mit dem Faktor zehn (Nedopil 2005, 5) angegeben. Um zu einer verlässlichen Prognoseaussage zu kommen, werden in der Fachliteratur vier unterschiedliche prognostische Strategien diskutiert (vgl. Weber 1996, 14):

DOI: 10.1486/9783884144152

- Die intuitive Prognose basiert auf einem Gefühl, ist also nicht »evidence based« im Sinn einer expliziten Einbeziehung von Fachwissen. Sicher beinhalten intuitive Vorhersagen auch implizites Fachwissen des Prognostikers, etwa dessen klinische Erfahrung. Allerdings beruht die Prognoseaussage auf zu vielen nicht definierten Variablen und ist damit unsicher, störanfällig, unwissenschaftlich und ungenau. Dennoch weist die intuitive Methode eine deutliche Relevanz auf: Sie kann Ausgangspunkt für vieles sein, was im späteren Prognoseprozess noch klinisch systematisierbar und nutzbar gemacht werden kann und sie bedeutet oft den einzigen Zugang zu Prognosebereichen und -aspekten, welche mit anderen Verfahren nicht erfasst werden können.
- Die statistische Methode extrahiert durch empirische Verallgemeinerung der Biografien vieler Einzelfälle (etwa durch Gruppenbildung und Tätertypen) kriminogene Aspekte und Faktoren. So können »typische« Variablenkonstellationen zu einer spezifischen Prognoseaussage für einen Tätertyp, eine Tätergruppe (etwa: Rückfalltäter mit Brandstiftungsdelikt) benannt werden. Generell problematisch ist die oft fehlende Passung zwischen statistischem Durchschnitts- oder Gruppenwert und vorliegendem, konkretem Einzelfall. Dynamische Faktoren, welche etwa im Verlauf einer ambulanten Behandlung zusätzlich auftreten (können), bleiben bei dieser Methode ebenfalls ohne Berücksichtigung. Problematisch ist auch, dass statistische Prognosestudien zur Rückfälligkeit meist auf psychisch gesunde Täter bezogen waren, die psychopathologischen und sozialen Variablen psychisch kranker Straftäter unberücksichtigt blieben. Statistische Prognosemethoden bieten daher nur eine begrenzte Möglichkeit der Vorhersage erneuter Straffälligkeit bei Maßregelpatienten.
- Die klinische Methode setzt fachspezifische Parameter ein, die einzelnen Prognoseaspekte unterliegen dabei allerdings oft einer gewissen Zufälligkeit, sodass hier bestenfalls von einer »empirischen Individualprognose« (ebd.) gesprochen werden kann. Die objektive Überprüfung dieser Prognosekriterien, etwa durch wissenschaftliche Forschung steht in weiten Teilen bis heute aus. Ein Grund dafür ist sicher auch die Komplexität der insgesamt möglichen Rückfallvariablen (vgl. Kapitel 3.4).
- Integrative Methoden beziehen sich auf den (aktuellen) klinischen Befund, intuitive Aspekte und statistische Aussagen. Durch die oben beschriebene, bislang fehlende wissenschaftliche Objektivierung dieser Prognoseverfahren wird hier zwar keine generell »wissenschaftlichere« Aussagequalität geschaffen, jedoch ergibt sich im Einzelfall eine oft passgenauere Aussage.

Eine generelles Problem jeder Prognostik ist die Dimension »Zeit«. Je länger der Prognosezeitraum ist, desto geringer ist die Genauigkeit der abgegebenen Prognose. Dies liegt darin, dass sich mit verlängertem Zeitraum die Zahl und

DOI: 10.1486/9783884144152

Möglichkeit unvorhersehbarer Ereignisse erhöht, welche aber oft zum Zeitpunkt der Prognoseabgabe nicht benennbar sind. Ein praktikabler Weg, der dieses Dilemma umgeht ist, Prognoseaussagen zeitlich eng zu fassen, standardisiert (etwa alle drei Monate) zu wiederholen bzw. bei Bekanntwerden neuer Belastungs- und/oder Risikofaktoren eine neue Prognoseaussage zu treffen.

Hinsichtlich der Differenzierung von Prognoseaussagen schlägt Nedopil (2001) eine Unterscheidung von statischen und dynamischen Risikofaktoren vor. Unter Bezugnahme auf die Checkliste (HCR-20) von Webster et al. (1997), in die auch der Psychopathie-Checklist-Socre (PCL-Score, Hare 1991) einbezogen ist, wird ein Messinstrument entworfen, das angesichts der Komplexität und Schwierigkeit der Aufgabenstellung (Kriminalprognose) eine gewisse Handhabbarkeit verspricht.

Das Zustandekommen einer spezifischen Risikosituation, welche bei einem konkreten Täter zu erneuter Delinquenz führt, besteht im Zusammentreffen mehrerer Faktoren zu einem bestimmten Zeitpunkt. Die folgende »Integrierte Liste der Risikofaktoren« benennt zwar diese einzelnen Aspekte, eine Gewichtung der einzelnen belastenden Items ist damit jedoch nicht möglich.

Tab. 22: Integrierte Liste der Risikofaktoren nach Nedopil (2001)

Ausgangsdelikt
- Statistische Rückfallwahrscheinlichkeit
- Bedeutung situativer Faktoren für das Delikt
- Einfluss einer vorübergehenden Krankheit
- Zusammenhang mit einer Persönlichkeitsstörung
- Erkennbarkeit motivationaler Zusammenhänge

Anamnestische Daten (prädeliktisch)
- (H1*) Frühere Gewaltanwendung
- (H2) Alter bei erster Gewalttat
- (H3) Stabilität von Partnerbeziehungen
- (H4) Stabilität in Arbeitsverhältnissen
- (H5) Alkohol-/Drogenmissbrauch
- (H6) Psychische Störung
- (H8) Frühe Anpassungsstörung
- (H9) Persönlichkeitsstörung
- (H10) Frühere Verstöße gegen Bewährungsauflagen

Postdeliktische Persönlichkeitsvariablen (Klin. Variablen)
- Krankheitseinsicht und Therapiemotivation
- Selbstkritischer Umgang mit bisheriger Delinquenz
- Besserung psychopathologischer Auffälligkeiten
- (C2*) Pro-/Antisoziale Lebenseinstellung
- (C4) Emotionale Stabilität
- Entwicklung von Coping-Mechanismen
- Widerstand gegen Folgeschäden durch die Institutionalisierung

Der soziale Empfangsraum (Risikovariablen)
- Arbeit
- Unterkunft
- Soziale Beziehungen mit Kontrollfunktion
- Offizielle Kontrollmöglichkeiten
- Verfügbarkeit von Opfern
- (R 2*) Zugangsmöglichkeit zu Risiken
- (R 4) Compliance
- (R 5) Stressoren

PCL-Wert

* Die Codierung mit »H« und »C« bezieht sich auf die historischen (historical) und klinischen (clinical) Variablen aus dem HCR-20. Die Codierung mit »R« bezieht sich auf die Risikovariablen (risk) aus dem HCR-20.

Um eine Abwägung zwischen unveränderlichen, statischen Risikofaktoren und im Verlauf sich verändernden, dynamischen Faktoren bei Sexualstraftätern zu

DOI: 10.1486/9783884144152

ermöglichen, schlägt Nedopil (2001) weiter die Unterteilung von Beurteilungsbereichen der Prognose vor.

Tab. 23: Beurteilungsdimensionen, statische und dynamische Risikofaktoren bei Sexualstraftätern nach Nedopil (2001)

Beurteilungsbereich	Statische Faktoren	Dynamische Faktoren
Krimineller Lebensstil	a) Kriminelle Vorgeschichte – früher Beginn der Delinquenz – früher Beginn v. Gewalttätigkeiten – frühere Delikte mit Alkoholmissbrauch – polytrope Kriminalität b) Persönliche Vorgeschichte – Dissoziales Herkunftsmillieu – Broken-home-Situation in der Kindheit	hoher PCL-Wert kriminogene Bedürfnisse, d. h. Einstellung, Wahrnehmung, Verhalten bzw. Arbeit, Erziehung, Kameradenkreis, Autoritäten, zwischenmenschliche Beziehungen die zu Konflikten mit Gesetzen führen, kriminelle Umgebung
Ausmaß der sexuellen Devianz	massive Gewaltanwendung bei Sexualdelikt(en) geplante und vorfantasierte Taten sadistische Sexualpraktiken bei Vordelikt(en) Unterschiedliche Sexualdelikte Unangemessenes Alter der Opfer Fremde als Opfer männliche Opfer	Verinnerlichung devianter Sexualpraktiken, Progredienz devianter Sexualfantasien, sexuelle Abreaktion von Verärgerung und Frustration negative Einstellung gegenüber Opfer, Schuldverschiebung auf Opfer, Berechtigung zu sexueller Bedürfnisbefriedigung Probleme mit zwischenmenschlichen Beziehungen und Initmität
Psychosoziale Fehlanpassung	Broken-home-Situation in der Kindheit Intelligenzmängel	Substanzmissbrauch Persönlichkeitsstörung Mangel an Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit Fehlen von Coping-Strategien bei Frustration und Verärgerung
Negativer klinischer Eindruck	Abbruch früherer Therapien	Mangelnde Therapiemotivation Verleugnung oder Bagatellisierung des Delikts

Die hier vorgestellten Prognosemethoden, -verfahren und -instrumente weisen insgesamt ein gewisses Maß an Unsicherheit in Bezug auf die Treffgenauigkeit der damit zu erzielenden Aussagen auf. Die notwendige Evaluierung dieser Instrumente durch entsprechende Forschungsarbeit steht einstweilen noch – weitgehend – aus. Damit ist die Gefahr falsch positiver und falsch negativer Prognosen gegeben.

> »Bei jeder Prognose gibt es zweierlei Irrtümer, einmal jene, bei denen das erwartete eintrifft, obwohl es nicht vorher gesagt wurde (falsch negativ) und zum anderen jene, bei denen das erwartete Verhalten nicht eintrifft, obwohl es vorhergesagt wurde (falsch positiv). Je niedriger der Anteil der falsch positiven Vorhersagen, desto spezifischer ist die Methode.« (Nedopil 2001, 366).

DOI: 10.1486/9783884144152

Bedeutsam ist also die Trefferquote einer Prognoseaussage, die mit einem bestimmten Vorhersageverfahren getroffen wird. Rückfallprognosen sollen die Allgemeinheit vor neuen Straftaten schützen. Versagt ein Prognoseverfahren, oder -instrument in einem spezifischen Einzelfall kann es also zur Schädigung unbeteiligter Dritter kommen, oder, falls eine negative Prognose gestellt wurde und der Untergebrachte nicht entlassen wird, in »Wahrheit« aber stabil und »ungefährlich« ist, zu einer Schädigung des weiter untergebrachten Patienten, da ihm zu Unrecht Lockerungen vorenthalten werden. Die Folge sind also »soziale Unfälle« (Böllinger 1996), Unrecht, das in einem Fall zu großem Aufsehen und entsprechender medialer Inszenierung führt, im anderen Fall als persönliches Einzelschicksal auf einer geschlossenen forensischen Station unentdeckt bleibt.[21]

Um den hohen Anforderungen an eine möglichst hohe Treffergenauigkeit bei der Abgabe von Prognosen gerecht zu werden, wurden in den vergangenen zehn Jahren standardisierte Prognoseinstrumente und sogenannte Cheklisten erarbeitet. Allen voran ist die »Pychopathy Checklist« von Hare (1991) zu nennen. Hier geht es um die Erfassung von Syndromen, welche Ausdruck von Persönlichkeitsmerkmalen mit stark delinquenten Verhaltensanteilen sind.[22] Das Verfahren besticht durch seine Reduktion auf 20 Einzelaspekte, welche vom Behandler gewichtet werden. Das Risikopotenzial ergibt sich aus dem errechneten Summenscore der Einzelitems. Einzelaspekte, die die PCL berücksichtigt, sind in Tabelle 24 (S. 146) dargestellt.

Ein weiteres wichtiges Beispiel ist die Checklist HCR-20 von Webster et al. (1997). Das Verfahren berücksichtige historische (nicht veränderbare), klinische und Risikofaktoren und identifiziert verlässlich Patientengruppen, bei denen im Verlauf einer Behandlung bzw. im Bewährungsverlauf nach Aussetzung der Unterbringung mit Problemen, etwa in Form neuer Delinquenz zu rechnen ist. Der HCR-20 umfasst 20 Einzelitems (Tabelle 25, S. 146 ff.).

Speziell für die Vorhersage sexueller Gewalttaten haben Boer et al. (1997) die SVR-20 Checklist entwickelt. Ebenfalls reduziert auf 20 Einzelitems werden die in Tabelle 26 (S. 149 ff.) dargestellten Bereiche berücksichtigt.

21 Böllinger (1994, 90) beschreibt in diesem Zusammenhang die ambivalente Auseinandersetzung der Öffentlichkeit mit Rückfalltaten, welche einerseits als »Unglücksfälle« wahrgenommen und abgespalten werden, andererseits auch mit einer gewissen »Angstlust« interessiert verfolgt werden.

22 Das der PCL zugrunde liegende Konstrukt »Psychopathy« entspricht dabei nicht der Definition einer dissozialen bzw. antisozialen Persönlichkeitsstörung, sondern fokussiert die delinquenten Anteile.

DOI: 10.1486/9783884144152

Tab. 24: Psychopathy Checklist nach Hare (1991) – Deutsche Version

	nein	vielleicht	ja	unbekannt
1. Trickreich sprachgewandter Blender mit oberflächlichem Charme	0	1	2	X
2. Erheblich übersteigertes Selbstwertgefühl	0	1	2	X
3. Stimulationsbedürfnis (Erlebnishunger); ständiges Gefühl der Langeweile	0	1	2	X
4. Pathologisches Lügen	0	1	2	X
5. Betrügerisch-manipulatives Verhalten	0	1	2	X
6. Mangel an Gewissensbissen und Schuldbewusstsein	0	1	2	X
7. Oberflächliche Gefühle	0	1	2	X
8. Gefühlskälte; Mangel an Empathie	0	1	2	X
9. Parasitärer Lebensstil	0	1	2	X
10. Unzureichende Verhaltenskontrolle	0	1	2	X
11. Promiskuität	0	1	2	X
12. Frühe Verhaltensauffälligkeiten	0	1	2	X
13. Fehlen von realistischen, langfristigen Zielen	0	1	2	X
14. Impulsivität	0	1	2	X
15. Verantwortungslosigkeit	0	1	2	X
16. Mangelnde Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung für eigenes Handeln zu übernehmen	0	1	2	X
17. Viele kurzzeitige (eheähnliche) Beziehungen	0	1	2	X
18. Jugenddelinquenz	0	1	2	X
19. Widerruf der bedingten Entlassung	0	1	2	X
20. Polytrope Kriminalität	0	1	2	X

Tab. 25: History Clinical Risk-20; HCR-20 nach Webster et al. (1997) – Deutsche Version

Historische	Items	
H1	**Frühere Gewaltanwendung**	
	keine frühere Gewalttätigkeit	0
	mögliche oder weniger gravierende gewalttätige Handlungen (ein oder zwei mäßig gewalttätige Handlungen)	1
	fortgesetzte oder schwerwiegende frühere Gewaltanwendung (drei oder mehr Handlungen, die als mäßig gewalttätig zu bezeichnen sind oder jede Art von schwerer oder erheblich früherer Gewalttätigkeit)	2
	unbekannt	9
H2	**Geringes Alter bei 1. Gewalttat**	
	bei erstem Gewaltdelikt älter als 40 Jahre	0
	erstes Gewaltdelikt im Alter von 20 bis 39 Jahren	1
	erstes Gewaltdelikt vor dem 20. Lebensjahr	2
	unbekannt	9
H3	**Instabile Beziehungen**	
	insgesamt stabile und konfliktarme partnerschaftliche Beziehung(en)	0
	mäßig konfliktbehaftete oder häufiger wechselnde Partnerschaften oder noch keine Partnerschaft eingegangen und jünger als 30 Jahre	1
	instabile, hoch konfliktbehaftete oder rasch wechselnde Beziehungen oder noch keine Partnerschaft eingegangen bei einem Alter von über 30 Jahren	2
	unbekannt	9

DOI: 10.1486/9783884144152

Historische	Items	
H4	**Probleme im Arbeitsbereich**	
	keine Probleme im Bereich Arbeit/Beruf	0
	Probleme im Bereich Arbeit sind wahrscheinlich bzw. in leichterer Ausprägung	1
	gravierende und überdauernde Probleme im Arbeitsbereich	2
	unbekannt	9
H5	**Substanzmissbrauch**	
	keine Probleme mit legalen und oder illegalen Substanzen (Alkohol, Medikamente, Rauschmittel)	0
	mögliche oder mäßig gravierende Probleme mit psychotropen Substanzen	1
	schwere Substanzproblematik	2
	unbekannt	9
H6	**(gravierende) seelische Störung**	
	keine psychiatrische Erkrankung nachweisbar	0
	anamnestisch oder aktuell Verdacht auf Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung bzw. gesichertes Vorliegen einer leichteren psychiatrischen Erkrankung	1
	schwerwiegende psychiatrische Erkrankung aktuell oder in der Vorgeschichte ist gesichert	2
	unbekannt	9
H7	**Psychopathy (PCL-Score)**	
	PCL-R-Score < 20 Punkte	0
	PCL-R-Score zwischen 20 und 29 Punkten	1
	PCL-R-Score > 29 Punkte	2
	unbekannt	9
H8	**Frühe Fehlanpassung**	
	keine frühen Verhaltensauffälligkeiten	0
	mäßige Probleme/Fehlverhaltensweisen im schulischen, familären oder sozialen Bereich	1
	gravierende Probleme/Verhaltensstörungen vor dem 15. Lebensjahr	2
	unbekannt	9
H9	**Persönlichkeitsstörung**	
	kein Hinweis auf eine Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV oder ICD-10	0
	eine Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV oder ICD-10 ist wahrscheinlich oder nicht allzu schwerwiegend	1
	es liegt eine schwerwiegende Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV oder ICD-10 vor	2
	unbekannt	9
H10	**Frühere Verstöße gegen Auflagen**	
	kein Hinweis auf früheres Fehlverhalten in Betreuungs- oder Bewährungssituationen	0
	Verdacht auf entsprechende gravierende Verhaltensentgleisungen in Betreuungs- oder Bewährungssituationen o. mäßige Verstöße bzw. weniger schwerwiegende Verhaltensauffälligkeiten	1
	Gesichertes schwerwiegendes Fehlverhalten in Betreuungs- oder Bewährungssituationen	2
	unbekannt	9

Klinische	Items (Gegenwart)	
C1	**Mangel an Einsicht**	
	kein Mangel an Einsicht	0
	fragliche oder nur in Teilaspekten vorhandene Einsicht	1
	keine Einsicht	2
	unbekannt	9
C2	**Negative Einstellungen**	
	kein Hinweis auf negative Einstellungen	0
	fragliche oder mäßig negative und/oder antisoziale Einstellungen	1
	ausgesprochen negative und/oder antisoziale Einstellungen	2
	unbekannt	9

DOI: 10.1486/9783884144152

Klinische	Items (Gegenwart)	
C3	**Aktive Symptome**	
	keine produktiven Symptome vorhanden	0
	Produktive Symptome sind nicht auszuschließen oder können in milder Form festgestellt werden	1
	eindeutige und schwerwiegende produktive Symptome sind unverkennbar	2
	unbekannt	9
C4	**Impulsivität**	
	keine Impulsivität	0
	nicht ausschließbare oder mäßig ausgeprägte Impulsivität	1
	eindeutige und erhebliche Impulsivität	2
	unbekannt	9
C5	**Fehlender Behandlungserfolg**	
	gutes Ansprechen auf Behandlungsmaßnahmen	0
	fragliches oder nur partielles Ansprechen auf Behandlungsmaßnahmen	1
	unbefriedigendes oder fehlendes Ansprechen auf Behandlungsmaßnahmen	2
	unbekannt	9

Items zum	Risikomanagement (Zukunft)	
R1	**Fehlen realisierbarer Pläne**	
	angemessene und Erfolg versprechende Zukunftsplanung	0
	fragliche oder nur teilweise aussichtsreiche Zukunftsplanung	1
	unrealistische Zukunftsplanung, Planung nicht durchführbar	2
	unbekannt	9
R2	**Destabilisierende Einflüsse**	
	ein Einfluss destabilisierender Faktoren ist unwahrscheinlich, voll kompensierbar oder irrelevant	0
	möglicher bzw. mäßig gravierender Einfluss destabilisierender Faktoren, Risikofaktoren können teilweise kompensiert werden	1
	gravierende destabilisierende Faktoren sind gegeben und nicht kompensierbar	2
	unbekannt	9
R3	**Mangel an Unterstützung**	
	stützende und hilfreiche persönliche Beziehungen sind ausreichend vorhanden	0
	fragliche oder nur teilweise ausreichend erscheinende stützende persönliche Beziehungen	1
	Mangel an hilfreichen und stützenden Kontakten und Beziehungen	2
	unbekannt	9
R4	**Fehlende Compliance**	
	Voraussichtlich werden empfohlene Nachsorge- und Behandlungsmaßnahmen akzeptiert und zuverlässig befolgt werden; gute Compliance	0
	die empfohlenen Maßnahmen werden möglicherweise oder zu einem gewissen Grad mitgetragen werden, unter Umständen nicht immer zuverlässig; mäßige Compliance	1
	es ist kaum zu erwarten, dass eine ausreichende Akzeptanz für die empfohlenen Maßnahmen besteht oder der Proband ist unzuverlässig; mangelhafte Compliance	2
	unbekannt	9
R5	**Stressoren**	
	der Proband wird wahrscheinlich keinen bedeutsamen Stressoren ausgesetzt sein	0
	mäßig belastende Stressoren sind zu erwarten	1
	gravierende Stressoren sind sicher vorhersehbar	2
	unbekannt	9

DOI: 10.1486/9783884144152

Tab. 26: Sexual Violence Risk-20: SVR-20 nach Boer et al. (1997) – Deutsche Fassung

	Psychosoziale Anpassung	
1.	**Sexuelle Deviation**	
	kein Anhaltspunkte für das Vorliegen einer sexuellen Deviation	0
	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte für das Vorliegen einer sexuellen Deviation	1
	konkrete und vollständige Anhaltspunkte für das Vorliegen einer sexuellen Deviation	2
	unbekannt	9
2.	**Opfer von Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung**	
	keine Anhaltspunkte für die Erfahrung von schwerer Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder schwerer Vernachlässigung als Kind	0
	mögliche oder nicht eindeutige Anhaltspunkte für die Erfahrung von schwerer Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder schwerer Vernachlässigung als Kind	1
	konkrete und eindeutige Anhaltspunkte für die Erfahrung von schwerer Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder schwerer Vernachlässigung als Kind	2
	unbekannt	9
3.	**Psychopathy (PCL-Score)**	
	PCL-R-Score < 20 Punkte	0
	PCL-R-Score zwischen 20 und 29 Punkten	1
	PCL-R-Score > 29 Punkte	2
	unbekannt	9
4.	**Gravierende seelische Störung**	
	keine Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens unter einer gravierenden seelischen Krankheit gelitten hat oder noch leidet	0
	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt Lebens unter einer gravierenden seelischen Krankheit gelitten hat oder noch leidet	1
	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens unter einer gravierenden seelischen Krankheit gelitten hat oder noch leidet	2
	unbekannt	9
5.	**Substanzproblematik**	
	keine Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens ernsthafte Probleme wegen seines Substanzmissbrauchs gehabt hat	0
	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens ernsthafte Probleme wegen seines Substanzmissbrauchs gehabt hat	1
	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens ernsthafte Probleme wegen seines Substanzmissbrauchs gehabt hat	2
	unbekannt	9
6.	**Selbst-/Fremdtötungsgedanken**	
	keine Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt Suizid- oder Tötungsvorstellungen hatte	0
	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens Suizid- oder Tötungsvorstellungen hatte	1
	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband zu irgendeinem Zeitpunkt seines Lebens Suizid- oder Tötungsvorstellungen hatte	2
	unbekannt	9
7.	**Beziehungsprobleme**	
	keine Anhaltspunkte, dass der Proband keine stabilen Imtimbeziehungen herstellen und aufrechterhalten konnte	0
	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband keine stabilen Imtimbeziehungen herstellen und aufrechterhalten konnte	1
	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband keine stabilen Imtimbeziehungen herstellen und aufrechterhalten konnte	2
	unbekannt	9

DOI: 10.1486/9783884144152

	Psychosoziale Anpassung	
8.	**Beschäftigungsprobleme**	
	keine Anhaltspunkte, dass der Proband keine stabilen Beschäftigungsverhältnisse gehabt hat	0
	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband keine stabilen Beschäftigungsverhältnisse gehabt hat	1
	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband keine stabilen Beschäftigungsverhältnisse gehabt hat	2
	unbekannt	9
9.	**Nicht-sexuelle, gewalttätige Vordelinquenz**	
	keine Anhaltspunkte, dass der Proband eine Vorgeschichte von schwerer, nicht-sexueller Gewalt hat	0
	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband eine Vorgeschichte von schwerer, nicht-sexueller Gewalt hat	1
	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband eine Vorgeschichte von schwerer, nicht-sexueller Gewalt hat	2
	unbekannt	9
10.	**Gewaltfreie Vordelikte**	
	keine Anhaltspunkte, dass der Proband schwerwiegendes, gewaltfreies kriminelles und »nicht-sexuelles« Verhalten gezeigt hat	0
	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband schwerwiegendes, gewaltfreies kriminelles und »nicht-sexuelles« Verhalten gezeigt hat	1
	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband schwerwiegendes, gewaltfreies kriminelles und »nicht-sexuelles« Verhalten gezeigt hat	2
	unbekannt	9
11.	**Früheres Bewährungsversagen**	
	keine Anhaltspunkte, dass der Proband in der Vergangenheit ernsthaft gegen straf- oder zivilrechtliche Bewährungsauflagen verstoßen hat	0
	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband in der Vergangenheit ernsthaft gegen straf- oder zivilrechtliche Bewährungsauflagen verstoßen hat	1
	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband in der Vergangenheit ernsthaft gegen straf- oder zivilrechtliche Bewährungsauflagen verstoßen hat	2
	unbekannt	9
12.	**Sexualdelinquenz**	
	keine Anhaltspunkte, dass der Proband hochfrequent sexuell gewalttätiges Verhalten gezeigt hat, wenn er dazu die Gelegenheit hatte	0
	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband hochfrequent sexuell gewalttätiges Verhalten gezeigt hat, wenn er dazu die Gelegenheit hatte	1
	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband hochfrequent sexuell gewalttätiges Verhalten gezeigt hat, wenn er dazu die Gelegenheit hatte	2
	unbekannt	9
13.	**Multiple Formen der Sexualdelinquenz**	
	keine Anhaltspunkte, dass der Proband multiple Arten von Sexualdelikten begangen hat	0
	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband multiple Arten von Sexualdelikten begangen hat	1
	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband multiple Arten von Sexualdelikten begangen hat	2
	unbekannt	9
14.	**Verletzung der Opfer der Sexualdelikte**	
	keine Anhaltspunkte, dass der Proband bei Sexualdelikten seinem(n) Opfer(n) körperliche Verletzungen zugefügt hat	0
	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband bei Sexualdelikten seinem(n) Opfer(n) körperliche Verletzungen zugefügt hat	1

DOI: 10.1486/9783884144152

	Psychosoziale Anpassung	
	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband bei Sexualdelikten seinem(n) Opfer(n) körperliche Verletzungen zugefügt hat	2
	unbekannt	9
15.	**Waffengebrauch/Todesdrohungen gegen Opfer**	
	keine Anhaltspunkte, dass der Proband während des Sexualdelikts Waffen oder Todesdrohungen eingesetzt hat	0
	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband während des Sexualdelikts Waffen oder Todesdrohungen eingesetzt hat	1
	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband während des Sexualdelikts Waffen oder Todesdrohungen eingesetzt hat	2
	unbekannt	9
16.	**Zunahme der Deliktfrequenz oder Deliktschwere**	
	keine Anhaltspunkte, dass die Entwicklung der Sexualdelinquenz bei dem Probanden in Häufigkeit oder Schwere progredient verlaufen ist	0
	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass die Entwicklung der Sexualdelinquenz bei dem Probanden in Häufigkeit oder Schwere progredient verlaufen ist	1
	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass die Entwicklung der Sexualdelinquenz bei dem Probanden in Häufigkeit oder Schwere progredient verlaufen ist	2
	unbekannt	9
17.	**Extremes Bagatellisieren oder Leugnen**	
	keine Anhaltspunkte, dass der Proband von ihm begangene sexuelle Gewalttaten extrem bagatellisiert oder leugnet	0
	mögliche oder nicht eindeutige Anhaltspunkte, dass der Proband von ihm begangene sexuelle Gewalttaten extrem bagatellisiert oder leugnet	1
	konkrete und eindeutige Anhaltspunkte, dass der Proband von ihm begangene sexuelle Gewalttaten extrem bagatellisiert oder leugnet	2
	unbekannt	9
18.	**Deliktfördernde Ansichten**	
	keine Anhaltspunkte, dass der Proband Einstellungen beipflichtet, die sexuelle Gewalt unterstützen oder billigen	0
	mögliche oder nicht eindeutige Anhaltspunkte, dass der Proband Einstellungen beipflichtet, die sexuelle Gewalt unterstützen oder billigen	1
	konkrete und eindeutige Anhaltspunkte, dass der Proband Einstellungen beipflichtet, die sexuelle Gewalt unterstützen oder billigen	2
	unbekannt	9
19.	**Fehlen realistischer Pläne**	
	keine Anhaltspunkte, dass der Proband keine realistischen Zukunftspläne entwickelt und verwirklicht hat	0
	mögliche oder unvollständige Anhaltspunkte, dass der Proband keine realistischen Zukunftspläne entwickelt und verwirklicht hat	1
	konkrete und vollständige Anhaltspunkte, dass der Proband keine realistischen Zukunftspläne entwickelt und verwirklicht hat	2
	unbekannt	9
20.	**Ablehnung weiterer Interventionen**	
	keine Anhaltspunkte, dass der Proband gegenüber Intervention ablehnend eingestellt ist	0
	mögliche oder nicht eindeutige Anhaltspunkte, dass der Proband gegenüber Intervention ablehnend eingestellt ist	1
	konkrete und eindeutige Anhaltspunkte, dass der Proband gegenüber Intervention ablehnend eingestellt ist	2
	unbekannt	9

DOI: 10.1486/9783884144152

Ebenfalls speziell für die Prognoseeinschätzung bei Sexualdelinquenten wurde aus einer Metaanalyse einer Vielzahl von Verlaufsuntersuchungenbei Sexualstraftätern aus verschiedenen Institutionen, vorwiegend im englischen und anglo-amerikanischen Raum, die Merkmalskataloge »Static-99« und in revidierter Form »Static 2002« entwickelt.

Der Static-99 von Hanson und Thornton (1999) vergibt für jedes Merkmal entweder den Wert »0« für nicht zutreffend, bzw. »1« für zutreffend. Für Item fünf können maximal drei Punkte vergeben werden. Es können maximal zwölf Punkte erreicht werden. Als Schwellenwert wird die Summe »6« angegeben: In der Orginalstichprobe zum Static-99 waren 52 % der Täter mit einem Wert von ≥ 6 erneut mit einem Sexualdelikt auffällig geworden, 59 % mit einem Gewaltdelikt (Nedopil 2005, 118 f.).

Tab. 27: Merkmale des Static-99

1. Alter zwischen 18 und 25 Jahren
2. Nie verheiratet
3. Gegenwärtiges Delikt (auch) nicht sexuelle Gewalttätigkeit
4. Frühere nicht-sexuelle Gewalttätigkeit
5. Frühere Sexualdelikte (0 bis 3 Punkte)
6. Vier oder mehr Vorverurteilungen
7. Sexualdelikte ohne Berührung
8. Opfer, die nicht verwandt sind
9. Fremde als Opfer
10. Männliche Opfer

In der Revision des Prognoseinstruments, dem Static-2002 (Nedopil 2005, 120), erfolgte zur Vereinfachung die Zuordnung der einzelnen Merkmale auf einer Skala, die einzelnen Merkmale wurden neu zusammengestellt. Allerdings wurde der Static-2002 bislang in der Praxis nur selten empirisch evaluiert, sodass aktuell beide Merkmalskataloge parallel Verwendung finden. Der Vollständigkeit halber soll das Prognoseinstrument Static-2002 hier aber ebenfalls aufgeführt werden(Tabelle 28).

Um therapeutisch bearbeitbare Merkmale im Umgang mit Sexualstraftätern, vor allem in der Resozialisierungsphase verlässlich berücksichtigen und für die Prognose nutzbar machen zu können, befragte der Autor des Static-99 Therapeuten und Mitarbeiter der Bewährungshilfe nach deren Einschätzung, welche dynamischen Risikofaktoren bei Sexualstraftätern vorliegen. In der Auswertung dieser Interviews wurden die Rückfälligen von den Nicht-Rückfälligen durch folgende Merkmale unterschieden:

1. Geringe soziale Unterstützung. 2. Toleranz gegenüber sexuellen Übergriffen. 3. Antisozialer Lebensstil. 4. Geringe Selbstständigkeit. 5. Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit mit der Bewährungshilfe.

DOI: 10.1486/9783884144152

Tab. 28: Merkmale des Static-2002

Alter bei der Entlassung	• Vorverurteilung wegen Sexualdelikten
Sexuelle Vordelinquenz	• Als Jugendlicher bereits Festnahmen wegen Sexualdelikten
	• Mehr als eine Verurteilung wegen eines Sexualdelikts in 15 Jahren
Deviante sexuelle Interessen	• Veruteilungen wegen berührungsfreier Sexualdelikte
	• Männliche Opfer
	• Zwei oder mehr Opfer jünger als zwölf Jahre
Beziehungen zu den Opfern	• Jemals nicht verwandtes Opfer
	• Jemals fremdes Opfer
Allgemeine Kriminalität	• Anzahl der Vorverurteilungen
	• Jemals Bewährungsversagen
	• Jahre in Freiheit vor dem Indexdelikt unter vier Jahren
	• Jemals Verurteilung wegen nicht sexueller Gewaltdelikte

Die rückfälligen Täter fielen vor den Rückfällen durch vermehrten Ärger, erhöhte Belastung und Reizbarkeit auf (Nedopil 2005, 121). Diese dynamischen Rückfallfaktoren, welche grundsätzlich als therapeutisch bearbeitbar gelten, wurden dann von Hanson und Harris (2000) im Prognoseinstrument »Sex Offender Need Assessment Rating – SONAR veröffentlicht. Auch dieses Instrument erfuhr eine Revision und wurde später unter dem Namen »Stable« publiziert. Die dynamischen Rückfallfaktoren des SONAR 2000 sind in Tabelle 29 dargestellt.

Tab. 29: SONAR 2000 (Hanson & Harris 2000)

Bedeutsame soziale Einflüsse	• Versorgungsansprüche an Menschen, für deren Sozialkontakt der Betroffene keine Gegenleistung erbringen muss
Defizite bezüglich des Intimlebens	• Defizite bei Intimpartnern
	• Emotionale Identifikation mit Kindern
	• Feindschaft Frauen gegenüber
	• Sozialer Rückzug/Einsamkeit
	• Emotionale Kälte und Dickhäutigkeit
Selbstregulierung der Sexualität	• Sexuelle Triebstärke und Präokupation
	• Sexualität als Bewältigungsstrategie
	• Deviante sexuelle Interessen
Einstellungen zur sexuellen Bedürfnisbefriedigung	• Überzeugung zur sexuellen Aktivität berechtigt zu sein
	• Vorstellung, dass »Frauen genommen werden wollen« (Rape attitudes)
	• Vorstellung, dass Kinder an sexuellen Aktivitäten mit Erwachsenen Spaß haben und dass sie einen hierzu verleiten und verführen wollen (child molester attitudes)
Kooperation mit offiziellen Kontrollorganen	• Allgemeine Selbstregulierung
	• Impulsivität
	• Unfähigkeit, Probleme kognitiv zu lösen
	• Negative Emotionalität/Hostilität

DOI: 10.1486/9783884144152

Der Sinn standardisierter und minimalisierter Prognoseinstrumente wie PCL, HCR-20, SVR-20, Static-99 oder SONAR 2000 liegt in deren Überschaubarkeit. Die eingangs zitierte »Integrierte Liste der Risikofaktoren« nach Nedopil (2001) berücksichtigt die durch Forschung als relevant erkannten Einzelfaktoren der vielfältigen Prognoseinstrumente.

Eine verantwortliche Prognosestellung muss darüber hinaus aber auch in diesen Listen nicht enthaltene, nur für den Einzelfall gültige Prognoseaspekte berücksichtigen. Diese können vielgestaltig sein und unterliegen dem Problem, dass sie im klinischen Alltag schlichtweg vergessen werden (können). Weber (1996) entwarf in diesem Zusammenhang einen klinischen Fragebogen, der dem Anspruch gerecht wird, alle möglichen in Frage kommenden Einzelaspekte aufzuzählen. Freilich ist diese Art von Checkliste wesentlich sperriger und schlecht zu handhaben: Es werden hier 80 Prognoseebenen mit insgesamt 137 Einzelaspekten genannt.

Auffallend ist die Fokussierung aller Prognosechecklisten auf negative Items, sog. Risikofaktoren. Einzig Nedopil (2001, 367) weist auf die Notwendigkeit hin, mögliche Schutzfaktoren ebenfalls zu berücksichtigen. Die Rückfallwahrscheinlichkeit hängt aber nicht nur von negativen Aspekten, sondern auch bzw. vorwiegend von einem Gleichgewicht zwischen Risiko- und protektiven Faktoren ab. Letztere sind aber, zumindest für den Bereich psychisch kranker Straftäter kaum benannt und erforscht. Lediglich aus der Forschung nach protektiven Faktoren in Bezug auf die soziale Entwicklung bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden und aus dem Bereich der Suchtkrankenbehandlung sind einige Faktoren bekannt, welche z. T. auf die Situation psychisch kranker Straftäter übertragen werden können (Nedopil 2001, 365). Die von Nedopil benannten Schutzfaktoren wurden in die Synopse protektiver Faktoren in Kapitel 5.2.2 eingearbeitet.

Ein besonderes Problem ergibt sich daraus, ob eine Prognose für einen Erst- oder einen Wiederholungstäter abgegeben werden muss. Die Faktorenvielfalt im zweiten Fall ist deutlich größer, die Eigendynamik von Rückfalltätern stellt einen eigenen Prognosebereich dar (Pfäfflin 1995, Egg 2000 b).

Einen Sonderweg hinsichtlich der Prognose weiterer Straftaten während des Therapieverlaufs geht Urbaniok (2004) mit »FOTRES – Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evalutations-System«. Das Therapieevaluationssystem ist vierphasig aufgebaut und untersucht Aspekte des strukturellen Rückfallrisikos (delinquenznahe Persönlichkeitsdisposition, spezifische Problembereiche mit Tatrelevanz, Tatmuster), der Beeinflussbarkeit (allgemeine Erfolgsaussichten, Ressourcen), Aspekte der Risikoverminderung (dynamisch) (Therapieverlauf, dominierende Einzelfaktoren) und aktuell wirksame Faktoren (labile eigenständige risikorelevante Faktoren, Korrekturfaktor). In diesem Bewertungs- und Prognoseinstrument erfolgt auch eine Orientierung an vorhandenen Ressour-

DOI: 10.1486/9783884144152

cen, welche als »Korrekturfaktoren« oder Aspekte der »Beeinflussbarkeit« im Therapieverlauf für die Prognose berücksichtigt werden. Die einzelnen Faktoren werden in Nummernwerten skaliert (0 = sehr gering, 1 = gering, 2 = moderat, 3 = erheblich, 4 = sehr hoch) und den oben beschriebenen Kategorien zugeordnet. Zwischen Risikofaktoren und Ressourcen erfolgt eine »Aufrechnung«, wodurch ein Summenwert zu den Aspekten Rückfallrisiko, zu erwartender Therapieerfolg und Therapieverlauf gebildet werden kann. »FOTRES« kann als umfassendes Prognoseinstrument gewürdigt werden, dessen Vorteile in der differenzierten Beschreibung von Einzelfällen liegt. Leider haben es die Autoren versäumt, Angaben zur Validität des Instruments zu machen und es erfolgt keine Bezugnahme auf mögliche (wissenschaftliche, forschungsbasierte) Quellen, welche die Auswahl der einzelnen Faktoren begründen könnten. Dies gilt auch für die in FOTRES genannten günstigen Faktoren, die Ressourcen: Diese scheinen beliebig und zufällig ausgewählt (vgl. Kapitel 11). Aus welchen Gründen sich das Autorenteam um Urbaniok auf speziell diese einzelnen Protektivfaktoren/Ressourcen (z. B. emotionale Intelligenz, Krankheitseinsicht, Beziehungsfähigkeit, Selbstkontrollfähigkeit) beschränkt hat, wird aus dem umfangreichen Werk nicht ersichtlich. Der Schwerpunkt liegt aber deutlich auf therapierelevanten Faktoren, welche die Therapiefähigkeit von Tätern fördern (»Therapiefähigkeit«).

Zusammengefasst bleibt die nüchterne Bilanz, dass es keine absolut sicheren Prognosen geben kann. Lockerungs- und Entlassentscheidungen können durch eine gründliche Prognosestellung sicherer gemacht werden. Die Kliniken bzw. Kliniker in der Behandlung psychisch kranker Straftäter werden immer mit einem Rest an Ungewissheit Lockerungen gewähren bzw. versagen müssen. Die Einbeziehung protektiver Faktoren in eine konkrete Prognoseaussage kann dabei die Treffgenauigkeit erhöhen. Die vorliegende Arbeit versteht sich als Beitrag in diese Richtung, in der Hoffnung, dass durch eine spätere genauere Analyse des Verhältnisses von Risiko- und Schutzfaktoren weiterentwickelte Prognoseinstrumente entwickelt werden können.

DOI: 10.1486/9783884144152

5 Thematische Einordnung und Eingrenzung der Untersuchung

Die Beschäftigung mit Fragen zur Rückfälligkeit von Sexualstraftätern hat in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen. Vordringliches Ziel war dabei, die Sicherheit für die Bevölkerung zu erhöhen, die Allgemeinheit vor möglichen Rückfalltätern zu schützen. Dabei gerieten Risikofaktoren, also die Merkmale, welche erneute Kriminalität auslösen können, in den Vordergrund. Diese Faktoren bilden das Arbeitsmaterial für jede Tätertherapie, wobei das Ziel die Minimierung der riskanten Anteile, also ein Risikomanagement ist. Dieser Behandlungsansatz geht davon aus, dass eine erfolgreiche Therapie dadurch gekennzeichnet ist, dass die devianten Anteile eines Täters kontrolliert werden müssen und können. Entsprechend findet sich diese Grundannahme in allen modernen Täterbehandlungsprogrammen unter der Überschrift »no cure, but controle« (etwa bei: Kröger 1997). Durch diese auf belastende Faktoren zentrierte Sichtweise gerieten ressourcenorientierte Behandlungsansätze in den Hintergrund, wobei die Fokussierung auf Risikovariablen in der Forensischen Psychiatrie deutlich mit der Darstellung der Gruppe »Sexualstraftäter« und der von ihr ausgehenden Gefahr in den Massenmedien korrespondiert (vgl. Leppert 1999).

Die vorliegende Forschungsarbeit versucht, den Blick auf die möglicherweise bei Sexualstraftätern bestehenden protektiven Faktoren zu richten. Dies geschieht aus zwei Gründen: Einmal kann dadurch die oft unsachliche Diskussion um Behandlungsstrategien und Rückfallphänomene einen Zugewinn an theoretischer Vertiefung und Versachlichung gewinnen. Zum anderen kann durch die Benennung protektiver Faktoren ein Beitrag für eine ressourcenorientierte Therapie geleistet werden, der in der aktuellen Behandlungslandschaft noch weitgehend fehlt.

Nowara (2001, 11) weist darauf hin, dass die bislang vorliegenden Studien zur Rückfälligkeit von Sexualstraftätern nur begrenzt aussagefähig seien. Dies ist u. a. dadurch begründet, dass die untersuchten Populationen oft sehr klein waren, nicht nach Teilgruppen von Delinquenten unterschieden wurde und die Prüfkriterien der einzelnen Studien sowie die Katamnesezeiträume sehr unterschiedlich waren. Für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Fragestellung nach protektiven Faktoren rückfallfreier Sexualstraftäter gilt diese Aussage in besonderem Maß. Eine spezielle »salutogene Forschung«, welche sich gezielt mit Schutzfaktoren bei Sexualstraftätern auseinandersetzt ist bislang nicht erfolgt. Forschungsergebnisse liegen bislang aus den Bereichen neuroti-

DOI: 10.1486/9783884144152

scher Krankheitsbilder (Reister 1995, Tress 1986) oder einzelner somatischer Erkrankungen (z. B. Ross 2000, Margraf, Siegrist & Neumer 1998) vor. Entsprechend nähert sich die vorliegende Studie auf einer beschreibenden Ebene der Fragestellung, ob vorliegende Erkenntnisse der Protektionsforschung auf die Patientengruppe »Sexualstraftäter« übertragbar sind und ob darüber hinaus neue Zusammenhänge, etwa spezielle Faktoren im Zusammenhang mit Sexualdelinquenz festzustellen sind. Notwendig erscheint dabei eine gründliche Einzelfallanalyse, um sich zunächst auf einer qualitativen Ebene der Problematik nähern zu können. Eine rein statistische Abfrage möglicher protektiver Faktoren bei der Tätergruppe »Sexualstraftäter« ist gegenwärtig noch nicht zulässig, da die Grundlage dafür, eine verbindliche »Liste« möglicher Faktoren, bislang gesichert nicht vorliegt. Die vorliegende Arbeit versteht sich in diesem Zusammenhang als Grundlagenforschung mit dem Ziel, möglichst viele protektive Faktoren der Zielgruppe zu erfassen und zu beschreiben.

5.1 Pathogenese als Denkmodell

Die Pathogenese beschreibt die Entstehung einer Krankheit, oder den Verlauf eines krankhaften Prozesses bis zu einer Erkrankung. Eine Krankheit ist eine Störung der normalen physischen oder psychischen Funktionen, die einen Grad erreicht, der die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden eines Lebewesens subjektiv oder objektiv wahrnehmbar negativ beeinflusst. In der Diagnose werden die Erkenntnisse über die Krankheitssymptome einer Krankheit und deren systematische Benennung, etwa im Diagnose- und Klassifikationssystem ICD-10 erfasst. Das Denkmodell erfasst also die Bedingungen und Faktoren, die zu einer Erkrankung führen. Damit wird erklärbar, wie es zu einer Erkrankung kommen kann. Der Krankheit als Störung »normaler« Funktionen steht der Zustand der Gesundheit gegenüber. Die World Health Organisation (WHO 1948) hat eine Idealnorm von Gesundheit als Zustand der Vollkommenheit formuliert. Gesundheit ist demnach der Zustand des vollkommenen psychischen und physischen Wohlbefindens. Diese Idealnorm wurde, schon weil sich absolute Zustände selten erreichen lassen, als realitätsfern (Bengel, Stritmatter & Willmann 1999) kritisiert.

Grundlage der Pathogenese ist ein biomedizinisches Krankheitsmodell, das sich unter dem Einfluss naturwissenschaftlicher Strömungen zu Beginn des 19. Jahrhunderts entwickelte (Faltermaier 1994). Durch eine genaue Analyse der Organe, deren Systematik und Funktionsweisen beschreibt dieses Modell den menschlichen Körper als Apparat, dessen Funktionen und Funktionsstörungen dargestellt und verstanden werden können. Krankheitssymptome werden dabei als organische Defekte erklärt. Diese Defekte, welche sich in einer spezifischen

DOI: 10.1486/9783884144152

Symptomatik ausdrücken, bilden die eigentliche Krankheit, wobei angenommen wird, dass es eine begrenzte Zahl von Ursachen gibt, z. B. Bakterien oder äußere Schädigung, welche zum Defekt führen. Im biomedizinischen Krankheitsmodell ist das Erkennen des Defekts und die Suche nach Behebungsmöglichkeiten entscheidend. Krank ist demzufolge derjenige, bei dem Veränderungen im Sinn eines Defekts festgestellt werden können.

Dieses eindimensionale Krankheitsmodell wurde bald als zu eng gefasst kritisiert. Sozialmediziner wie Engel (1979) stellten ihm ein komplexeres, bio-psycho-soziales Modell gegenüber, in dem sowohl körperliche als auch psychische und soziale Faktoren zur Erklärung von Erkrankungen einbezogen wurden. Die auf diesem Modell aufbauende Forschung konnte belegen, dass psychische und soziale Faktoren die Entstehung von Krankheiten sowie deren Verlauf, maßgeblich beeinflussen. Zuvor hatte der Psychoanalytiker und Sozialpsychologe Mitscherlich (1967) auf soziale und psychische Faktoren hingewiesen, welche beim Zustandekommen von Krankheiten eine auslösende Rolle spielen. Mit Verweis auf die psychosomatische Medizin konstatiert er (Mitscherlich 1967, 140) die Notwendigkeit einer »komplizierteren Arbeitshypothese« beim Verständnis von Krankheitsursachen, als dies in der Schulmedizin üblich sei und benennt insbesondere die leib-seelischen Zusammenhänge.

Die Erweiterung des biomedizinischen Modells um psychische und soziale Bedingungsfaktoren war aber zunächst nicht mit einer grundsätzlichen Neuorientierung in der Auseinandersetzung mit Krankheit und Gesundheit verbunden. Vielmehr ist auch hier eine Defizitorientierung festzustellen, welche ungünstige soziale Bedingungen (etwa: Baier 1967: Die Wirklichkeit der Industriegesellschaft als Krankheitsfaktor) beschreibt und Bewältigungsmöglichkeiten dieser Belastungsfaktoren entwickelt. Auf Basis der bio-psycho-sozialen Mehrebenenkasuistik entwickelten sich Gesundheitsförderungsprogramme, welche von einem Risikofaktorenmodell ausgingen. Beispielhaft hierfür seien die Präventionsprogramme für Probanden mit erhöhtem Herzinfarktrisiko genannt. Als Risikofaktoren waren hier z. B. hohe Blutfettwerte, Tabakkonsum, Bluthochdruck, Übergewicht etc. genannt, also Defizite die in der körperlichen Konstitution und im individuellen Verhalten jedes Einzelnen angesiedelt waren. Risikofaktoren waren dadurch als »beginnende Krankheit« markiert, deren endgültiger Ausbruch durch eine Änderung individueller Verhaltensweisen (Diät, Nikotinkarrenz etc.) vermieden werden sollte.

Mit der Ottawa-Charta der WHO 1986 erfuhren Gesundheitspräventionskonzepte eine wesentliche Ergänzung. Auf Grundlage des Lebensweisenkonzepts wird Gesundheit dabei nicht als Ziel, sondern als Mittel definiert (Franzkowiak & Wenzel 1982), das Individuen befähigt, eine positive Lebensgestaltung selbstverantwortlich und nicht »von oben« verordnet einzunehmen. Schlagworte dieses Ansatzes sind der »mündige Patient«, der »Dialog« zwischen Patien-

DOI: 10.1486/9783884144152

ten und Professionellen und Ansätze wie »Empowerment« (Stark 1996) und »Selbsthilfe«.

Für den Behandlungsbereich der Sexualstraftätertherapie ist eine solche fortschrittliche Entwicklung bislang noch nicht zu sehen. Wie in Kapitel 3.3 und im Exkurs zu den Prognoseverfahren dargestellt, umfassen die diagnostischen Leitlinien die Checklisten für kriminelles und sexuell-deviantes Verhalten (Boer et al. 1997, Hare 1991, 2004) Risikovariablen und belastende Items, welche zur Sexualstörung (Devianz) führen. Sicher ist die genaue Beschreibung der riskanten Anteile der devianten Strukturen von Sexualstraftätern für die Diagnosestellung von enormer Wichtigkeit, ohne diese nicht denkbar. Allerdings führt das Ausblenden möglicher protektiver Faktoren dazu, dass Behandlungsansätze, welche im Präventionsbereich angesiedelt sind, als »undenkbar« gelten. Auch in der Arbeit mit Sexualstraftätern hinkt der Maßregelvollzug der Entwicklung in der Allgemeinpsychiatrie hinterher (Hahn 2003). Gelten Präventionsprogramme und die Einbeziehung der betroffenen Patienten und deren Angehörige dort seit Jahren zum Standardprogramm (Stichwort: Soteria, Psychoseminar, Angehörigenverband), besteht die Präventionsarbeit mit Sexualstraftätern darin, sie *nach* einer Straftat zu behandeln und so evtl. neue Taten zu verhindern. Ein erster Versuch, wirkliche Präventionsarbeit mit Sexualstraftätern zu leisten, ist das 2005 initiierte Projekt »Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld« des Instituts für Sexualmedizin an der Charité in Berlin. Unter dem Titel »KEIN TÄTER WERDEN« (Charité 2005), richtet sich das Projekt an Männer, die auf Kinder gerichtete sexuelle Fantasien haben, aber keine Übergriffe (mehr) begehen wollen und therapeutische Unterstützung wünschen. In dem Forschungsprojekt sollen »Möglichkeiten präventiver Therapie zur Verhinderung bzw. Vorbeugung sexueller Übergriffe auf Kinder untersucht werden. Einbezogen in das Therapieprogramm werden sowohl Personen, die bisher (noch) nicht übergriffig geworden sind, aber befürchten, sexuelle Übergriffe auf Kinder begehen zu können (sog. ›potenzielle Dunkelfeld-Täter‹) als auch Männer, die bereits sexuelle Übergriffe auf Kinder begangen haben, aber den Strafverfolgungsbehörden (noch) nicht bekannt sind (sog. ›reale Dunkelfeld-Täter‹). Des Weiteren können Männer aufgenommen werden, die in der Vergangenheit wegen sexuellen Kindesmissbrauchs angezeigt und/oder rechtskräftig verurteilt wurden und eine ggf. gegen sie verhängte Strafe vollständig verbüßt haben. Diese Männer können jedoch nur dann einbezogen werden, wenn sie nicht (mehr) unter Bewährung und/oder Führungsaufsicht stehen und keine Therapieauflage (mehr) zu erfüllen haben. Das bedeutet, es können nur Männer teilnehmen, die nicht (mehr) unter irgendeiner Form von Aufsicht durch die Justiz stehen, d. h., nur nach vollständigem Abschluss aller rechtlichen Angelegenheiten. Teilnahmewillige Personen müssen bezüglich ihrer auf Kinder gerichteten sexuellen Impulse über ein Problembewusstsein verfügen und selbst (von sich aus) therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen wollen, um

DOI: 10.1486/9783884144152

keine sexuellen Übergriffe auf Kinder (mehr) zu begehen« (Projektausschreibung unter: www.kein-taeter-werden.de). Das Projekt, das mit finanziellen Mitteln aus der Wirtschaft gefördert wird (u. a. Volkswagenstiftung), formuliert als Ziel, den bisherigen gesellschaftlichen Umgang mit Sexualstraftätern, der nur auf deren Bestrafung und im Zwangskontext angesiedelte Behandlung beschränkt ist, so zu verändern, dass »echte« Präventionsarbeit für diese Patientengruppe geleistet werden kann. Für diese Art von Arbeit wird dann auch eine Orientierung auf die Ressourcen der Täter notwendig sein, was voraussetzt, dass die protektiven Faktoren der Betroffenen erkannt und im Rahmen der Behandlung gestärkt werden können. Im Sinn der Ottawa-Charta der WHO von 1986 (Gesundheit ist nicht Ziel, sondern Mittel der Lebensgestaltung), könnte der Ansatz dann lauten, dass das Ziel dieser Präventionsarbeit nicht die Verhinderung neuer Straftaten ist, sondern das Mittel der Behandlung die Straffreiheit ist.

5.2 Das Salutogenese-Konzept

> »Im Jahre 1970 geschah etwas, das zu einer absoluten Kehrtwendung in meiner Arbeit als Medizinsoziologe führte. Ich war mitten in der Datenanalyse einer Untersuchung über die Adaptation von Frauen verschiedener ethnischer Gruppen in Israel an das Klimakterium. (...) Aus einem Grund ... hatten wir eine simple Ja-Nein Frage zum Aufenthalt in einem Konzentrationslager gestellt. (...) 29 Prozent der Überlebenden (verfügten) über eine insgesamt recht gute emotionale Gesundheit.« (Antonovsky 1997,[1] 15)

Dieser Befund führte Antonovsky zu den zentralen Fragestellungen, welche Grundlage für das Salutogenese-Konzept wurde: Warum bleiben Menschen trotz einer Vielzahl potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund? Wie schaffen es diese Menschen (hier Frauen, die trotz des Traumas einer Internierung in einem deutschen Konzentrationslager körperlich und psychisch gesund blieben), sich von Erkrankungen wieder zu erholen und trotz hoher Belastung nicht erneut zu erkranken?

Antonvosky hat für diesen Fokus, der darin enthalten ist, den Begriff der Salutogenese geprägt. Die Bezugnahme auf das lat. »Salus« (Unverletztheit, Heil, Glück) und das griech. »Genese« (Entstehung) formuliert einen deutlichen Gegenentwurf zum biomedizinischen Ansatz der Pathogenese und des darin enthaltenen Krankheitsmodells, welches ausschließlich Risikofaktoren als Auslöser von Krankheit beschreibt.

1 Die Angaben zum Salutogenesekonzept beziehen sich, soweit nicht anders angegeben, auf die deutsche Ausgabe Antonovskys »Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit«, hrsg. von Franke (1997). Das Werk ist im Literaturindex als »Antonovsky 1997« aufgeführt.

DOI: 10.1486/9783884144152

Die Formulierung eines Gegenansatzes heißt bei Antonovsky aber nicht, künftig nicht mehr nach den Entstehungsbedingungen und Behandlungsmöglichkeiten von Krankheiten zu fragen und nur noch die Entstehung und den Erhalt von Gesundheit zu verfolgen, sondern in einer Synthese der beiden Ansätze die Annahme zu formulieren, dass Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt gleichzeitig mehr oder weniger gesund *und* mehr oder weniger krank sein können. Daraus leitet sich die nächste Frage ab: Wie wird ein Mensch mehr gesund und weniger krank?

Mit der Formulierung des Salutogenese-Konzepts erfolgte die Abkehr von der reinen Betrachtung von Risikofaktoren der pathogenen Orientierung, welche Krankheiten durch (mikrobiologische, chemische, psychosoziale etc.) Erreger ausgelöst sah. Antonovsky forschte hier nach den Faktoren, die zu einem »mehr gesunden« Zustand führen. Das Grundgerüst der Salutogenese wird besonders deutlich anhand einer Metapher, die Antonovsky als bildhaftes Beispiel für seine Sicht des Lebens und damit des Salutogenese-Konzepts benutzte:

> »... meine fundamentale philosophische Annahme ist, dass der Fluss der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: ›Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?‹.« (Antonovsky 1997, 92)

Dieses »Schwimmen im Fluss« ist der Gegenstand der Forschung Antonovskys. Dabei interessiert ihn die Fähigkeit eines Menschen, sich veränderten Gegebenheiten und Belastungen so anzupassen, dass er weiterhin »gut schwimmt«. Diese Persönlichkeitsvariable »gut schwimmen zu können« bezeichnete Antonovsky als »Kohärenzgefühl« (s. u.).

Gesundheit ist dabei kein statischer Zustand, sondern ein dynamisches Gebilde, ein aktiver und sich selbst regulierender Prozess (Krankheits-Gesundheits-Kontinuum, s. u.). Antonovsky bezieht sich auf die Erkenntnisse der Systemtheorie, auf die Modelle der organisierten Komplexität von Zuständen und verbindet diese Ansätze mit dem Vorhaben, die Kräfte zu mobilisieren, die zu einem gesünderen Zustand führen. Dabei beschränkt er sich nicht auf die Meidung von Risikofaktoren (etwa: Herzinfarktgefährdete sollen nicht rauchen), sondern setzt auf die Ressourcen, welche in einem Menschen vorhanden sind, welche den Organismus gegen schwächende Einflüsse widerstandsfähiger machen (etwa: Freude an Bewegung).

Zentrale Begriffe des Salutogenesekonzepts sind das *Kohärenzgefühl*, das *Gesundheits-Krankheitskontinuum*, die Bedeutung von *Stressoren* und *Spannungszustand und generalisierte Widerstandsressourcen*.

DOI: 10.1486/9783884144152

Das Kohärenzegefühl

Kernstück des Salutogenesekonzepts ist das Kohärenzgefühl. Diese psychologische Variable bestimmt grundsätzlich den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen. Antonovsky beschreibt diesen Faktor als »Weltanschauung«, als »Grundhaltung«, welche konkrete, sich ändernde Lebensumstände überdauert und ab einem gewissen Lebensalter relativ stabil besteht. Die Probleme dieses psychologische Phänomen in einen passenden Begriff zu fassen, rühren auch aus Übersetzungsschwierigkeiten aus dem Englischen. Die Herausgeberin der deutschen Fassung von »Unraveling the mystery of health – how people manage stress and stay well«, Franke, weist darauf hin (Antonovsky 1997, 12), dass in der deutschen Sprache keine adäquater Begriff zur Verfügung steht, Antonovskys Konstrukt »Sense of coherence« (SOC) vollständig zu erfassen. In deutschen Veröffentlichungen finden sich Übersetzungen wie »Kohärenzerleben«, Kohärenzsinn«, oder »Kohärenzempfinden«. All diese Begriffe sind Annäherungen, zeigen aber, dass wir kein deutsches Wort haben, das in diesem Zusammenhang dem englischen Begriff »sense« entspricht. Im Rahmen dieser Arbeit verwende ich die Begriffe »Kohärenzgefühl« und »SOC« parallel.

Kohärenz bedeutet in diesem Konzept Zusammenhang, Stimmigkeit. Ein hohes Kohärenzgefühl hilft dabei, trotz negativer äußerer Faktoren gesund zu bleiben bzw. schneller wieder gesund zu werden.

Antonovsky definiert das SOC folgendermaßen:

> »Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengungen und Engagement lohnen.« (Antonovsky 1997, 36)

Damit sind die drei Komponenten des SOC benannt,

1. das Gefühl von Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)
2. das Gefühl von Handhabbarkeit/Bewältigbarkeit (sense of manageability)
3. das Gefühl von Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness)

Das Gefühl von Verstehbarkeit beschreibt die Erwartung und Fähigkeit, Stimuli als geordnete, konsistente und strukturierte Informationen wahrnehmen und verarbeiten zu können und nicht Reize als chaotisch, willkürlich, zufällig oder unerklärlich wahrzunehmen. Verstehbarkeit ist hier also ein kognitives Verarbeitungsmuster, das einem Menschen in der Konfrontation mit inneren[2]

2 Antovosky weist ausdrücklich darauf hin, dass er neben den Ebenen des sozialen Umfelds auch

DOI: 10.1486/9783884144152

und äußeren Stimuli zur Verfügung steht. Personen mit einem hohen Ausmaß an Verstehbarkeit gehen davon aus, dass Stimuli, denen sie künftig begegnen werden, vorhersagbar sein oder, wenn sie überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können.

Mit »Gefühl von Handhabbarkeit« ist die Überzeugung eines Menschen gemeint, dass Schwierigkeiten lösbar sind. Antonovsky (1997, 34 f.) spricht hier von einem instrumentellen Vertrauen, dass die vorhandenen Ressourcen geeignet sind und in ausreichendem Ausmaß zur Verfügung stehen, um Anforderungen zu begegnen. Ressourcen sind solche, über die man selbst verfügen kann bzw. die von externen Institutionen (»Ehepartner, von Freunden, Kollegen, Gott, der Geschichte, vom Parteiführer oder einem Arzt«, Antonovsky 1997, 35) kontrolliert werden. Menschen mit einem hohen Gefühl an Handhabbarkeit verfügen über ein kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster, wodurch sie durch Ereignisse nicht so schnell in die Opferrolle gedrängt werden und fassen Probleme eher als Herausforderungen auf, die angenommen werden können.

Die Dimension Sinnhaftigkeit, Bedeutsamkeit stellt die motivationale Ebene des SOC dar und beschreibt das Ausmaß, wie Individuen das Leben als emotional sinnvoll empfinden können. Unter Bezugnahme auf die psychoanalytische Arbeit Viktor Frankls (Frankl 1975) ist mit der Fähigkeit, das Leben als emotional sinnvoll zu empfinden, die Komponente Bedeutsamkeit die wichtigste Ebene des SOC. Menschen, denen es nicht möglich ist, ihr Dasein als sinnvoll zu erleben, werden ihr Leben nur als Last wahrnehmen. Für sie lohnte es sich nicht, Energie zur Bewältigung von Anforderungen aufzuwenden.

Ein starkes Kohärenzgefühl führt zu einem flexiblen Umgang mit Anforderungen. Ein hoher SOC bedeutet die optimale Nutzung zahlreich vorhandener Ressourcen und damit die angemessene Bewältigung von Stressoren. Menschen mit einem hohen SOC nutzen flexibel unterschiedliche Copingstile und Copingmechanismen, wobei das Kohärenzgefühl selbst kein Copingstil ist, sondern eher eine übergeordnete, steuernde Funktion einnimmt (Antonovsky 1997, 130).

Die einzelnen Komponenten befinden sich in einem wechselseitigen Zusammenhang. Ein hohes Kohärenzgefühl liegt vor, wenn die Variablen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit hoch sind. Auch der Typus mit einem hohen Wert in den Items Verstehbarkeit und Bedeutsamkeit, aber niedrigem Wert im Item Handhabbarkeit führt tendenziell zu einem hohen SOC, während andere Konstellationen, vor allem wenn der Wert für Bedeutsamkeit niedrig ist, zu einem geringen Kohärenzgefühl führen (vgl. Antonovsky 1997, 37).

Für Antonovsky entwickelt sich das Kohärenzgefühl im Laufe der Kindheit, Jugend und Adoleszenz. Ab einem Lebensalter von ca. 30 Jahren ist das Kohä-

die internen Stimuli und Konflikte als Quelle von Reizen als höchst bedeutsam einschätzt, also eigene Bedürfnisse, Triebe etc. (Antonovsky 1997, 34).

DOI: 10.1486/9783884144152

renzgefühl vollständig ausgebildet und bleibt relativ stabil. Die Ausformung des SOC geschieht durch zwei Mechanismen, als Adaption: Einmal die Veränderung innerer Einstellungen aufgrund äußerer Veränderungen, zum anderen dadurch, dass aufgrund bestehender Einstellungen und Überzeugungen bevorzugt vertraute Erfahrungsbereiche aufgesucht werden, sodass diese bestehenden Überzeugungen eine Bestätigung erfahren. Bengel et al. (1998, 31) weisen darauf hin, dass Antonovsky in diesem Entstehungskonzept des SOC mit den Prinzipien der Assimiliation und Akkomodation zwei Grundbegriffen der kognitiven Theorie Piagets (1974) argumentiert, jedoch keine explizite Benennung dieser theoretischen Bezugnahme erfolgt.

Zur Formung der einzelnen Elemente (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit) des SOC führen Bengel et al. (1998) aus:

> »Die Komponente Verstehbarkeit wird durch Erfahrungen von Konsistenz geformt. Da Reize und Erfahrungen nicht völlig willkürlich, widersprüchlich und unvorhersehbar auftreten, können sie eingeordnet, zugeordnet und strukturiert werden. Handhabbarkeit entsteht durch das Erleben ausgewogener Belastung, d. h. die Person ist weder Über- noch Unterforderungen ausgesetzt. Sinnhaftigkeit wird durch die Erfahrung gefördert, auf die Gestaltung von Situationen Einfluss zu haben.« (ebd., 31)

Bezüglich der Veränderbarkeit des SOC im Erwachsenenalter äußerte sich Antonovsky durchgehend skeptisch. Lediglich im Rahmen drastischer Veränderungen der Lebensbedingungen und -strukturen war für ihn vorstellbar, dass sich die Ressourcen und Copingmöglichkeiten eines Menschen so ändern können, dass es zu einer grundsätzlichen Veränderung des Kohärenzgefühls kommt. Diese Auffassung sah Antonovsky besonders durch die eingangs angeführten Befunde bei älteren Frauen mit Internierungserfahrung in einem Konzentrationslager bestätigt, wodurch sich deren SOC nicht verändert hatte. Skeptisch stand Antonovsky auch den Wirkmöglichkeiten therapeutischer Beeinflussung gegenüber. Die Vorstellung, dass eine begrenzte Anzahl von Therapiesitzungen das Kohärenzgefühl bedeutsam ändern könnte, schätzte er als deutlich gering ein (Antonovsky 1997, 118). Neue Forschungsergebnisse und Therapieschulen, welche sich gezielt mit den Möglichkeiten des Salutogenesekonzepts auseinandergesetzt haben, kommen hier zu einer ganz anderen Einschätzung. Jork und Peseschkian (2003) etwa weisen in »Salutogenese und Positive Psychotherapie« darauf hin, dass die Wirkmöglichkeiten psychotherapeutischer Interventionen auf das Kohärenzgefühl in der Vergangenheit nur deswegen gering waren, weil die Fokussierung auf Konflikte und Defizite und die so verstandene Krisenbewältigung dem Modell der Pathogenese gefolgt sei. Ressourcenorientierte »positive« Psychotherapie setzt bei diesen Autoren grundsätzlich am anderen Ende an und definiert, was auch heute noch provokant klingt, das »Störungsbild« als Quelle von »positiven Anteilen und Fähigkeiten« (ebd., 90). Etwa werden bei der Beschäftigung mit Krankheitsphänomenen der »Alkoholismus (zur) ... Fähigkeit, mithilfe des

DOI: 10.1486/9783884144152

Alkohols Konflikte vorübergehend erträglicher zu machen«, oder »Anorexia nervosa (zur) ... Fähigkeit, mit wenig Mitteln auszukommen« (ebd.).

Die sich auf solche Überlegungen aufbauende »Positive Psychotherapie«, wie sie vor allem von Nossrat Peseschkian propagiert wird, mag hier noch exotisch und teilweise fragwürdig anmuten. Immerhin erfolgte aber im Rahmen der Qualitätssicherung der »Positiven Psychotherapie« der Nachweis der Wirksamkeit dieser Therapieform. »Dabei zeigten die mit Positiver Psychotherapie behandelten Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikant höhere Reduktion ihrer Symptomatik, sowie ein höheres Ausmaß an positiven Veränderungen des Erlebens und Verhaltens nach Abschluss ihrer Therapie.« (ebd., 142) Dieser Wirksamkeitsnachweis führte mittlerweile dazu, dass die »Positive Psychotherapie« eine von einzelnen Landesärztekammern anerkannte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapiemethode (Peseschkian et al. 1999) ist.

Die Ausprägung eines starken Kohärenzgefühls ist also abhängig davon, dass eine dauerhaft günstige Konstellation besteht, welche dem Individuum überwiegend positive Lernerfahrungen ermöglicht und dabei eine Balance zwischen Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten besteht. Dauerhafte Erfahrungen von Unsicherheit, Unkontrollierbarkeit oder chaotischen Zuständen, bei weitgehendem Fehlen positiver Erfahrungen führen zu einem schwachen SOC.

Antonovsky weist auf die Grenzen des SOC-Konzepts hin: Für unterschiedliche Menschen und Gruppen gelten nicht die gleichen Grundvoraussetzungen, er beschreibt keine »generalisierte Art, die Welt und das eigene Leben in ihr zu sehen« (Antonovsky 1997, 39) als Voraussetzung für ein starkes SOC. Vielmehr bestehen enorme Unterschiede: Während eine Person einen starken Rückhalt durch spirituelle Inhalte erfährt, kann für eine andere Person die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufswelt von größerer Bedeutung sein. Auch das Zusammenspiel der einzelnen salutogenetischen Faktoren untereinander ist in der Theorie bislang nicht darstellbar gewesen. Antonovsky war sich auch bewusst, dass das Kohärenzgefühl nicht die einzige Einflussgröße in Bezug auf Gesundheit ist. In der für seine Sprache typischen Art merkt er hierzu an: »Die unpolitischste Person der Welt kann eingezogen, in den Krieg geschickt und getötet werden.« (ebd.)

Das Gesundheits-Krankheitskontinuum

Neben der zentralen Bedeutung des Kohärenzgefühls für das Salutogenesekonzept, liegt in einer völlig neuen Konstruktion des Gesundheits- und Krankheitsbegriffs die innovative Kraft der Arbeit Antonovskys. Er kritisierte die übliche Differenzierung zwischen »krank« und »gesund«. Die Hinwendung zu einem Symptom, welches eine Klassifikation als »krank«, als »Krankheit« nach sich

DOI: 10.1486/9783884144152

zieht, bewertet er als eindimensional. In der Vorstellung Antonovskys ist auch »der Kranke« ein Stück weit »gesund«. Zugespitzt formuliert: Niemand ist nur zu 100 Prozent krank, sonst wäre er tot. Gleichzeitig gilt, dass niemand zu 100 Prozent gesund ist, sondern immer einen gewissen Grad an Krankheit in sich trägt. In der auf körperliche Symptome bezogenen Arbeit Antonovskys gelten diese Grundfragen vor allem auf den körperlichen Aspekt von Gesundheit, sind aber, bezieht man sich auf seine Leitfragen, auch weiter gefasst »ganzheitlich« auf das Phänomen »bio-psycho-sozialer Gesundheit« anwendbar.

In Überwindung der Dichotomie zwischen gesunden und kranken Menschen entwarf Antonovsky das Konstrukt des »Gesundheits-Krankheitskontinuum«, an dessen beiden Polen »Gesundheit« und »Krankheit« stehen. Auf der zwischen diesen Polen befindlichen Skala befindet sich in stetiger Veränderung der Mensch in unterschiedlich starken Ausprägungen von Wohlbehagen (engl. ease) und Unbehagen (engl. disease), Gesundheit und Krankheit (Antonovsky 1997, 22 f.).

Stressoren und Spannungszustand

Bedeutsam für den Erhalt von Gesundheit ist die Fähigkeit des Menschen, mit Anforderungen umzugehen. Antonovsky formulierte mit Verweis auf die Stressforschung, dass Stressoren zunächst einmal nur einen Spannungszustand darstellen, der bewältigt werden muss. Jeder Spannungszustand stellt das Individuum vor das Problem, eine Entscheidung zu treffen, wie in einer Situation reagiert werden muss, um zu einer positiven Lösung zu kommen. Gelingt die Spannungsbewältigung, wird das Gleichgewicht wieder hergestellt, gelingt sie nicht, führt das zu Belastung, Belastungsfolgen, Stress. Stressoren sind nach Antonovsky also zunächst Handlungsaufforderungen, um Anforderungen zu bewältigen. Personen mit einem hohen Kohärenzgefühl sind dabei eher in der Lage, Situationen als neutral (weil: erkennbar, handhabbar, sinnvoll) zu erleben, als Personen mit einem schwächeren Kohärenzgefühl, welche (unbekannte) Situationen eher als ungünstig oder bedrohlich (weil: unübersichtlich, schlecht handhabbar, ohne erkennbaren Sinn) erleben. Selbst wenn Personen mit einem hohen SOC eine Situation als bedrohlich erleben, werden sie durch ihre Erfahrung, dass sich Situationen bewältigen lassen, durch ihren SOC derart geschützt, dass sie z. B. eher mit situationsangemessenen und zielgerichteten Gefühlen reagieren und entsprechend lösungsorientierter handeln können (vgl. Bengel et al. 1998, 33 f.).

Hier lässt sich die Grundfrage des Salutogenesekonzepts (»Was hält gesund?«) weiter differenzieren: Die Frage lautet, wie pathogene Stressoren in gesundheitsbezogene Herausforderungen umgeformt werden können.

DOI: 10.1486/9783884144152

Generalisierte Widerstandsressourcen

Diese »Umformung« eines pathogenen Stressors in eine gesundheitsbezogene Herausforderung geschieht durch Spannungsbewältigung, wofür dem Individuum unterschiedliche Variablen und Faktoren zur Verfügung stehen. Antonovsky hat für diese Bewältigungsfaktoren den Begriff der »Generalisierten Widerstandsressourcen« eingeführt. Diese Ressourcen können in Persönlichkeitsmerkmalen (Intelligenz, körperliche Faktoren, Copingmechanismen), aber auch auf der sozialen Ebene (Unterstützung, ökonomische Ausstattung, kulturelle Stabilität) liegen.

Generalisiert wirken diese einzelnen Faktoren in Situationen unterschiedlichster Art, indem sie die Widerstandsfähigkeit einer Person erhöhen. Widerstandsressourcen bilden also das Potenzial, aus dem eine Person zur Bewältigung von Spannungszuständen schöpfen kann. Gleichzeitig prägen sie die Lebenserfahrungen und ermöglichen es, bedeutsame und kohärente Lebenserfahrungen zu machen (vgl. Bengel et al. 1998, 34).

Die einzelnen Elemente des Salutogenesekonzepts wirken zusammen, haben untereinander Abhängigkeiten und Beeinflussungsgrößen und bilden den je konkreten Gesundheitszustand einer Person. In Abbildung 9 (S. 168) werden die einzelnen Elemente und ihre Zusammenhänge schematisch dargestellt.

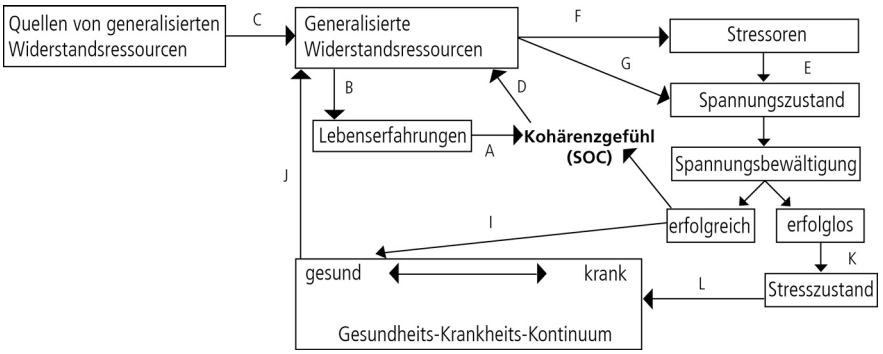
Antonovsky hat darauf hingewiesen, dass das Kohärenzgefühl auf unterschiedlichen Ebenen bewirkt, dass sich Spannungen in eine Belastung verwandeln, dass neutrale Situationen zu bedrohlichen werden. Nach Antonovsky können drei Wirkungsweisen des SOC beschrieben werden:

Tab. 30: Wirkungsweisen des SOC (nach Bengel et al. 1998, 37)

Wirkungsebene	Wirkungsweise
A Organismus	Direkte Beeinflussung des ZNS, Immunsystems, Hormonsystems. Beeinflussung der gedanklichen Entscheidungsprozesse (Kognitionen), die darüber entscheiden, wie (gefährlich, neutral) Situationen bewertet werden. Der SOC hat damit eine Filterfunktion bei der Verarbeitung von Informationen
B Mobilisierung von Ressourcen	Erfolgreicher Einsatz von Ressourcen führt zur Spannungsreduktion, dadurch indirekte Beeinflussung der physiologischen Systeme der Stressverarbeitung
C Präventive Haltung	Beeinflussung der Entscheidungsprozesse zugunsten gesundheitsfördernder, bzw. -erhalten der und Vermeidung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen. Durch die Auswirkung auf das Gesundheitsverhalten indirekter Einfluss auf den Gesundheitszustand

Angemerkt sei hier noch, dass die Annahmen und Befunde Antonovskys durch die Forschungsergebnisse jüngerer interdisziplinärer Forschungsbereiche, wie der Psychoneuroimmunologie bestätigt werden. Diese Forschungsrichtung lehrt uns, das Krankheiten nicht allein auf der körperlichen Ebene entstehen: Das Immunsystem wird auch vom Empfinden, Fühlen und Denken beeinflusst, fördernd oder

DOI: 10.1486/9783884144152



A: Lebenserfahrungen formen Kohärenzgefühl; B: Generalisierte Widerstandsressourcen bedingen Art und Ausmaß der Lebenserfahrungen (körperl. Faktoren, Intelligenz, soziale Unterstützung, ökonom. Situation, Copingmechanismen); C: Auswirkungen des soziokulturellen und historischen Kontext, persönliche Einstellungen und zufällige Ereignisse wirken auf die Widerstandsressourcen; D: Stärke des SOC bedingt, ob Ressourcen genutzt werden können; E: Stressoren konfrontieren mit nicht automatisch beantwortbaren Reizen, Entstehung von Spannungszuständen; F: Mobilisierte Widerstandsressourcen bedingen Art des Umgangs mit Stressoren; G: Mobilisierte Widerstandsressourcen beeinflussen den Umgang mit Stressoren und dadurch den Spannungszustand; H: Das Gelingen der Spannungsreduktion (»erfolgreiches Bewältigen«) wirkt stärkend auf SOC; I: Erfolgreiche Spannungsreduktion wirkt sich günstig auf die Position im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus (»Gesundheit«); J: Günstige Positionierung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ermöglicht wiederum den leichteren Erwerb neuer Widerstandsressourcen; K: Erfolgloser Versuch des Spannungsabbaus führt zu Stresszustand; L: Stresszustand aus erfolglosem Versuch des Spannungsabbaus steht in Wechselwirkung mit den auslösenden pathogenen Faktoren, wirkt sich negativ auf die Position im Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus (»Krankheit«)

Abb. 9: Schematische Darstellung des Modells der Salutogenese nach Antonovsky (1979, 184 f. und 1997, 200 f.)

hemmend. So schwächen Depressionen, Versagungsängste oder auch Einsamkeit das Immunsystem. Dagegen werden die Immunfunktionen von Lebensfreude, Gelassenheit, Fröhlichkeit und Liebe gefördert. Weiterhin scheint einseitiger (übermäßig selbstbezogener) Egoismus zu Überreaktionen, zu Autoimmunreaktionen zu führen, die schließlich das Immunsystem erschöpfen. Diese wenigen Hinweise müssen in der vorliegenden Arbeit, neben einem Verweis auf weiterführende Literatur (Henning 1998) genügen.

Die Relevanz des Konstrukts Salutogenese als Protektivfaktor, seine Stimmigkeit wurde bislang in wissenschaftlichen Studien nur unzureichend empirisch belegt (Viehhauser 2000, 82, Geyer 2000). Vor allem fehlen Studien zur Entwicklung des Kohärenzgefühls im Längsschnitt. Immerhin belegen die bisherigen Forschungsergebnisse die Hypothese, dass das SOC-Konstrukt eine potenzielle salutogene Ressource darstellt (ebd.), allerdings konnte die Theorie des SOC nicht die von Antonovsky vorausgesagte zentrale Stellung innerhalb der Gesundheitsförderung einnehmen, konkurriert dort weiterhin mit den Mo-

DOI: 10.1486/9783884144152

dellen der Selbstwirksamkeitserwartung, Kontrollüberzeugungen, verschiedenen Optimismus-Konstrukten und den Theorien zur Identitätsbildung. Seine Stärke entwickelt das SOC-Konstrukt in einer bewussten Abgrenzung von anderen Modellen der Ressourcentheorie, indem Antonovsky betont, dass die Kontrolle und Bewältigung von Situationen nicht nur durch eigene Handlungen, sondern auch durch ein Vertrauen auf externe (»mächtige«) Faktoren bestimmt wird. Entscheidend ist für Antonovsky das Vertrauen, dass sich die Angelegenheiten gut entwickeln und zwar so gut »wie man es vernünftigerweise erwarten kann« (Antonovsky 1997, 34). Antonovsky kritisiert hier die Betonung internaler Kontrollüberzeugungskonzepte als typische Wertorientierung westlich-industrialisierter Kulturen und bietet hierzu eine sinnvolle Erweiterung des Betrachtungszhorizonts. Für deren Differenzierung und Evaluation bedarf es dringend weiterer Forschung und Weiterentwicklung des SOC-Konstrukts.

Die Darstellung potenziell schädlicher und potenziell förderlicher Faktoren in den beiden letzen Abschnitten wirft die Frage nach der Beziehung zwischen Risiko- und Schutzfaktoren auf. Sind protektive Faktoren eine völlig andere, eigenständige Variable gegenüber den Risikofaktoren oder sind sie nur die Umkehr belastender Aspekte? Viehhauser (2000, 41) weist darauf hin, dass für eine strikte Abgrenzung zwischen den beiden Variablen sichergestellt sein muss, dass protektive Faktoren nicht einfach als Komplement eines Risikofaktors erfolgen dürfen, vielmehr eine eigenständige Definition und Operationalisierung von Schutzfaktoren erfolgen müsse. Andere Autoren (Rutter 1990) gehen von einem spezifischen Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren aus, wobei protektive Faktoren die negative Wirkung eines Risikofaktors in dem Sinn moderieren, dass protektive Merkmale Risikoeffekte mindern oder völlig aufheben können. Entsprechend führt hier das Fehlen von Schutzfaktoren zur vollen Auswirkung eines Risikoaspekts. Allerdings bleibt die Wirksamkeit von protektiven Faktoren nicht auf das Zusammentreffen auf und die Abwendung von Risikofaktoren beschränkt, sondern es besteht ein unspezifischer Fördereffekt, der sich auf Risikogruppen und die Gesamtbevölkerung gleichermaßen auswirkt (vgl. Lauch, Esser & Schmidt 1997, 264).

Antonovsky (1997, 44) selbst bietet für das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren erneut die Idee des Kontinuums an: Auf dessen Extrempunkten liegen, analog zum Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, die Variablen »generalisierte Widerstandsressourcen« und »Widerstandsdefizite«. Je näher eine Person dem Pol Widerstandsressourcen ist, desto höher ist ihr Kohärenzsinn (und: entsprechend gesund), je näher die Person dem Pol Widerstandsdefizite ist, entwickelt sie einen entsprechend niedrigeren Kohärenzsinn und durchläuft u. U. krankhafte Entwicklungen. Dabei gilt, dass die Abwesenheit von Belastungsfaktoren nicht automatisch zu Gesundheit führt, sondern unabhängig von der Risikominderung auch protektive Einflüsse aufgebaut werden müssen.

DOI: 10.1486/9783884144152

5.2.1 Überblick zur Protektions- und Life-Event-Forschung

Das größte deutschsprachige Forschungsprojekt zur Häufigkeit (Prävalenz) und dem Verlauf psychischer Erkrankungen, den Bedingungsvariablen der Entwicklung psychischer Erkrankung, ist das Mannheimer Kohortenprojekt (Franz et al. 2000, Hönmann & Schepank 1983, Reister 1995, Schepank 1990, Schepank et al. 1984, Tress 1986). Bei der Suche nach den Ursachen für unterschiedliche Verläufe psychogener Erkrankungen in der »Normalbevölkerung« wurden hier auch umfangreiche protektive Faktoren benannt.

In einem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft initiierten Sonderforschungsbereich 116 »Psychiatrische Epidemiologie« am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim wurde von 1978 bis 1985 das Projekt »Kohortenuntersuchung und Follow-up-Studie über die Erkrankungen gemäß ICD-Ziffer 300 bis 307 (WHO-Klassifikation, 8. Revision)« unter dem Untertitel »Eine Felduntersuchung zur Ermittlung des Krankheitsverlaufes sowie des Anteils neurotischer und anderer psychogener Störungen in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von deutschen Erwachsenen des Stadtkreises Mannheim« durchgeführt. Ziel dieser beschreibenden Studie war es zunächst, die Verbreitung psychogener Erkrankungen in einer westdeutschen Universitäts- und Industriestadt zu erforschen (Tress 1986, 56). Erfasst wurden je 200 Mannheimer Bürger der Geburtsjahrgänge (Kohorten) 1935, 1945 und 1955. Damit konnte die Risikozeit einer Erstmanifestation psychogener Erkrankungen weit gefasst werden und der Einfluss dreier unterschiedlicher Kollektivschicksale (Geburt in der Vorkriegszeit mit Aufwachsen in der Kriegszeit, Geburt am Ende des Krieges mit Aufwachsen in den Nöten der Nachkriegszeit und Geburt im westdeutschen »Wirtschaftswunder und Aufwachsen in einer Zeit expandierender wirtschaftlicher Prosperität) berücksichtigt werden. Fragestellung der Untersuchung von Tress (1986) war, den Zusammenhang zwischen frühkindlichen traumatischen Erfahrungen und dem frühen Schutz gegen psychogene Störungen zu erforschen. Ohne direkte Bezugnahme auf Antonovsky und das Salutogenesemodell beschreibt dieses Forschungsprojekt, wie in der frühen Kindheit durch Belastungsfaktoren traumatisierte Menschen unter »Nutzung« förderlicher Kindheitsfaktoren, die ebenfalls vorlagen, psychisch stabil bleiben konnten. Wesentlicher Befund dieser Forschung ist, dass das Vorliegen wenigstens einer stabilen, positiven Bezugsperson während der frühen Kindheit stark mit der seelischen Gesundheit im Erwachsenenalter korreliert (vgl. Kapitel 5.2.2). Auch wenn die Ergebnisse Tress' (1986) als vorläufig eingeschätzt werden müssen, findet sich darin ein wichtiger protektiver Faktor aus der frühen Kindheitsphase, nämlich die Bestätigung der These, dass ein Strukturwandel in der Persönlichkeit von Individuen vom dyadischen zum triadischen Objektbezug ausschließlich auf der Grundlage einer guten dyadischen Primärbeziehung erfolgen kann. Dazu Tress (1986, 150):

DOI: 10.1486/9783884144152

> »Die Entwicklung des Kindes zu seelischer Gesundheit im Erwachsenenalter trotz hoher psychosozialer Belastungen während der Vorschulzeit bedarf unabdingbar einer real gegenwärtigen, zuverlässigen und guten Bezugsperson, wobei das Kind zu dieser Person eine intensive Beziehung herstellen und durchhalten können muss. Damit trifft sich unser retrospektiver Untersuchungsplan mit den entwicklungsbegleitenden Forschungen ... und gibt einen Beleg dafür, dass den Erinnerungen Erwachsener an bedeutsame Personen der frühen Kindheit durchaus biografisches Gewicht zukommt.«

Reister (1995) bezieht sich in seiner Auswertung des Datenmaterials auf den Sonderforschungsbereich 116.

Das Life-event-Konzept ging aus der stresspsychologischen Forschung hervor. Die Grundannahme dieses Ansatzes besagt, dass eine Person vor Ausbruch einer Krankheit einer gehäuften Belastung durch life-events ausgesetzt war, etwa den Tod eines nahen Angehörigen, Verlust des Arbeitsplatzes oder kurzfristiger Wohnortwechsel. Die Life-event-Forschung ist für die Betrachtung von protektiven Faktoren insofern relevant, dass besondere life-events, neben ihrer generierenden Wirkung bzgl. der Entstehung von Krankheit/Störung, auch Einfluss auf den Verlauf einer Krankheit/Störung haben können. Life-events können subjektiv als schwer belastend, leicht belastend oder neutral erlebt werden. Das subjektive Erleben von Belastungen (Stressoren) hängt wiederum von individuellen Faktoren (etwa dem Vorhandensein und der Ausprägung protektiver Faktoren und des Kohärenzgefühls) und Aspekten des social support ab und wirkt sich auf die Ausprägung der Stressbewältigungsmechanismen (Coping) aus. Holmes und Rahe (1967) haben eine Liste von gut vierzig belastenden, lebensverändernden Ereignissen zusammengestellt. Auf Grundlage dieser Forschung konnte in mehreren Untersuchungen der Zusammenhang von Lebenskrisen und (körperlichen) Erkrankungen nachgewiesen werden, etwa in Bezug auf die Entstehung von Herzanfällen oder Allergien. Als bedeutsame Lebensereignisse wurden in der »Social Readjustment Rating Scale«) 43 Lebensereignisse in einer Rangfolge aufgelistet (Tabelle 31, S. 172).

Schepank (199, 92) weist darauf hin, dass Lebensereignisse akut auf die Lebensführung einwirken oder als chronische Merkmale eine Grunddisposition (i. S. einer Vulnerabilität) darstellen können, welche im Zusammentreffen mit einem Belastungserlebnis zur Ausbildung von Krankheitssymptomen führen können. Wiederholtes Auftreten eines einzelnen Belastungsfaktors sowie das Zusammenwirken mehrerer, unterschiedlicher Lebensereignisse wirken sich generell potenzierend auf die Erkrankungs- bzw. Störungsentwicklung aus.

In der Studie von Schepank (1990) kommt dabei der Rolle von Familien- und Partnerkonflikten eine zentrale Bedeutung zu. Generell werden hier unbewältigte soziale Konflikte im engen sozialen Umfeld als pathogen beschrieben (ebd., 97). Dabei ließen sich »Übergänge« von Konflikten aus der Herkunftsfamilie zu aktuellen Konfliktmustern in engen Beziehungen des Erwachsenenalters darstellen.

DOI: 10.1486/9783884144152

Tab. 31: Social Readjustment Rating Scale (Holmes & Rahe 1967)

Rang	Geschehnis	Wert
1	Tod des Ehegatten	100
2	Scheidung	73
3	Trennung ohne Scheidung	65
4	Gefängnisstrafe	63
5	Tod eines nahen Familienmitglieds	63
6	Verletzung oder Krankheit	53
7	Hochzeit	50
8	Entlassenwerden	47
9	Wiederversöhnung nach Streit mit Ehegatten	45
10	Pensionierung	45
11	Erkrankung eines Familienmitglieds	44
12	Schwangerschaft	40
13	Sexuelle Schwierigkeiten	39
14	Vergrößerung der Familie	39
15	Berufliche Veränderungen	39
16	Veränderungen im finanziellen Bereich	38
17	Tod eines nahen Freundes	37
18	Wechsel an einen Arbeitsplatz mit ungewohnter Tätigkeit	36
19	Veränderungen i. d. Anzahl der Auseinandersetzungen mit Ehegatten	35
20	Aufnahme einer Hypothek > 10 000 Dollar	31
21	Verfallen einer Hypothek oder eines Darlehens	30
22	Veränderung in den beruflichen Aufgaben	29
23	Kind verlässt Familie	29
24	Schwierigkeiten mit Verwandten des Ehegatten	29
25	Außergewöhnliche persönliche Leistung	28
26	Ehefrau fängt mit einer Arbeit an oder hört auf	26
27	Schulbeginn/-abschluss	26
28	Veränderung in den Lebensumständen	25
29	Aufgabe persönlicher Gewohnheiten	24
30	Schwierigkeiten mit Chef	23
31	Veränderungen in den Arbeitszeiten/-bedingungen	20
32	Umzug	20
33	Schulwechsel	20
34	Veränderungen im Freizeitbereich	19
35	Veränderungen in den kirchlichen Aktivitäten	19
36	Veränderungen in den sozialen Aktivitäten	18
37	Aufnahme einer Hypothek oder eines Darlehens < 10 000Dollar	17
38	Veränderungen in den Schlafgewohnheiten	16
39	Veränderungen in Anzahl der Familienzusammenkünfte	15
40	Veränderungen der Essgewohnheiten	15
41	Ferien	13
42	Weihnachten	12
43	Kleinere Gesetzesverstöße	11

DOI: 10.1486/9783884144152

Unter Bezugnahme auf Erklärungsansätze aus Lerntheorie und psychoanalytischer Theorie wird dort beschrieben, dass in der Kindheit erlebte Partnerprobleme der Eltern, eine gestörte Eltern-Kind-Beziehung und ein damit fehlendes Modell für angemessene Konfliktlösung zur Ausbildung einer latenten Grundbeeinträchtigung führen können. Im Erwachsenenalter lassen sich dann bei psychogener Beeinträchtigung entsprechende Familienkonflikte aufzeigen, etwa in aktuellen Partnerschaften oder Familienkonstellationen.

Das Auftreten von kritischen Lebensereignissen und deren Bewältigung hängt von der Verfügbarkeit von Stressverarbeitungsfähigkeiten (Coping) und sozialen Unterstützungsmechanismen (Schepank 1990, 91) ab. Die Copingmechanismen beruhen dabei auf Copingressourcen (Prystav 1981), also grundlegenden Bedingungen, welche als Basis für gelingende Bewältigung von Lebensaufgaben gesehen werden müssen. Diese Copingressourcen (genannt werden hier »interne Ressourcen« wie Gesundheit, Fähigkeit zum Problemlösen, Wertvorstellungen, Überzeugungen und »externen Ressourcen« wie soziale Unterstützung und Verständnis des Partners), welche als wichtige Voraussetzungen für effiziente Copingprozesse gesehen werden, können im Sinn der Theorie Antonovskys als salutogene Faktoren aufgefasst werden.

Als life-event können auch Aspekte der sozialen Unterstützung aufgefasst werden. Das Ausmaß der sozialen Ressourcen und deren Nutzbarkeit haben eine zusätzliche Wirkweise bei der Bewältigung individueller Krisen (Schepank 1990, 106). Generell werden zwei Aspekte sozialer Unterstützung diskutiert: Die sog. *Haupteffekthypothese*, welche besagt, dass das Fehlen sozialer Unterstützung mit einem erhöhten Risiko, psychogen oder körperlich zu erkranken einhergeht. Die *Puffereffekthypothese* dagegen beschreibt die gesundheitsfördernde bzw. stressreduzierende Auswirkung sozialer Unterstützung auf eine Person, bezogen auf konkrete belastende Situationen (ebd.). Im Kontext des Salutogenese-Ansatzes hat hier die zweite Hypothese Bedeutung: Das Vorhandensein sozialer Unterstützung als salutogener Faktor (vgl. Kapitel 5.2.2), der nicht in der Person des Betroffenen liegt, sondern in der sozialen Umwelt.

Tress (1986) forschte im Rahmen des »Mannheimer Kohortenprojekts« (s. o.) danach, wie frühkindlich belastete Menschen trotzt ihrer ungünstigen Startbedingungen »heil ins Erwachsenenalter gelangen« (ebd., 7) können. Belegt wird in dieser Studie die Hypothese, dass die Existenz einer positiven, stabilen Bezugsperson während der frühen Kindheit eine bedeutsame Rolle in der Genese von erwachsenen Personen in dem Sinne innehat, dass benachteiligte Kinder im Zuge ihrer Entwicklung doch alle massiven Nachteile überwinden können (ebd., 55).

Einen Überblick zu Forschungsarbeiten, die sich mit dem Salutogenese-Ansatz auseinandersetzen, geben Bengel, Strittmatter und Willmann (1999). Die dort analysierten 38 Studien aus den Jahren 1986–1997 untersuchten unter-

DOI: 10.1486/9783884144152

schiedliche Variablen des Kohärenzgefühls wie Bildung, Schichtzugehörigkeit, Berufstätigkeit, psychisches Wohlbefinden, familiäre Zufriedenheit, Geschlecht, Alter, Ernährungsverhalten, sportliche Aktivität, ethnische Zugehörigkeit, erlernte Hilflosigkeit, institutionelle Hilfe, Lebenszufriedenheit, Stresserleben, Copingstrategien. Die Ergebnisse der Studien beruhen auf zum Teil sehr kleine Stichproben (N = 48), belegen aber in ihrer Zusammenschau die Beziehung zwischen Kohärenzgefühl und Krisenbewältigung. Bedeutsam sind die Forschungsergebnisse, die z. B. beschreiben, dass Frauen über einen geringern SOC-Wert als Männer verfügen (ebd., 115), das »hochgesunde« Menschen über einen höheren SOC-Wert verfügen als eine Kontrollgruppe (ebd.), dass der SOC-Wert nicht von der ethnischen Zugehörigkeit eines Menschen abhängig ist (ebd., 117), oder dass eine optimistische Grundhaltung und ein hoher SOC miteinander korrelieren (ebd., 118).

Neben dem Problem, dass die Stichproben der einzelnen Untersuchung stark unterschiedlich sind, fällt auf, dass sich die Studien meist auf spezielle Zielgruppen (Frauen behinderter Männer, Schüler im Evakuierungsbereich des Sinai, Personen mit Bluthochdruck etc.) beziehen. Damit sind zwar Hinweise für einzelne Teilgruppen der Bevölkerung (in einzelnen Ländern) gegeben, eine Übertragbarkeit auf die Gesamtbevölkerung oder auf andere Teilgruppen (etwa: Sexualstraftäter) ist damit jedoch nicht möglich.

Einzelne protektive Aspekte werden zudem äußerst unkritisch reflektiert. Bei vielen in der Forschung erhobenen Protektivfaktoren besteht die Gefahr, dass ein »Zuviel des Guten« nicht mehr protektiv wirken kann. Beispielsweise kann eine enge Bindung an eine Bezugsperson die Gefahr der Überbehütung oder Abhängigkeit bergen. Leistungsmotivation kann als protektiver Faktor ein Vorteil und Schutzfaktor sein. Im Zusammenhang mit dem Störungsbild der Anorexia nervosa wird genau dieser Aspekt als übersteigerte Leistungsbereitschaft als Auslöser der Erkrankung diskutiert. Auch für das Konzept der Selbstwirksamkeit ist eine Risikowendung denkbar: Diese wird in extremer Form zu egoistischen, soziopathischen Persönlichkeiten oder zu unempathischem, antisozialem Verhalten führen (Bender & Lösel 1998).

Bei der retrospektiven Erfassung biografischer Ereignisse ist auch mit Verzerrungen zu rechnen, welche schlecht zu objektivieren sind. Erinnerung ist ein kreativer Akt, in dem Deutungen und Bewertungen enthalten sind. Damit besteht generell das Problem der Qualität des Datenmaterials, das darin besteht ob es überhaupt möglich ist, in Erzählungen tatsächlich Erlebtes von fiktionaler Darstellung zu unterscheiden (Bilmmann-Mahecha 1996). Erinnerungsmängel, Fehldeutungen, Rechtfertigungen, das Bedürfnis sich positiv darzustellen, Missverständnisse sind einige Aspekte dieser Problematik.

Insgesamt ist das Zusammenwirken protektiver Faktoren im Prozess der Resilienz nur unzulänglich untersucht, was auch daran liegt, dass die Thematik

DOI: 10.1486/9783884144152

methodisch schwer zugänglich ist. Unklar ist z. B. ob protektive Faktoren ihr Wirkung nur bei Vorliegen eines Risikofaktors entfalten oder generell wirksam sind, oder ob eine Ressource einen protektiven Faktor, deren Abwesenheit einen Risikofaktor darstellt (Schulte-Closs & Baisch 1996). Gemeint ist damit auch, ob Protektivfaktoren die Kehrseite von Risikofaktoren darstellen.

5.2.2 Protektive Faktoren im Prozess der Lebens- und Krisenbewältigung

Im Salutogenesekonzept Antonovskys werden eine Reihe von Schutzfaktoren genannt. Antonovsky selbst nennt sie generalisierte Widerstandsfaktoren. Das Vorliegen einzelner solcher Faktoren, die Wechselwirkung dieser Faktoren untereinander wirken direkt auf die Möglichkeiten eines Menschen, Anforderungen zu bewältigen. Dabei muss zwischen internen und externen Ressourcen unterschieden werden. Viehhauser (2000, 40) weist darauf hin, dass zwischen Umwelt und Individuum zahlreiche Transaktionen ablaufen. So erfordert der Zugriff auf die Ressourcen der Umwelt, z. B. das Nutzen angebotener Hilfe, die Fähigkeit und Bereitschaft einer Person, diese Hilfe überhaupt wahrzunehmen und die soziale Kompetenz, das Hilfeangebot auch tatsächlich abzufragen. Im Folgenden sind die in der wissenschaftlichen Literatur auffindbaren protektiven Faktoren zusammengestellt. In diese Liste wurden die Elemente des Konzepts zum Kohärenzgefühl (SOC) nach Antonovsky (1997) aufgenommen, auch wenn diese Aspekte keine protektiven Faktoren im engeren Sinn sind.

Die in Tabelle 32 aufgeführten protektiven Faktoren stammen aus unterschiedlichen Forschungszusammenhängen (etwa Verlaufsformen der Sexualkriminalität oder aus der Schulsozialarbeit). Die Zusammenstellung erfolgte, um erstmalig eine Zusammenschau der in der Literatur verfügbaren protektiven Faktoren zu ermöglichen und so für die Datenauswertung der vorliegenden Arbeit nutzbar zu machen. Einzelne Aussagen dieser Zusammenstellung wurden zudem nicht unter direkter Bezugnahme auf das Salutogenese-Konzept getroffen, etwa die von Berner und Karlick-Bolten (1986) genannten Aspekte), wurden jedoch als positive Kriterien (hier im Kontext Legalbewährung) gekennzeichnet. Hier erfolgte die Benennung der direkt genutzten Literaturstellen. Die Wirksamkeit der genannten Aspekte wurde zum Großteil nicht in repräsentativen Studien nachgewiesen. Hier steht die Salutogeneseforschung noch am Anfang (vgl. Straus & Höfer 2000, 125). Genannt wurden die Faktoren, welche eine schützende Funktion haben können.

Als protektive Faktoren im weiteren Sinn können die von Dittmann (1998, 2000) in der »Kriterienliste der Schweizer Fachkommissionen des Strafvollzugskonkordates der Nordwest- und Innerschweiz« aufgeführten »günstigen Kriterien« verstanden werden. Diese Aspekte beziehen sich auf Prognosesituationen

DOI: 10.1486/9783884144152

Tab. 32: Synopse protektiver Faktoren in der Lebens- und Krisenbewältigung[3]

Faktoren-ebene	Item	Symptombezug	Quelle
P	Gefühl von Verstehbarkeit (SOC)	Gesundheit allgemein	Antonovsky (1997, 34) [1]
P	Gefühl von Handhabbarkeit (SOC)	Gesundheit allgemein	[1]
P	Gefühl von Sinnhaftigkeit (SOC)	Gesundheit allgemein	[1], (35)
P/T	Alter des Täters (höheres Alter, geringere Rückfallwahrscheinlichkeit)	Delinquenz	Berner & Karlick-Bolten (1986; 180) [2]; Schmucker (2004; 34)
P/F	Konstante Erziehungssituation mit beiden Elternteilen, ohne Heimunterbringung	Delinquenz	[2],(181)
P/TH	Motivation für Therapie	Delinquenz	[2], (182)
S/T	Gute Beziehungsfähigkeit	Delinquenz	[2], (183)
S/T	Partnerschaftliche Bindung, »Ehe«	Delinquenz	[2], (183)
S/T	»Gute« Beziehung zum Bewährungshelfer	Delinquenz	[2], (183)
P/TH	Einhalten von Therapieauflagen	Delinquenz	[2], (183)
P-S/F/J	Dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson	Psychische/psychosomat. Störung	Deneke (1999,125)* [3]
P-S/F/J	Großfamilie, kompensatorische Elternbeziehungen, Entlastung der Mutter	Psychische/psychosomat. Störung	[3], (125)
P-S/F	Gutes Ersatzmilieu nach frühem Mutterverlust	Psychische/psychosomat. Störung	[3], (125)
P	Überdurchschnittliche Intelligenz	Psychische/psychosomat. Störung	[3], 8125)
P	Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament	Psychische/psychosomat. Störung	[3], (125)
P	Sicheres Bindungsverhalten	Psychische/psychosomat. Störung	[3], (125)
S/J	Soziale Förderung (z. B. Jugendgruppen, Schule, Kirche)	Psychische/psychosomat. Störung	[3], (125)
S/A	Verlässliche unterstützende Bezugspersonen im Erwachsenenalter	Psychische/psychosomat. Störung	[3], (125)
S	Lebenszeitlich späteres Eingehen »schwer auflösbarer Beziehungen«	Psychische/psychosomat. Störung	[3], (125)
P-S/F/J/A	Geringere Risikogesamtbelastung	Psychische/psychosomat. Störung	[3], (125)
P	Geschlecht (Mädchen weniger vulnerabel als Jungen)	Psychische/psychosomat. Störung	[3], 125)
S/A	Soziale Unterstützung durch »Versicherung emotionaler Verbundenheit« durch andere	Psychogene Störung	House (1981) [4]
S/A	Soziale Unterstützung in Form instrumenteller Hilfen (Besorgungen, Information)	Psychogene Störung	[4]
S/A	Vertrauensvolle, enge Beziehung zu mindestens einer Person	Psychogene Störung	[4]
S/A	Eine in allen Qualitäten als befriedigend erlebte Partnerschaft, mit adäquaten Konfliktlösungsstrategien beider Partner, keine Trennungsanzeichen	Psychogene Störung	Schepank (1990) [5]

3 Auf eine Nennung rein körperlich-medizinischer Faktoren wird im Zusammenhang dieser Arbeit verzichtet, da der Forschungsgegenstand rein psychosoziale Fragestellungen sind.

DOI: 10.1486/9783884144152

Faktoren-ebene	Item	Symptombezug	Quelle
S/A	Enge Freundschaft zu einer weiteren Person außerhalb bestehender Partnerschaft, welche als »emotionale Ergänzung« zur Liebesbeziehung angesehen und erlebt wird, darin hoher instrumenteller support (Information, finanzielle Hilfen)	Psychogene Störung	[5]
P	Verfügen über eine akkurate Realitätswahrnehmung	Gesundheit allgemein	Lamprecht & Gunkel (2004, 191) [6]
P	Grundsätzliche Akzeptanz der Natur, anderer Menschen und der eigenen Person	Gesundheit allgemein	[6], (191)
P	Spontaneität, Natürlichkeit und Unkompliziertheit	Gesundheit allgemein	[6], (191)
P	Zeigen von Gefühlen	Gesundheit allgemein	[6], (191)
P	Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln	Gesundheit allgemein	[6], (191)
P	Fähigkeit zur Einnahme externer sozialer Rollen	Gesundheit allgemein	[6], (191)
P	Befriedigende berufliche Tätigkeit und Berücksichtigen privater Bedürfnisse (auch Bedürfnis nach Unabhängigkeit	Gesundheit allgemein	[6], (191)
P	Autonomes Funktionieren	Gesundheit allgemein	[6], (191)
P	Anerkennen jeder neuen Erfahrung, Dankbarkeit über Besitz und mögliche Selbsterfahrung, Wertschätzung der »Geschenke des Lebens«	Gesundheit allgemein	[6], 191)
P/S/Sp	Vorhandensein von Schlüsselerlebnissen, Beeinflussbarkeit durch mystisch-transzendentale Erfahrungen	Gesundheit allgemein	[6], (191)
P/S	Soziales Interesse, Berührbarkeit in Beziehungen zu anderen Menschen, Gemeinschaftssinn	Gesundheit allgemein	[6], (191)
P	Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten	Gesundheit allgemein	[6], (191)
P	»Demokratische und ethisch reife Charakterstruktur« (frei von autoritären Zügen, moralische Grundsätze)	Gesundheit allgemein	[6], (191)
P	Tolerante Einstellung gegenüber Fremdem und anderen Menschen	Gesundheit allgemein	[6], (191)
P	Philosophisch geprägter Humor	Gesundheit allgemein	[6], (191)
P	Kreativität in der Reaktion auf die Umwelt, innovative Kompetenz, friedfertiger Nonkonformismus	Gesundheit allgemein	[6], (191)
P	Selbstgenügsamkeit, Autarkie, Resistenz gegenüber sozialem Druck	Gesundheit allgemein	[6], (191)
T	Geringe strafrechtliche Vorbelastung	Delinquenz	Nowara (2001, 130)[4] [7]
P/T	Höheres Lebensalter: wenn > 31 Jahre ⇒ geringere Rückfälligkeit	Delinquenz	[7], (130)
J	Heimunterbringung i. d. Kindheit	Delinquenz	[7], (130)
T	Nur ein Tatopfer	Delinquenz	[7], (130)
T	Weibliches Tatopfer	Delinquenz	[7], (130)
TH	Gute Therapiemotivation	Delinquenz	[7], (130)

4 Nowara benennt in ihrer Studie Merkmale nicht einschlägig rückfälliger Sexualstraftäter, ohne diese explizit als protektive Faktoren zu kennzeichnen. Vielmehr geht sie – in der gewohnt auf Risikofaktoren zentrierten forensischen Sichtweise – davon aus, dass bei Prognosebeurteilung möglichst alle Risikofaktoren benannt werden müssen. Die Chance, mögliche schützende Faktoren zu erkennen und ggf. zu stützen und auszubauen, ist damit – zunächst – vergeben.

DOI: 10.1486/9783884144152

Faktoren-ebene	Item	Symptombezug	Quelle
TH	Beenden einer spez. Sexualtherapie	Delinquenz	[7], (130)
TH	Kurze stationäre Phase im Maßregelvollzug	Delinquenz	[7], (130)
S	Einbindung in soziales Netz (Angehörige und Professionals)	Delinquenz	[7], (130)
P	Fähigkeit zur Wahrnehmung eigener Emotionen (Emotionale Intelligenz)	Gesundheit allgemein	[1], (138)
P	Fähigkeit, eigene Gefühle möglichen Auslösern zuzuordnen (Emotionale Intelligenz)	Gesundheit allgemein	[1], (138)
P	Fähigkeit, eigene Gefühle zu regulieren (Emotionale Intelligenz)	Gesundheit allgemein	[1], (138)
P	Aktives Coping (Verfügbarkeit von Energie, um die Aufmerksamkeit auf Quellen potenzieller Schwierigkeiten zu lenken; eine klare Artikulation des Wahrnehmungsfeldes mit Differenzierung der internalen und externalen Umgebung als Quellen potenzieller Schwierigkeiten; eher Konfrontation als Vermeidung von Komplexität und Konflikt in der externalen Umgebung; Aufrechterhaltung einer optimalen Balance zwischen den Anforderungen der Realität und des Selbst)	Gesundheit allgemein	[1], (135)
P/S/A	Subjektive Wahrnehmung des materiellen Wohlstandes	Gesundheit allgemein	Wydler, Kolip & Abel (2000, 120) [8]
P/S/A	Gute Einkommensgrundlage	Gesundheit allgemein	[8], (120)
P/S/A	Zufriedenheit mit Wohnverhältnissen	Gesundheit allgemein	[8], (120)
P/S/A	Erreichter eigener Bildungsabschluss	Gesundheit allgemein	[8], (120)
P/S/A	Bildungsabschlüsse der Eltern	Gesundheit allgemein	[8], (120)
P/S/A	Peer-Orientierung in der Freizeit	Gesundheit allgemein	[8], (120)
P/S/A	Verfügbarkeit eines besten Freundes/Freundin	Gesundheit allgemein	[8], (120)
P/S/A	Erfahrene Anerkennung im Freundeskreis, in der Familie	Gesundheit allgemein	[8], (120)
P/S/A	Befriedigende Beziehung zu den Eltern	Gesundheit allgemein	[8], (120)
P/S/A	Wahrnehmung der sozialen Unterstützung	Gesundheit allgemein	[8]
P/S/F	Vorhandensein wenigstens einer stabilen, positiven Bezugsperson während der frühen Kindheit	Psychogene Erkrankung	Tress (1986, 101) [9], Reister (1986, 55)
P/S/F	Aufwachsen unter Geschwistern	Psychogene Erkrankung	[9], (95)
P/S/F	Abwesenheit des psychisch schwerwiegend gestörten Vaters	Psychogene Erkrankung	[9], (90)
S/U	Gute frühkindliche, stabile und zugängliche Bezugsperson	Psychogene Erkrankung	[9]
S/U	Erstgeborener sein	Psychogene Erkrankung	[9]
P/S/F	Vier oder weniger Kinder in der Herkunftsfamilie im Altersabstand von mehr als zwei Jahren	Psychosoziale Gesundheit	Werner & Smith (1982) [10]
P/S/F	Nachhaltige Zuwendung zum Säugling während der ersten Lebensmonate	Psychosoziale Gesundheit	[10]
P/S/F	Eine positive Beziehung der leiblichen Eltern zum Kind während der frühen Kindheit	Psychosoziale Gesundheit	[10]
P/S/F	Die Präsenz zusätzlicher Pflegepersonen neben der Mutter	Psychosoziale Gesundheit	[10]
P/S/F	Zuwendung durch ältere Geschwister und Großeltern	Psychosoziale Gesundheit	[10]

DOI: 10.1486/9783884144152

Faktoren-ebene	Item	Symptombezug	Quelle
P/S/F	Die dosierte Beschäftigung der Mutter außerhalb des Hauses	Psychosoziale Gesundheit	[10]
P/S/F	Die Verfügbarkeit von Gleichaltrigen und Nachbarn zu emotionaler Unterstützung	Psychosoziale Gesundheit	[10]
P	Aktivität	Psychosoziale Gesundheit	[10]
P/S	Gutes Sozialverhalten, soziale Kompetenz	Psychosoziale Gesundheit	[10]
P	Gute kommunikative Fähigkeiten	Psychosoziale Gesundheit	[10]
P	Internale Kontrollüberzeugungen	Psychosoziale Gesundheit	[10]
P/S	Liebevolle Beziehung zu einer Bezugsperson	Psychosoziale Gesundheit	[10]
S/U	Geregeltes Alltagsleben	Psychosoziale Gesundheit	[10]
P/S	Soziale Kompetenzen im Kindesalter	Psychosoziale Gesundheit	[10]
P	Mindestens durchschnittliche Intelligenz	Psychosoziale Gesundheit	[10]
P	Fähigkeit zur Gefühlskontrolle	Psychosoziale Gesundheit	[10]
P/S	Adäquate Konfliktlösung	Psychosoziale Gesundheit	[10]
S/U	Akzeptanz in der Gleichaltrigengruppe	Psychosoziale Gesundheit	[10]
P/S/F	Klare Strukturen und Regeln in Haushalt und Familienleben	Psychosoziale Gesundheit	[10]
P/A	Höheres Lebensalter (Abnahme der Delinquenz ab 50 Jahren)	Sexualdelikte	Nedopil (2005, 129)
P/S/T/TH/JA	12 Kriterienbereiche der Dittmann-Liste (s.u.) mit 37 Einzelaspekten	Kriminalität	Dittmann (1998), Dittmann (2000)
U	Gesunde Umwelt	Gesundheit	Viehhauser (2000, 35) [11]
U	Angebot gesunder Nahrung	Gesundheit	[11], (35)
U	Schutzeinrichtungen vor gesundheitlicher Gefährdung am Arbeitsplatz, im Wohnbereich und im Straßenverkehr	Gesundheit	[11], (35)
S	Intakte soziale Netzwerke/Unterstützung	Gesundheit	[11], (35)
U/S	Förderliche Arbeitsbedingungen	Gesundheit	[11], (35)
U	Günstige materielle Bedingungen (Einkommen, Wohnung)	Gesundheit	[11], (35)
U	Gut funktionierendes Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem	Gesundheit	[11], (35)
U/S	Demokratische und rechtsstaatliche politische Rahmenbedingungen	Gesundheit	[11], (35)
P	Geringe Labilität des autonomen Nervensystems	Gesundheit	[11], (35)
P	Konstitutionelle Invulnerabilität	Gesundheit	[11], (35)
P	Liebesfähigkeit	Gesundheit	[11], (35)
P	Hohes Selbstwertgefühl	Gesundheit	[11], (35)
P	Habituelles Gesundheitsverhalten (gesunde Ernährung, Bewegung, Entspannung und Erholung)	Gesundheit	[11], (35)
P	Humor/Lachen	Gesundheit	[11], (35)
P	Internale Kontrollüberzeugungen	Gesundheit	[11], (47f)
P	Effizientes Bewältigungsverhalten/Effektives Coping	Psychosoziale Gesundheit	Becker (1992, 65); [12]

DOI: 10.1486/9783884144152

Faktoren-ebene	Item	Symptombezug	Quelle
P	Positive emotionale Reaktionen	Psychosoziale Gesundheit	[12], (65)
P	Positives Gesundheitsverhalten	Psychosoziale Gesundheit	[12], (66)
P	Gute Belastungsvermeidung	Psychosoziale Gesundheit	[12], (66)
P	Rationale Überzeugungen, dadurch Vermeidung belastender Bedingungen	Psychosoziale Gesundheit	[12], (67)
P/S	Fähigkeit, externe Ressourcen und soziale Stützsysteme zu nutzen	Psychosoziale Gesundheit	[12], (68)
P	Selbstkontrollfähigkeit	Psychosoziale Gesundheit	[11], (99)
P	Erholungsfähigkeit (umweltbezogen, aufgabenbezogen, personenbezogen)	Gesundheit	[11], (110)
P/S	Positive Alltagsereignisse	Gesundheit	[11], (122)
P	Genussfähigkeit	Gesundheit	[11], (125)
P/S	Flow-Erleben[5]	Gesundheit	[11], (128)
P	Positive Selbsteinschätzung	Psychosoziale Gesundheit	Seifer et al. (1992, 897) [13]
S	Soziale Unterstützung	Psychosoziale Gesundheit	[13], (898)
S/U	Wenig kritische Lebensereignisse	Psychosoziale Gesundheit	[13], (809)
P	Flexibles und annäherungsorientiertes Temperament	Psychosoziale Gesundheit	Lösel et al. (1989) [14]
P	Leistungsmotivation	Psychosoziale Gesundheit	[14]
P	Positives Selbstwertgefühl	Psychosoziale Gesundheit	[14]
P	Problemlösender Copingstil	Psychosoziale Gesundheit	[14]
P	Geringe Hilflosigkeit	Psychosoziale Gesundheit	Lösel et al. (1992) [15]
P	Beziehungs- und Aufgabenorientierung	Psychosoziale Gesundheit	[15]
S	Positive Beziehungen zu primären Bezugspersonen	Psychosoziale Gesundheit	Cowen et al. (1992) [16]
S	Stabiles familiäres Umfeld	Psychosoziale Gesundheit	[16]
S	Positive Erwartungen hinsichtlich der Zukunft	Psychosoziale Gesundheit	[16]
P	Große Empathie	Psychosoziale Gesundheit	[16]
P	Hoffnungspotenzial	Psychosoziale Gesundheit	[16]
S	Stabile gute Bezugsperson	Psychogene Erkrankung	Reister (1995) [17]
S	Nicht-neurotische Beziehung zum Erzieher	Psychogene Erkrankung	[17]
P	Flexibilität	Psychogene Erkrankung	[17]
S	Seelisch gesunde Mutter	Psychogene Erkrankung	[17]

5 Der Begriff »Flow« steht für das Erlebenis, das sich einstellt, wenn ein Mensch bei einer herausfordernden Tätigkeit völlig in dieser aufgeht, sich und die Welt dabei vergisst und diese Aktivität subjektiv als ein müheloses »Durch-die-Zeit-Fließen« empfindet, als Sinnbild dafür steht das intensiv spielende Kind.

DOI: 10.1486/9783884144152

Faktoren-ebene	Item	Symptombezug	Quelle
S	Aktiv im Verein	Psychogene Erkrankung	[17]
A	Abgeschlossene Berufsausbildung	Psychogene Erkrankung	[17]
P	Selbstverantwortung	Psychosoziale Gesundheit	Strittmatter & Bengel (1996) [18]
P	Fürsorglichkeit	Psychosoziale Gesundheit	[18]
P	Betonung positiver Lebensaspekte ohne Verleugnung von Risikofaktoren und Vulnerabilitäten (Lebenszufriedenheit	Psychosoziale Gesundheit	[18]
S/A	Schrittweises Durchlaufen einschneidender Lebensereignisse	Psychosoziale Gesundheit	Dross (1991) [19]
P	Zulassen von Emotionen	Psychosoziale Gesundheit	[19]
S	Soziale Beziehungen	Psychosoziale Gesundheit	[19]
A/S	Selbstbestimmte Aktivitäten	Psychosoziale Gesundheit	[19]
U	Günstige ökonomische Bedingungen	Psychosoziale Gesundheit	[19]
A	»Funktionieren« (im Alltag)	Psychosoziale Gesundheit	[19]
A	Sich wohl fühlen	Psychosoziale Gesundheit	[19]
P	Leben selbst beeinflussen können (»Control«)	Psychosoziale Gesundheit	Kobasa (1979) [20]
P	Belastung als Herausforderung erleben (»Commitment«)	Psychosoziale Gesundheit	[20]
P	Identifikation mit Tätigkeit	Psychosoziale Gesundheit	[20]
P	Lebenszufriedenheit	Psychosoziale Gesundheit	
S	Verständnis des Partners	Gesundheit allgemein	Prystav (1989)
P/S	Für jemanden wichtig sein	Sexualdelinquenz	Gutiérrez-Lobos et al. (1999 a, 167) [21]
P/S	Mit jemandem über Gefühle sprechen können	Sexualdelinquenz	[21]
S	Finanzielle und materielle Unterstützung haben	Sexualdelinquenz	[21]
S	Sich auf jemanden verlassen können	Sexualdelinquenz	[21]
P/S	Vorbilder haben	Sexualdelinquenz	[21]
S	Funktionierendes soziales Netzwerk	Sexualdelinquenz	[21]
S	Stabile intime Beziehung	Sexualdelinquenz	[21]
S	Mit jemandem über Sexualität sprechen	Sexualdelinquenz	Gutiérrez-Lobos et al. (1999 b; 87) [22]
J	Hohe Selbstachtung und positive soziale Orientierung des Kindes	Psychosoziale Gesundheit	Margraf, Siegrist & Neumer (1998, 165) [23]
J	Psychosoziale Anpassungsfähigkeit des Kindes	Psychosoziale Gesundheit	[23]
J	Adäquate soziale Unterstützung	Psychosoziale Gesundheit	[23]
J	Wärme, Harmonie und Kohäsion in der Familie	Psychosoziale Gesundheit	[23]
J	Hoher sozioökonomischer Status	Psychosoziale Gesundheit	[23]
P/Th	Abgeschlossene Deliktbearbeitung	Straffälligkeit	Weber (1996) [24]

DOI: 10.1486/9783884144152

Faktoren-ebene	Item	Symptombezug	Quelle
P/Th	Therapiemotivation	Straffälligkeit	[24]
P/Th	Reue	Straffälligkeit	[24]
P/Th	Opferempathie	Straffälligkeit	[24]
P	Unkomplizierte, positive Lebenseinstellung, die positive Reaktionen des Umfelds hervorruft	Straffälligkeit	Nedopil (2001, 367) [25]
P	Fähigkeit zur Distanzierung von negativen Einflüssen	Straffälligkeit	[25]
P	Fähigkeit zur Herstellung von sinnhaften Bezügen zw. eigenem Verhalten und der eigenen Lebensperspektive	Straffälligkeit	[25]
P	Fähigkeit zur Empathie und damit verbunden Aufrechterhalten von sozialen Beziehungen	Straffälligkeit	[25]
P	Realistische Einschätzung der Anforderungen durch die Umwelt und der eigenen Chancen	Straffälligkeit	[25]
S	Emotionale Zuwendung	Straffälligkeit	[25]
S	Kontrolle und Konsistenz im familiären, schulischen oder beruflichen Bereich	Straffälligkeit	[25]
P/S	Vorbilder, die selbst resilientes Verhalten zeigten	Straffälligkeit	[25]
S	Soziale Beziehungen zu und Unterstützung durch nicht delinquente Personen	Straffälligkeit	[25]
S	Beruflicher oder schul. Erfolg und damit Bindung an die dortigen Werte	Straffälligkeit	[25]
P	Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten	Straffälligkeit	[25]
P	Aggressivitätsmindernde kognitive Schemata, Überzeugungen und Informationsprozesse	Straffälligkeit	[25]
P	Erfahrung von Struktur und Sinn im eigenen Leben	Straffälligkeit	[25]
S	Stabile heterosexuelle Beziehung	Sexualdelinquenz	Berner & Bolterauer (1995) [26]
S	Stabiles Arbeitsverhältnis	Sexualdelinquenz	[26]

Legende: P= Persönlichkeitsfaktoren; S= Soziale Faktoren; T= Tatbezogene Faktoren; F= Bezogen auf die Frühsozialisation; TH = Therapiebezogen; J= Bezogen auf die Jugend; A= Aktuelle Lebenssituation; U= Umwelt; Sp= Spirituelle Ebene

DOI: 10.1486/9783884144152

im Vollzug, bei Lockerung, Urlaub oder anstehender Entlassung. Die dabei berücksichtigten Faktoren gehen über die Persönlichkeitsvariablen und sozialen Merkmale hinaus, berücksichtigen etwa den therapeutischen Hintergrund sowie therapeutische Variablen. Da diese Kriterienliste auch für die vorliegende Arbeit von Bedeutung ist, sind in Tabelle 33 die positiven Kriterien der Dittmannliste aufgeführt.

Tab. 33: Positive Prognosekriterien der Schweizer Fachkommission (Dittmann 1998, 2000)

Kriterienebene	Positive Prognoseaspekte
1. Analyse der Anlasstat(en)	• Einzeldelikt ohne übermäßige Gewaltanwendung • hochspezifische Täter-Opfer-Beziehung • Mittäterschaft unter Gruppendruck
2. Bisherige Kriminalitätsentwicklung	• Kriminalität als Ausdruck lebensphasischer Veränderungen, eines schicksalhaften Konfliktes oder einer besonderen aktuellen Situation
3. Persönlichkeit, vorhandene psychische Störung	• vorübergehende kurzfristige psychische Störung, z. B. Reaktion auf spezifische Lebenssituation, auch einmalige psychotische Episode, rascher Rückgang der Symptomatik • vorübergehender Einfluss psychotroper Substanzen ohne süchtige Bindung • weitgehend unauffällige Persönlichkeitsentwicklung • unauffällige Testpsychologie
4. Einsicht des Täters in Krankheit/Störung	• der Täter erkennt und akzeptiert das krankhafte, störende oder abweichende seines Verhaltens • offene Selbstdarstellung
5. Soziale Kompetenz	• gute soziale Leistungsfähigkeit in allen Bereichen, stabile Arbeitsverhältnisse • interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten • im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben • Einfühlungsvermögen und Toleranz • intakte familiäre oder partnerschaftliche Beziehungen • stabile Freundschaften
6. Spezifisches Konfliktverhalten	• die Tat entwickelte sich aus einer bisher einmaligen spezifischen Konfliktsituation, aus der Vorgeschichte ersichtlich, dass der Täter in ähnlichen Situationen sich anders verhalten konnte und verhalten hat • gute Belastbarkeit in anderen Konfliktsituationen
7. Auseinandersetzung mit der Tat	• der Täter ist bereit, sich intensiv mit seiner Tat auseinanderzusetzen, insb. hinsichtlich Motivanalyse und der verletzten ethischen Normen, erkennbares Bedauern oder Reue • Auseinandersetzung mit der Situation des Opfers, Bemühen um Ausgleich und Wiedergutmachung, sofern nicht rein taktisch
8. Allgemeine Therapiemöglichkeiten	• für die beim Täter vorhandene psychische Störung ist grundsätzlich eine gut wirksame Behandlungsmethode bekannt
9. Reale Therapiemöglichkeiten	• es ist eine Institution vorhanden, die das für die Behandlung des Täters benötigte Therapiekonzept und den entsprechenden Rahmen anbietet und die bereit ist, den Täter aufzunehmen
10. Therapiebereitschaft	• Offenheit und gute, vertrauensvolle Bindung an die Therapeuten und sonstige Bezugspersonen • der Täter bemüht sich aktiv um eine Therapiemöglichkeit, er ist zur Mitarbeit auch unter Inkaufnahme von Nachteilen bereit

DOI: 10.1486/9783884144152

Kriterienebene	Positive Prognoseaspekte
11. Sozialer Empfangsraum bei Lockerung Urlaub, Entlassung	• Einbindung in Familie oder Partnerschaft, tragfähige, verlässliche Kontakte zu Hilfspersonen (Bewährungshilfe, Schutzaufsicht, Vormund etc.) • gesichertes Einkommen, Wohnung etc. • Zugang zu Opfern durch spezifische Bedingungen erschwert • gute Kontrollmöglichkeit • Annehmen von Unterstützung • realistische Zukunftsplanung mit angemessenen Erwartungen
12. Bisheriger Verlauf nach der (den) letzten Tat(en)	• keine weitere Delinquenz, sofern diese von den äußeren Bedingungen her möglich gewesen wäre • Besserung der deliktfördernden psychiatrischen Symptomatik • Nachreifung und Festigung der Persönlichkeit • erhöhte Frustrationstoleranz und Ausdauer • gute Anpassungsfähigkeit und ausreichende Sozialkontakte in der Institution (nicht formelle Scheinanpassung außerhalb des deliktspezifischen Problemfeldes z. B. Sexualdelinquenz) • Erlernen neuer Konflikt- und Problemlösungsstrategien • Aufbau von Hemmungsfaktoren

Für die Sexualdelinquenzforschung ziehen Berner und Karlick-Bolten (1986, 185) den Schluss, dass in Zukunft »besonders psychosoziale Phänomene im Auge« behalten werden »müssen, seien das Wirkungsmechanismen der Frühsozialisation, oder Kompensationsmöglichkeiten bei Beziehungsstörungen im Erwachsenenalter«. Diese frühe Forderung nach einer Berücksichtigung protektiver Faktoren wurde in der Forschungspraxis jedoch kaum ernst genommen.[6] Erst Nedopil (2001) greift diesen Denkansatz auf und beschreibt seine Relevanz für die Prognoseforschung und Eigenschaften, die Sexualstraftaten verhindern helfen können (ebd., 367).

Neben den hier beschriebenen protektiven Faktoren spielt auch eine besondere Rolle, welche Strategien zur Bewältigung von Problemen (Copingstile) ein Mensch – im Zusammenhang mit dieser Studie: ein rückfallfreier Sexualstraftäter – verwendet. Die im Selbstkonzept enthaltenen Copingstrategien können als handlungsleitende subjektive Situationsdefinitionen aufgefasst werden, welche in unterschiedlichen Situationen präsent sind. In der Interaktionen mit anderen Menschen, z. B. auch in der Begegnung mit einem späteren »potenziellen Opfer« können sie die Funktion eines Korrektivs haben. Langevin et al. (1989) haben speziell für die Gruppe der Sexualstraftäter ein Verfahren weiterentwickelt, welches acht unterschiedliche Copingstile beschreibt:

1. Verminderung: Herunterspielen der Bedeutsamkeit von Problemen
2. Vermeidung: Verhinderung von Auseinandersetzungen durch Umgehen von Problemen

6 Zu den Gründen für diese Forschungshaltung siehe Kapitel 1.

DOI: 10.1486/9783884144152

3. Hilfesuchen: Eigeninitiative für Veränderungen
4. Kenntniserweiterung: Sammlung von Informationen
5. Entlastung: Kompensation durch direkt problemmindernde oder -lösende Aktivitäten
6. Verdrängung: Kompensation durch indirekt problemmindernde oder -lösende erlebte Aktivität
7. Schuldzuweisung: Verweisung auf andere Personen oder Systeme als (teil-) verantwortliche Instanz
8. Gegensteuerung: Offensive Entgegnung auf die Probleme

Das Vorhandensein bestimmter protektiver Faktoren und die Verbindung mit einem bestimmten, persönlichkeitsabhängigen Copingstil führt dazu, dass eine bestehende Störung nicht erneut auftritt. Antonovsky hat darauf hingewiesen, dass es sich bei dem von ihm erstmals beschriebenen Kohärenzgefühl nicht um ein Bewältigungsmuster handelt, sondern um eine »globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass« die Dinge im Leben strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, ausreichend Ressourcen zur Bewältigung von Anforderungen zur Verfügung stehen und diese Anforderungen in dem Sinn Herausforderungen sind, dass sie Anstrengung und Engagement verdienten, d. h. »sinnvoll sind« (Antonovsky 1997, 36). Damit beschreibt das Konstrukt »Kohärenzgefühl« eine Persönlichkeitsvariable.

Die Unterscheidung zwischen Kohärenzgefühl, Vorhandensein unterschiedlicher protektiver Faktoren und den Copingstilen erscheint aus systematischen Gründen sinnvoll. Für die praktische Arbeit mit verurteilten Sexualstraftätern wirkt sie aber oft etwas artifiziell, insbesondere wenn unterschiedliche Copingstile kontextabhängig kombiniert auftreten. Hilfreich erscheint mir hier die Verwendung des Begriffs der »salutogenen Faktoren« (vgl. Kapitel 1), worunter die genannten Aspekte verstanden werden. Bezogen auf Lebens- und Krisenbewältigung steht so eine Sammlung von schützenden Faktoren, welche in der Person, im sozialen Feld, in Verhaltensoptionen liegen können und welche auf gefährdende Faktoren treffen und deren Überwindung oder Nicht-Überwindung wesentlich beeinflussen.

5.2.3 Felder der Protektion

Generell kann zwischen externalen und internalen protektiven Faktoren unterschieden werden. Internale Faktoren entstehen im Verständnis Antonovskys (1997) im Verlauf des Sozialisationsprozesses und bilden bis zum Erreichen des dreißigsten Lebensjahres den SOC, das Kohärenzgefühl. Damit können unterschiedliche Ressourcen-Ebenen beschrieben werden:

DOI: 10.1486/9783884144152

Tab. 34: Ressourcen-Ebenen

Internale/Externale Ebene	Biografische Phase der Entstehung
Internale Ressourcen	Kindheit
Externale Ressourcen	Kindheit
Internale Ressourcen	Erwachsenenalter
Externale Ressourcen	Erwachsenenalter
Live-Events (»Positive Umstände«)	Kindheit
Live-Events (»Positive Umstände«)	Erwachsenenalter

Ressourcen sind damit im Spannungsfeld zwischen Individuum und Gesellschaft angesiedelt. Je nachdem, in welchem Umfeld ein Mensch aufwächst (»reiche Eltern«, »Einzelkind«, »Kontinuität der Erziehungspersonen« etc.) und wie die Qualität der Lebenserfahrungen gestaltet ist (»Positive Wertschätzung und Förderung durch Eltern«, »Vertrauensbeziehungen«, »funktionierendes soziales Netzwerk«) gestalten sich innere Ressourcen aus, die wiederum dazu führen, dass externe Ressourcen aktiv genutzt werden können und förderliche Situationen gezielt aufgesucht werden. Schwarzer und Leppin (1990, 401) haben über diese Wirkzusammenhänge ein Modell zur Erklärung dieser Zusammenhänge zwischen sozialem Rückhalt und Gesundheitsverhalten entwickelt.

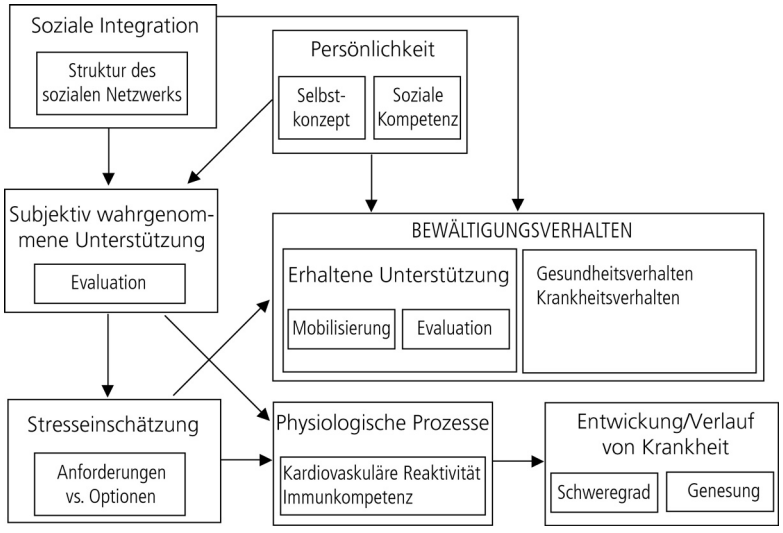


Abb. 10: Modell der Zusammenhänge zwischen sozialem Rückhalt und Gesundheit nach Schwarzer und Leppin (1989, 401)

Folgt man der Argumentation einiger Autoren (vgl. Viehhauser 2000, 93) scheint es unklar, inwieweit soziale Unterstützung tatsächlich als eine Umwelt-

DOI: 10.1486/9783884144152

oder Persönlichkeitsvariable betrachtet werden kann, oder ob nicht vielmehr die ständigen Interaktionen zwischen diesen beiden Ebenen als eigenständige Variable aufgefasst werden müssen. Betrachtet man den Aspekt der Wahrnehmung von Unterstützung, gehen eine Vielzahl von subjektiven Erwartungen und Bewertungen ein, die nicht unbedingt an der Realität ausgerichtet sein müssen. Umweltbezogen scheinen subjektive Erwartungen nur dann zu sein, wenn sie auf der Grundlage einer fortlaufenden Reflexion aktueller Interaktionserfahrungen entstehen. Siegrist (1995, 117) beschreibt in diesem Zusammenhang die unterschiedlichen Charakteristika sozialen Rückhalts, welchen er als »allgemein als positiv oder belohnend erfahrene Qualität von sozialem Austausch« (ebd.) versteht.

Tab. 35: Charakteristika sozialen Rückhalts (Tabelle in: Siegrist 1995, 117)

1. Emotionaler Rückhalt (Wertschätzung, Zuneigung, Vertrauen, Interesse, Zuwendung)
2. Rückhalt durch Anerkennung (Bestätigung, Feedback, positiver sozialer Vergleich)
3. Rückhalt durch Information (Rat, Vorschläge, Handlungsanweisungen, geteiltes Wissen)
4. Instrumentaler Rückhalt (Hilfe durch zeitliche Präsenz, [Mit-]arbeit, finanzielle Mittel

Protektive Faktoren können damit als emotionale, kognitive (psychische) soziale und biologische Merkmale aufgefasst werden, welche sich in einem interaktiven Prozess untereinander beeinflussen und gemeinsam als Regularium in Bezug auf Stressoren in dem Sinn wirken, dass sie diese Anforderungen (leichter) bewältigen helfen, bzw. eine frühzeitige Abwehr schädlicher Einflüsse ermöglichen, indem gezielt Verhaltensstrategien entwickelt werden, welche derartige negativen Reize meiden (Gesundheitsverhalten) und dafür alternative »gesunde« Verhaltensoptionen eröffnen.

Viehhauser (2002, 142 f.) nennt 15 Bereiche, in denen protektive Faktoren angesiedelt sein können. Diese Übersicht sei hier mit Verweis auf die in Kapitel 5.2.2 erstellte Synopse protektiver Faktoren dargestellt:

Tab. 36: Felder protektiver Faktoren (nach Viehhauser 2000, 142 f.)

1. Erfahrungen der persönlichen Kontrolle, Selbstwirksamkeit und Handhabbarkeit
2. Flexibler Optimismus und positive Illusionen
3. Erleben von Sinn, Bedeutsamkeit und Zielbindung
4. Toleranz gegenüber schwierigen Lebenssituationen und Veränderungen
5. Selbstbehauptung, Selbstaktualisierung und selbstbezogene Wertschätzung
6. Selbstkomplexität und multiple Identität
7. Soziale Unterstützung und Beziehungskompetenzen
8. Flexibilität des Bewältigungsverhaltens
9. Selbstkontrollfähigkeit
10. Volitionale Kompetenz (selbstgesteuerte Handlungsregulation, autonom)
11. Somatopsychische Regulationskompetenzen
12. Erholungsfähigkeit
13. Fähigkeit zur Herstellung euthymen Erlebens und Verhaltens
14. Ressourcen im Bereich der Regulation von Aufmerksamkeit
15. Management einer optimalen Anforderungs-Fähigkeits-Passung

DOI: 10.1486/9783884144152

Strittmatter und Bengel (1996) haben die unterschiedlichen Forschungsansätze zu Protektivfaktoren, Ressourcen und Invulnerabilität in fünf Gruppen unterteilt. Sie benennen Theorien zum Stress- und Bewältigungsverhalten, dispositionelle sowie situationale kognitive Stile und Attributionsmuster, Erwartungs-Wert-Theorien, sozialen Rückhalt und soziale Netzwerke sowie Laienkonzepte und Alltagswissen über Gesundheit. Diese fünf Gruppen sind den Breichen »Persönlichkeit« und »Umwelt« zugeteilt. Schematisch ergibt sich folgendes Bild zu den »Feldern der Protektion«:[7]

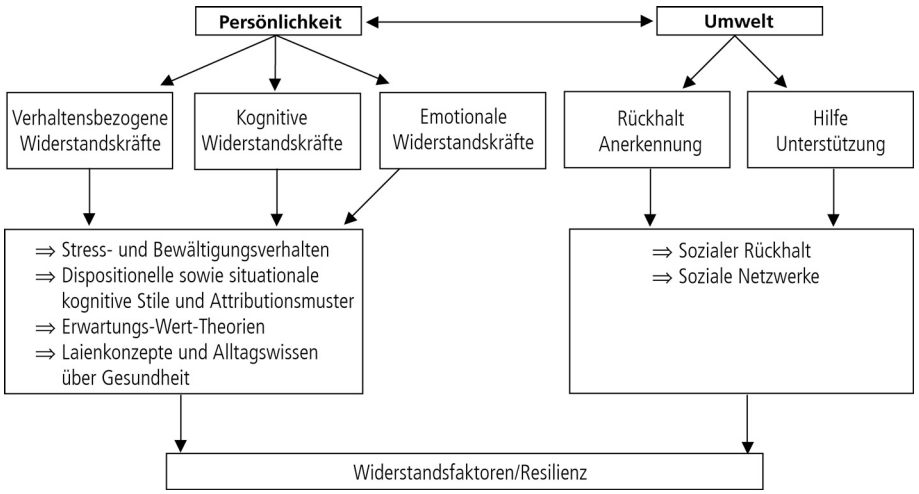


Abb. 11: Felder der Protektivfaktoren

5.3 Theoretische Modelle zur Erklärung von Protektion und Resilience

Bezüglich der Frage der Vermittlungsprozesse zwischen Stressoren (auch potenziellen Risikofaktoren), protektiven Faktoren und Gesundheitszustand wurden direkte und indirekte Wirkungszusammenhänge diskutiert. Beschrieben wurden u. a. indirekte Auswirkungen der Protektivfaktoren auf das Gesundheits- und Risikoverhalten, auf das emotionale Verhalten, auf Bewältigungsverhalten sowie auf die Wahrnehmung und Bewertung von Stress. Daneben wurden auf immunbiologischer Ebene direkte Wirkeffekte auf das Immunsystem diskutiert.

7 Dieser Begriff wird unter Bezugnahme auf die Systematik Strittmatters und Bengels (1996) vom Autor eingeführt.

DOI: 10.1486/9783884144152

Ausführlich haben sich Lazarus (1993) und Lazarus und Folkman (1984) mit der Bedeutung von Ressourcen bei Stress- und Copingprozessen auseinandergesetzt. Stress und Coping werden hier als transaktionale Prozesse verstanden, wobei vorhandene Ressourcen diese Prozesse beeinflussen. Sie schlagen folgendes Wirkungsmodell vor:

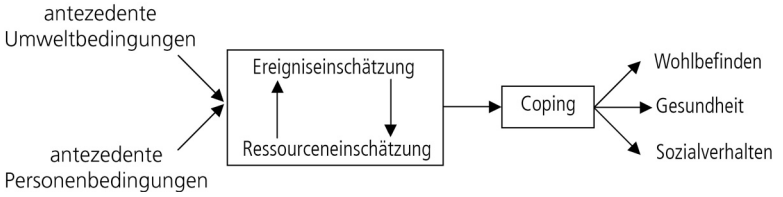


Abb. 12: Modell des Stress- und Copingprozesses nach Lazarus (1993, 240)

Individuelle und Umweltbedingungen stellen in diesem Konzept Ressourcen dar, die bei Konfrontation mit einem Stressor zur Verfügung stehen. Dabei kommt es darauf an, wie diese Ressourcen wahrgenommen und eingeschätzt werden. Die Stressoreneinschätzung geschieht auf dieser Grundlage und hinsichtlich der Merkmale des Stressors (positiv, neutral, negativ). Weiter erfolgt in diesem Copingprozess eine Bewertung der Handlungsoptionen zur Bewältigung des aktuellen Ereignisses. Bereits in dieser Stufe kann es zu einer positiven Bewältigung der Stresssituation kommen: Glaubt eine Person, dass die zur Verfügung stehenden Ressourcen ausreichen, kann z. B. eine ursprünglich als Bedrohung aufgefasste Situation dann als neutral oder möglicherweise sogar günstig aufgefasst werden. Umgekehrt kann es bei Personen mit negativer Ressourceneinschätzung, z. B. aufgrund bestehender Defizite zu einem subjektiv höheren Gefühl der Verwundbarkeit kommen, womit das individuelle Stresserleben höher ist und konstruktive Lösungsmöglichkeiten unwahrscheinlicher werden. Insgesamt resultieren aus der Art der Einschätzung differente Bewältigungsformen. Die Lösungsstrategien (Coping) zielen nach Lazarus und Folkman (1984) auf eine problemorientierte und eine emotionsorientierte Ebene, wobei im ersten Fall auf konkrete Problemlösung, im zweiten Fall auf die Linderung der Belastungssymptome fokussiert wird. Copingprozesse werden dabei als dynamisch angesehen, sodass es im Verlauf der Bewältigungsleistung ständig zu Neubewertungen der Stressoren und der Ressourcen kommen kann.

Als Grundregel gilt in diesem Konzept, dass Personen mit ausgeprägten Ressourcen ein geringeres Ausmaß an Belastung wahrnehmen, dabei ein höheres Ausmaß von Strategien zur Verfügung haben als Personen mit gering ausgeprägten Ressourcen. Zur Erklärung der Wirkungsweise protektiver Faktoren werden auch verschiedene kognitive Stile und Verarbeitungsmuster diskutiert.

DOI: 10.1486/9783884144152

Vor allem unter dem Konzept der Kontrollüberüberzeugung werden positive Wirkmechanismen beschrieben. Viehhauser (2000, 47 f.) beschreibt dieses in der Gesundheitspsychologie bekannte Konstrukt als Lerntheorie, wobei Kontrollüberzeugungen dadurch entstehen, »wenn eine Person Verstärkung und Ereignisse, die eigenen Handlungen folgen, als kontingent zum eigenen Verhalten oder zu eigenen Persönlichkeitscharakteristika wahrnimmt« (= internale Kontrollüberzeugung), oder »wenn die Person die Kontrollierbarkeit von Ereignissen außerhalb ihrer eigenen Person liegenden Kräften zuschreibt« (ebd.) (= externale Kontrollüberzeugung. In der Gesundheitspsychologie wird davon ausgegangen, dass eine Person umso eher förderliches Gesundheitsverhalten zeigt, je mehr sie ihre Gesundheit unter der Einflussnahme des eigenen Verhaltens sieht, sich also selbst weniger in Abhängigkeit von schicksalhaften Vorgängen und Entwicklungen begreift. Personen mit internalen Kontrollüberzeugungen zeigen eher die Meidung von Risikoverhalten und verhalten sich öfter direkt gesundheitsfördernd, etwa durch sportliche Aktivität, Gewichtsreduktion etc. Internale Kontrollüberzeugungen wirken sich weiter positiv auf die Stresswahrnehmung (i. S. einer höheren Toleranzschwelle), auf die emotionale Verfassung (i. S. einer höheren emotionalen Stabilität) und auf das Bewältigungsverhalten (i. S. eines mehr kompensierenden und krankheitsablenkenden Verhaltens) aus.

Unter dem Begriff der Selbstwirksamkeitserwartung (Viehhauser 2000, 54 f.) wird eine Fortführung und Erweiterung des Kontrollüberzeugungskonzepts verstanden. Das Konzept einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung, ab 1977 von Bandura (1977, 1986) entwickelt, unterstellt nicht nur, dass die eigene persönliche Entwicklung von eigenen, in der Person liegenden Faktoren abhängt, sondern dass eine ständige positive Bewertung der vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen vorgenommen wird, also eine Grundannahme der Person, mit unterschiedlichsten Situationen und Problemen erfolgreich umgehen zu können. Diese positive Bewertung der eigenen Kompetenz speist sich dabei aus eigenen Handlungserfahrungen, stellvertretende Erfahrungen (»soziale Vergleichsinformationen«) und symbolischen Erfahrungen (z. B. Selbstinstruktion).

Einen wichtigen Beitrag zur gesundheitlichen Protektionsforschung brachte das von Kobasa (1979) entwickelte Hardiness-Konzept. Hardiness bedeutet hier Widerstandsfähigkeit, Zähigkeit und Durchhaltevermögen. Das Konzept ist Antonovskys Modell des Kohärenzsinns ähnlich und beschreibt, dass Personen mit einem spezifischen Persönlichkeitsmuster, mit hoher Hardiness resistenter gegenüber negativen Stressoren und besser vor körperlichen Symptomen geschützt sind. Diese Persönlichkeiten sind von spezifischen Selbstüberzeugungen geprägt,

- etwa dass sie sich in vielen Situationen stark engagieren, weil sie sich von fast jeder Aktivität angesprochen fühlen (»commitment«), Ausgangspunkt für eine solche Haltung ist der Glaube an die eigene Bedeutung und Wertigkeit;

DOI: 10.1486/9783884144152

- dass sie davon überzeugt sind, Ereignisse in ihrer Erfahrungswelt beeinflussen zu können und entsprechend handeln. Das eigene Handeln wird als effektiv erlebt, die Umwelt wird als kontrollierbar (»control«) eingeschätzt;
- dass sie sich von Lebensveränderungen eher herausgefordert (»challenge«) fühlen, anstatt zu resignieren. Veränderungen im eigenen Leben werden antizipiert und als »normales Ereignis« eingeschätzt. Damit verbunden ist eine aktive Suche nach Herausforderungen und Erfahrungen, die eine persönliche Weiterentwicklung erlauben.

Hardiness wirkt gesundheitsfördernd, indem es direkt spannungsreduzierend als auch indirekt als Puffer gegenüber Stress wirken kann. Grundlage hierfür ist eine positive Wirkung auf Wahrnehmung, Bewertung und Bewältigung von belastenden Ereignissen. Viehhauser (2000, 72) kritisiert am Hardiness-Konstrukt, dass die Wirkung der einzelnen Komponenten commitment, control und challenge nicht ausreichend durch Studien belegt wurde und nicht belegt ist, ob die drei Komponenten zusammen oder jede für sich zu höherer Widerstandskraft und Bewältigung führen. Immerhin kommt dem Konzept zugute, dass hier erstmals ein multidimensionales Konstrukt in die gesundheitspsychologische Forschung (zeitgleich mit Antonovskys Arbeiten) eingeführt wurde.

DOI: 10.1486/9783884144152

6 Zur in der Untersuchung angewandten Forschungsmethode

In den konzeptionellen Überlegungen zur vorliegenden Studie stellte sich die Frage, wie das Forschungsinteresse, die Benennung salutogener Faktoren bei rückfallfreien Sexualstraftätern nach Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug umgesetzt werden soll. Ein Rückgriff auf den SOC-Fragebogen Antonovskys (1997, 192 ff.) erscheint als inhaltliche Verkürzung der Fragestellung: Wie in Kapitel 7.3 dargestellt, gehe ich davon aus, dass neben den Ebenen, die durch den Kohärenzsinn eingeschlossen werden, weitere protektive Faktoren vorliegen könnten, welche nur durch eine offene Forschungshaltung zugänglich gemacht werden können. Dasselbe gilt für die von mir vermuteten »neuen«, speziell für die untersuchte Population zutreffenden protektiven Faktoren, welche in der bisherigen Literatur nicht benannt worden sind.

In der Datenerhebung sollten Effekte aus dem biografischen Hintergrund, der Therapie- und Unterbringungserfahrungen im Maßregelvollzug und der Situation nach Entlassung aus der Unterbringung, bezogen auf die Ebenen Nachsorgeangebote und aktuelle Lebenssituation erhoben werden. Da bislang keine ausreichenden Studien sowohl zu den Wirkmechanismen der psychiatrischen Maßregelbehandlung als auch zur Lebensbewältigung ehemals forensisch untergebrachter Patienten vorliegen,[1] somit keine typenbasierten, kategorienorientierten, quantifizierbaren Grundlagen zur Verfügung stehen, scheint hier eine Einzelfall bezogene Forschung angezeigt. In diesem Zusammenhang leisten qualitative Forschungsmethoden einen wichtigen Beitrag, um neue Problemebenen bewältigen zu können. Krause-Jacob (1992, 40) benennt die Vorteile qualitativer Verfahren bei dieser Ausgangslage u. a. damit, dass

a) so der Einzelfall berücksichtigt werden kann und gleichzeitig fallvergleichende Analysen durchgeführt werden können,
b) Prozesse detailliert rekonstruiert werden können und
c) die Erforschung des Erlebens der Klienten und ihre subjektive Sicht, die subjektiven Wertungen ermöglicht werden.

Qualitative Forschung als theoretischer, methodologischer und methodischer Zugang zur sozialen Wirklichkeit interessiert sich (vgl. Flick et al. 1995, 4 ff.),

1 Pfäfflin und Mergenthaler (1998, 30) benennen als offene Forschungsfragen u. a. die Funktion »natürlicher protektiver Faktoren« und »Nachsorge und Rückfallprävention«.

DOI: 10.1486/9783884144152

anders als quantitative Methoden, nicht für Aussagen über Häufigkeiten, Lage-, Verteilungs- und Steuerungsaspekte und -parameter oder eine statistische Überprüfung theoretischer Modelle, sondern zunächst für das »Wie« dieser Zusammenhänge, deren inneren Strukturen. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Sicht der jeweils Betroffenen.

Von Kardorff (1995) nennt als wesentliche Merkmale einer qualitativen Forschungshaltung mehrere Grundregeln:

> »– genaue und möglichst unvoreingenommene Beobachtung des sozialen Geschehens,
> – Registrieren der Reaktion des Forschers auf die beforschten sozialen Situationen und Personen,
> – Versuche der möglichst genauen, unvoreingenommenen, vollständigen und geordneten Aspekte der ›mannigfaltigen Wirklichkeiten‹,
> – eine Interpretation der Daten vor dem Hintergrund bekannter Alltagserfahrungen, historischen Wissens eingelebter sozio-kultureller Orientierungen und philosophischer und wissenschaftlicher Deutungsversuche – sei es mit dem vorrangigen Ziel einer praktischen Nutzanwendung, sei es mit dem der Lösung grundlagenwissenschaftlicher ›Rätsel‹.« (ebd., 5)

Die (qualitative) Forschungsmethode muss also in der Lage sein, die sozialen Realitäten »von innen« zu begreifen, den »gemeinten Sinn der sozialen Akteure deutend zu verstehen (ebd.), dabei sollen Gesetzmäßigkeiten individuellen Handelns formuliert werden und allgemeine Strukturen und regelhafte Ereignisketten abgeleitet werden.

6.1 Datengewinnung in der Sozialen Therapie

Schwendter (2000, 26) fordert für die »neue, praxisorientierte Wissenschaft« Soziale Therapie ein Forschungsverstehen, welches unter Forschung nicht nur eine empirische Untersuchung versteht, sondern eine suchende Haltung, »bisher noch nicht auf kognitive Weise in Zusammenhang gebrachte Inhalte zu etwas Neuem zu verknüpfen« (ebd.). Soziale Therapie als polydisziplinär strukturierte Wissenschaft strebt dabei eine Verknüpfung bislang unzusammenhängender Wissens- und Forschungsbereiche an. Schwendter begreift diese offene Haltung radikal und benennt umfassend wissenschaftliche Bereiche, welche in sozial-therapeutische Forschungsarbeit einfließen müssen: Ökonomie, Politologie, Soziologie, Psychologie, Rechtswissenschaften, Operations Research, Ethnologie, Kulturanthropologie, Sozialstatistik, Sozialgeschichte, Sozialgeografie, Psychiatrie, Psychoanalyse, Kriminologie, Pharmakologie (vgl. ebd.). Diese Bezugspunkte wären noch um die wissenschaftliche Ebene spiritueller Erfahrungen, hilfsweise Theologie zu ergänzen.

DOI: 10.1486/9783884144152

Hier entspricht die wissenschaftliche Forschungshaltung dem, was für Soziale Therapie und/oder Klinische Sozialarbeit (vgl. Kapitel 2.4) generell gilt: Die mehrdimensionale Wahrnehmung individueller Problemzustände (Schwendter spricht von »Leidenserfahrung«): das Anerkennen psychischer, sozialer, ökonomischer und körperlicher Wirkfaktoren, deren »Gleichzeitigkeit« bei der Entstehung individueller Problemlagen.

Als ideales Forschungsverfahren, als »Königsweg« einer so verstandenen Forschungshaltung bezeichnet Schwendter (2000, 27) die Methode der teilnehmenden Beobachtung. So würden »versteinerte Momentaufnahmen« (ebd.) sozialer Prozesse vermieden und die beforschte Kultur, Teilkultur oder Subkultur kann unmittelbar in die Forschungsarbeit einfließen, ohne durch wissenschaftliche Filterung Verfremdungseffekten zu unterliegen. Diesem Vorteil steht der hohe Aufwand der Forschungsmethode entgegen und ein Umstand, der von Devereux (1998) treffend unter dem Titel »Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften« beschrieben wurde:[2] Die Angst vor dem Fremden kann zu vielgestaltigen Abwehrmechanismen führen, was im Extremfall zu einer distanzierten Haltung und Ablehnung oder zu einer Überidentifikation mit der untersuchten Population (Stichwort: Identifikation mit dem Aggressor) führen kann.

Als ebenfalls geeignet, wenn auch in zweiter Reihe stehend, führt Schwendter (2000, 27) die verschiedenen Methoden qualitativer Sozialforschung an. Insbesondere die Bielefelder Schule, mit ihrer starken Bezugnahme auf das narrative Interview sei wichtigster Bezugspunkt hinsichtlich der Forschungsmethode. Die Integration biografischer Bezugspunkte, aktueller Zusammenhänge und die Möglichkeit, dabei die Sichtweise der Betroffenen selbst zum Gegenstand des Forschungsinteresses zu machen, entspricht der wissenschaftlichen Grundausrichtung Sozialer Therapie.

Forschungsarbeit im Kontext Sozialer Therapie weist damit eine Grundhaltung auf, wie sie auch in der Praxis Sozialer Therapie, in der Phase der Fallkonstruktion, also der Anamnese vorzufinden ist: *Die systematische und genaue Erhebung der sozialen, psychischen, ökonomischen und körperlichen Kontextfaktoren, werden als Entstehungsursachen für Problemlagen identifiziert und dann in einem zweiten Schritt (als Hilfeplanung, Therapieplanung etc.) zum Gegenstand der Interventionen.* In dieser Entsprechung der bio-psycho-sozialen Fokussierung in Forschung und Praxis Sozialer Therapie liegt die Chance zur weiteren Theoriebildung der (immer noch) jungen Handlungswissenschaft Soziale Therapie resp. Klinischen Sozialarbeit. Forschungsarbeit ist in diesem Zusammenhang nicht »nur« reine Praxisforschung, welche ihr Interesse auf die Bedingungen, Methoden und Effekte professioneller Interventionen richtet, sondern umfassender die Zusammenschau umfassender Entstehungsbedingungen sozialen Leids, deren

2 Die Erstausgabe erschien bereits 1967.

DOI: 10.1486/9783884144152

Bearbeitung durch professionelle Sozial-Dienstleister unter Berücksichtigung psychodynamischer Faktoren und gesellschaftlicher Kontextfaktoren.

Sozialtherapeutische Forschungsarbeit muss damit zwei Grundprinzipien erfüllen, um ein derart weit gespanntes Paradigma entwickeln zu können: Kommunikation und Offenheit. Bei der Wahl von Forschungsmethoden und -verfahren heißt das, dass sich der Forscher in seinem Zugang zu den Datenquellen auf eine Kommunikationsbeziehung einlässt und sich dabei bewusst in der immanenten Dominanz seines eigenen Regelsystems (Knoll 2000, 76) zurücknimmt und dem Regelsystem des Forschungssubjekts folgt. Gegenstand wird so »das Soziale« die »wechselseitige Beziehung zwischen sozial geteiltem Wissen und individuellem Handeln, bzw. das tagtäglich angewandte Regel- und Normenhandeln, ... in dessen Befolgung die Individuen gesellschaftliche Realität herstellen« (ebd.).

Die Anwendung narrativer Interviews (vgl. Kapitel 6.3) ist wohl eine sehr reine Form eines solchen Forschungsselbstverständnisses, indem die soziale Realität der Forschungssubjekte und die soziale Ebene des Gesprächs (als »offenes« Interview, als Erhebungsmethode) in der Phase der Datenerhebung Berücksichtigung finden.

6.2 Grounded Theory – Gegenstandsnahe Theoriebildung

Glaser und Strauss (1998) legten bereits 1967 in ihrem Buch »Discovery of Grounded Theory«, welches erst 30 Jahre später ins Deutsche übersetzt werden sollte, die Grundlagen für eine gegenstandsnahe Theoriebildung in der qualitativen Sozialforschung. Die Zielsetzung des Ansatzes ist, dass eine Theorie Entdeckungen und Einsichten vermitteln sollte, nicht bloß Befunde. Anders formuliert: qualitative Forschung muss neue Inhalte und neue Zusammenhänge erheben, welche nicht nur aus vorhandenen Theorien weitere Hypothesen ableitet und prüft. Dabei soll eine Annäherung theoretischer und empirischer Forschung erfolgen. Herangehensweise ist eine möglichst nahe und intensive Auseinandersetzung mit einem konkreten Gegenstand.

Wissenschaftlich steht die Grounded Theory in der Tradition des symbolischen Interaktionismus, die Theorie des symbolisch vermittelten perspektivischen Aufbaus der Welt. Die soziale Welt, die darin enthaltenen sozialen Objekte, hat dabei Prozesscharakter, verändert sich ständig in permanent ablaufenden Interaktionen über deren Bedeutungen. Diese Symbolbedeutungen bilden das gemeinsame Wissen der Akteure um die soziale Realität und ermöglicht dadurch, intersubjektiv handlungsfähig zu sein, wobei sie wechselseitig ihre Perspektiven einnehmen (vgl. Atteslander 1993). Dieses Konzept des über Symbolbedeutungen vermittelten Aufbaus der Realität auf der Grundlage von (symbolischen) Interaktionen, legte für die Sozialforschung nahe, an den symbolischen Interaktionen und Systemen

DOI: 10.1486/9783884144152

und den Bedeutungs- und Handlungsperspektiven der darin agierenden Akteure teilzunehmen. Hauptmethode der Chicagoer Schule, den Vertretern des Symbolischen Interaktionismus war denn auch die teilnehmende Beobachtung im Rahmen von Feldforschungen.

Glaser und Strauss entwickelten auf dieser Grundlage ihre Forschungstheorie weiter und machten sie so anwendbar für eine Vielzahl von Forschungsfragen und -gebieten, ohne auf die oben beschriebene Forschungsmethode angewiesen und dadurch eingeschränkt zu sein. Tatsächlich finden sich im Hauptwerk (Glaser & Strauss 1998) keine direkten Anweisungen, wie Daten erhoben werden sollen, vielmehr wird die Art der Datenerhebung (Beobachtung, Interview, gedruckte Daten, Gedichte, Filmausschnitte etc.) bewusst offen gelassen, um die geforderte offene Forschungshaltung zu ermöglichen.

Dieser Forschungsansatz entwickelt seine Aussagen über dynamische soziale Gebilde nicht logisch-ableitend, sondern findet diese in den Daten durch empirische Forschung. Die so gefundenen Theorien (über soziale Gebilde und Prozesse) beruhen auf (besser: in) empirischen Daten, sind also in der Empirie verankert (= grounded). Zweck der Methode ist also die Theoriebildung auf Basis von empirischen Daten.

Strauss (1998) schreibt zum Forschungsansatz der Grounded Theory, dass diese eigentlich keine spezifische Forschungsmethode oder Technik sei, sondern

> »methodologisch gesehen ist die Analyse qualitativer Daten nach der Grounded Theory auf die Entwicklung einer Theorie gerichtet, ohne an spezielle Datentypen, Forschungsrichtungen oder theoretische Interessen gebunden zu sein. In diesem Sinne ist die Grounded Theory keine spezifische Methdode oder Technik. Sie ist vielmehr als ein Stil zu verstehen, nach dem man Daten qualitativ analysiert und der auf eine Reihe von charakteristischen Merkmalen hinweist ... u. a. das Theoretical Sampling« (ebd. 29 f.).

Ist der Forschungsansatz in seiner Forschungshaltung offen, um möglichst viele Informationen einer komplexen sozialen Welt zu erfassen, haben Glaser und Strauss (1998, 31 ff.) weitgehend konkrete und enge Arbeitsschritte für die Forschungsarbeit, die Datenanalyse und die einzelnen Schritte der Theoriebildung ausgearbeitet. Der Forschungsprozess läuft so, dass zunächst Daten erhoben werden, etwa im Rahmen eines Interviews oder einer Beobachtung. Die so gewonnenen Daten werden auf relevante Ereignisse und Erfahrungen (also: Bedeutungszuschreibungen) hin analysiert, diese dann als Konzepte bezeichnet. In der weiteren Datenerhebung wird dann bewusst darauf geachtet, ob weitere Ereignisse zu finden sind, die ebenfalls Indikatoren für ein Konzept sind, oder ob andere Konzepte zu erstellen sind. Eine solche Form der Datenerhebung wird als »theoretisches Sampling« bezeichnet, unterscheidet sich von anderen Forschungshaltungen durch Nicht-Zufälligkeit der Themen oder Untersuchungspersonen. Man könnte dieses Vorgehen auch als »gezieltes Suchen« bezeichnen.

DOI: 10.1486/9783884144152

Startpunkt der Forschung ist eine Leitidee, die dem Bezugswissen des Forschers (aus Literaturarbeit, Untersuchungen, Praxiserfahrung) entstammen kann. Von Bedeutung ist hier weiterhin eine prinzipielle Offenheit, d. h. es erfolgt zunächst keine Festlegung bzgl. Datenquelle oder Datenerhebungsart. Diese Offenheit zieht sich durch den gesamten Forschungsprozess, der Forscher lässt sich auf das Untersuchungsfeld ein, lässt sich von diesem »belehren« (Flick 1995, 443). Der Forschungsprozess wird fortlaufend dokumentiert, was anhand von Memos (Feldnotizen, Protokolle, Post-Interviewprotokolle etc.) geschieht.

Durch die oben beschriebene »Technik« des »theoretischen Sampling« werden dann erste Konzepte erstellt, diese gründen auf den Bedeutungszuschreibungen/Erfahrungen des untersuchten Materials, bzw. der untersuchten Personen. In dieser Phase der Analyse wird das Datenmaterial offen kodiert, d. h. nahe am »Text«, am Sprachereignis, an der Interaktion zwischen Forscher und Beforschten wird »Wort für Wort« nach Hinweisen auf ein möglicherweise vorhandenes Script gesucht. Bohnsack (2003, 73) nennt dieses Vorgehen »den Text öffnen,« Glaser und Strauss (1998) bezeichnen dies als »offenes Kodieren«. Die Analyse des Datenmaterials erfolgt dann weiter durch eine Phase des »axialen Kodierens«, wobei einzelne – bedeutsame – Kategorien (Leitideen) stärker fokussiert und ausgearbeitet werden. Dieser Abschnitt im Forschungsverlauf zielt auf die Differenzierung ausgewählter Aspekte des Untersuchungsphänomens.

Auf einer weiter inhaltlich verdichteten Auswertungsebene erfolgt dann das »theoretische Kodieren«. Dabei geht es um die Integration der bislang entwickelten Kategorien und deren Verknüpfung zu einem Basis-Konzept. Alle Daten werden in Hinblick auf diese Hauptkategorie kodiert. Diese so entwickelte Hauptkategorie bildet im weiteren Forschungsablauf die Grundlage für das weitere theoretische Sampling und ist der Indikator für eine Entscheidung über die theoretische Sättigung der bis dahin erfolgten Theorieerstellung. Gerade dieser letzte Schritt erweist sich im Forschungsprozess als problematisch, da hier die einzelnen Datenbestandteile nach relevanten und nicht relevanten Aspekten unterschieden werden müssen und daraus theoretische Schlüsselkategorien abgeleitet werden müssen (vgl. Truschkat, Kaiser & Reinartz 2005), was einerseits eine gewisse kreative Herangehensweise fordert, andererseits die Einhaltung der Methodologie der Grounded Theory verlangt. Wesentlicher Arbeitschritt im Zusammenhang mit dem Kodieren ist das Anfertigen von »Memos«. Diese – mehr oder minder ausführlichen – Notizen und Ideenskizzen beziehen sich auf alle Überlegungen, die im Forschungsablauf auftauchen, sie können sich auf methodische Aspekte, inhaltliche Hypothesen, andere Memos und Spekulationen beziehen.

Es ist der Arbeit der Autoren des Handbuchs von Flick et al. (1995) zu verdanken, dass diese mehrschichtige und mitunter vielleicht verwirrend anmutende Vorgehensweise in Form einer Tabelle übersichtlich gestaltet wurde; deswegen sei sie hier auch abschließend wiedergegeben.

DOI: 10.1486/9783884144152

Tab. 37: Forschungsablauf der Grounded Theory (Flick et al. 1995, 442)

Prozedere	Ziel
Theoretisches Sampling	Auswahl von Untersuchungseinheiten
Theoretisces Kodieren	Umsetzung von Daten in theoretische Konstrukte
Theoretische Memos	Entwicklung von Hypothesen, methodischen Überlegungen etc.
Entwicklung von Basiskonzepten	Verdichtung und Integration der theoretischen Konstrukte zu einer Theorie
Theoretisches Sortieren	Sortieren der theoretischen Memos zur Entwicklung der Theorie
Theoretisches Schreiben	Zusammenfassung der Theorie für eine Publikation

6.3 Narratives Interview

Im engeren Sinn ist das narrative Interview zunächst ein sozialwissenschaftliches Erhebungsverfahren. Der Schwerpunkt liegt dabei nicht auf einem klaren Frage- und Antwort-Schema, sondern der Interviewte, der »Datenlieferant« wird aufgefordert, einen Sachverhalt, eine Geschichte, an der er teilgehabt hat, in einer Stegreiferzählung zu berichten (Flick 1995, 182). Dadurch ergibt sich für den Interviewer eine andere Aufgabe als in herkömmlichen Interviewsituationen: Es geht nicht um das Abarbeiten einzelner Aspekte oder Beschreibungen von Sachverhalten, welche im Rahmen von Antworten auf konkrete Fragen gegeben werden, sondern es geht um einen Erzählstrang, eine möglichst zusammenhängend erzählte Geschichte, in der die relevanten Daten enthalten sind.

Kennzeichen dieser Interviewform ist eine einleitende Fragestellung (Einstiegsphase), welche als erzählgenerative Anfangsfrage motiviert, möglichst umfangreich zu einem Sachverhalt zu erzählen. Ausgehend vom aktuellen Erinnern in der ersten Erzählsituation soll der Interviewte dann vergangene Erfahrungen rekonstruieren (Hauptphase) und in einen Zusammenhang bringen. Dies geschieht zunächst durch Schilderung der Ausgangssituation. Aus der Menge an erinnerten Details wird dann der Fortgang einer Entwicklung dargestellt. Die Erzählsituation soll dann hin zur Darstellung der Situation am Ende einer Entwicklung, also den aktuellen Status führen. Neben der Ebene der Erzählung können weitere Darstellungsformen, etwa Beschreibungen und Argumentation des Betroffenen die Narrationen bilden (ebd., 183).

In einem engen Verständnis des narrativen Interviews verteilen sich die Rollen für Interviewten und Interviewer auf Erzähler und Zuhörer. Das Nachfragen, Ergänzen und Vertiefen von Inhalten ist erst in einem zweiten Teil des Interviews vorgesehen, wenn die erzählte Geschichte zu Ende geht und der Interviewte »dies durch eine Koda deutlich« (ebd.; 184) macht. Auch in diesem dritten Interviewteil (Bilanzierungsphase) soll der Fragestil möglichst offen und erzählmotivierend sein. In einem dritten und letzten Teil des narrativen Interviews ist dann die Möglichkeit des Abfragens nach theoretischen Erklärungen und eine Bilanz

DOI: 10.1486/9783884144152

der Geschichte vorgesehen. Derartige Fragestellungen sollen vorher vermieden werden, um die Ursprünglichkeit der Erzählung nicht zu gefährden.

Die Gesprächssituation im narrativen Interview kann für beide Seiten ungewohnt und hemmend sein. Der Interviewte erwartet i. d. R. eine standardisierte Gesprächsform mit Fragen und konkret darauf zu gebenden Antworten (ebd.; 185) und ist dadurch u. U. überfordert. Für den Interviewer ergibt sich teilweise das Problem, sich als aufdringlich zu empfinden, wenn es um das Erheben intimer Inhalte geht. Bei der vorliegenden Untersuchung wurde diese Problematik (Erzählen sexuell devianter Verhaltensweisen, Fantasien, Sexualpraktik) dadurch aufgegriffen, dass zu Beginn des Interviews auf den beruflichen Hintergrund des Interviewers, mit einem hohen Anteil an sexualtherapeutischer Tätigkeit, also einer beruflichen und persönlichen Nähe zur Thematik hingewiesen wurde. Daneben wurde die Problematik gezielt angesprochen (»Ich weiß, dass es ungewöhnlich und wahrscheinlich schwierig ist, über das eigene Sexualleben zu reden, zumal mit einem völlig fremden Menschen ...«), die Möglichkeit der Steuerung der Inhalte durch den Interviewten betont (»Sie brauchen nur das erzählen, was Sie selbst auch mitteilen möchten ...«) und auf den wissenschaftlichen Charakter des Gesprächs mit entsprechendem Schutz der vertraulichen Daten hingewiesen (»Das Gespräch, das wir führen, findet im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung statt, die Inhalte bleiben in der Auswertung selbstverständlich anonym ...«).

Bohnsack (2003, 120) weist darauf hin, dass das narrative Interview aber nicht nur ein spezielles Befragungsverfahren darstellt, sondern ein spezifisches Forschungsverständnis repräsentiert. Es ging in der Entstehungsphase dieser Interviewform um die Verbindung der Forschungstraditionen des symbolischen Interaktionismus und die ethno-methodologische Konversationsanalyse, was bedeutet, dass das Forschungsinteresse nicht nur darauf gerichtet ist, was ein Informant erzählt, sondern auch, wie er es tut, also die Darstellungsform. Der neue Forschungsansatz, der wesentlich von Schütze (z. B. 1976, 1981) geprägt wurde, geht grundsätzlich davon aus, »dass man durch die systematische Fokussierung auf das Wie zu einem vertieften Verständnis des Was gelangen konnte: also der langfristigen Erfahrungen der Erzähler und der von ihnen erlebten sozialen Prozesse, und dass man ... dadurch sein eigenes Analyseverständnis explizieren und intersubjektiv kontrollierbar machen konnte« (ebd.).

DOI: 10.1486/9783884144152

Das autobiografisch-narrative Interview

Um den biografischen Hintergrund sozialer Erfahrungen erheben zu können, steht das autobiografisch-narrative Interview als Befragungsverfahren, eine Variante des narrativen Interviews, zur Verfügung (vgl. Loch & Schulze 2002, Steeg 1990).

Schütze (1983) hat durch systematische Analyse von solchen lebensgeschichtlichen Erzählungen herausgearbeitet, dass in allen Lebensläufen grundlegende Prozessstrukturen vorzufinden sind.

> »Die Lebensgeschichte ist eine sequentiell geordnete Aufschichtung größerer und kleinerer in sich sequenziell geordneter Prozessstrukturen. Im Fortschreiten der Lebenszeit ändert sich auch die jeweilige Gesamtdeutung der Lebensgeschichte durch den Biografieträger.« (ebd., 284)

Schütze identifiziert unterschiedliche biografische Handlungsschemata, differenzierte Aktivitätsstrukturen im Lebenslauf, die sich in ihrer Aufmerksamkeitsorientierung und wesentlichen Gestaltausrichtung auf das Selbst des Biografieträgers beziehen (ebd.). Dabei werden fünf Grundformen biografischer Handlungsschemata unterschieden:

- biografische Entwürfe
- biografische Initiativen zur Änderung der Lebenssituation
- episodale Handlungsschemata des Erlebens von Neuem mit nachträglicher biografischer Relevanz,
- situative Bearbeitungs- und Kontrollhandlungsschemata von biografischer Relevanz und
- Handlungsschemata markierter biografischer Irrelevanz

Zusammengefasst: Für wissenschaftliche Fragestellungen, welche nicht auf die Ebene der bewussten Alltagstheorien abzielen, weil diese nicht verfügbar oder nicht vorhanden sind, sondern auf die Ebene des subjektiven Erlebens, der Re-Konstruktion von Zusammenhängen und damit neue Erkenntnisse und Einsichten erheben wollen, stellt das narrative Interview damit das »Mittel zur Wahl«.

Für die vorliegende Arbeit wurde die Form des strukturierten narrativen Interviews gewählt. Zu einzelnen (vorab festgelegten) Themenbereichen wurden hierzu Eingangsfragen formuliert, welche zum Erzählen animieren sollen. Ergänzungsfragen wurden diesem Interviewleitfaden untergeordnet und ggf. im Gesprächsverlauf (zusätzlich) abgefragt. Dadurch wurde erreicht, eine Strukturierung des Erzähltextes durch den Interviewten und durch den Interviewer zu ermöglichen. Sichergestellt wurde dadurch auch, das alle (prospektiv) als wichtig benannten Themenbereiche angesprochen werden. Der Leitfaden fungiert hier auch als »Gedächtnisstütze« im Gespräch.

DOI: 10.1486/9783884144152

A. Thematische Sequentierung, formulierende und reflexive Interpretation

Die Arbeit mit qualitativem Datenmaterial, also die Erfassung, Beschreibung und Auswertung wirft im Forschungsprozess die Frage auf, wie die Daten verstanden werden können, wie also möglichst objektiv einzelne Aspekte erhoben und dargestellt werden können und wie diese dann, in einem weiteren Bearbeitungsschritt interpretiert werden können. Verstehen bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Strukturen und Inhalte der Daten erkannt werden. Dadurch erfolgt auch die für qualitative Forschung so wichtige Trennung zwischen der Darstellung der Daten selbst und deren Interpretation. Bohnsack (1991) beschreibt, dass durch diese Trennung der beiden Bearbeitungsschritte eine Voraussetzung für eine gelungene Interpretation überhaupt geschaffen wird, da dem Interpret dadurch zwei diskrepante Einstellungen ermöglicht werden: »die ›performative‹ Einstellung des Teilnehmers« (z. B. an den Interviews) und »diejenige des (distanzierten) Beobachters« (ebd., 128).

Der Grundsatz qualitativer Verfahren, dass das Datenmaterial möglichst so nah am Alltag der Gesellschaftsmitglieder, der einzelnen Subgruppen erhoben werden soll, birgt die Schwierigkeit in sich, dass das Alltagswissen, die subjektiven Theorien weitgehend routinisiert sind und damit nicht als abrufbarer Wissensbestand zur Verfügung stehen. Auf die vorliegende Forschungsfrage bezogen bedeutet dies: Rückfallfreie Sexualstraftäter nach einer Unterbringung im Maßregelvollzug verhalten sich, ohne dies explizit benennen zu können, dergestalt, dass sie keine weiteren Straftaten begehen, wobei bestimmte Wirkfaktoren und Mechanismen (etwa: protektive Faktoren) eine Bedeutung haben (können), welche aber zunächst nicht benennbar sind.

Formulierende Interpretation

Eine verlässliche Möglichkeit, den immanenten Sinngehalt eines Textes (hier: verschriftetes Interviewmaterial) darzustellen, besteht in einer zusammenfassend-strukturierenden Formulierung. Die einzelnen Gesprächsabschnitte werden hierbei zusammengefasst beschrieben und abschnittsweise zusammengestellt. So entsteht eine erste Struktur des Textes, vergleichbar einer Regieanweisung, wodurch eine größere Überschaubarkeit des Datenmaterials ermöglicht wird. Durch Zuordnung der thematischen Textabschnitte zu Seiten- und Zeilenangaben ist in allen späteren Bearbeitungsschritten eine Verankerung, etwa getroffener Interpretationen direkt am Datenmaterial möglich.

In einem weiteren Schritt erfolgt dann die Auswahl jener Textpassagen, die zum Gegenstand reflektierender Interpretation werden sollen. Auswahlkriterien

DOI: 10.1486/9783884144152

sind dabei die thematische Relevanz der einzelnen Abschnitte und die thematische »Vergleichbarkeit mit Passagen aus anderen Diskussionen, mit jenen, die in den Vergleich, in die ›komparative Analyse‹ einbezogen werden« (Bohnsack 1991, 133). Auswahlkriterium ist aber auch, unabhängig vom behandelten Thema, die interaktive und metaphorische Dichte der Textabschnitte, jene die sich durch eine besondere kommunikative Intensität auszeichnen.

Die reflektierende Interpretation dient also der formalen und inhaltlichen Rekonstruktion des Diskurses, des Interviews, der Darstellung seiner Untergliederungen und der Dynamik des Gesprächsverlaufs

Reflektierende Interpretation

Die Haltung des Forschenden in diesem Analyseschritt ist deutlich unterscheidbar von einer ersten formulierenden Darstellung und Interpretation des Datenmaterials. Hier geht es nicht mehr um die Ebene der Akteure in den Interviews selbst, der Subjektivität, sondern um eine distanzierte Betrachtung von außen. Bohnsack (1991, 132) beschreibt, dass es hier auf die Darstellung von Regeln ankommt, auf die Bedeutung von Themenbereichen, welche in einem bestimmten Rahmen definiert und durch »Gegenhorizonte« identifizierbar werden. Gemeint ist damit, wie ein spezifischer Sinngehalt im Interview vorgetragen und begründet wird. Beispielsweise könnte für den Bereich des Maßregelvollzugs ein Proband die Angemessenheit der Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus so bewerten, dass eine allgemeine Rechtsnorm vorsieht, dass gefährliche, psychisch kranke Straftäter untergebracht und behandelt werden müssen, dass aber in seinem konkreten Fall die Unterbringung unnötig ist, da eine Behandlung auch außerstationär möglich gewesen sei, da Krankheitseinsicht und Leidensdruck vorliegen. Die Gegenhorizonte in diesem Fall (bezogen auf die subjektive Beurteilung durch den Interviewten) sind hierbei allgemeine Rechtsnorm und individuelle Gefährlichkeitseinschätzung. Die reflektierende Interpretation setzt nun auf der Erfahrungsebene an, die dem Interviewten selbst nicht zur Verfügung steht: Der Beobachter nutzt einerseits das Wissen der Akteure (Interviewpartner) als Ausgangsbasis der Analyse, berücksichtigt deren Relevanz, bleibt aber deren Subjektivität nicht verbunden, sondern nutzt einen distanzierteren Zugang zur Handlungspraxis und der dieser Praxis zugrunde liegenden Prozessstruktur, die sich der Perspektive der Akteure selbst entzieht. Die wesentliche Vorgehensweise ist dabei die »komparative Analyse (ebd., 136), wobei verschiedene Bedeutungshorzionte gegenübergestellt werden und wechselseitig (komparativ) abgearbeitet werden.

Um diesen Auswertungsschritt nachvollziehbar zu machen, bietet sich die Möglichkeit einer thematischen Sequentierung (vgl. Südmersen 1983) an. Das

DOI: 10.1486/9783884144152

heißt, die relevanten Gesprächsereignisse werden zu Themenblöcken zusammengefasst und können so als erste Grundlage für eine spätere Typenbildung (vgl. Kapitel 6.5) genutzt werden.

Inhaltliche Tiefe gewinnt die reflektierende Interpretation durch den Vergleich der Gegenhorizonte, des Diskursrahmens und der Inhalte zwischen mehreren Fällen. Dort, wo sich ähnliche Inhaltszusammenhänge erheben lassen, ist die Möglichkeit zur Typenbildung (vgl. Kapitel 6.5) gegeben. Dort, wo sich deutliche Unterschiede in den Themenkategorien und deren Zusammenwirken ergeben, besteht die Möglichkeit einer weitergehenden, vertieften Analyse (Kategorisierung).

6.4 Typenbildung und Kategorisierung

Das größte Problem qualitativer Sozialforschung besteht in der Validität der erhobenen Untersuchungsergebnisse (Flick et al. 1995, 427). Die für quantitative Methoden entwickelten Validitätskriterien, lassen sich auf qualitative Fragestellungen und deren Umsetzung in Forschungsarbeit nur schwer übertragen. Eine Annäherung an die Überprüfung der Validität sozialer Forschung mit qualitativen Methoden kann durch ein erweitertes Verständnis von Validität (ebd.) geschehen. Dazu ist im Handbuch qualitative Sozialforschung vermerkt:

> »In der gegenwärtigen Sozialforschung zeigen sich Tendenzen, die die Vernachlässigung oder Reifizierung der Frage nach Wahrheit und Validität überwinden. Das Validitätskonzept wird dort nach verschiedenen Richtungen hin erweitert: von der Messung zum Forschungsprozess, vom Test und der Laborsituation zur ganzen sozialen Wirklichkeit, von der Überprüfung zur Erzeugung und Anwendung von Erkenntnissen und von der empirischen Übereinstimmung zur theoretischen Interpretation.«

In diesem Verständnis ruht die außerordentliche Stärke qualitativer Verfahren, in dem Charakter, Untersuchungsgegenstände zu reflektieren und zu konzeptualisieren, also in der Erfassung der sozialen Wirklichkeit (ebd., 429). Die Validierung qualitativer Sozialforschung muss daher eng mit der Entwicklung einer Theorie über soziale Wirklichkeit verknüpft sein.

In diesem Zusammenhang ist der Kategorisierung der Daten und darauf aufbauender Typenbildung im Rahmen der Theoriebildung besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Zur Typenbildung: Flick et al. (1995, 435) merken dazu an, dass die Typenbildung nicht aus dem Einzelfall heraus geschehen kann, also keine Schlussfolgerungen vom Einzelfall auf die Allgemeinheit gezogen werden soll, sondern Schlussfolgerungen im Sinn der Typenbildung durch fallkontrastierende Vorstufen und typenbildende Zwischenstufen erfolgen solle. Diese Zwischenstufen der Falltypisierung solle darüber hinaus auch so in der Auswertung für den

DOI: 10.1486/9783884144152

Leser dargestellt werden, dass dieser die inhaltlichen Schritte nachvollziehen kann. Hier sind natürlich quantitative Grenzen zu beachten: nicht jede Stufe der Fallkontrastierung kann dargestellt werden, will man den Umfang einer Arbeit im Bereich des »Lesbaren« halten. Dieses Problem kann m. E. durch die Arbeit mit Memos begegnet werden: Typenbildende und fallkontrastierende Elemente können in diesen schriftlichen Kurzformen zusammengefasst und im Anhang einer Arbeit präsentiert werden.

Zur Frage, wie Typen sozialer Phänomene verlässlich gebildet werden können, besteht indes Unklarheit. Einen Anhaltspunkt liefert hier am ehesten Max Webers Konzeption des Idealtypus als Hypothese (vgl. ebd., 437): Ausgehend von der Bildung eines »Idealtypus«, der auf Grundlage der bestehenden Forschungsliteratur zu einem Thema basiert, werden weitere Typenbildungen dadurch konstruiert, dass neue Elemente, welche in der Forschung erhoben werden daraufhin geprüft, ob sie für die Bildung des Idealtypus relevant sind, oder als eigene Qualität (als »neues Wissen« oder »Fortdenken« wie Weber formuliert) einbezogen werden müssen. Diese neuen Wissensaspekte bedürfen dann einer kritischen Überprüfung (Weber spricht von einer »Erfahrungsprobe«) durch Vergleichung der erhobenen Typen.

Die einzelnen Schritte dieser Typenbildung sind in der Art der Bearbeitung des Datenmaterials gebunden (vgl. Kapitel 6.6.1):

A – Fallrekonstruktion
⇓
B – Benennung einer Ideal-Type (»reine Fälle«)
⇓
C – Einzelfallverstehen
⇓
D – Strukturverstehen

Durch diese Form der Datenauswertung (Flick et al. 1995, 438 sprechen von der »Prozessstrukturanalyse«) lassen sich drei problematische Aspekte der Datenanalyse umgehen: Intuitive und damit u. U. fragwürdige Typenbildungen werden vermieden, es erfolgen keine Schlüsse vom Einzelfall auf Strukturen und die Forschungsarbeit wird dadurch in Einklang mit relevanten gesellschaftstheoretischen Handlungstheorien gebracht.

Der Versuch einer Typenbildung birgt in sich die Gefahr, dass Typen um »jeden Preis« gefunden, gebildet werden, um »auf jeden Fall« ein theoretisches output eines Forschungsvorhabens zu erreichen. Kelle und Kluge (1999) haben sich mit diesem Phänomen qualitativer Sozialforschung ausführlich befasst. Als Methode, wie verlässlich inhaltliche Theoriegebilde entwickelt und in einem fallübergreifenden Vergleich validiert werden können, beschreiben sie das »Qualitative Sampling« (ebd., 38). Sie gehen davon aus, dass theoretische Konzepte nicht auf rein induktivem Weg, also nur durch sorgfältige Verallgemeinerung von empirisch beobachteten Fakten entwickelt werden können, sondern, indem man

DOI: 10.1486/9783884144152

die Auswahl des Datenmaterials, also das, was aus einer Gesamtdatenmenge als relevant herausgehoben und bearbeitet wird, die Stichprobenziehung sorgfältig geschehen muss. Zur Vermeidung von Verzerrungen in der Deutung von Datenmaterial muss die Fallauswahl und Fallkontrastierung kriteriengesteuert sein. Ein solches Kriterium kann die Fallkontrastierung anhand von Gegenbeispielen sein. Gemeint ist damit: »Die Fallkontrastierung anhand von Gegenbeispielen, ein Verfahren, welches von Feldforschern der Chicago School eingesetzt und ausgearbeitet wurde: eine Hypothese wird durch die systematische Suche nach empirischer Gegenevidenz im Untersuchungsfeld sukzessive entwickelt und modifiziert.« (ebd., 40) Im konkreten Verfahren der Datenauswertung geschieht dies durch Hypothesenbildung, welche auf Grundlage einer Datensequenz erfolgt. Zu dieser Hypothese wird im weiteren Verfahren nach Datenmaterial gesucht, das geeignet ist, diese Hypothese – zunächst – zu widerlegen bzw. zu modifizieren. Im gesamten Forschungsverlauf kommt es dann zu einer schrittweisen Modifikation von vorläufigen Arbeitshypothesen, hin zu einer echten Typenbildung.

In der vorliegenden Arbeit wurde dieser Forschungsansatz derart umgesetzt, dass zunächst die Einzelfälle dargestellt werden (Kapitel 8.1) und in einem zweiten Schritt ein Fallvergleich stattfindet (Kapitel 8.2), der u. a. an der Suche nach Gegenbeispielen orientiert ist. Die weitere Modifikation der so gewonnenen Hypothesen erfolgt dann in Kapitel neun und zehn.

6.5 Methodisches Vorgehen

Die Kontaktaufnahme zu geeigneten Interviewpartnern sollte nach Möglichkeit über Betreuungspersonen erfolgen, welche die ehemals im Maßregelvollzug behandelten Sexualstraftäter in der ambulanten Phase der Bewährung nachbetreuten. So sollte erreicht werden, dass eine verlässliche Überprüfung der Einschlusskriterien in das Projekt möglich wird.

Geeignete Interviewpartner sollten

- gem. §§ 63 oder 64 StGB im Maßregelvollzug untergebracht gewesen sein,
- Anlassdelikt sollte ein Sexualdelikt gewesen sein,
- die bedingte Entlassung aus der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus bzw. einer Entziehungsanstalt sollte erfolgt sein,
- die an die Unterbringung anschließende Bewährungszeit/Führungsaufsicht sollte weitgehend abgeschlossen sein,
- während der Bewährungsphase sollte kein neues, einschlägiges Deliktverhalten vorgekommen sein,
- das vermittelnde Fachpersonal sollte in der Lage sein, Angaben zum Anlassdelikt und zur Diagnose der einzelnen Patienten zu machen.

DOI: 10.1486/9783884144152

Die ersten Versuche einer Kontaktaufnahme zu potenziellen Interviewpartnern erwiesen sich als schwierig und frustran. Die angeschriebenen Landesjustizbehörden verwiesen auf datenschutzrechtliche Probleme. Institutionen der Bewährungshilfe reagierten oft mit dem Hinweis auf zeitliche Überforderung, welche ein zusätzliches Engagement in dieses als fachlich wichtig eingeschätzte Projekt verhindere. Die direkt angeschriebenen Maßregelvollzugskliniken teilten mit, dass kein Zugang zu der im Projektantrag beschriebenen Zielgruppe bestehe, entweder weil in den vergangenen Jahren keine Sexualstraftäter aus der Unterbringung entlassen worden seien oder weil mangels Nachsorgeangebot der Kontakt zu den entlassenen Patienten abgebrochen sei.

Der Zugang zu Interviewpartnern gelang schließlich über die Teilnahme des Autors an einer Arbeitsgruppe »Forensische Ambulanz«, deren Teilnehmer aus dem gesamten Bundesgebiet stammen. Die dadurch zustande gekommenen Interviews fanden schließlich in Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Bayern im Zeitraum von Juli 1999 bis August 2003 statt.

Zu allen Phasen des Forschungsprozesses wurden Memos (vgl. Kapitel 6.4) geschrieben, insbesondere bei Entwicklung des Forschungsdesigns, direkt im Anschluss an die Interviews (Post-Kommunikations-Beschreibung) und in den einzelnen Phasen der Datenauswertung.

6.5.1 Datenerhebung, Datenmaterial und Auswertung

Es wurden insgesamt zwölf narrative Interviews mit ehemals im Maßregelvollzug untergebrachten Sexualstraftätern geführt. Vier der Interviewpartner waren mir aus meiner Tätigkeit als Sozialtherapeut in einer forensischen Abteilung einer psychiatrischen Klinik bekannt, die anderen Gesprächspartner wurden mir von Kollegen aus dem gesamten Bundesgebiet vermittelt. Die Interviews wurden auf Grundlage des im Anhang angefügten Interviewleitfadens geführt und haben eine durchschnittliche Dauer von 90 bis 120 Minuten. Die Gespräche fanden z. T. in den privaten Wohnräumen der Probanden statt, teilweise konnten auch Klinikräumlichkeiten oder sonstige Institutionsräume am jeweiligen Interviewort genutzt werden. Die Interviews wurden per Tonbandmittschnitt aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Unmittelbar nach Abschluss der einzelnen Interviews habe ich meinen ersten Eindruck bzgl. des Gesprächs in einem ersten Memo, der »Post-Gesprächs-Dokumentation« festgehalten, darin wurden auch die räumlichen, zeitlichen und sonstigen Variablen und Besonderheiten des Gesprächs sowie erste, vermutete, im konkreten Fall wirksame protektive Faktoren notiert.

Bei der Datenerhebung orientierte ich mich daran, ein möglichst breites Spektrum an biografischen Abläufen aus allen Lebensstufen meiner Interviewpartner

DOI: 10.1486/9783884144152

zu erfassen, welche potenziell protektive Faktoren, die bei der Bewältigung der Bewährungszeit wirksam sein können, angesiedelt sein können, also Faktoren der Kindheit, der Adoleszenz, des Erwachsenenalters, der Therapie, Nachsorge und der aktuellen Lebenssituation. Der Interviewzeitraum zog sich von Juli 1999 bis August 2003 und orientierte sich ausschließlich an der Verfügbarkeit der Interviewpartner, welche zum Interviewzeitpunkt die Kriterien

- Sexualdelinquenz
- Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gem. § 63 StGB
- Aussetzung der Unterbringung gem. § 63 StGB zur Bewährung
- nahes Ende der Bewährungszeit
- positives, d. h. rückfallfreies Durchlaufen der gesamten Bewährungszeit

erfüllten.

Die Kontaktherstellung zu den Informanten erfolgte einmal durch persönliches Ansprechen der vier Patienten, welche mir aus meiner klinischen Praxis selbst bekannt waren, in den anderen Fällen durch Nachfrage der Interviewpartner durch Personal der anderen beteiligten Kliniken bzw. zuständigen Bewährungshelfer. Im Fall einer Kooperationsbereitschaft der Informanten erfolgte entweder eine telefonische Kontaktaufnahme durch mich oder die Terminvereinbarung durch die externen Klinikmitarbeiter.

Der Ablauf der Interviews war generell durch die im Interviewleitfaden vorgegebene Struktur gekennzeichnet. Wesentliche Abschnitte sind:

- Der Beginn der Aufnahme
- Darstellungen zu meiner Person
- Darstellung des Forschungsinteresses
- Darstellung der Erhebungsmethode/Tonband
- Biografisches Interview (frühe Kindheit, Kindheit, Adoleszenz, psychosexuelle Entwicklung, Ausbildung, Beruf, Erwachsenenalter, Sexualdelinquenz, Anlass der Unterbringung im Maßregelvollzug, Erfahrung in Vollzug und Therapie der Maßregel, Entlassungsszenario, Nachsorgesituation, aktuelle Lebenssituation)
- Abschluss des Interviews mit Einschätzung der Befindlichkeit des Gesprächspartners nach erfolgter Exploration

Die Textanalyse folgte inhaltlich der Methode der Grounded Theory, nach der in Kapitel sechs dargestellten Auswertungsmethode. Als erste Ebene der Textbearbeitung erfolgte eine strukturelle Beschreibung der einzelnen Interviews. Zu einzelnen Interviewabschnitten wurden Memos angefertigt, welche die Besonderheit von Textinhalten darstellen. Der zweite Analyseschritt bestand in der Sequentierung der einzelnen Gespräche, d. h. thematisch zusammenhängende Blöcke wurden in weiteren Memos aufgegriffen und beschreibend festgehalten.

DOI: 10.1486/9783884144152

In einem weiteren Analyseschritt erfolgte dann die Interpretation des Datenmaterials, d. h. die vorliegenden Textabschnitte wurden im Abgleich mit den bis dahin erstellten Memos zur Theoriebildung herangezogen. Diese Ergebnisse werden in Kapitel 8.1 dargestellt. Im weiteren Verlauf der Datenbearbeitung erfolgte dann die Bildung von Typen und Kategorien protektiver Faktoren. Dies geschah durch fallübergreifende Analysearbeit und Kontrastierung des Materials. Die Darstellung dieser Analyseergebnisse findet sich in Kapitel 8.2. In einem letzten Auswertungsschritt wurden die bis dahin »gefundenen« Typen und Kategorien mit Fundstellen bereits verfügbarer wissenschaftlicher Forschungsergebnisse anderer Arbeiten zu salutogenen Fragestellungen kontrastiert. Diese Ergebnisse werden ausführlich in Kapitel 9 dokumentiert.

6.5.2 Die Interviewpartner – Diagnose- und Deliktverteilung

Bei der Auswahl der Interviewpartner sollte sichergestellt sein, dass die in Abschnitt 6.6.1 geforderten Merkmale tatsächlich vorliegen. Weiter sollte mit der Stichprobe gewährleistet sein, dass möglichst Patienten mit unterschiedlichen Anlassdelikten aus dem Bereich der Sexualdelinquenz und mit möglichst unterschiedlichen Krankheitsbildern berücksichtigt werden können. Wie in Kapitel 4.8 dargestellt, finden sich unter der Subgruppe »Sexualstraftäter« im Maßregelvollzug vorwiegend Patienten mit (A) Persönlichkeitsstörungen und (B) paraphilen Krankheitsbildern. Daneben spielen Patienten mit (C) intellektueller Beeinträchtigung ein Rolle. Da der Interviewleitfaden ein gewisses Maß an Introspektionsfähigkeit und Verbalisierungsfähigkeit der Interviewpartner voraussetzt, erfolgte damit eine Orientierung auf die Patientengruppe A und B. Nach Möglichkeit sollte aber versucht werden, auch intellektuell beeinträchtigte Patienten in das Forschungsprojekt einzubeziehen.

Hinsichtlich der Deliktverteilung bestand der Anspruch, alle Deliktformen aus dem 13. Abschnitt des Strafgesetzbuches einzuschließen. Hintergrund dafür ist die Erkenntnis, dass diese Tätergruppe in den meisten Maßregeleinrichtungen zu Behandlungsgruppen zusammengeschlossen werden, etwa gemeinsam in spezifischen Behandlungsgruppen und -programmen zusammengefasst werden. Als Hauptmerkmal sollte dabei gelten, dass es sich um »Hands-on-Täter« handelt, also um Männer, die im Rahmen des Deliktgeschehens Körperkontakt zum Opfer aufnehmen. Dies bedeutet für die vorliegende Arbeit, dass Täter mit dem Delikt »Vergewaltigung« und »sexueller Missbrauch« berücksichtigt werden sollten, nicht aber Täter aus den Kategorien »Exhibitionismus« , »Beleidigung« und »Verbreitung (kinder)pornografischen Materials«. Grund für diese Auswahl ist die Überlegung, dass Täter, welche übergriffiges Verhalten im Rahmen von Missbrauchs- und Vergewaltigungsgeschehen ausleben, unter psychodynami-

DOI: 10.1486/9783884144152

schen Gesichtspunkten (auch unter dem Aspekt der perversen Symptombildung) eher eine Gruppe bilden, als wenn Täter mit opferfernen Verhaltensweisen (sog. »Hands-off-Täter«) mit eingeschlossen werden würden.

Bei der Auswahl der Interviewpartner sollte weiter darauf geachtet werden, dass diese möglichst aus unterschiedlichen Regionen stammen und in möglichst unterschiedlichen Kliniken behandelt wurden. Damit sollte sichergestellt werden, dass nicht nur typische Effekte einer Region, oder gar nur einer Klinik erfasst werden, sondern ein möglichst weit gefasster Hintergrund erhoben werden kann, um eine allgemeingültige Aussage bezüglich protektiver Faktoren bei rückfallfreien Sexualstraftätern treffen zu können.

Diese methodischen Vorgaben wurden letztlich durch die Art der Kontaktherstellung im Rahmen des »Arbeitskreis Forensische Ambulanzen« weitgehend verwirklicht. Die beteiligten zwölf Patienten stammen aus sechs deutschen Maßregeleinrichtungen. Darunter befinden sich sieben Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung, davon zwei mit der Zusatzdiagnose Pädophilie, zwei Patienten mit der Diagnose Pädophilie sowie drei Patienten mit einer intellektuellen Beeinträchtigung. Zehn Patienten waren im Maßregelvollzug gem. § 63 StGB untergebracht, zwei Patienten gem. § 64 StGB in einer Entziehungsanstalt.

DOI: 10.1486/9783884144152

7 Fragestellung der Untersuchung

Die Diskussion um rückfällige Sexualstraftäter hat im gesellschaftlichen Diskurs der letzten Jahre an Intensität zugenommen. Ausgangspunkt waren spektakuläre Kindestötungen, welche zum Teil mit sexueller Motivation begangen worden waren, in der Öffentlichkeit als »Sexualmorde« wahrgenommen wurden. Höhepunkt dieser Diskussion war eine Strafrechtsreform, an deren Spitze das »Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten« vom 31.01.1998 steht. Ziel der gesetzlichen Maßnahmen war u. a., die Sicherheit der Bevölkerung vor einmal verurteilten Sexualstraftäter zu erhöhen, indem Rückfälle vermieden werden. Das Gesetz greift in alle wichtigen strafrechtlichen Einzelgesetze (vgl. Hahn 2003 a, 455) und führte faktisch zu einer »Strafrechtsverschärfung«. Im kriminologischen und forensisch-psychiatrischen Forschungsbereich kam es in der Folgezeit zu einer gründlichen Analyse der Entstehungsbedingungen sexueller Delinquenz, insbesondere im Bereich der Mehrfachstraftäter (vgl. Kapitel 1 und 5.1).

Mit dieser Situation geriet der fachliche Blick fast ausschließlich auf Aspekte wie Rückfallgefährdung, Risikofaktoren und Sicherheitsprobleme im Maßregelvollzug. Mit der vorliegenden Arbeit soll dagegen nach den Behandlungserfolgen in diesem Bereich gefragt werden. Wie eine Vielzahl von Untersuchungen belegen (vgl. Kapitel 4.6.3) stellt sich die Rückfallsituation behandelter Sexualstraftäter eher günstig dar. Entlassene Patienten aus dem Maßregelvollzug weisen eine Rückfallrate zwischen 5 % und 20 % auf.

Die Kriterien einer erfolgreichen Behandlung im Maßregelvollzug liegen aber nicht nur in der Legalbewährung, da das Maßregelrecht neben dem Aspekt der Sicherung auf Therapie als Instrumentarium der Gefahrenabwehr setzt (Volckart 2002, Dessecker 1997, 131). Seit der Strafrechtsreform 1974 werden die therapeutischen Ziele der Maßregel betont. Für deren Evaluation kommen dann aber eher Kriterien wie soziale Integration, Lebenszufriedenheit und berufliche Rehabilitation etc. in Betracht.

Differenzierte Forschungsergebnisse zu solchen Forschungsfragen liegen jedoch bislang nicht vor. Nur vereinzelt werden forensische Forschungsfragen im Zusammenhang mit Protektivfaktoren (Nedopil 2001) benannt, deren Umsetzung eingefordert. Lediglich die Untersuchung von Gutiérrez-Lobos et al. (1999 a) stellt soziale Aspekte (soziales Netzwerk, stabile intime Beziehungen) in den Mittelpunkt der Forschung und benennt deren Relevanz für Therapieplanung (Motivation, Empathiezunahme) und Minderung des Rückfallrisikos. Allerdings

DOI: 10.1486/9783884144152

greift diese Studie mit ihrer Beschränkung auf ein standardisiertes Erhebungsinstrument (SONNY – Interview zur Erfassung des social support, vgl. Gutiérrez-Lobos et al., 1999 b) und damit auf rein soziale Phänomene zu kurz.

Für den Bereich von Sexualstraftaten ist die Frage nach den Gründen, welche eine erneute Straffälligkeit verhindern, bislang weitgehend unbeantwortet. Im klinischen Alltag des Maßregelvollzugs haben wir es in der Regel mit Menschen zu tun, die ausgelöst durch traumatische Biografien oder widrige Lebensumstände selbst auffällig, straffällig werden und deren Prognose für die Zeit nach der Entlassung aus der Unterbringung im Maßregelvollzug oft ungünstig ausfällt. Erstaunlich ist, dass die Zahl der rückfallfreien psychisch kranken Straftäter größer ist als gemeinhin angenommen. Die Ursachen oder Faktoren, die zur psychischen Stabilität führen und sich auch im Nicht-Begehen erneuter Sexualstraftaten äußert, sind Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

Dies geschieht mit einer inhaltlichen Bezugnahme auf das Salutogenese-Konstrukt von Antonovsky (1997), das als zentrale Fragestellung nach den Ursachen von Gesundheit fragt. Reister (1995, 15) spricht dieser Fragestellung und der damit verbundenen Forschungstätigkeit als Folge einen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen zu:

> »Wie kommt es, dass eine Person trotz zahlreicher mikrobiologischer, chemischer, physikalischer, psychologischer, sozialer und kultureller krankheitserzeugender Bedingungen ihre Gesundheit bewahrt? Antonovsky ... hat für diesen Problembereich den Begriff Salutogenese geprägt und damit den Anspruch erhoben, der Erforschung der Bedingungen für das Gesund-Sein und -Bleiben den gleichen Rang einzuräumen, wie der wissenschaftlichen Aufklärung pathogenetischer Zusammenhänge.«

Reister (1995) benennt in seiner Antwort auf die Frage, wie es kommt, dass ein Mensch trotz zahlreicher krankheitserzeugender Bedingungen seine Gesundheit bewahrt, protektive Faktoren (bezogen auf psychogene Krankheitsbilder). Die Auswertung des Datenmaterials, das eine Forschergruppe um Schepank (vgl. aus der Vielzahl von Veröffentlichungen: Schepank 1987, 1990 und Schepank et al. 1984) in mehr als 15 Jahren zusammengetragen hat, erlaubt einen Einblick in das Zustandekommen von Stabilität, also Gesundheit.

In der vorliegenden Untersuchung »Rückfallfreie Sexualstraftäter – salutogenetische Faktoren bei ehemals im Maßregelvollzug behandelten Sexualstraftätern am Ende einer positiv verlaufenen Eingliederungsphase« soll überprüft werden, ob die durch die vorliegenden Forschungsergebnisse (vgl. insbesondere Kapitel 5.2.2) im Kontext des Salutogenese-Konzepts benannten protektiven Faktoren auch bei der Gruppe der im Maßregelvollzug erfolgreich behandelten Sexualstraftäter zu finden sind.

Neben der Überprüfung bekannter salutogenetischer Faktoren werden durch den Charakter der vorliegenden Arbeit weitere Faktoren, welche spezifisch nur bei der untersuchten Zielgruppe auftreten, benannt werden.

DOI: 10.1486/9783884144152

7.1 Methodologische Vorannahmen und Überlegungen

Ergänzend zu den in Kapitel 6 formulierten Überlegungen zur Forschungshaltung (Soziale Therapie, qualitative Sozialforschung), -methode (Grounded Theory) und -technik (narratives Interview) sollen hier weitere methodologische Probleme im Zusammenhang mit der Forschungsfragestellung erläutert werden.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass durch den gewählten Zugang zum Thema (Interviews mit rückfallfreien Tätern) deren subjektive Sichtweise in Bezug auf protektive Mechanismen und Faktoren erhoben wird. Damit wird der Charakter meiner Arbeit in der detaillierten Rekonstruktion subjektiver Bedeutungszuschreibungen liegen und nicht in der »objektiven« Betrachtung der Verhältnisse von außen. Eine solche Herangehensweise hätte einer umfangreicheren Beobachtung und Begleitung der Probanden vorausgesetzt, etwa in deren Lebensalltag sowie eine genaue Befragung der Akteure im sozialen Umfeld. Dies entspräche einer Feldforschung, etwa durch mehrmonatige Begleitung, teilnehmende Beobachtung etc., was sich einmal rein technisch schwer umsetzen lässt und schlicht die Möglichkeiten eines einzelnen Forschers übersteigt. Damit steht die Erforschung des Erlebens der Klienten und ihre subjektive Sicht, die subjektiven Wertungen im Fokus dieser Arbeit, was auch genau die Stärke der angewandten Forschungsmethode Grounded Theory ist. Die differenzierte theoretische Vertiefung, der »Objektivitätsgewinn« ergibt sich aus den einzelnen Analyseschritten der Forschungsarbeit, insbesondere aus den Fall vergleichenden Analysen.

Bei der Darstellung der Forschungsergebnisse müssen aus ökonomischen Erwägungen und Gründen der Lesbarkeit Kompromisse eingegangen werden. Um dem Leser einen Überblick über die einzelnen Interviews zu geben, werden im Text die Zusammenfassungen der Interviews dargestellt (Kapitel 8.1), die genauen Transkriptionen der Interviews werden im Datenteil (Anhang) aufgeführt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die einzelnen protektiven Faktoren je Fall in tabellarischer Übersicht präsentiert. Anschließend werden typische »Protektionsmuster«, also das spezifische Zusammenwirken einzelner, für den Einzelfall charakteristischer Schutzfaktoren im Fallvergleich dargestellt (Kapitel 8.2).

Die Beschreibung der einzelnen Faktoren, deren Struktur und Qualität erfolgt in Kapitel 9 wiederum fallübergreifend.

Die Patienten der untersuchten Stichprobe werden keine einheitliche Zeitdauer nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug aufweisen. Dies gilt auch für die in der Unterbringung verbrachte Zeit. Es ist jedoch davon auszugehen, dass in der juristischen Praxis vieler Landgerichtsbezirke der maximale Zeitraum von fünf Jahren Bewährungszeit ausgesprochen wird. Um Extremfälle (etwa Probanden mit nur einjähriger Bewährungszeit) auszuschließen, wird auf die Verwendung solcher Interviews verzichtet. Einheitlich werden nur Gespräche mit Probanden

DOI: 10.1486/9783884144152

einer drei- bis fünfjährigen Bewährungszeit geführt und verwendet. Ein längerer Katamnesezeitraum scheint nicht sinnvoll und möglich: Nach Beendigung der Bewährungszeit endet i. d. R. die Zuständigkeit von Bewährungshelfern, ambulanten Diensten und sonstigen Verantwortlichen. Damit fällt auch eine externe, objektive Auskunftsstelle weg, die Angaben zur tatsächlichen Rückfallfreiheit machen könnte. Aus diesem Grund werden keine Interviews mit Probanden geführt, deren Bewährungszeit bereits abgelaufen ist.[1]

Die angewandte Interviewform stellt eine Mischform aus narrativem und standardisiertem Interview dar. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Besprechung möglichst vieler relevanter Themen gewährleistet ist. Zudem ist davon auszugehen, dass einzelne Interviewpartner aus Gründen einer psychiatrischen Erkrankung in ihrer Introspektionsfähigkeit, Verbalisierungsfähigkeit und ihrer Fähigkeit, komplexe Sachverhalte strukturiert darzustellen, beeinträchtigt sind. Durch die gewählte Interviewtechnik soll die Balance zwischen narrativen Erzählanreizen und Leitfaden gestützter Gesprächsführung gehalten werden.

Auf die Anwendung quantitativer Forschungsinstrumente wie den SOC-Fragebogen von Antonovsky (1997) oder den SONNY (Gutiérrez-Lobos et al. 1999 b) wurde in dieser Studie verzichtet. Einmal bestehen Zweifel an der Operationalisierbarkeit solcher Instrumente (vgl. Lutz et al. 1998, Schumacher, Gunzelmann & Brähler 2000), zum anderen erfolgt durch die Fokussierung auf z. B. rein soziale Phänomene eine m. E. nicht zulässige Einschränkung der Forschungshaltung. Die vorliegende Untersuchung versucht, protektive Faktoren aus unterschiedlichen biografischen Phasen zu erheben. Diese Faktoren können in Persönlichkeitsmerkmalen oder in sozialen Rahmenbedingungen und Beziehungen angesiedelt sein. Ein standardisiertes Forschungsinstrument, dass die Gesamtheit dieser Faktorenebenen berücksichtigt, steht derzeit nicht zur Verfügung. Insofern versteht sich die hier vorliegende Studie auch als »Grundlagenforschung«, auf deren Basis solche Fragebögen etc. entwickelt werden könnten.

Die Verwendung normierter Skalen zur Messung des SOC erscheint derzeit aber auch aus dem Grund wenig sinnvoll, da die Bemühungen um verlässliche Testinstrumente noch nicht weit genug vorangeschritten sind. Insbesondere lässt sich bislang keine ausreichende Relevanz der normierten SOC-Skalen bei vorliegen bestimmter Störungsbilder (etwa Abhängigkeit des SOC zu bestehenden psychiatrischen Diagnosen) nachweisen (Hannöver et al. 2004).

1 Anzumerken ist hierzu, dass natürlich auch unter Bewährung stehende ehemals im Maßregelvollzug Untergebrachte Straftaten begehen können, die (zunächst) nicht bekannt werden. Ich gehe aber davon aus, dass die Auswahl der Gesprächspartner durch die Kontaktpersonen vor Ort und die Tatsache, dass sich die einzelnen Täter bewusst für eine Interviewteilnahme (mit allen Risiken) entschieden haben, positiv auf die Stichprobenauswahl unter dem Aspekt der Legalbewährung auswirkt.

DOI: 10.1486/9783884144152

7.2 Inhaltliche Vorannahmen und Überlegungen

In Kapitel 7 ist die Fragestellung des vorliegenden Forschungsprojekts beschrieben. Die Forschungsfrage ist mit einer Reihe inhaltlicher Vorannahmen (Thesen) verbunden, die hier vorgestellt werden sollen.

1. Die im »Mannheimer Kohortenprojekt« (vgl. Kapitel 5.2.1) durchgeführte Forschung bezog sich ausschließlich auf psychogene Erkrankungen der Normalbevölkerung. Ausdrücklich wurde vermerkt, dass schwere psychiatrische Krankheitsbilder nicht berücksichtigt wurden (Schepank 1990, Schepank et al. 1984). Insbesondere wurde auf »seltene Krankheitsbilder (z. B. spezielle Perversionen oder ganz ausgefallene Suchtuntertypen) verzichtet« (ebd., 48). Ich gehe davon aus, dass sich die im Kontext der »Mannheimer Kohortenstudie« erhobenen protektiven Faktoren aber ebenfalls bei im Maßregelvollzug behandelten Sexualstraftätern finden, dass diese sich aber in Qualität und Interaktion untereinander unterscheiden.
2. Das Vorliegen schwerer Persönlichkeitsstörungen und sexueller Abweichungen führt zu besonderen Merkmalen im Verlauf der biografischen Entwicklung und zu einer spezifischen Situation der Lebensbewältigung. Hierzu gehören auch spezifische Schutzfaktoren, die sich zusätzlich zu den in der Normalbevölkerung gefundenen (und in Abgrenzung zu diesen) darstellen lassen.
3. Sexualstraftäter im Maßregelvollzug weisen eine Reihe biografischer Besonderheiten (vgl. Kapitel 4.3 und 4.6) auf. Die in der sog. Normalbevölkerung zu beobachtenden protektiven Faktoren aus dem Kindheitsalter (»Kindheitsfaktoren«, vgl. Reister, Tress & Franz 2000, 135) stehen im Kontrast zum biografischen Hintergrund der hier untersuchten Zielgruppe. Deren Lebenssituation war meist gekennzeichnet durch Inkonstanz der Erziehungssituation, Multiproblemlagen, schlechte sozio-ökonomische Rahmenbedingungen. Dies wird sich auch im Datenmaterial der hier vorliegenden Studie auswirken: zu erwarten ist hier eine stärkere Schwerpunktsetzung in den Bereichen »Faktoren der Maßregelbehandlung«, »Nachsorge« und »aktuelle Lebenssituation« und weniger aus dem Bereich »(frühe) Kindheit«. In diesem Zusammenhang ist zu erwarten, dass diese Faktoren aus der jüngeren Vergangenheit der Probanden das Fehlen der »Frühfaktoren« kompensieren. Ausnahme hiervon bilden voraussichtlich die Täter, die erst in einem späteren Lebensabschnitt erstmals straffällig werden und eine lange Periode delinquenzfreier Lebenszeit aufweisen. Schon Antonovsky (1997, 39) weist auf dieses Phänomen hin: Menschen können trotz ähnlicher SOC-Ausprägung unterschiedliche Schutzfaktoren und eine ganz unterschiedliche Auffassung von der Welt haben, diese z. B. nicht als kohärent ansehen.
4. Wie in Kapitel 3 dargestellt, findet sich unter den Sexualstraftätern im Maßregelvollzug eine große Gruppe von Patienten mit dissozialen Persönlichkeitsan-

DOI: 10.1486/9783884144152

teilen. Dieses Störungsbild gilt allgemein als schwer behandelbar (vgl. Rauchfleisch 1981, 1999). Es ist zu erwarten, dass sich bei der hier untersuchten Stichprobe (erfolgreich behandelte, rückfallfreie Patienten) unterschiedliche Faktoren aus Behandlung, Nachsorge, Persönlichkeit und aktueller Lebenssituation finden, die trotz der ungünstigen Behandlungsmöglichkeiten zu einer erfolgreichen Lebensbewältigung (»Legalbewährung«) führen.

5. Unterschiedliche Leugnungsniveaus in Bezug auf das Anlassdelikt, das Phänomen der Verantwortungsabwehr (Deegener 1995, Stiels-Glenn 2000) spielen in der Behandlung von Sexualstraftätern eine wichtige Rolle. Auch nach Entlassung aus der stationären Unterbringung, wo im Rahmen der Therapie Verantwortungsübernahme und das Aufdecken verzerrter Kognitionen im Mittelpunkt standen, sind Reste dieser »alten Leugnungsmuster« zu entdecken. Sie dienen der retrospektiven Einordnung der eigenen Deliktgeschichte und sind Erklärungsansätze mit »stabilisierender« Funktion im aktuellen Alltag. Insbesondere bei Patienten, die keine spezifische Sexualtherapie durchlaufen haben, werden sich solche Anteile wieder finden.
6. Die einzelnen protektiven Faktoren stammen nur zum Teil aus der im Maßregelvollzug erfahrenen Therapie. Sie sind auch Ausdruck sog. »unspezifischer Wirkfaktoren« (Frank 1971) und sind auch Ausdruck der besonderen Gewaltverhältnisse zwischen »mächtiger Institution« und »abhängigem Patienten«. Lassen sich solche »allgemeinen Wirkfaktoren« der Maßregelbehandlung erheben, wird damit die Zuordnung zu einem eigenständige »Feld der Protektion« ermöglicht.
7. Soziale Abweichung muss auch als sozialer Prozess, der durch Mechanismen wie Zuschreibung und Ausgrenzung (Labeling, vgl. Kapitel 3.1) erfolgt, verstanden werden. Erfolgreiche, d. h. rückfallfreie Sexualstraftäter müssen über spezifische Fähigkeiten und Ressourcen verfügen, um solchen Etikettierungsprozessen zu widerstehen. Diese Fähigkeiten sind auch als Äußerungen in den Interviews zu erwarten.
8. Die Schwerpunktsetzung der vorliegenden Arbeit liegt auf den protektiven Faktoren rückfallfreier Sexualstraftäter. Damit geraten die Risikofaktoren in den Hintergrund. Durch diesen Perspektivwechsel verlieren diese negativen Faktoren jedoch nichts an ihrer Bedeutsamkeit und Wirksamkeit. Sie werden im Kontext dieser Arbeit aber nicht weiter dargestellt (mit Ausnahme der allgemeinen Ausführungen in Kapitel 3.4).
9. Schepank (1990) weist auf den hohen Wirkfaktor externer (sozialer) Ressourcen hin. In Verbindung mit der Annahme, dass Sexualstraftäter in ihrer Biografie wenige innere protektive Faktoren (ein niedriges SOC) entwickeln konnten, ist zu vermuten, dass sich in den Interviews vorwiegend Faktoren aus dem sozialen Umfeld finden lassen.
10. Die Fortschritte in der Sexualstraftäter-Behandlung innerhalb der letzen zehn

DOI: 10.1486/9783884144152

Jahre haben zu einer Differenzierung des Behandlungsmöglichkeiten auch im Maßregelvollzug geführt. Davon müssten auch die in den Interviews erfassten Probanden profitiert haben, deren Entlasszeitpunkte zwischen 1994 und 1997 lagen. Entsprechend müssten sich in den Interviews auch Hinweise auf spezifische therapeutische Wirkmechanismen (etwa: Opferempathie, Korrektur verzerrter Kognitionen) wiederfinden.

DOI: 10.1486/9783884144152

8 Auswertung des Datenmaterials

Im folgenden Kapitel werde ich zunächst typische »Protektionsmuster«, also die qualitative Darstellung salutogener Faktoren, so wie sie von den Interviewpartnern im Gespräch berichtet wurden, darstellen.

Datengrundlage hierfür sind die Transkriptionen der zwölf Interviews (siehe Anhang), die ich in der Zeit zwischen Juli 1999 und August 2003 geführt habe. Die Interviews wurden am Wohnort, z. T. in den Wohnung der Probanden, in Klinikräumen der forensischen Abteilungen, in denen die Interviewpartner untergebracht waren bzw. in Einrichtungen der psychiatrischen Nachsorge durchgeführt. Zunächst werden die Sprachereignisse, untergliedert in thematische Blöcke (thematische Sequenzierung) dargestellt. Angaben zu den Biografien der zwölf Gesprächsteilnehmer finden sich ebenfalls im Anhang. Auf Grundlage dieser Transkriptzusammenfassung erfolgt dann die tabellarische Darstellung der für die Forschungsfrage relevanten Textpassagen und die Formulierung bzw. Zuordnung zu einzelnen protektiven Faktoren. Die Beschreibung der einzelnen protektiven Faktoren erfolgt in Kapitel 9.

8.1 Darstellung der Einzelfälle

8.1.1 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 1 vom 19.07.1999

Der Proband[1] beschreibt seine Vorkenntnis zum Interview: Es geht um die Erhebung von Faktoren, die dazu geführt haben, dass verurteilte Täter nach einer Bewährungsphase straffrei geblieben sind. Möglicherweise liegt das an der Art der erfahrenen Psychotherapie und wie diese im konkreten Fall gewirkt hat. (Int I, 1; 7–20) (I-1)[2]

Der Interviewer erläutert das Anliegen des Gesprächs, die Beforschung der Probanden, die rückfallfrei bleiben und die Frage, was diese Personen auszeichnet, welche Merkmale sie haben, dass ihnen eine positive Bewährungsphase gelingt. (Int I, 1; 21–41) (I-2)

1 Als Bezeichnung für die Interviewpartner wurde der Begriff »Proband« gewählt, wodurch die Bezugnahme auf den Status der interviewten Täter als »Probanden der Bewährungshilfe« genommen wird.

2 Die einzelnen Themenblöcke wurden zur besseren Auffindbarkeit der Textstellen in der tabellarischen Auflistung codiert, z. B. Interview 1, Themenblock 1 = (I–1). Die Tabellen finden sich in Band II – Daten.

DOI: 10.1486/9783884144152

Der Proband schätzt sich so ein, dass er offen für das Gespräch ist, dass er keine Probleme bei sich bemerkt, mit dem Interviewer offen über die Thematik Sexualdelinquenz und deren Bewältigung zu reden. Er hat in der Therapie gelernt, sich grundsätzlich mit diesem Thema zu beschäftigen, sich auseinanderzusetzen. Er ist mit jetzt Mitte 50 Jahren seit langer Zeit Sexualstraftäter und kann erst jetzt, in der jüngeren Zeit, nach der durchlaufenen Therapie offen über dieses Thema reden. Es besteht ein Redebedürfnis, wodurch die lange Zeit des Schweigens in den Jahrzehnten davor kompensiert wird. Dies ist ein wesentliches stabilisierendes Merkmal, das durch die ganze Bewährungszeit geholfen hat: offen über die Hintergründe der Delinquenz zu reden, zuerst mit dem Therapeuten, dann auch mit anderen. (Int I, 1; 43–61) (I-3)

Der Interviewer stellt den Interviewleitfaden vor und leitet zum ersten Themenbereich »biografischer Hintergrund« über. (Int I, 2; 1–7) (I-4)

Der Proband problematisiert seine Erzählweise als möglicherweise zu weitschweifig, der Grund dafür ist der schon vorher genannte Nachholbedarf bzgl. Gesprächen über die eigenen Täteranteile. (Int I, 2; 8–15) (I-5)

Der Beginn der eigenen Lebensgeschichte wird mit dem Ereignis »Geburt« markiert. Die Eltern heirateten unter dem Eindruck sozialen Drucks heraus, als seine Mutter mit ihm schwanger war. Der Vater war als Soldat die ersten drei Lebensjahre nicht anwesend (Gefangenschaft). Er wuchs zunächst mit seiner 19-jährigen Mutter und der Großmutter väterlicherseits auf. Die Familie wohnt mit anderen Familienangehörigen des Vaters in einem Haus. Die Lebenszeit, die er in diesem Haus verbringt, wird positiv (»schön«) eingeschätzt. Er ist erst im Erwachsenenalter dort ausgezogen. In dem Haus wohnten auch Fremde (»Kriegsvertriebene«) mit vielen Kindern, allesamt Mädchen, er war der einzige Junge unter den Kindern. Das Wohnumfeld war ländlich, am Rande einer Großstadt im Ruhrgebiet. (Int I, 2; 19–38) (I-6)

Das Verhältnis zum Vater wird ambivalent eingeschätzt: Der Vater ist nach Rückkehr aus der Kriegsgefangenschaft mit einem Sohn konfrontiert und möglicherweise mit der Vaterrolle überfordert. Dies liegt u. a. darin, dass er selbst weitgehend vaterlos aufgewachsen ist, der Großvater ist frühzeitig verstorben. Der Vater findet sich zudem in einer Lebenssituation wieder, die von zwei Frauen bestimmt wird: von seiner Mutter und seiner Ehefrau. Das Verhältnis zwischen den beiden Frauen ist deutlich und dauerhaft angespannt. Der Vater bemüht sich, eine Beziehung zum Probanden (seinem Sohn) aufzubauen, was ihm aber nicht gelingt. Als Grund dafür werden fehlende männliche Identifikationsfiguren genannt. Dieser Zusammenhang ist eine wesentliche Erkenntnis aus der Therapie. Der Vater wird aufgrund seines Unvermögens, die Vaterrolle zu übernehmen, als unbeholfen und hölzern eingeschätzt. Die Beziehungsversuche und pädagogischen Maßnahmen des Vaters sind halbherzig, ohne große Ausdauer. Der Vater hat in den ersten 14 Lebensjahren wenig Interesse an den Themen des Sohnes gezeigt,

DOI: 10.1486/9783884144152

sich nur beiläufig mit dem Kind beschäftigt. Die damit verbundene Distanz zum Vater hat aber auch Vorteile mit sich gebracht, z. B. Freiheiten wie eine mehrwöchige Radtour im Alter von 14 Jahren ohne Begleitung von Erwachsenen, die der Vater »genehmigt«. Aus heutiger Sicht wird diese Interesselosigkeit als verantwortungslos eingeschätzt. (Int I, 2/39 – 3/44) (I-7)

Die Beziehung zur Mutter wird positiver eingeschätzt. Sie hat sich immer für den Sohn und seine Themen interessiert. Sie hat ihn in allen Dingen unterstützt, auch bei unsinnigen Dingen. Aus heutiger Sicht erscheint die Beziehung zur Mutter allerdings kritischer: Die Mutter hat ihn benutzt, um den Vater zu besänftigen, um ihn als Boten zum Vater zu schicken, um Konflikte zu steuern. Diese Art der Ausnutzung wurde auch durch die Großmutter ausgeübt. Seine Rolle als Kind war die des Boten und Vermittlers zwischen den zerstrittenen Erwachsenen, seinem Vater, seiner Mutter und seiner Großmutter. Als Kind wurde diese Situation auch positiv erlebt, da so erlernt werden konnte, alle Vorteile auszunutzen. Aus heutiger Sicht wird diese Familiensituation negativ attribuiert. Die gesamte Lebenssituation in dem Haus mit den vielen Familien wird heute so eingeschätzt, dass er meist nur Zweckbündnisse eingegangen ist, nach seinen Vorteilen gesucht hat, ihm sind auch nur solche Zweckbündnisse angeboten worden. (Int I, ‚3/44 – 4/18) (I-8)

Der Proband berichtet von seiner vier Jahre jüngeren Schwester. Diese wächst zunächst bis zu ihrer Einschulung getrennt von ihm auf. Der Grund dafür ist die Berufstätigkeit der Mutter, welche zeitlich mit dem zweiten Kind überfordert ist. Grund ist aber auch die Alkoholproblematik des Vaters, der ständig betrunken ist und viel Zeit dem örtlichen Fußballverein widmet. Fast die gesamte Familie hat Alkoholprobleme. Aus diesem Grund lebt der Proband abstinent. Er hat sich auch nicht für Fußball interessiert. Aus Protest ist er in die Leichtathletikabteilung eines anderen Sportvereins gegangen. Dort wurden sportliche Leistungen erbracht, die sogar in der Regionalzeitung berichtet wurden. Der Vater des Probanden zeigte aber auch hierfür kein Interesse. Der Proband hatte als Kind und auch später das Gefühl, dass er sich stark von seiner Herkunftsfamilie unterscheidet, andere Interessen hat, ganz anders aussah, als der Rest der Familie. Erst heute sehe er die äußeren Ähnlichkeiten. Er ähnelt seinem Vater, man erkenne Vater und Sohn (gleichen sich »wie ein Ei dem anderen«). Als Kind war das eine wesentliche Erfahrung, ganz anders zu sein als der Rest der Familie. Der Vater lebt noch. (Int I, 4; 20 – 63) (I-9)

Das Verhältnis zwischen Vater und Mutter wird negativ erinnert. Die Eltern sind herzlos und distanziert miteinander umgegangen. Beide Eltern sind körperlich distanziert mit ihrem Sohn umgegangen. Die wenigen Körperkontakte, vor allem mit dem Vater werden unangenehm erinnert, da der Vater bei solchen Anlässen (Feiertage, Geburtstage) meist betrunken war. Es bestehen ausführliche Erinnerungen an sexuelle Kontakte zwischen den Eltern, welche mit unange-

DOI: 10.1486/9783884144152

nehmen Gefühlen verbunden sind. Der Proband hatte sein Bett im elterlichen Schlafzimmer. Sexualkontakte zwischen den Eltern gingen meist vom – dann alkoholisierten – Vater aus, es kam zu unschönen Geräuschen und Lauten, verbunden mit der Sorge um die Mutter. (Int I, 4/64–5/34) (I-10)

Körperliche Gewalt hat in der Familie keine Rolle gespielt. Der Vater hat nicht geschlagen. Der Proband ist nie geschlagen worden. Allerdings hat er häufig verbale Gewalt in der Familie erlebt, die ging oft vom Vater und dessen Mutter aus. Seine eigene Mutter hat sich daran weniger beteiligt. (Int I, 5; 37–49) (I-11)

Der Proband berichtet, dass er einen ca. 20 Jahre jüngeren Bruder hat. Dieser wurde geboren, als er selbst schon aus dem Haus war. Aus dem anfangs distanzierten Verhältnis ist mittlerweile eine enge Beziehung geworden. Zeitgleich mit der Geburt seines Bruders hat seine Schwester eine Tochter geboren. (Int I, 5/51–6/9) (I-12)

Als zentrale Familienregel, als Leitsatz für alle Lebenslagen wird die Unfehlbarkeit des Vaters genannt. Diese ist eng verbunden mit dem Familienwissen, dass der Vater generell nicht ernst zu nehmen ist. Als Kind muss der Proband diese beiden Familienregeln miteinander verbinden, muss alle zufrieden stellen. Er bewertet dies heute so, dass ihm das als Kind gut gelungen sei, diese widersprüchliche Situation zu meistern. Dies wird als Überlebensstrategie gewertet, als Möglichkeit, in einer Zeit des Mangels (Nachkriegsdeutschland) etwas zu essen zu ergattern. (Int I, 6; 16–48) (I-13)

Der Familienunterhalt wurde hauptsächlich durch die Tätigkeit des Vaters als Bergmann erzielt. Da dieser jedoch viel für den Alkoholkonsum ausgab, ging die Mutter zeitweilig auch putzen. Die Mutter starb mit 50 Jahren. (Int I, 6; 49–66) (I-14)

Religiöse Inhalte spielten in der Familie zunächst keine Rolle, der Proband fühlte sich aber frühzeitig zur katholischen Kirchengemeinde hingezogen. Die Erfahrungen im Kirchenumfeld werden als Gegenentwurf zur Lebenssituation in der Herkunftsfamilie erinnert: War die Familie ein Ort, an dem er sich nicht wohlfühlen konnte, wo vieles einen »Überlebenskampf« darstellte, war das Eingebundensein in die verschiedenen kirchlichen Gruppen eine positive Erfahrung, mit vielen positiven Regeln und Traditionen. Vom anfänglichen Teilnehmer solcher Kirchengruppen entwickelte er sich zum Mitarbeiter in Jugendkreisen. Die Anziehung zu Gottesdiensten war während der Schulzeit so groß, dass er oft vor Schulbeginn, um sechs Uhr morgens, zur Messe ging. Diese Entwicklung begann mit ca. neun Jahren. (Int. I, 7; 4–21) (I-15)

Der Proband war nicht im Kindergarten, er hatte große Angst vor den Ordenstracht tragenden Schwestern in dieser Einrichtung, die Bemühungen der Eltern ihn dort zu integrieren scheiterten an seinem Widerstand. (Int I, 7; 21–26) (I-16)

Eine wichtige Identifikationsfigur war der Kaplan der Gemeinde. Das Engagement im Umfeld der Kirche ist nicht zur eigenen Vorteilnahme geschehen,

DOI: 10.1486/9783884144152

sondern aus innerer Überzeugung und Hingabe an die Thematik. Das kirchliche Engagement hält an bis in die heutige Zeit. Zwischenzeitlich ist der Proband zur evangelischen Kirche konvertiert. In diesem Umfeld hat er später dann auch eine Berufsausbildung absolviert. Der kirchliche Hintergrund wird als zentral für die eigene Lebensführung, etwa die Beziehungsgestaltung oder die Emotionswahrnehmung und -mitteilung eingeschätzt. Die kirchliche Erfahrungswelt ist dabei Gegenhorizont zu den Lebenserfahrungen in der Herkunftsfamilie: dort sind die Interaktionen zwischen den Akteuren unübersichtlich und schwer verständlich. In Kirchenkreisen erscheint dem Probanden das Miteinander der Menschen klarer erkennbar und zuordenbar. (Int I, 7; 26–58) (I-17)

Der Proband wuchs durchgehend in der Herkunftsfamilie auf, es gab keinerlei Zeiten der Fremderziehung, etwa in einem Heim o. Ä. (Int. I, 7; 61) (I-18)

Der Proband kann keine Hauptbezugsperson in seiner Kindheit benennen. An diesem Thema wurde auch im Rahmen der Einzeltherapie gearbeitet. Daraus resultiert auch die Einschätzung, dass es themenbezogene (teilbereichsbezogene) wichtige Bezugspersonen gab, etwa die mächtige Großmutter. Als wichtig wird ein Großonkel (Bruder des Großvaters, den er nicht kennengelernt hatte) eingeschätzt. Der war zwar auch alkoholabhängig, hat aber im Gegensatz zum Rest der Familie das religiöse Engagement des Probanden akzeptiert. Er hat ihn mit wichtigen Symbolen (Marienfiguren) versorgt, die für spezielle Andachtsformen Verwendung fanden. Als besonders positiv daran wird eingeschätzt, dass der Großonkel diese Unterstützung zeigte, obwohl er selbst völlig areligiös war. Ein weiterer Großonkel spielt eine wichtige Rolle in der Kindheit des Probanden, in dessen religiösem Erleben. Bei diesem Onkel, der selbst kirchlicher Funktionsträger war, kehrte er regelmäßig nach seinen morgendlichen Gottesdienstbesuchen ein. Hier lernt der Proband echte Autorität kennen, die er gerne anerkennt. (Int I, 7/65–8/59) (I-19)

An außerfamiliären Bezugspersonen werden ehrenamtliche und hauptamtliche Kirchenmitarbeiter genannt. Insbesondere ein Kaplan, der auch den Kommunionunterricht hielt, förderte den Probanden nachhaltig. Er betraute ihn mit einer Führungsaufgabe, überzeugte auch den Vater des Probanden davon. Durch die Möglichkeit, diese Aufgabe wahrzunehmen, zu erkennen, dass jemand ihm das zutraut, ihn fördert und einweist, erlebte der Proband einen wesentlichen Entwicklungsschub (»Da hab ich eigentlich erst angefangen zu leben …«). (Int I, 8/59–9/43) (I-20)

Die Kindheitsjahre zwischen dem neunten und zwölften Lebensjahr werden als schöne Zeit erinnert. Der Proband berichtet über eine Vielzahl von Freizeitaktivitäten wie kirchliche Jugendgruppen, Pfadfinder, Sportverein und die Spielkameradinnen (allesamt Mädchen) im häuslichen Umfeld. Die Kinder spielten i. d. R. auf der Straße, Spielsituationen in der Wohnung der Familie gab es nicht. (Int I, 9/47–10/4) (I-21)

DOI: 10.1486/9783884144152

Herausragende positive Kindheitserlebnisse sind die oben erwähnte Fahrradtour mit 14 Jahren, die Förderung durch den Kaplan, der ihn aus der Masse der Kinder heraushob, indem er ihm eine spezielle Aufgabe übertrug, die Hochzeit eines Onkels väterlicherseits, zu der er einen ersten Anzug gekauft bekam und nichts Selbstgenähtes der Mutter tragen musste. In besonderer Erinnerung blieben zwei Kindererholungsmaßnahmen im Alter von sieben und neun Jahren. Der Proband hatte in der ersten dieser Maßnahmen, die er alleine durchlebte, ständig starke Heimwehgefühle. Seine kindlichen Fantasien, dass er gar nicht das Kind seiner Eltern sei, korrelierten mit der Erfahrung, alleine auf sich selbst gestellt zu sein, von den Eltern mit einem Bus weggeschickt zu werden, also tatsächlich nicht mehr Kind dieser Familie zu sein. Die zweite derartige Reise verkraftete er vor dem Hintergrund der ersten Reise, die er ja bestanden hatte, besser. Allerdings erlebte er die vielen körperlichen Anwendungen (vor allem Bäder) als belastend, vor allem, dass er sich in der Kindergruppe immer wieder nackt ausziehen musste. Dabei wurde er erstmals mit sekundären Geschlechtsmerkmalen der anderen Jungen konfrontiert, welche durch den ihm gegenüber bestehenden Altersunterschied (er war mit zehn Jahren der Jüngste in der Gruppe) deutlich weiter entwickelt waren. Auf dieses Erlebnis reagierte der Proband geschockt und distanzierte sich zunächst von jeglicher sexuellen Thematik. (Int I, 10/6 – 11/32) (I-22)

Herausragende negative Kindheitserlebnisse sind zwei Erlebnisse mit dem Vater. Dieser hatte den Probanden im Alter von sieben Jahren, beim Versuch ihm das Schwimmen beizubringen, einfach ins tiefe Wasser geworfen. Dieses Erlebnis wird als Vertrauensbruch eingestuft, der Proband erinnert sich deutlich an Lebensangst in dieser Situation. Ein anderes Mal hatte der Vater ihm unterstellt (ohne das vorher nachzuprüfen), einem gleichaltrigen Mädchen mit einer Steinschleuder ein Auge ausgeschossen zu haben. Im Rahmen einer vom Vater belastend inszenierten Gegenüberstellung erweist sich seine Unschuld. Der Proband weist diesem Schlüsselerlebnis prägende Kraft bis in das Erwachsenenalter hinein zu. Als Reaktion auf dieses Erlebnis durchdenkt er bis heute Entscheidungen mehrmals, bevor er jemanden mit etwas konfrontiert oder belastet. (Int I, 11/36 – 12/58) (I-23)

Als Gefühl der Stärke werden Situationen erinnert, in denen der Proband als Kind dem Vater zeigen konnte, wer er selbst ist. Dies gelang ihm nur bedingt, da der Vater wenig Interesse zeigte, ihm war aber wichtig, gute Leistungen entsprechend darzustellen. (Int I, 12/62 – 13/7) (I-24)

Die Schulleistungen waren meist gut, ohne dass dafür besondere Anstrengungen unternommen werden mussten, das sei ihm »in den Schoß gefallen«. (Int I, 13; 7 – 14) (I-25)

Der Proband schildert weiter, wie er um die Anerkennung des Vaters gerungen hat. Ihm war wichtig, dass dieser besondere Leistungen, vor allem im

DOI: 10.1486/9783884144152

sportlich-körperlichen Bereich wertschätzt. Eine besondere Situation, an die er sich lebhaft erinnert, ist, als es ihm gelang, einen besonders hohen Baum zu erklettern. Der Vater tut diese Leistung, mit der der zehnjährige Junge an die Leistungen seiner älteren Bekannten aus dem Schulumfeld anschließt, lakonisch ab; das Gefühl von Stolz und Erfolg fällt in dem Jungen in sich zusammen. Als Konsequenz aus der Nichtbeachtung durch den Vater entwickelt der Proband eine deutliche Antihaltung dem Vater gegenüber. Er interessiert sich bewusst nur noch für sportliche Dinge, die den Vater nicht interessieren. Versucht der Vater umgekehrt, ihn für seine Interessen (Fußball) zu begeistern, verweigert sich der Proband und zeigt absichtlich schlechte Leistungen. Solche Situationen werden als Erfahrung eigener Stärke erinnert. (Int I, 13/14–14/5) (I-26)

Als wichtige Identifikationsfiguren werden vom Probanden Rittergestalten wie »Sigurd« genannt. Daran haben ihm die mit dieser Figur transportierten Werte wie Treue, Ehre und Zuverlässigkeit imponiert. (Int I, 14; 9–25) (I-27)

Als früheste Kindheitserfahrung wird eine Situation erinnert, in der der Proband als Vierjähriger im Winter mit einem umgedrehten Fußbänkchen Schlitten gefahren ist. (Int I, 14; 27–37) (I-28)

Zusammenfassend schätzt der Proband seine Kindheit als »gut« ein. Allerdings hat er sich überdauernd für seinen Vater geschämt, der in dem kleinen Ort, in dem er aufwuchs, bekannt gewesen war. Ihm war unangenehm, mit seinem Vater in Zusammenhang gebracht zu werden. Die frühen Kindheitsjahre werden als prägend für die Lebensführung im Erwachsenenalter angesehen. (Int I, 14/46–15/12) (I-29)

An Schulerfahrungen berichtet der Proband Begegnungen mit zwei Lehrern. Der erste, den er in der ersten und zweiten Klasse hatte, arbeitete nebenberuflich auch als Versicherungsvertreter. Eltern von Schülern, welche bei ihm Versicherungsverträge abschlossen, bekamen dann bessere Noten. Seine Familie schloss keinen Vertrag ab, sodass er anfangs ein eher schlechter Schüler war. Ab der dritten Klasse war dann bis zum Schulabschluss eine andere Lehrkraft zuständig, welche positiv erinnert wird. Dieser Lehrer befürwortete den Wechsel an ein Gymnasium, da die Leistungen des Probanden ab der dritten Klasse sehr gut waren. Der Vater überließ dem Jungen die Entscheidung, welcher sich gegen den Besuch des Gymnasiums entschied, weil er den Verlust sozialer Kontakte im bisherigen Umfeld befürchtete. In der Hauptschule war er später Klassen- und Schulsprecher. Er hatte sich um derartige Ämter nicht beworben, war aber von den anderen als geeignet eingeschätzt worden. Diese Erfahrung wiederholte sich später zur Militärzeit, als er von den Kameraden seiner Kompanie zum Kompaniesprecher gewählt wurde. (Int I, 15/19–16/6) (I-30)

Seine soziale Rolle im Klassenverband war oft die des Verhandlers, der vorgeschickt wurde, wenn es etwas mit den Lehrkräften zu verhandeln gab, hier hatte er ein besonderes kommunikatives Geschick. Alterstypische Themen, wie

DOI: 10.1486/9783884144152

etwa erste Kontakte zu Mädchen, wurden mit ihm allerdings nicht verhandelt. (Int I, 16; 9–31) (I-31)

Während der Schulzeit bestanden auch engere Freundschaften, speziell zu dem Jungen, mit dem er die mehrwöchige Radtour unternommen hat, aber auch zu einem anderen Kind, das aufgrund seiner rundlichen Körperform von den anderen ausgegrenzt war, mit dem er sich wegen seiner eigenen Außenseiterrolle zusammengetan hatte. Aus heutiger Sicht werden diese Freundschaften allerdings kritisch bewertet: echte Freundschaften seien das nicht gewesen, die Kontakte seien eher so »dahingeplätschert«. (Int I, 16; 34–50) (I-32)

Eine wichtige Freizeitaktivität war die Beteiligung an der Leichtathletikabteilung des örtlichen Sportvereins. Zu diesem ist er über einen Schulfreund gekommen. Der dortige Trainer hat ihn ohne Umstände in die bestehende Trainingsgruppe integriert und der Proband konnte nach kurzer Zeit bei Wettkämpfen erste Erfolge verbuchen. (Int I, 16/55–17/3) (I-33)

Die Pubertät war von sozialen Erfahrungen geprägt, die an die Kinderzeit anschlossen: In Gruppen (Kirche, Pfadfinder) hatte er oft Schlüsselpositionen inne, sein Bedürfnis »einfach nur mitzumachen« kam dabei zu kurz. Die Pubertät selbst, körperliche Veränderung, Konflikte mit den Eltern hat der Proband selbst nicht bewusst erlebt. Die Erwachsenen haben darüber gesprochen, aber er hat es so wahrgenommen, dass bei ihm nichts passiert, dass zum Beispiel nicht mal Pickel sprießen. Das hat ihn in seiner inneren Ablehnung der eigenen Familie bestärkt, in seiner Wahrnehmung, dass er anders ist: In der Familie bekommen alle Pickel, er sein ganzes Leben lang nicht. In dieser Zeit verbrachte er bei den institutionellen Freizeitaktivitäten die Zeit mit anderen Jungen, im häuslichen Bereich war er fast ausschließlich mit Mädchen zusammen. Die wichtigsten Bezugspersonen waren in dieser Zeit der Trainer im Sportverein und der Kaplan. Den Vater mit seinen Alkoholproblemen hat er weiter abgelehnt. (Int I, 17; 14–48) (I-34)

Die berufliche Sozialisation ab dem vierzehnten Lebensjahr war stark durch die Eltern geprägt. Der Proband machte eine Lehre als technischer Zeichner, Hintergrund waren familiäre Beziehungen zu einer technischen Firma, die dafür genutzt werden konnten. Eigene Zukunftspläne hatte der Proband nicht. (Int I, 17; 51–64).(I-35)

Seine Rolle als Träger einer geschlechtlichen Identität – das Mann-Sein – schätzt der Proband rückblickend, aber auch auf die heutige Zeit, als unbedeutend ein. Sich selbst erlebt er, in Abgrenzung zu anderen Männern, etwa den anderen Angestellten im Lehrbetrieb, als nicht männlich. Er erlebte und erlebt sich als der kleine Junge, der er gegenüber seinem Vater immer war. Als Beispiel dafür dient eine Begebenheit aus der jüngsten Vergangenheit: Seinem Vater konnte er erst vor kurzem mitteilen, wie belastend und prägend die Geschichte war, als der Vater ihn verdächtigte, einem Mädchen ein Auge mit einer Steinschleuder ausgeschossen zu haben. Vorher fehlte ihm dazu der Mut. Allerding verwehrt

DOI: 10.1486/9783884144152

der Vater auch heute noch die Auseinandersetzung zu derartigen Themen. Die Rollenerwartungen der Eltern an ihn waren hingegen klar: Er sollte »groß und stark« werden, heiraten und den Familiennamen weiterführen. (Int I, 18; 3–30) (I-36)

Die Lehrzeit schätzt der Proband als verlorene Zeit (»tote Zeit«) ein, die Ausbildung hat ihm keinen Spaß gemacht, er konnte sich nicht mit den Inhalten dieser Tätigkeit identifizieren. Dennoch waren seine Leistungen überdurchschnittlich und er konnte sogar frühzeitig zur Gesellenprüfung zugelassen werden, welche er dann auch bestand. Wichtiger war in dieser Zeit der Kontakt zu religiösen Inhalten: Über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren nahm er die Mühe auf sich, bereits morgens um fünf Uhr das Haus zu verlassen, um dem Bischof bei der Morgenmesse zu ministrieren und anschließend mit ihm zu frühstücken. Dieser Inhalt, die gemeinsame Zeit mit dem kirchlichen Würdenträger war ihm wichtig, füllte ihn aus. Zu Hause hat er seine Kontakte mit dem Bischof verschwiegen, das Thema hütete er als Geheimnis. Auch wenn der Kontakt zum Bischof auf kommunikativer Ebene eher oberflächlich blieb, fühlte sich der Proband durch diesen Kontakt innerlich gestärkt: diese Zeit hat sein »Selbstwertgefühl sehr beeindruckt und sehr gesteigert«. (Int I, 18/36–19/44) (I-37)

Nach Abschluss der Lehre zum technischen Zeichner absolvierte der Proband eine weitere Lehre im kaufmännischen Bereich. Die Ausbildung selbst, der Kontakt zu den Kollegen und vor allem der Umgang mit der Kundschaft in dem Supermarkt, in dem er lernte, machten ihm deutlich mehr Spaß als die Erstausbildung. Jedoch stellte sich auch hier schnell heraus, dass er auch in diesem Job nicht lange würde arbeiten wollen. Auch die zweite Ausbildung konnte er vorzeitig mit der Gesellenprüfung abschließen. Zu diesem Zeitpunkt entwickelt sich das Lebensziel, in der Jugendarbeit beruflich tätig zu werden. Der Proband benennt in diesem Zusammenhang die Bedeutung seiner pädophilen Veranlagung, die bei seiner beruflichen Orientierung sicher eine Rolle gespielt hat, auch wenn ihm dies zum damaligen Zeitpunkt nicht bewusst gewesen ist. Auseinandersetzungen mit der Justiz hat es bis zu diesem Zeitpunkt nicht gegeben, der Proband berichtet aber von sexuellen Übergriffen, die er begangen hat. (Int I, 19/45–20/10) (I-38)

Der Proband schätzt sich so ein, dass er sehr offen über sexuelle Zusammenhänge und Erlebnisse berichten kann. Den Beginn der eigenen psychosexuellen Entwicklung markiert der Proband mit den Erfahrungen im elterlichen Schlafzimmer, wo er Zeuge des elterlichen Beischlafs wurde. Diese Erfahrungen haben ihn negativ beeinflusst, insbesondere kann er nicht verstehen, wie sexuelle Kontakte, Liebe und Zuneigung und lebenslange Bindung in einer Partnerschaft zusammenhängen. Seine Mutter fungiert hier als Opferbeispiel, die über die Verbindung »Sexueller Akt – Lebenslange Bindung« viel Leid ertragen musste. Erste eigene erotische Erfahrungen bestehen in erotischen Träumen, wobei die

DOI: 10.1486/9783884144152

sexuellen Fantasien auf die Comic-Figur aus den Kindertagen, »Sigurd«, übertragen werden, der neben seinen inneren Werten (Treue, Zuverlässigkeit etc.) nun auch attraktive Körpermerkmale aufweist, welche den Probanden erregen. Erotische Kontakte mit gleichaltrigen Mädchen bestanden zu keinem Zeitpunkt. Mädchen wirkten von Beginn an sexuell unattraktiv, lösten eher Ekel aus. Er selbst ist jedoch beim anderen Geschlecht recht gut angekommen, die Mädchen liefen ihm nach. Der Proband schätzt sich selbst als eher weniger attraktiv ein. Die anderen Jungen hätten oft untereinander über Mädchen und Kontakte gesprochen, er war aus solchen Gesprächen jedoch immer ausgeschlossen worden. Im Umgang mit Frauen hat sich der Proband immer schwergetan, auch wenn er später sogar einmal verheiratet gewesen war. Frühzeitig und anhaltend fühlt sich der Proband zu Jungen im Alter zwischen 13 und 15 Jahren hingezogen. Zugang zu Jungen dieser Altersgruppe findet er über sein Engagement in der Jugendarbeit. Zum damaligen Zeitpunkt empfindet er diese Kontakte, welche er selbst als »spielerisch«, aber doch übergriffig einschätzt, nicht als falsch. Im Rahmen seines christlich-kirchlichen Überbaus sind diese auch nicht »beichtwürdig«. (Int I, 20/18–22/13) (I-39)

Der erste sexuelle Kontakt kam im Alter von 29 Jahren mit einem damals 15 Jahre alten Jungen zustande. Den hatte der Proband als 13-Jährigen im Rahmen der evangelischen Jugendarbeit kennengelernt. Der Proband hatte den Jugendlichen mit Sonderaufgaben betraut (so wie er es selbst früher durch den Kaplan erfahren hatte) und so an sich gebunden. Allmählich hat sich aus diesem Kontakt eine Beziehung entwickelt, welche durch sexuelle Kontakte, gemeinsame Freizeitaktivitäten, gemeinsame Themen geprägt war. Mit diesem Jungen war er bis zu dessen 21. Lebensjahr zusammen. Der Junge absolvierte eine Lehre zum Kfz-Mechaniker und war in der kirchlichen Jugendarbeit aktiv. In der Beziehung zum Probanden hat er sich eher untergeordnet. Frühzeitig war dem Probanden klar, dass diese Beziehung an einem bestimmten Punkt enden müsse, dies wurde auch über einen längeren Zeitpunkt in der Partnerschaft thematisiert. Dennoch entwickelte sich aus der Trennung, die dann erfolgte, für den Probanden eine tiefe Krise, welche in einem Suizidversuch endete. Der Proband verließ damals seinen Lebensmittelpunkt in Norddeutschland und zog zurück in seinen Geburtsort. Das Überwinden dieser Krise wird positiv eingeschätzt. (Int I, 22/16–23/18) (I-40)

Nach der Rückkehr in den Geburtsort lernte der Proband eine Frau kennen, welche an einem von ihm geleiteten beruflichen Qualifizierungskurs teilnahm. Die Frau war zum damaligen Zeitpunkt sexuell sehr aktiv, hatte viele Männerbekanntschaften und suchte nach einer Perspektive, um sich von den eigenen Eltern lösen zu können. Der Proband erkannte damals die Notwendigkeit, eine Ehe einzugehen, um bei einem kirchlichen Arbeitgeber eine Chance auf Anstellung zu haben. Aus diesen beiden Interessenslagen entwickelte sich der Plan zu

DOI: 10.1486/9783884144152

heiraten. Unklar bleibt dem Probanden bis heute, wie es in dieser Beziehung zu intimeren Kontakten kam. Im Gespräch stellt sich heraus, dass der Proband bereits vor der ersten Beziehung zu dem damals 15-Jährigen geheiratet hatte. Der Kontakt zu dem Jungen entstand erst später. Der Proband absolvierte ab dem 24. Lebensjahr eine weitere Ausbildung als Diakon in der evangelischen Kirche. Nach Beendigung dieser Ausbildung absolvierte er ein Anerkennungsjahr als Kinderheimleiter im Westen Deutschlands und zog dann mit seiner Frau nach Norddeutschland. Dort mietete er ein größeres Wohnhaus an, wo zeitweilig seine Großmutter, seine Schwiegermutter und seine Schwester mit Kindern und wechselnden Partnern mitwohnten. Der Proband berichtet, dass er nach der Ausbildung zum Kaufmann einen vierjährigen Militärdienst absolviert hat. Hier übernahm er Tätigkeiten, welche aus seiner Sicht »Soldaten untypisch« waren, etwa die Leitung des Soldatenfreizeitheims. Durch die Verpflichtung auf vier Jahre kam er in den Genuss einer besseren Bezahlung. In dieser Zeit konvertierte er vom katholischen zum evangelischen Glauben. Hintergrund für diese Entscheidung war eine Unzufriedenheit mit den Glaubensinhalten der katholischen Kirche und die Erkenntnis, dass er innerhalb der katholischen Kirche keine Chance auf eine Anstellung hatte. Insgesamt war der Proband zwölf Jahre lang verheiratet. Die Ehe fungierte dabei nur als Vehikel, seine Ehefrau hatte weiterhin ihre sexuellen Kontakte zu anderen Männern, er selbst interessierte sich für Jungen zwischen 13 und 15 Jahren und hatte in dieser Zeit auch die oben beschriebene längere Beziehung. In dieser Zeit hat er sich selbst nicht als homosexuell definiert. (Int I, 23/21–24/57) (I-41)

Mittlerweile bezeichnet sich der Proband als homosexuell. Dies rührt aus einer auch theoretischen Auseinandersetzung mit Fragen der Sexualität und sexuellen Orientierung. Das Hauptinteresse gilt männlichen Kindern und Jugendlichen, auch jüngeren Männern. (Int I, 24/59–25/13/) (I-42)

Nach Beendigung der Beziehung zu dem Jugendlichen, der zwischenzeitlich ein junger Mann geworden war, ging der Proband zunächst keine weitere Beziehung ein. Im Rahmen seiner Tätigkeit als Jugendgruppenleiter kam es allerdings weiter zu sexuellen Übergriffen, die der Proband selbst als »spielerisch« einschätzt, vor allem im Rahmen von Balgereien. Als bedeutsam wird die Aufnahme eines Pflegekindes eingeschätzt. Diesen Jungen lernte er als Zwölfjährigen kennen. Das sozial randständige Kind lebte auf Initiative des Probanden hin zunächst bei dessen Eltern, zog dann nach der Heirat des Probanden in dessen Wohnung. Zweck der Aufnahme des Kindes war dessen Förderung, auch wenn der Anlass für die Hinwendung an dieses Kind dem pädophilen Interesse des Probanden entsprang. Allerdings kam es in der gesamten Betreuungszeit nicht zu sexuellen Übergriffen an dem Kind. Der Proband schreibt seiner Rolle als Verantwortungsträger in der Erziehung des Kindes eine Schutzfunktion zu, welche sexuelle Handlungen nachhaltig verhindert haben. Der Junge war aber nach Auffassung

DOI: 10.1486/9783884144152

des Probanden über dessen pädophile Neigungen und Aktivitäten im Bilde. (Int I, 25/16 – 26/4) (I-43)

Der Proband berichtet, dass er nicht aufgeklärt wurde. Sein Wissen über sexuelle Zusammenhänge entstammt der Literatur, meist Romanen und Sachbüchern. Erst spät, im Alter von 35 Jahren, hatte er Zugang zu pornografischen Medien. Während der gesamten Kinderzeiten gab es keinen sexuellen Kontakt zu einem Erwachsenen. Der Proband wurde nicht sexuell missbraucht. (Int I, 26; 12 – 34) (I-44)

Nach Beendigung der Beziehung zu dem Jugendlichen und der danach durchlebten Krise zieht der Proband übergangsweise zu seinem Vater. Er zieht sich viel zurück, hat keine Arbeit, wenig Antrieb. Der Vater motiviert ihn, sein Leben wieder in die Hand zu nehmen. Den in Aussicht stehenden Job als Hausmeister und die damit verbundene Wohnmöglichkeit lehnt er dann kurzfristig ab. Er hat wieder Kontakt zu einem alten Bekannten, der mittlerweile schwer drogenabhängig ist und alleine in einer großen Wohnung lebt. In diese Wohnung zieht er mit ein, meldet sich arbeitslos und bezieht Arbeitslosengeld. Der drogenabhängige Mann, der früher als Jugendlicher eine der vom Probanden geleitete Jugendgruppe besucht hatte, verstarb kurz darauf. Davor kam es durch die Drogenabhängigkeit des Bekannten zu ersten Kontakten zur Drogen- und Stricherszene am Bahnhofsviertel der Stadt. Kleindealer und andere Bekannte des sterbenden Drogenabhängigen kamen öfter in die Wohnung. Nach längerer Phase der sexuellen Abstinenz wendet er sich den sexuellen Kontaktmöglichkeiten der Stricherszene zu, genießt die Verfügbarkeit von Sexualpartnern und die »Dienstleistung« Sexualität, die er nun nutzt. Zu einem der Jungen aus der Stricherszene entwickelt sich ein engerer Kontakt, der damals 15-Jährige zieht schließlich zum Probanden in die Wohnung des drogenabhängigen Freundes. Über den Kontakt zu einem früheren Bekannten, der mittlerweile die örtliche Drogenberatungsstelle leitete, kam es sogar zu Verhandlungen mit dem für den Jungen zuständigen Jugendamt. Für einen Zeitraum von ca. einem halben Jahr wohnt der Jugendliche beim Probanden, es bestehen regelmäßig sexuelle Kontakte. Der Proband schätzt diesen Kontakt allerdings nicht als Beziehung ein, anders als der frühere Kontakt zu einem Kind. Der Jugendliche begeht dann in der Folgezeit Einbrüche und lagert das Diebesgut in der Wohnung des Probanden. Er bringt auch ein anderes, 13-jähriges männliches Kind von der Stricherszene mit, welches dann ebenfalls in der Wohnung übernachtet. Schließlich kommt es zu einer Polizeirazzia in der Wohnung. Im Rahmen der Ermittlungen fallen auch der Proband und seine möglichen sexuellen Kontakte zu den Kindern auf, bei ihm werden kinderpornografische Magazine gefunden. Der Proband gesteht in der sich so ergebenden Drucksituation seine sexuellen Handlungen an den Kindern. Wegen Unzucht mit Minderjährigen und der Lagerung der gestohlenen Gegenstände wird er zu einer Bewährungsstrafe verurteilt. Der Jugendliche wird

DOI: 10.1486/9783884144152

zu einer dreijährigen Jugendstrafe (wegen Diebstahls) verurteilt. Kurz darauf stirbt der drogenabhängige Freund des Probanden, worauf dieser in eine erneute Krisensituation gerät und sich zurückzieht. Der Proband hält es in der Wohnung des verstorbenen Freundes nicht aus und nimmt sich eine eigene Wohnung. (Int I, 26/39 – 28/33) (I-45)

Trotz der Verurteilung nahm der Proband den Jugendlichen nach einem Jahr, als der zur Bewährung entlassen worden war, wieder bei sich in der Wohnung auf. Neben den sexuellen Aspekten dieses Kontaktes übernahm er Verantwortung für den Jungen, motivierte ihn, eine Arbeit aufzunehmen, was nur gelang, nachdem er selbst die vorgesehene Arbeit als Prospektverteiler selbst auch mit annahm. Nach kurzer Zeit wurde der Arbeitgeber verhaftet und die achtköpfige Gruppe Prospektverteiler, der der Proband und der Jugendliche angehörten, war arbeitslos. Der Proband übernahm in dieser Situation die Leitungsrolle, bot an, ein Fahrzeug zu besorgen und sich um Aufträge zu kümmern, damit die Gruppe weiter beschäftigt sein kann. In der Folgezeit florierte das so kurzfristig aufgebaute Geschäft, es gelang, Jahresumsätze im sechsstelligen Bereich zu realisieren. Der Proband führt diesen Betrieb heute noch in modifizierter Form weiter. Der Jugendliche, den der Proband bei sich aufgenommen hatte, arbeitete noch einige Zeit mit, ging dann seiner eigenen Wege und lebt mittlerweile mit einer Frau und zwei eigenen Kindern zusammen. Der Kontakt zu dem Jugendlichen wird rückblickend nicht als richtige Beziehung eingeschätzt, dafür hat der nötige Tiefgang gefehlt. Das Geschäft mit der Reklameverteilung entwickelte sich weiter positiv, es konnten mehrere Prospektverteiler eingestellt werden. Darunter war eine polnische Frau, welche als Mitarbeiterin in der Geschäftsführung eine Sonderrolle einnahm, der der Proband sehr vertraute. Nebenbei investierte er in andere Geschäftsbereiche (Produktion von Lederbekleidung in Marokko) und eröffnete in Marokko ein kleines Hotel mit Cafébetrieb. Als er von einem der häufigen geschäftlichen Aufenthalte in Marokko, wo er auch sexuelle Kontakte zu Kindern unterhielt, nach E. zurückkam, war seine Geschäftspartnerin mitsamt des Firmenvermögens verschwunden und er stand finanziell vor dem Nichts. Aus dieser Krisensituation hat der Proband gelernt, künftig nur noch kleinere Geschäfte zu betreiben, welche er alleine, ohne sich mit Partnern zusammenzutun, betreiben konnte. So gelang es ihm schließlich, finanziell wieder auf die Beine zu kommen und mit selbstständiger Berufstätigkeit erneut seinen Lebensunterhalt zu finanzieren. (Int I, 28/35 – 30/45) (I-46)

Für den Geschäftsaufbau nach der Rückkehr aus Marokko, als seine Geschäftspartnerin mit dem Geld durchgebrannt war, lieh er sich Geld von tamilischen und arabischen Prospektverteilern, die früher für ihn gearbeitet hatten. Zu diesen Leuten bestand ein guter Kontakt, da er in den wirtschaftlich guten Phasen seines Unternehmens überdurchschnittliche Löhne gezahlt hatte und ein kontinuierliches Arbeitsangebot vorhalten konnte. Mit dem geliehenen Geld gelang es ihm, das

DOI: 10.1486/9783884144152

Geschäft wieder aufzubauen und nach und nach die Schulden zurückzuzahlen. Allerdings musste er in der Anfangszeit überdurchschnittlich viel arbeiten, was ihn aber nicht belastete, sondern glücklich machte. In dieser Stimmung nahm er wieder Kontakt zur Stricherszene am Bahnhof auf. In diesem Zusammenhang kam es zu erneuten sexuellen Handlungen mit zwei minderjährigen Jungen, welche er auch wieder bei sich in der Wohnung aufnahm. Auch diese Kontakte wurden bekannt und der Proband wurde zur Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus verurteilt. (Int I, 30/46 – 31/47) (I-47)

In der Unterbringung bestehen zunächst Motivationsprobleme. Es gelingt dem Probanden nicht, sich auf die Therapie einzulassen und sich zu öffnen. Mit der Zeit merkt er jedoch, dass sein Einzeltherapeut ein menschliches Interesse an ihm hat. Er spürt, dass sein Gegenüber nicht nur einen Job macht, sondern ein echtes Interesse entwickelt, wie es ihm selbst, dem Täter geht. Dies führt zu einer intensiven Therapiephase, die bis heute, wo er nach rascher Entlassung aus dem Maßregelvollzug und dem anstehenden Ende der Bewährungszeit, im ambulanten Setting andauert. Im Rahmen dieser Therapie sind für den Patienten bedeutungsvolle, zentrale Themen aufgearbeitet worden, etwa die Beziehung zum eigenen Vater. Diese kann er erst jetzt als Beziehung einschätzen, als wirksamen, prägenden Kontakt, mit einem Vater, der eigene Motive gehabt hat, warum er sich seinem Sohn gegenüber so und nicht anders verhält. Insgesamt besteht der Erfolg der Therapie darin, intensiv über sich selbst nachzudenken, sich seiner Motive klar zu werden und Ziele zu formulieren. Dank der erfahrenen Therapie ist dies nun besser möglich. Die Therapie wird nach fast siebenjähriger Dauer in ca. sechs Monaten enden. (Int I,31/55 – 32/27) (I-48)

Aktuell führt der Proband sein Geschäft als Prospektverteiler im überschaubaren Rahmen. Da ihm klar geworden ist, dass es in diesem Bereich schwierig ist, zuverlässige Mitarbeiter zu halten, hat er mittlerweile Kontakt zu einem humanitären Hilfsverein aufgenommen, der Altkleider für Kriegsopfer in Europa sammelt. Die angestellten Mitarbeiter verteilen für diese Sammelaktionen ebenfalls Prospektmaterial, anschließend fährt der Proband mit dem LKW die geplanten Touren ab und sammelt die Altkleidung, welche dann weiter vermarktet werden. Der Verein bekommt für die Namensüberlassung eine finanzielle Abfindung. Das Problem ist gegenwärtig, dass der Proband sein Geschäft nicht weiter ausbauen möchte, um im überschaubaren Rahmen zu bleiben. Der künstlich klein gehaltener Betrieb läuft jedoch mit größeren Problemen als ein expandierendes Unternehmen. Dem Probanden ist aber, trotz des großen finanziellen Erfolgs mit den früheren Geschäften, welchen er sehr genossen hat, wichtig, seine geschäftlichen Tätigkeiten im überschaubaren Rahmen zu halten, um nicht wieder in Abhängigkeiten und Krisen zu geraten. (Int I, 32/29 – 33/17) (I-49)

Einen Freundeskreis im engeren Sinn hatte der Proband nach der Entlassung aus der Unterbringung zunächst nicht. Ihm ist im Rahmen der Therapie aufge-

DOI: 10.1486/9783884144152

fallen, dass er in seinem bisherigen Leben kaum über ein engeres, ihm wichtiges soziales Umfeld verfügte. Die Kontakte, die er früher hatte, waren aus heutiger Sicht meist oberflächlich oder geschäftlicher Natur. Es gab kaum Personen, mit denen er seine Freizeit verbringen konnte, oder mit denen er in die Kirche hätte gehen können. Erst allmählich bildet sich um ihn ein soziales Umfeld, tiefergehende Kontakte, die ihm auch wichtig sind. Eine besondere Person ist ein Mitarbeiter seiner Firma, ein Mann, der zwei Jahre älter ist als der Proband. Mit diesem arbeitet er seit mittlerweile fünf Jahren zusammen. Obwohl der Kontakt eng ist, besteht eine deutliche Distanz, was sich in der förmlichen Anrede »Sie« ausdrückt, worauf der Proband auch Wert legt. (Int I, 33; 20–43) (I-50)

Seit einem Jahr lebt der Proband in einer Partnerschaft mit einem einundzwanzig Jahre alten Mann. Der Kontakt zum Partner ist zufällig beim Einkaufen entstanden und hat nichts mit der früher vom Probanden kontaktierten Stricherszene zu tun. (Int I, 33; 45–61) (I-51)

Die sexuelle Präferenz zu männlichen Kindern und Jugendlichen spielt auch weiterhin eine dominante Rolle. Die bevorzugte Zielgruppe ist auch Teil seiner sexuellen Fantasien. Der Proband hat sich aber innerlich von der Vorstellung distanziert, nochmals ein sexuelles Verhältnis zu einem Kind oder Jugendlichen aufzubauen. Die Motivation zur Abstinenz bzgl. pädophiler Handlungen ist vielschichtig. Unter anderem spielt der Kontakt zum Einzeltherapeuten eine große Rolle, den der Proband nicht enttäuschen möchte. Der Kontakt zu dieser Person ist ihm sehr wichtig. Weiter hat der Proband Angst vor den strafrechtlichen Konsequenzen, die in seinem Fall als Wiederholungstäter drastischer ausfallen werden. Im Fall erneuter Straffälligkeit müsste er zudem mehreren Leuten erklären, was er getan hat. Dies liegt daran, dass er heute über mehr und intensivere Kontakte zu Menschen verfügt, die sich für ihn interessieren, u. a. seinem Freund müsste er dann erklären, warum er erneut straffällig geworden ist, das möchte der Proband auf jeden Fall vermeiden. (Int I, 33/66–34/26) (I-52)

Eine große Rolle im Leben des Probanden spielen religiöse Inhalte. Er beschäftigt sich mit religiöser Literatur, religiösen Inhalten. Diese sind aber im Gegensatz zu früher nicht mehr an eine Amtskirche geknüpft. Mit der evangelischen Kirche hat der Proband mittlerweile seine Probleme. Einmal weil er vermutet, dass die Kirchenkreise seine Krisen und seine Straffälligkeit wohl mitbekommen haben, darauf aber nie reagiert hätten, andererseits aus Gründen der Kirchenführung, der Vergabe von Finanzmitteln für aus seiner Sicht unsinnige Dinge und den Verlust der Kirche zur gläubigen Basis. Der Proband bezeichnet sich heute »mehr denn je« als gläubigen Menschen. (Int I, 34; 33–64) (I-53)

Der Proband benennt den erneuten Existenzaufbau nach Scheitern seiner beruflichen Selbstständigkeit als Hauptmotor für das Gelingen der Bewährungszeit. Genauso intensiv wird die Therapie eingeschätzt: Die wöchentlichen Termine beim Therapeuten sind für eine lange Zeit Lebenssinn und Lebenszweck. Gegen-

DOI: 10.1486/9783884144152

wärtig befindet sich der Proband in einer Übergangsphase, welche vom nahen Ende der Therapiezeit beeinflusst wird. (Int I, 35; 1–10) (I-54)

Zusammenfassend benennt der Proband die Aspekte

- Angst vor erneuter, härterer Bestrafung
- soziales Umfeld
- Verantwortungsgefühl gegenüber nahestehenden Personen
- Interesse anderer an ihm als Mensch
- Kontakt zum Bruder und dessen Frau
- Wissen des Umfeldes bzgl. seiner sexuellen Neigungen
- beginnender Kontakt und Klärung der Beziehung zum Vater
- der Lebensgefährte und
- das Wissen um die mögliche/wahrscheinliche Schädigung seiner Opfer

als wirksame Schutzfaktoren vor erneuter Rückfälligkeit in Bezug auf Sexualdelikte. (Int I, 35; 16–42) (I-55)

Von anderen, rückfälligen Sexualstraftätern unterscheidet den Probanden in dessen Einschätzung die Tatsache, dass er den Kontakt zum Einzeltherapeuten Herrn S. hatte und hat. Auch hat er gemerkt, dass die Interessenlage anderer pädophiler Männer, die er während seiner vielen Aufenthalte in Marokko kennengelernt hatte, nicht teilt, dass er diese Männer, deren Gebaren und deren ausbeuterische Haltung gegenüber männlichen Kindern und Jugendlichen, ablehnt. Hier sieht der Proband für sich einen Unterschied, ihm ist es immer um Beziehung, um Partnerschaft gegangen, zumindest hat er sich neben den sexuellen Aspekten auch für die Menschen, für deren Wohlergehen interessiert, mit denen er verkehrte. (Int I, 35/45–36/39) (I-56)

Von besonderer Bedeutung ist die Person des Therapeuten, seine Art mit dem Probanden zu arbeiten. Es wirkt auf den Probanden so, dass in diesem Kontakt nicht nur eine berufliche Kommunikation angeboten wurde, ein formaler Akt, sondern der Therapeut sich auf einer rein menschlichen Ebene auf ihn eingelassen hat und das auch umgekehrt funktioniert hat. Der Therapeut hat auch typische therapeutische Arbeitstechniken beiseite gelassen und eher ungewöhnliche Methoden angewandt. Das hat den Probanden erreicht und er schätzt dieses Vorgehen als maßgeblich für seine Stabilität und seine Rückfallfreiheit ein. Auch bestand der Eindruck, dass nicht nur der Proband vom Therapeuten gelernt hat, sondern umgekehrt dieser, in Ausbildung befindlich, auch von ihm. Das ermöglichte eine gleichberechtigte, hierarchiefreie Kommunikation, was ermöglichte, dass sich der Proband nachhaltig öffnen konnte. (Int I, 36; 45–64) (I-57)

Der Proband macht keine bestimmte Philosophie für sich geltend, er verfügt nicht über ein spezielles Lebensmotto. (Int I, 37; 1–3) (I-58)

Als Zukunftswunsch formuliert der Proband, noch möglichst lange zu leben und möglichst lange Zeit mit seinem Freund zusammenzubleiben. Er bemerkt diesbezüglich einen Einstellungswandel. Noch vor kurzer Zeit hat er mit Verweis

DOI: 10.1486/9783884144152

auf sein Alter vieles an Zukunftsplanung abgetan. Jetzt entdeckt er, dass er auch als über 50-Jähriger noch einiges erleben will. Konkrete Ziele hat er allerdings nicht für sich formuliert. (Int I, 37; 6–26) (I-59)

Zentrales Thema im Leben des Probanden ist die Beziehung zu seinem Freund. Ihm ist dabei klar, dass auch diese Beziehung an einem bestimmten Punkt enden wird. Er will sich aber mit dieser Thematik nicht im Voraus beschäftigen, er hat aus dem Beziehungsende mit dem Jugendlichen vor 20 Jahren gelernt, dass er sich auf diesen Punkt auch nicht vorbereiten kann. Im Vordergrund steht für ihn, die Beziehung, so wie sie jetzt ist, zu genießen. Diese Haltung erlebt er an sich als neu. (Int I, 37; 30–39) (I-60)

Die Motivation an diesem Interview teilzunehmen, sich auf das Wagnis eines Gesprächs mit einem Fremden einzulassen, liegt für den Probanden in seinem Nachholbedürfnis, über sich zu reflektieren und zu reden, begründet. Wichtig sind ihm professionelle Gesprächspartner, wo er seine Erkenntnis, dass es gut ist, nach 50 Jahren über sich zu reden, umsetzen kann. Die Gespräche mit professionellen Gesprächspartnern sind für ihn auch ein Übungsfeld, um später in alltäglichen sozialen Situationen offen über sich reden zu können. Das gelingt derzeit noch nicht ausreichend. Näherstehenden Bezugspersonen kann er allerdings auch heute schon offen über sich, seine sexuellen Neigungen und seine Beziehungen berichten. (Int I, 37/43–38/16) (I-61)

Der Proband berichtet abschließend, dass er sich während des Gesprächs wohlgefühlt hat, dass er von dieser Erfahrung auch längerfristig etwas hat. Es besteht auch zum Abschluss des Gesprächs der Wunsch, mehr über sich zu erzählen, was aber aufgrund der langen Gesprächsdauer dann nicht mehr erfolgt. (Int I, 38; 19–33) (I-62)

8.1.2 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 2 vom 21.02.2002

Der Proband berichtet nach einer ausführlichen Einführung durch den Interviewer, dass er aus einer Familie mit sieben Kindern stammt, er ist der Zweitjüngste und 1968 geboren. Die Familie hat anfangs gemeinsam in einer Baracke gewohnt, für alle neun Familienangehörigen stand nur ein Wohn- und Schlafraum zur Verfügung. Später gelang es der Familie, eine größere Wohnung anzumieten, in der jedem Familienmitglied ein Zimmer zur Verfügung stand. Der Vater war Postbediensteter, die Mutter Hausfrau. Die Eltern leben beide noch. (Int 2, 1/26–2/7) (2-1)

Die Familiensituation war harmonisch, unter den Kindern hat es keine größeren Streitigkeiten gegeben, der Erziehungsstil der Eltern wird als liebevoll und fürsorglich beschrieben. Alkohol hat in der Familie keine Rolle gespielt, außer bei Familienfeiern wurde kaum Alkohol konsumiert. Der Proband ist ohne Unter-

DOI: 10.1486/9783884144152

brechung im Familienverband aufgewachsen. Die einzige Trennungszeit bestand während seiner Unterbringung im Maßregelvollzug. (Int 2, 2; 9–26) (2-2)

Der Proband besuchte sieben Schulklassen, die Art des Schultyps wird nicht erwähnt. Die achte Klasse hat er wegen seines vorangeschrittenen Alters (18 Jahre) nicht mehr absolviert. Das Lernen ist ihm, bis auf Mathematik, leicht gefallen. (Int 2, 2; 30–37) (2-3)

Die Freizeit verbrachte der Proband in seiner Kinderzeit weitgehend mit den Geschwistern, andere Freunde standen als Spielkameraden nicht zur Verfügung. Die Geschwistergruppe hat viel Zeit auf dem Hof verbracht. Dort hat ihm ein älterer Bruder das Radfahren beigebracht, das ist seine schönste Kindheitserinnerung. Negative Kindheitserinnerungen werden nicht berichtet. Das Schlimmste, was ihm in seinem Leben widerfahren ist, ist die Unterbringung im Maßregelvollzug. (Int 2, 2/41–3/11) (2-4)

Als Kind hatte der Proband den Wunsch, einen Beruf zu erlernen, in dem er mit Holz zu tun hat. Er hat sich viel mit diesem Werkstoff beschäftigt. Auch jetzt in der WfB arbeitet er im Holzbereich, fertigt dort Strandkörbe an. (Int 2, 3; 14–22) (2-5)

Nach der Schule hat der Proband eine Qualifizierungsmaßnahme im Holzbereich bei einer Landwirtschaftlichen Produktionsgemeinschaft (LPG) gemacht, es gab theoretische und praktische Unterrichtseinheiten. (Int 2, 3; 24–29) (2-6)

Der Proband hat immer, bis auf die Unterbringungszeit im Maßregelvollzug, bei seinen Eltern gewohnt, auch als Erwachsener. Er hängt an seinen Eltern, an beiden Elternteilen gleichermaßen. (Int 2, 3; 31–38) (2-7)

Während der Schul- und Ausbildungszeit ist der Proband gut mit Lehrern und Vorgesetzten ausgekommen. Während der Ausbildung bei der LPG bestand eine engere Freundschaft zu einem Kumpel, mit dem er Bier getrunken hat und Fahrrad gefahren ist. (Int 2, 3/41–4/2) (2-8)

Zum Ende der Ausbildungsmaßnahme hat sich der Proband mit seinem Chef zerstritten. Er hat während der Arbeitszeit die Arbeitsstelle verlassen und ist mit seinem Kumpel in dessen Wohnung, um dort Bier zu trinken. Der Streit mit dem Chef ist eskaliert und er hat einen Antrag auf Versetzung gestellt und konnte dann in der Abfallwirtschaft in einer anderen LPG anfangen. Dort hat er dann über fünf Jahre lang gearbeitet. Die Arbeit (Schrott sortieren) hat ihm Spaß gemacht. Schließlich ist er dort aber gekündigt worden. (Int 2, 4; 5–36) (2-9)

Der Proband berichtet (auf die Frage, wie er sich an den Beginn seiner Pubertät erinnert), dass ein Mädchen damals etwas Falsches behauptet hat, dass er deswegen zur Polizei hat gehen müssen. Das ist vor seiner Unterbringung im Maßregelvollzug gewesen. Im Alter von 16, 17 Jahren hat er mit Mädchen zusammen gespielt, noch keine Freundin gehabt. Er findet Beziehungen mit Frauen anstrengend. Das hat vor allem mit seiner letzten Freundin zu tun. Die hatte sich, als er mit ihr zusammen war, einen anderen Freund gesucht, er hat

DOI: 10.1486/9783884144152

seinen Verlobungsring zurückgefordert. Von Frauen will er jetzt erst einmal nichts mehr wissen. Aktuell werde er von Mitarbeiterinnen der Küche angeflirtet, er lehnt das aber mit Verweis auf seine negativen Erfahrungen ab. (Int 2, 4/37–5/13) (2-10)

Seine Eltern hatten keine klare Erwartungen, seine Mutter hatte ihn unterstützt, hatte ihn ermuntert, sich eine Freundin zu suchen, vor allem, als die letzte Beziehung auseinanderging. Sie hat ihn getröstet, dass er schon eine andere Freundin finden werde. Andere Frauen hat er aber erst in der WfB kennengelernt, nachdem er aus der Unterbringung wieder entlassen worden ist. (Int 2, 5; 16–22) (2-11)

Als Hobby beschäftigt sich der Proband aktuell mit Fahrradreparaturen, vorwiegend für Familienangehörige. Früher mochte er gerne Musik hören. (Int 2, 5; 25–31) (2-12)

Während der Zeit der Ausbildung bei der LPG hatte der Proband keine Konflikte mit dem Gesetz. Damals hat er die Freizeit auch mit seinem Freund verbracht, ist nach Arbeitsende mit diesem durch die Gegend gefahren und hat mit ihm ein paar Bier getrunken. Später, als er arbeitslos war, hat er verstärkt getrunken. Mittlerweile ist sein Alkoholkonsum wieder rückläufig, er trinkt jetzt fast ausschließlich im Rahmen von Familienfeiern. (Int 2, 5; 34–46) (2-13)

Nach der Zeit bei der LPG ist der Proband arbeitslos geworden und war ein Jahr zu Hause. Danach hat er eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme vom Arbeitsamt vermittelt bekommen und im Bereich Landschaftspflege gearbeitet. Die Arbeit ist für ihn teilweise schwer gewesen, er ist aber insgesamt schon damit zurechtgekommen. (Int 2, 5/48–6/20) (2-14)

Der Proband berichtet [im Widerspruch zu (4/37–5/13)], dass er noch nie eine Freundin gehabt, noch keine sexuellen Erfahrungen gesammelt hat. Die einzige Ausnahme ist die Begebenheit mit der Nichte, das, was das Kind behauptet hat. (Int 2, 6; 24–26) (2-15)

Er ist nicht sexuell aufgeklärt worden. (Int 2, 6; 28–31) (2-16)

Als Kind ist der Proband von einem Freund sexuell bedrängt worden. So auch seine Schwester. Seine Mutter hat das bei der Polizei angezeigt, da seine Schwester darüber erzählt hatte. Der Betreffende ist in Haft gekommen. (Int 2, 6; 33–48) (2-17)

Liebesgefühle gegenüber einer Frau hat er, mit Ausnahme seiner Verlobten, nicht gehabt. (Int 2, 7; 1–3) (2-18)

Der Umgang der Eltern mit körperlicher Zuwendung war sehr zurückhaltend. Das ging die Kinder nichts an. (Int 2, 7; 7–11) (2-19)

Als Kind hat er keinen Kontakt mit pornografischen Medien gehabt. (Int 2, 7; 17–23) (2-20)

Der Proband berichtet, dass seine Nichte den Vorwurf erhoben hatte, er habe Verkehr mit ihr gehabt. Seine Angehörigen, insbesondere seine Mutter waren der Ansicht, dass diese Anschuldigungen falsch gewesen sind. Dem Kind ist aber

DOI: 10.1486/9783884144152

mehr geglaubt worden, wohl auch, weil es von seinen Eltern wegen des fraglichen Verkehrs geschlagen worden war und das bei einer behördlichen Untersuchung aufgefallen ist. Seine Unterbringung im Maßregelvollzug war aus Sicht seiner Mutter nicht rechtens. Auch in seiner Einschätzung war der Maßregelvollzug eher zu Unrecht verhängt worden. Vor allem seine Mutter hatte starke Zweifel am Wahrheitsgehalt der kindlichen Aussage und begründete dies mit unterbliebenen Beweisaufnahmemaßnahmen. Er hat dann aber keinen Widerspruch gegen das Urteil eingelegt. Seitdem ist die Beziehung zu seiner Schwägerin, der Mutter des Opfers, gestört. Die hatte ihn damals angezeigt. Der Proband kann diesen Vorgang zeitlich nicht einordnen. (Int 2, 7/27–8/15) (2-21)

Der Proband kann zunächst nicht zeitlich einordnen, seit wann er wieder aus der Unterbringung im Maßregelvollzug entlassen ist. Er kann dann rekonstruieren, dass er drei Jahre untergebracht war und jetzt ca. vier Jahre zur Bewährung entlassen ist. Die Bewährungszeit ist in seinem Fall auf vier Jahre festgelegt worden. (Int 2, 8; 15–31) (2-22)

Die Bewährungszeit ist nun nach vier Jahren zu Ende. Er hält sich wegen der Erfahrung mit der Verurteilung seitdem von Frauen fern und hofft, später einmal eine passende Partnerin zu finden. (Int 2, 8; 34–37) (2-23)

Die Anlasstat, die zur Unterbringung im Maßregelvollzug führte, war sexueller Missbrauch eines Kindes, das Opfer war ca. zehn Jahre alt. Der Proband ist bis auf eine Vorstrafe wegen Einbruchdiebstahls strafrechtlich vorher nicht in Erscheinung getreten. (Int 2 , 8/40–9/5) (2-24)

Nach der Zeit in der LPG, als er arbeitslos war, stieg sein Alkoholkonsum deutlich, er hat mit einer Schwester zusammen getrunken, mehrere Flaschen Schnaps am Tag. (Int 2, 9; 8–15) (2-25)

Nach der Inhaftierung hat die Mutter des Probanden dafür gesorgt, dass nicht bekannt wurde, was mit ihm geschehen ist, sie hat erzählt, dass er verreist sei. Die anderen Familienangehörigen haben den Tatvorwurf ebenfalls als falsch eingeschätzt und zu ihm gehalten. (Int 2, 9; 18–32) (2-26)

In den Maßregelvollzug ist der Proband nach seiner Ansicht gekommen, weil er selbst aus der U-Haft raus wollte, nicht etwa weil bei ihm eine psychische Erkrankung vorliegt. In der U-Haft ist er, als bekannt wurde, weswegen er inhaftiert worden war, von anderen Häftlingen zusammengeschlagen worden. Der Gutachter hatte sich für eine Unterbringung im Maßregelvollzug ausgesprochen, der Proband kann die Gründe dafür aber nicht nennen. Das Strafmaß lautete zwei Jahre und sechs Monate Freiheitsstrafe und Unterbringung nach § 63 StGB. (Int 2, 9/35–10/23) (2-27)

In der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus ging es dem Probanden gut, er hat dort ein eigenes Zimmer gehabt, dort hat er viel gemalt. Es fanden regelmäßig Therapiegespräche in Gruppenform statt. In der Phase der Deliktbearbeitung hat der Proband, bis zum Schluss, die Anlasstat geleugnet. In einer

DOI: 10.1486/9783884144152

späteren Therapiephase, in der biografische Themen Gegenstand der Gespräche waren, hat er sich besser öffnen können. Der Proband erlebt den Wechsel des Therapiefokus als von ihm selbst gesteuert, er hat nur lange genug leugnen müssen, dann wurde das Thema geändert. Als Therapieformen wurden auch Arbeits- und Soziotherapie angeboten. (Int 2, 10/26–11/25) (2-28)

In der Maßregelklinik bestand ein Stufenmodell, es wurden Ausgänge im Klinikgarten, später in der Stadt durchgeführt und ausgewertet. Die Zeit in der Unterbringung, bis er sich frei in der Stadt bewegen konnte, bewertet der Proband als »nicht lange«. (Int 2, 11; 27–35) (2-29)

In der Unterbringung erhielt der Proband regelmäßig Besuch von seiner Familie, insbesondere von der Mutter und den Schwestern. Es bestand eine Regelung, wer den Fahrdienst übernahm, wenn der Vater, der dafür vorgesehen war, einmal ausfiel. Die Familie wohnte im näheren Umfeld der Klinik. (Int 2, 11; 36–46) (2-30)

Mit den anderen Patienten ist der Proband gut zurechtgekommen, er konnte, was gegen die Klinikbestimmungen verstieß, mit den anderen Kollegen Geschäfte machen. Es bestand ein offenes Klima innerhalb der Patientengruppe. (Int 2, 11/49–12/2) (2-31)

Insgesamt schätzt der Proband die Unterbringung als hilfreich ein, er hat dort einiges gelernt, insbesondere was den Umgang mit Mädchen angeht, wie er für einen eindeutigen Kontakt sorgen kann, ohne dass er hinterher mit strafrechtlichen Vorwürfen konfrontiert wird. Als Konsequenz aus der Beschäftigung mit dieser Thematik hat der Proband für sich geschlossen, den Umgang mit Kindern zu meiden. In der Unterbringung hat er Patienten kennengelernt, die als Wiederholungstäter mehrmals im Maßregelvollzug untergebracht waren. Diese Fälle schrecken ihn ab, er will versuchen im familiären Umfeld zu bestehen. (Int 2, 12; 5–17) (2-32)

Die Entlassungsvorbereitung verlief ebenfalls stufenweise, im Rahmen von Beurlaubungen, als Probewohnen, bei seiner Familie. Die Entlassung selbst erfolgte dann auch zu seiner Familie, den Umzug von der Klinik nach Hause organisierten ebenfalls Familienangehörige und der Dorfpfarrer. (Int 2, 12; 20–29) (2-33)

Die forensische Nachsorge erfolgte ambulant in der Klinik, in der der Proband auch untergebracht war und streckte sich über den gesamten Bewährungszeitraum von vier Jahren. Auch nach Beendigung der Bewährungszeit erfolgt weiterhin eine ambulante Therapie, allerdings nicht mehr in der forensischen Klinik, sondern im Kreiskrankenhaus der Stadt, in der der Proband jetzt wohnt. Die ambulanten Gespräche finden im vierwöchigen Turnus statt. Die Motivation für die Teilnahme an der ambulanten Therapie ist Konfliktvermeidung, eine Notwendigkeit für diese Maßnahme sieht der Proband bei sich nicht. Im Rahmen der Ambulanztermine erhält der Proband auch seine antihormonelle Medikation, welche er seit dem Klinikaufenthalt bekommt. Die Medikation

DOI: 10.1486/9783884144152

schätzt der Proband als hilfreich ein, sie schützt ihn möglicherweise vor erneuten – ungerechtfertigten – Anschuldigungen. Er nimmt die Medikamente, weil er sie nehmen muss. Zusätzlich zu den ambulanten Maßnahmen ist der Proband in eine WfB für geistig behinderte Menschen integriert. Die Werkstatt findet der Proband »prima«, die Beschäftigung sagt ihm zu. Er schätzt die Beschäftigung, auch wenn sie eher gering entlohnt wird, als gute Zuverdienstmöglichkeit zu seiner Erwerbesunfähigkeitsrente, die er bezieht. Den Grund für die Berentung kann der Proband nicht benennen. Nach der Entlassung aus der Unterbringung wurde zusätzlich eine Betreuung für den Probanden eingerichtet. Der Kontakt zur Mitarbeiterin der Bewährungshilfe wird ebenfalls positiv eingeschätzt, die Betreuung erfolgte im Rahmen von Hausbesuchen und während der Bürosprechstunden. (Int 2, 12/31–15/3) (2-34)

Der frühere Freundeskreis ist mittlerweile über die Unterbringung und den Anlass informiert. Der Proband hat keine negativen Rückmeldungen deswegen erlebt. Auch seine frühere Freundin ist informiert, der Proband ist sich aber nicht sicher, ob sie den Zusammenhang »Straftat – Unterbringung – Rückkehr« verstanden hat. (Int 2, 15; 7–26) (2-35)

In seiner Freizeit beschäftigt sich der Proband weiterhin mit Fahrrädern. Er fährt viel mit dem Rad und repariert alles selbst. Er fährt bei jedem Wetter mit dem Rad, auch bei widrigen Witterungsverhältnissen. (Int 2, 15; 29–43) (2-36)

Die Behandlung mit triebdämpfenden Medikamenten, das weitestgehende Fehlen seiner Libido empfindet der Proband als Belastung, die er aber akzeptiert. Vor allem seine Mutter motiviert ihn mit dem Argument, dass er mit dem Verweis auf seine antihormonelle Behandlung in Zukunft jederzeit Anschuldigungen, er habe wieder ein Sexualdelikt begangen, argumentativ widerlegen kann. (Int 2, 15/47–16/3) (2-37)

Der Proband möchte gegenwärtig und in naher Zukunft keine Beziehung zu einer Frau aufnehmen, die Erlebnisse in der Unterbringung schrecken ihn derzeit noch ab, er ist »lieber vorsichtig«. Eventuell ergibt sich später einmal eine Situation, wo er sich auf eine Beziehung einlassen wird. Die sexuellen Anteile, welche durch die medikamentöse Behandlung unterbunden werden, fehlen ihm nicht. Er meidet sexuell-erotische Themen, z. B. Fernsehsendungen, und will auch nicht ausprobieren, ob er noch sexuell erregbar ist. Die Situation ist für ihn dadurch sicher, dass er ein Medikament einnimmt, das sexuelle Problemlagen von ihm fernhält. (Int 2, 16; 5–34) (2-38)

Den positiven Verlauf der Bewährungszeit führt der Proband hauptsächlich auf die Einnahme antihormoneller Medikamente zurück, die Tabletten machen »alles so schön vorsichtig«. Wesentlich am Erfolg war auch die Bewährungshelferin beteiligt, die für ihn da war. Stabil fühlt sich der Proband, seit er das Gefühl entwickeln konnte, dass ihm keine neuen strafrechtlich relevanten Dinge mehr »passieren« können. Der Rückhalt der Familie wird als zentral eingeschätzt.

DOI: 10.1486/9783884144152

Hätte sich die Familie von ihm abgewendet, wäre sein Zustand nicht so stabil, wie er heute ist. Während der Unterbringung war es ein wichtiges Erlebnis, dass die Eltern ihn besuchen und ihm signalisieren, dass sie zu ihm halten, ihn auch wieder bei sich aufnehmen wollen. Die Integration in die WfB wird vorsichtig als sinnvoll und hilfreich eingeschätzt, insbesondere der Beschäftigungsaspekt wird als günstig bewertet. (Int 2, 16/37–17/44) (2-39)

Von rückfälligen Straftätern unterscheidet den Probanden in seiner eigenen Einschätzung, dass er nicht wieder in den Maßregelvollzug zurück möchte. Er möchte auch seinen Widersachern, die geunkt haben, dass er eh wieder in den Vollzug zurückkehren wird, beweisen, dass er draußen bestehen kann. (Int 2, 17/48–18/7) (2-40)

Der Proband nimmt für sich kein bestimmtes Lebensmotto in Anspruch. Ihm ist aber sehr wichtig, was andere Menschen über ihn denken. Das führt ihn zu einer sozial konformen Lebensweise, mit einem geregelten Tagesablauf, Integration an einem Arbeitsplatz etc. Dies sind nach seiner Auffassung auch die Indikatoren, an denen andere Menschen festmachen, ob er wieder delinquenzgefährdet ist. (Int 2, 18; 10–22) (2-41)

Der Proband möchte so lange wie möglich mit seinen Eltern zusammenleben und wünscht sich, dass er auch in Zukunft ausreichend Beschäftigungsmöglichkeiten findet. Das sind seine vordringlichsten Wünsche. Ein Wunschtraum von ihm war, sich eine neue Stereoanlage zu kaufen. Diesen Traum hat er sich kürzlich erfüllt, er hat ein entsprechendes Gerät per Ratenzahlung gekauft. Er hört gerne Volks- und Schlagermusik, besucht auch entsprechende Konzerte. Er hat keine größeren Sorgen oder Befürchtungen, was ihm in der Zukunft begegnen könnte. Er ist von einer positiven Grundstimmung durchzogen, dass er die Lebensanforderungen bewältigen wird. (Int 2, 18; 25–43) (2-42)

Der Proband nennt als Motivation, an diesem Gespräch teilzunehmen, hauptsächlich seine Mutter, die fand die Idee, ein Gespräch zu dieser Thematik zu führen, gut. Er selbst hätte von sich aus nicht daran teilgenommen. (Int 2, 18/47–19/7) (2-43)

Die Gesprächssituation selbst bewertet der Proband als nicht schwierig. Abschließend benennt er, dass es wichtig ist, schon in der Unterbringungssituation einen Weg aufgezeigt zu bekommen, wie es nach einer Entlassung weitergehen kann, dass es Möglichkeiten in den Bereichen Wohnen und Arbeiten gibt; auch dass es eine unterstützende medikamentöse Behandlung gibt. (Int 2, 19; 10–31) (2-44)

DOI: 10.1486/9783884144152

8.1.3 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 3 vom 21.02.2002

Der Proband erkundigt sich danach, was mit dem Interviewmaterial geschieht. Hintergrund und Zweck des Gespräches werden erläutert. (Int 3, 1; 5–12) (3-1)

Der Proband berichtet, dass er seinen Vater nicht kennt, seine Mutter oft weg war, er nicht weiß, wo sie war. Mit sechs Jahren ist er in ein Kinderheim gekommen, in der näheren Umgebung seines Geburtsortes. Er ordnet diese Kindheit als »normal« ein. In diesem Heim sind auch seine Geschwister untergebracht gewesen. (Int 3, 1; 13–21) (3-2)

Er ist mit sechs Jahren eingeschult worden, wurde dann wegen »schlechter Leistungen« zurückgestellt. Später erfolgte der Besuch einer Sonderschule. Die Sonderschule hat er erfolgreich abgeschlossen, danach eine Maurerlehre angefangen, diese aber abgebrochen. (Int 3, 1; 21–28) (3-3)

Er lebte zunächst alleine mit seiner Mutter zusammen, bis diese sich einen neuen Partner gesucht hat und dann mehrmals schwanger wurde. Der neue Partner der Mutter hat auf der Werft gearbeitet, war oft weg. Die Mutter war wegen – nicht näher bezeichneten – körperlichen Problemen oft im Krankenhaus. (Int 3, 1; 31–42) (3-4)

Der Stiefvater hatte eine dominante Position innerhalb der Familie inne, alle anderen hatten sich unterzuordnen. (Int 3, 1; 44–45) (3-5)

Der Umgang der Eltern miteinander wird als herzlos und wenig körperlich beschrieben, der Vater »war ein Klotz« und die Mutter wegen körperlicher Probleme oft unpässlich. (Int 3, 1; 49–51) (3-6)

Alle (Stief-)Geschwister wurden im Kinderheim untergebracht, da die Mutter wegen gesundheitlicher Probleme oft im Krankenhaus war. (Int 3, 1; 54–56) (3-7)

Alkohol hat im Elternhaus des Probanden eine große Rolle gespielt, die Mutter hat oft stark getrunken, der Vater regelmäßig an Zahltagen, dann hat er zu Hause auch randaliert. Der Proband bewertet es als positiv, dass er im Heim untergebracht war, da er so den Eskapaden des Stiefvaters entrinnen konnte. Die Mutter war aufgrund ihres Zustandes nach seiner Einschätzung nicht in der Lage, eine Familie zu gründen, Kinder zu haben. Aufgrund ihrer Alkoholabhängigkeit konnte sie kaum für andere sorgen. Die Familiensituation war zerklüftet, so wurde zum Beispiel sein Geburtstag mehrfach schlicht vergessen. Nur zu seiner Jugendweihe war die Mutter von sich aus erschienen. (Int 3, 2; 2–22) (3-8)

Im Kinderheim wurde viel Wert auf sportliche Aktivitäten gelegt. Der Proband konnte sich damit gut identifizieren, hat sich an allen Sportangeboten, wie sie angeboten wurden, beteiligt, so kam keine Langeweile auf. (Int 3, 2; 26–35) (3-9)

Der Proband kann zunächst kein »schönstes Kindheitserlebnis« berichten, er wurde noch nie danach befragt. Schöne Situationen waren der Besuch eines

DOI: 10.1486/9783884144152

Zauberers im Kinderheim und sommerliche Ausflüge in ein Freibad. (Int 3, 2; 40–49) (3-10)

Ein besonders negatives Kindheitserlebnis ist dem Probanden nicht erinnerlich. (Int 3, 2; 52) (3-11)

Die früheste Kindheitserinnerung spielt im Alter von ca. vier Jahren. In einem Kinderhort war er zu Bett gebracht worden, er hat sich dort nicht mehr umdrehen dürfen, hat das aber doch gemacht. Die Erzieherin, die ihn dabei sah, hat ihn angelacht. Das ist eine frühe Erinnerung, die der Proband als »nichts Großes« bewertet. (Int 3, 2/55–3/9) (3-12)

Der Proband hatte in seiner Kindheit keine Zukunftswünsche, er hat sich darauf verlassen, was ihm der (DDR-)Staat oder die Schule gesagt haben. (Int 3, 3; 12–13) (3-13)

Zusammengefasst bewertet der Proband seine Kindheit als »schön«, als »meine schöne Kindheit«. Er kontrastiert dies mit den Eckpunkten seiner Sozialisation: fehlende Familienstruktur, Heimunterbringung, schlechte Schulnoten. Andererseits waren da aber Erwachsene, die Orientierung und Halt gegeben haben. (Int 3, 3; 15–20) (3-14)

Mit Beginn der Pubertät begann der Proband, sich für Mädchen in seinem Alter zu interessieren. Dabei fiel es ihm nicht leicht, auf andere zuzugehen, meist wurde er angesprochen, oder andere Gleichaltrige übernahmen für ihn die Kontaktherstellung: In diesem Rahmen kam es auch zu ersten sexuellen Kontakten. (Int 3, 3; 24–44) (3-15)

Mit 14 hatte er erste intensivere Beziehung. Damals hatte er angefangen, verstärkt Alkohol zu konsumieren. Alkohol gefiel ihm besonders wegen seiner enthemmenden Wirkung, unter Alkoholeinfluss gelang es ihm besser auf Mädchen zuzugehen. Die Kontakte waren aber insgesamt von eher kurzer Dauer, da er weder im Heim noch bei seiner Familie Rückzugsmöglichkeiten hatte und die Mädchen deswegen weniger an einer längeren Beziehung interessiert waren. (Int 3, 3; 46–55) (3-16)

Im Alter von 19 Jahren hatte er die erste feste, länger andauernde Beziehung, mit dieser Partnerin auch den ersten Geschlechtsverkehr. Er wurde im Rahmen eines besonderen Lernprojekts an der Schule aufgeklärt. Dem Probanden ist erinnerlich, dass dieses Projekt zu einiger Aufregung bei den Eltern geführt hat, später auch wieder eingestellt wurde. (Int 3, 4; 3–17) (3-17)

Der Proband hatte keine Zukunftspläne, keine Zielsetzung für sich formuliert, die er verfolgen wollte. Eingebettet in eine sozialistische Gesellschaftsordnung mit einem dürftigen Schulabschluss konzentrierte er sich auf die Berufsaufnahme und das Geldverdienen. (Int 3, 4; 21–30) (3-18)

Zu Beginn der Lehrzeit stieg der Alkoholkonsum des Probanden, ab dem 20. Lebensjahr konsumierte er täglich Alkohol in größeren Mengen. Im angetrunkenen Zustand wurde der Proband stets aggressiv. Seine Beziehungen

DOI: 10.1486/9783884144152

zu gleichaltrigen Frauen waren damals bereits durch seinen Alkoholkonsum geprägt, eine Lebensgefährtin hatte ihn wegen seines Alkoholkonsums stark konfrontiert. Diese Frau wurde später sein erstes Opfer. Zu diesem Zeitpunkt war er bereits über fünf Jahre alkoholabhängig. Als die Frau ihn wegen seines Zustandes ablehnte, schlug er sie, ließ nicht mehr von ihr ab und vergewaltigte sie. Er wurde deswegen zu einer zweieinhalbjährigen Haftstrafe verurteilt. Für die Tat selbst macht der Proband einen Filmriss geltend, den Tatablauf konnte er nur anhand von Fotografien und Erzählungen Dritter rekonstruieren (Int 3, 4/33 – 5/12) (3-19)

Der Proband ist wegen eines Diebstahldelikts vorbestraft, als er seine erste Sexualstraftat begeht. Wegen Ladendiebstahls saß er eine 16-monatige Haftstrafe ab. Auch bei diesem ersten Delikt war er stark angetrunken. Bei der Verhaftung leistete er starke Gegenwehr. In der Folgezeit ist er wiederholt in Schlägereien verwickelt, die er auslöst, Hintergrund ist jeweils seine starke Alkoholisierung und der dann eintretende Kontrollverlust bezüglich physischer Gewalt. Als Konsequenz daraus entwickelt er die Strategie bis zum Delirium weiterzutrinken, um so seine aggressiven Anteile zu »kontrollieren«. (Int 3, 5; 15 – 35) (3-20)

Der Proband schildert die Motivkette für die von ihm begangenen Sexualdelikte: Angestaute Frustrationen, erlebte Ungerechtigkeiten agiert er sexuell aus. Auslöser sind Frauen, die ihm widersprechen, die ihn kritisieren. Als Wiederholungstäter erhielt er wegen der zweiten von ihm begangenen Vergewaltigung eine siebenjährige Haftstrafe. Hintergrund für die relativ hohe Dauer der Haftstrafe waren die starken Verletzungen, die er seinem Opfer während und vor allem nach der Vergewaltigung zugefügt hatte. Er war dabei völlig außer Kontrolle geraten, bis die Frau reglos liegen geblieben war. Auch für dieses zweite Delikt macht er einen Filmriss geltend, räumt aber die Tat in allen Punkten ein. Im Vorfeld des Delikts hatte der Proband entsprechend gewaltbesetzte Fantasien. Wegen dieser Gewaltfantasien hatte er damals schon Kontakt zu einem Nervenarzt aufgenommen, der ihn mit Alkoholkarenz unterstützenden Medikamenten behandelte. Daneben fand maximal zwei Einzelgespräche bei einer Psychologin statt. Seine Vermutung war damals, dass die Gewalt- und Sexualhandlungen nur bedingt mit dem Alkoholkonsum zu tun hatten, dass dahinter tiefergehende Probleme liegen. Diese Erklärungsansätze wurden in der damaligen Behandlung jedoch nicht weiter verfolgt. (Int 3, 5/38 – 6/36) (3-21)

Anlass für die Unterbringung im Maßregelvollzug war dann eine Tat nach dem gleichen Tatmuster: Der Proband hatte eine ihm unbekannte Frau, die er ca. 1992 während einer stationären Entziehungsbehandlung getroffen hatte, vergewaltigt und stark verletzt. Zu diesem Zeitpunkt lebte er in einer Beziehung. Im Strafverfahren zu diesem Delikt wurde der Proband begutachtet, dabei primär eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, die Alkoholproblematik wurde dabei als sekundär eingestuft. Entsprechend erfolgte in der stationären Therapie

DOI: 10.1486/9783884144152

im Rahmen der Unterbringung nach § 63 StGB auch nicht eine Behandlung der Suchtproblematik, sondern eine Bearbeitung der problematischen Persönlichkeitsanteile, welche zu den Gewalttaten führten. Erst nach der Entlassung aus der Unterbringung erfolgte eine Auseinandersetzung mit der Abhängigkeitsthematik im Rahmen einer Anbindung an eine ambulante Suchtselbsthilfegruppe am Wohnort des Probanden. (Int 3, 6/36 – 7/22) (3-22)

Die Therapie im Maßregelvollzug war gekennzeichnet durch einen häufigen Therapeutenwechsel. Nach einer Initialphase zu Beginn der Unterbringung, wo es dem Probanden möglich war, im katharsischen Sinne »alles zu erzählen«, folgte dann die wiederholte Erfahrung, dass er sich nicht öffnen kann, nicht öffnen will, da die aufkommenden Gefühle doch wieder zu bedrohlich sind, zu stark verletzen. Wichtige Bezugsperson in dieser Phase ist ein Sozialarbeiter der Klinik, der zwar keine Psychotherapie anbietet, jedoch ein kontinuierliches Beziehungsangebot macht. Erst gegen Ende der Unterbringung trifft der Proband wieder auf einen auch länger verfügbaren Psychotherapeuten, der ihn auch in der Überleitungsphase nach draußen und in der Nachsorgephase betreut hat. Zentrale Erkenntnisse aus der Gesprächstherapie sind die Bedeutung der Beziehung zum eigenen Vater, zum Stiefvater, die damit verbundenen Enttäuschungen in der Kindheit, die fehlende (männliche) Identität und die Funktion des Sich-Spürens bei der Gewaltanwendung. Der Proband schätzt es als äußerst positiv ein, dass die Einzeltherapie bei diesem letzten für ihn zuständigen Therapeuten bis heute anhält. (Int 3, 7; 25 – 44) (3-23)

Der gegenwärtige Kontakt zum Therapeuten besteht in vierzehntägigen Gesprächen. Nach dem nahen Ende der Bewährungszeit ist geplant, die Frequenz auf vierwöchentliche Termine zu erweitern. Der Proband erlebt es als Bestätigung, dass auch der Therapeut eine günstige Entwicklung wahrnimmt und einen weniger engen Betreuungsrahmen für sinnvoll hält. Zeitlich versetzt zu den Einzelgesprächen nimmt der Proband an den Gruppenterminen der Selbsthilfegruppe teil. (Int 3, 7; 46 – 53) (3-24)

Neben den Einzelgesprächen nahm der Proband an der Arbeitstherapie teil. Diese schätzt der Proband als wenig hilfreich ein, der Leistungsbereich ist für ihn kein Problem (»arbeiten kann ich«). Wichtig war die Beschäftigung aber zur Tagesstruktur in der Unterbringung. Wichtig war für ihn die Einzeltherapie, die Suche nach den Hintergründen seiner Gewaltdelinquenz. (Int 3, 8; 1 – 13) (3-25)

Hauptaspekt der therapeutischen Arbeit ist für den Probanden sein Unvermögen, autonome Meinungen adäquat zu vertreten und es auszuhalten, dass es andere Meinungen und Realitäten gibt, die seiner Auffassung widersprechen. Der Maßregelvollzug mit seinem spezifischen Gewaltverhältnis und seinem besonderen therapeutischen Rahmen wird von ihm hierbei als hilfreiches Lernfeld eingeschätzt. (Int 3, 8; 17 – 27) (3-26)

DOI: 10.1486/9783884144152

Die Unterbringungssituation war gekennzeichnet durch seine direkte, holprige Art, seinen Standpunkt zu vertreten. Diese Verhaltensweise fiel besonders bei außerklinischen Kontakten auf, etwa beim Einkauf in der Stadt. (Int 3, 8; 30–39) (3-27)

Während der gesamten Unterbringungszeit erhielt der Proband keinen Besuch von externen Personen. Zu einer Mitarbeiterin einer psychiatrischen Station entstand ein intensiverer Kontakt. (Int 3, 8; 42–50) (3-28)

Ein weiteres zentrales Thema der Therapie war die Arbeit an der Opferempathie. Der Proband konnte vor der Auseinandersetzung mit diesem Thema überhaupt nicht die Perspektive der Opfer sehen, nahm nur seine eigene Bedürfnislage, seine Verletztheit und die angestauten Emotionen wahr. Der Beginn der Beschäftigung mit diesem Thema war durch eine starke Abwehrhaltung gekennzeichnet, welche er jedoch nach langem Kampf überwinden konnte. Jetzt ist er in der Lage, die Verantwortung für seine Handlungen jenseits von seinen inneren Konflikten (welche mit den Opfern nichts zu tun haben) zu übernehmen. In diesem Punkt erlebt sich der Proband als unterschiedlich zu den Patienten im Maßregelvollzug, die bislang nicht entlassen werden konnten. Im Gegensatz zu denen (nicht erfolgreichen) wartet er nicht darauf, dass »einer kommt und der bringt die in das Leben zurück«, wenngleich er diese Haltung auch aus seinen früheren Hafterfahrungen kennt. (Int 3, 9; 1–38) (3-29)

Eine besondere Situation war die Begutachtung in einer westdeutschen Klinik. Die Hafterfahrungen des Probanden fanden bis zu diesem Zeitpunkt in der früheren DDR statt. Die Begutachtung erlebte er als zunächst verstörend, für ihn nicht einordenbar. Als ihm bewusst wurde, dass es um die Entscheidung Haft oder Therapie geht, dass Therapie für ihn eine echte Alternative bedeutet, konnte er sich öffnen und dem Gutachter »alles erzählen«. Mit der Begutachtungssituation ist der Proband retrospektiv zufrieden, das Ergebnis, also Diagnose und Unterbringungsempfehlung, empfindet er »im Großen und Ganzen« stimmig. Die Analyse des Gutachters, welche seine Persönlichkeit als emotional instabil und dissozial beschreibt, trifft den Probanden sehr, gleichwohl kann er auch diese Inhalte akzeptieren. (Int 3, 9/40–10/9) (3-.30)

Der Proband beschreibt, dass es in der früheren DDR keinen Maßregelvollzug gegeben hat. Im Rahmen von Haftstrafen standen keine Therapien zur Verfügung. Der Gutachter stellte die Entwicklungsmöglichkeiten des Probanden in den Vordergrund, die ihm im Rahmen einer geschlossenen Behandlung offen stehen. Der Gutachter nennt in der Gutachtenssituation günstige Verläufe anderer Patienten, die vom Maßregelvollzug profitiert haben, das spricht ihn an. Rückblickend schätzt er seine Unterbringung auch als erfolgreich ein, denn er hat in der Unterbringung den Führerschein erworben. Die forensische Psychiatrie ist für den Probanden die Chance für einen Neuanfang: neue Arbeit, neuer Führerschein. Der Proband witzelt über den Umstand, dass wenn er mit dem Auto

DOI: 10.1486/9783884144152

in die Maßregelvollzugsklinik fährt, dieses dort immer gut absperrt, damit ihm das Fahrzeug dort nicht gestohlen wird. (Int 3, 10; 9–32) (3-31)

Während der Behandlung im Maßregelvollzug erhielt der Proband das triebdämpfende Medikament Androcur. Diese Maßnahme wurde ein Jahr vor Entlassung aus der Unterbringung beendet. Die triebdämpfende Wirkung erlebte er als negativ, auch wenn die Medikamente ihm einen Rest an sexuellen Empfindungen ließen. Zu Beginn der medikamentösen Behandlung bestanden weiterhin sexuelle Gewaltfantasien, welche der Proband in der Psychotherapie ansprach. Nach einiger Zeit haben sich diese Fantasien gelegt. Das Absetzen der Medikation erlebte der Proband als nebensächlich, nach einiger Zeit war seine sexuelle Erlebensfähigkeit wieder voll hergestellt, allerdings bemerkt der Proband, dass die früher bei ihm vorhandene Verknüpfung von sexuellen Inhalten und aggressiven Anteilen nicht mehr vorhanden war. (Int 3, 10/35–11/24) (3-32)

Rückblickend schätzt der Proband seine Unterbringung als effektiv ein. Allerdings stört ihn, dass die Dauer des Vollzugs so lange war. Insbesondere die ersten eineinhalb Jahre der Unterbringung nach § 126 a StPO erlebt er als vertane Zeit, da er im Status des U-Häftlings noch keine Therapie, andererseits aber schon umfangreiche Vollzugslockerungen erhielt. Positiv schätzt er ein, dass er den Hintergrund seiner Delinquenz erkannt hat. Er hatte verstanden, dass er Kritik und Frustrationen anders auffassen und konstruktiv damit umgehen muss. Der Proband kann den direkten Zusammenhang dieser Therapieerkenntnisse und -fortschritte zu seiner heutigen Lebenssituation herstellen: In der aktuellen Beziehung, die seit zwei Jahren besteht, muss er sich fortlaufend mit der Partnerin auseinandersetzen, sich ihre Kritik anhören, diese ernst nehmen und damit umgehen, ohne sich insgesamt als Person in Frage gestellt zu sehen. Die Unterbringung an sich ist aus seiner heutigen Sicht gerechtfertigt gewesen. (Int 3, 11/28–12/7) (3-33)

Die Entlassung aus der Unterbringung war dadurch gekennzeichnet, dass der Proband schon in der Phase der Außenarbeit seinen heutigen Arbeitgeber kennengelernt hat. Aus anfänglichen Jobs im Bereich Wohnungsrenovierung (der Proband hat eine Ausbildung im Malerbereich) wurde nach und nach eine Festanstellung, der Arbeitgeber hat ihm auch den Führerschein finanziert und einen Firmenwagen zur Verfügung gestellt. Der Proband betont, wie wichtig die Erfahrung für ihn ist, dass er sich seine neue Existenz selbstständig, durch seine Leistung aufgebaut hat und das Entlassszenario nicht durch die Klinik veranlasst wurde. Mittlerweile lebt er mit seiner Freundin in der von ihm selbst renovierten und vom Arbeitgeber günstig vermieteten Wohnung. (Int 3, 12; 10–28) (3-34)

Der Proband schätzt seinen seit zwei Jahren bestehenden Kontakt zu seiner Freundin als ernsthafte Beziehung ein. Die Partnerin arbeitet als Sekretärin in der Klinik, in der der Proband untergebracht war. Erste Kontakte ergaben sich schon während seiner stationären Phase. Da derartige Kontakte zwischen Personal und

DOI: 10.1486/9783884144152

Patienten in der Klinik unerwünscht sind, haben beide mit einer Intensivierung des Kontakts gewartet, bis der Proband entlassen war, dann haben sie auch den Chefarzt der Klinik über die Beziehung informiert. Der Proband unterscheidet deutlich von seiner Beziehung und kurzen Affären zwischen weiblichem Pflegepersonal und männlichen Maßregelpatienten, welche einen eher losen Charakter haben. Solche Kontakte hat er im Laufe seiner Unterbringung mehrfach beobachten können. (Int 3, 12; 31–42) (3-35)

Nach der Entlassung wurde der Proband ambulant weiterbetreut. Der Sozialdienst übernahm die Koordination der Schuldenregulierung, Klärung sozialrechtlicher Angelegenheiten und Verlaufskontrollgespräche bezüglich Alkoholkarrenz. Gegenwärtig ist der Proband arbeitslos. Diese Situation erschüttert ihn nicht sehr tief. Er geht fest davon aus, bald wieder einen festen Arbeitsplatz zu haben, auch wenn in dem strukturschwachen Gebiet, in dem er lebt, eine Arbeitslosenquote von ca. 20 % zu verzeichnen ist. Der Proband macht seine Erfahrung geltend, dass alle seine Schritte aus dem Maßregelvollzug in ein neues Leben letzten Endes erfolgreich waren. Zudem verfügt er über Sozialkontakte zur Arbeitsverwaltung, was ihm eine frühzeitige Information über freie Arbeitsplätze beschert. (Int 3, 12/45–13/3) (3-36)

Die aktuelle, seit über zwei Jahren andauernde Beziehung bezeichnet der Proband als fest. Er hat aktuell keine Heiratsabsichten, kann sich das aber zu einem späteren Zeitpunkt vorstellen. Die Partnerin hat einen 15-jähigen Sohn, der mit im Haushalt lebt. Der Proband nimmt – und das ist neu für ihn – ein Stück weit die Vaterrolle gegenüber dem Sohn der Partnerin ein, der ihn akzeptiert und mit bestimmten Fragestellungen auf ihn zugeht. Der Proband empfindet und beschreibt seine gegenwärtige Lebenssituation als »ganz normal«. (Int 3, 13; 6–19) (3-37)

Aus der Unterbringung heraus plante der Proband seine Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe für Alkoholiker. Inhaltlich geht es ihm dabei darum, in bestimmten Phasen auftretende Verlustängste, welche sich auf das erreichte ökonomische und soziale Gefüge beziehen, nicht mit sich alleine ausmachen zu müssen, sondern diese in einem Kreis erfahrener Menschen, welche ebenfalls Probleme im Umgang mit Alkohol haben, besprechen zu können. Sein jetziges Leben mit eigener Wohnung, Arbeit und Selbstständigkeit beschreibt er als das Gegenteil von dem, was er früher im Rahmen von Heimerziehung und JVA-Aufenthalten an Unselbstständigkeit gelebt hat. (Int 3, 13; 22–30) (3-38)

Die früher vorherrschenden aggressiv-sexuellen Fantasien treten heute im Alltag nicht mehr auf. Er erlebt sich von einer derartigen emotionalen Struktur distanziert, hat sich weiterentwickelt. (Int 3, 13; 35–39) (3-39)

Der Proband berichtet, dass er zu seiner Selbsthilfegruppe ca. 100 km anreise, ihm ist wichtig, dass ihn dort keiner von früher kennt. Er gibt dem Interviewer Tipps für dessen Weiterreise in eine andere Stadt. (Int 3, 13; 41–55) (3-40)

Der Proband unternimmt seit der Entlassung aus der Unterbringung auch

DOI: 10.1486/9783884144152

Reisen, z. B. ins Elsass. Früher hat er sich für Derartiges nicht interessiert, er hat sich weniger für seine Umwelt interessiert. (Int 3, 14; 1–7) (3-41)

Der ambulante Betreuungsrahmen des Probanden besteht in vierwöchigen Gesprächsterminen beim zuständigen Arzt in der forensischen Klinik und vierwöchigen Terminen beim Bewährungshelfer. Die Termine sind so gesetzt, dass er alle 14 Tage ein Gespräch wahrzunehmen hat. Daneben besucht er regelmäßig die Suchtselbsthilfegruppe. In Phasen psychosozialer Belastung wurde die Frequenz der Einzelgespräche erhöht, so zuletzt aus Anlass seiner Arbeitslosigkeit. Der Proband berichtet, dass das zuständige Betreuungspersonal besorgt reagiert hat und dass sein Gesprächsbedarf in dieser Belastungsphase größer war. So kam sein altes Denken, dass alle etwas gegen ihn haben und ihm Unrecht zufügen wollen, wieder auf, jedoch keine sexuell-aggressiven Fantasien. Die zusätzlichen Gespräche beschreibt er als notwendig Rezidivprophylaxe. (Int 3, 14; 10–36) (3-42)

Der Aufbau einer neuen Partnerschaft ist dem Probanden leicht gefallen. Die Partnerin des Probanden ist über dessen kriminelle Vergangenheit informiert. Offenheit in dieser Sache ist für den Probanden ein wichtiges Thema, eine Voraussetzung für eine funktionierende, längerfristige Beziehung. Die Partnerin hatte auch den Wunsch geäußert, über sein Vorleben informiert zu sein, er hat sich, auch wenn es ihm schwer fiel, darauf eingelassen. (Int 3, 14; 39–56) (3-43)

Gegenwärtig ist der Proband arbeitslos, er engagiert sich mit Gefallen im Haushalt, fährt seine Frau zur Arbeit, holt sie auch wieder ab, geht einkaufen. Er beschäftigt sich gerne mit handwerklichen Dingen, hat sich eine kleine Werkstatt eingerichtet. Zu einem Freund, der als Korbmacher arbeitet, hat er intensiveren Kontakt. Er hilft ihm bei der Produktion, unternimmt mit seinem Auto Materialfahrten. Sein Tag ist durch diese Aktivitäten ausgefüllt, allerdings erzielt er dadurch kein Einkommen. (Int 3, 15; 1–21) (3-44)

Neuerdings unternimmt der Proband mit seiner Freundin Ausflüge in die nähere Umgebung, das hat er früher nie getan. Beide gehen häufiger zusammen spazieren. Der Impuls geht dabei von seiner Freundin aus, welche gerne wandert. Er lässt sich da mitziehen, öffnet sich für die Natur. Früher hat er dafür keine Augen gehabt, sei mit Bekannten zusammen gewesen und habe getrunken. Vielleicht hat dieses neue Interesse auch mit dem jetzt erreichten Alter, der Reife zu tun, der Proband ist sich in diesem Punkt unsicher. Resümierend schätzt der Proband seine Entwicklung, den Weg, den er mit Haft und Maßregelvollzug genommen hat, als »notwendig« ein, um dahin zu kommen, wo er heute steht. Sein Lebensweg erscheint dem Probanden als sinnvoll, als Entwicklung von seinem früheren Zustand hin zu seinem heutigen Leben. Die Voraussetzung für ein heute ruhiges Leben, mit den neuen Inhalten, welche ihm wichtig sind, ist ein Stück weit auch das Extrem seines früheren Lebensstils. (Int 3, 15; 21–38) (3-45)

Das Sexualleben des Probanden wird von ihm als »normal« geschildert. Es gibt in der Beziehung keine »abartigen« Praktiken, so wie das früher in seiner

DOI: 10.1486/9783884144152

Fantasiewelt oft eine große Rolle gespielt hat. Er bemerkt bei sich auch ein Nachlassen des sexuellen Interesses, im Vergleich zu früher steht er nicht »ständig unter Strom«. Wichtig ist ihm heute, was die Partnerin möchte, wie seine Bedürfnisse sind und dass beides berücksichtigt werden kann. Zentral ist dabei die Offenheit, über sexuelle Bedürfnisse zu reden. Das konnte er früher nicht. (Int 3, 15; 42–52) (3-46)

Hauptgründe für seine anhaltende Stabilität, seine Rückfallfreiheit sind – in den Augen des Probanden – sein Therapieerfolg, das Erkennen der Hintergründe für seine Delinquenz

- Fehlende Emotionsregulation
- Geringe Frustrationstoleranz
- Impulsivität
- Ausagieren nicht-sexueller Inhalte im sexuellen Bereich

und deren Bearbeitung/Bewältigung. Der Therapieerfolg wird mit 80 % als Basis für seine Stabilität eingeschätzt. Wesentlich ist ihm aber auch, dass dieser Therapieerfolg auch zum Tragen kommt, sich im echten Leben umsetzen lässt. Dass er eine Familie hat, dass er eine Beschäftigung hatte, dass er zuversichtlich ist, bald wieder eine Arbeit zu finden, dass er ein eigenes Auto hat, dass es Inhalte gibt, für die er sich interessiert, dass es Freundschaften gibt, die vom Nehmen und Geben geprägt sind, keine oberflächlichen Kontakte (wie früher), dass es soziale Unterstützung gibt, wie die Bekannte beim Arbeitsamt, die ihm hilft. Die Grundlage für diese Lebensführung sieht er in der Therapie begründet, dort konnte er den Willen entwickeln, überhaupt so (d. h. straffrei) zu leben. Die Voraussetzung ist seine Auseinandersetzungsbereitschaft mit der Umwelt, mit den Menschen, die ihm begegnen. Diese Erfahrungen spornen ihn an, da es Erfolge gibt. In der Unterbringung hat er den Quali nachgeholt, darauf aufbauend will er jetzt durch den Besuch einer Berufsaufbauschule einen höheren Schulabschluss erreichen. Er ist sich sicher, dass ihm das gelingt, denn er will es. In seinem heutigen Leben lässt er sich nicht von seiner Vergangenheit (Heimunterbringung, Sonderschulbesuch, Maßregelvollzug) irritieren. Heute sieht er die Welt so, dass er viele Möglichkeiten hat. In diesem Punkt sieht sich der Proband anders als viele andere Maßregelpatienten: Diese jammern über ihren Zustand, ihre hoffnungslose Lage und dass ihnen keiner hilft. Er hat gelernt, selbst hinzulangen, etwas zu tun. Das wirkt auch bei wichtigen Personen, z. B. potenziellen Arbeitgebern positiv. Wichtig ist ihm auch der Umstand, dass er all diese neuen Erfahrungen mit einer Partnerin teilen kann, die ihm nah ist. (Int 3,16/1–17/3) (3-47)

Der Proband formuliert sein Lebensmotto: »Es wird schon werden, trotz aller Scheiße«. Dieses Motto gilt für alle Lebensbereiche, aktuell zieht er aus diesem Leitsatz die Motivation, weiter eine Arbeit zu suchen und die Zuversicht zu haben, dass diese Suche positiv enden wird. (Int 3, 17; 7–10) (3-48)

Der Zukunftswunsch des Probanden ist, die aktuelle Beziehung so lange wie

DOI: 10.1486/9783884144152

möglich aufrechterhalten zu können. Die Chancen dafür schätzt er positiv ein. Weiter möchte er bald wieder eine Arbeit aufnehmen. Wichtig ist ihm, dass es Vertrauenspersonen gibt, denen er erzählen kann, wie es ihm geht. Solange es solche Kontakte gibt, sieht er für sich auch eine positive Zukunft. (Int 3, 17; 13–23) (3-49)

Der Proband teilt mit, dass er sich am Ende des Gesprächs gut fühlt, er ist es gewohnt, über sich zu reden, das hat er in der Unterbringung gelernt. Er nennt seine Motivation, an dem Gespräch teilzunehmen: es kann wichtig für andere sein, von ihm zu lernen. (Int 3, 17; 26–34) (3-50)

8.1.4 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 4 vom 21.03.2002

Der Proband berichtet nach ausführlicher Erläuterung des Interviewzwecks, dass er 1958 geboren ist und in dörflicher Umgebung bei seinen Eltern aufgewachsen ist. Der Vater arbeitete als Schlosser, die Mutter blieb nach der Geburt der Kinder zu Hause. In seinem Heimatort besuchte er die Grund- und Hauptschule, wo er durch seine unruhige Art aufgefallen ist. Der Schulbesuch fiel ihm schwer. Später konnte er im Leistungsbereich nachholen, erreichte dann überdurchschnittliche Leistungen. Der Proband hat zwei Schwestern, eine davon ist 15 Jahre älter. Eine Schwester hat wegen seiner Verurteilung den Kontakt zu ihm abgebrochen. Seine Familie unternahm früher öfter Reisen nach Österreich und nach Passau, wo Verwandte besucht wurden. (Int 4, 1/43–2//9) (4-1)

Die Beziehung zwischen den Eltern war herzlich, der Proband schätzt seine Jugend als »schön« ein. Die Eltern haben sich um ihn gekümmert, ihn gefördert. Den von der Schule empfohlenen Schulwechsel an ein Gymnasium haben die Eltern abgelehnt, sie haben ihm den Schulbesuch nicht zugetraut. Auf Anraten des Vaters hat er eine Lehre als Papiermacher in dem Betrieb absolviert, in dem auch sein Vater gearbeitet hat. Die Lehre konnte er vorzeitig abschließen. Sein eigentlicher Berufswunsch war Ingenieur, dieses Ziel hat er auch später noch erreicht. (Int 4, 2; 13–30) (4-2)

Der Erziehungsstil in der Familie war durch eine Eigenart der Mutter geprägt: Diese war schnell beleidigt und redete dann lange mit den Familienmitgliedern nicht mehr. Im Gegensatz zur eher ernsten Mutter war der Vater eine »echte Frohnatur«, ein offener, leutseliger Mensch, der sich auch als Karnevalspräsident engagiert hat. Der Proband betont, dass er mehr nach der Mutter kommt, eher zurückhaltend und schweigsam ist. (Int 4, 2; 32–46) (4-3)

Ein wichtiges Prinzip in der Familie war, dass man nicht lügt. Andererseits hat die Mutter Allianzen mit dem Probanden gegen den Vater geschlossen, z. B. wenn es Probleme in der Schule gab, wurde das dem Vater verheimlicht, die Mutter hat das dann in der Schule geregelt. (Int 4, 2; 49–55) (4-4)

DOI: 10.1486/9783884144152

Der Proband ist vollständig in seiner Herkunftsfamilie aufgewachsen. (Int 4, 3; 3) (4-5) Hauptbezugsperson für den Probanden war die Mutter, was in der häufigeren Anwesenheit begründet ist. Der Vater war durch die berufliche Beanspruchung mehr abwesend. Die Familie war religiös orientiert. Seine Freizeit verbrachte der Proband in Fußball- und Handballvereinen, daneben hat er viel Zeit mit Basteleien verbracht, wofür ihm der Vater sein Werkzeug lieh. Der Proband hatte gleichaltrige Spielkameraden, die er auch mit nach Hause bringen durfte. Ein herausragendes schönes Kindheitserlebnis ist (nach langem Überlegen), als die Familie ein Haustier, einen Boxer, angeschafft hat. Er hat sich viel um das Tier gekümmert, machte viele lange Spaziergänge. Der Proband hatte einen besonders guten Freund, ein Schulkamerad, der eine Klasse weiter war. Ein besonders negatives Kindheitserlebnis wird spontan referiert: Die Mutter kündigt eine Strafe an, wird dann aber weich und hebt die Strafe wieder auf. Als er mit »das habe ich doch gewusst« reagiert, wird die Strafe doch vollzogen. Diese Szene ist typisch für die Beziehung zur Mutter, die auch oft mit emotionalen Zuständen (»jetzt bin ich aber traurig«) drohte. Die früheste Kindheitserinnerung ist die Zeit der Einschulung mit sechs Jahren, davor sind dem Probanden keine Erlebnisse erinnerbar. (Int 4, 3/6 – 4/14) (4-6)

Die Schule ist dem Probanden leicht gefallen, jedoch erscheinen die Lehrer aus heutiger Sicht zu konservativ, er wünscht sich, dass man mehr auf ihn hätte eingehen sollen. (Int 4, 4; 19 – 25) (4-7)

Die Pubertät hat der Proband eher als positiv empfunden, in einzelnen wichtigen Dingen konnte er sich gegen die Mutter durchsetzen. Mit ca. 13 Jahren ist er zum Zelten gefahren, dort wird er mit einem erotischen Angebot einer älteren Frau konfrontiert, lehnt dies aber ab. Frühzeitig hat er von den Eltern ein Mofa geschenkt bekommen, was für seine Mobilität auf dem Lande von großer Bedeutung war. Diesen Zeitraum bewertet er als »schöne Zeit«. In der Jugendzeit begann er, sich für Mädchen zu interessieren. Er hat einige Beziehungserfahrungen gesammelt, in seinem bisherigen Leben hatte er ca. zehn intensivere Beziehungen. Seine erste Freundin war mit ca. 14 Jahren gleichaltrig wie er und stammte aus dem gleichen Ort. Die Eltern waren in ihrem Verhalten ihm gegenüber eher gewährend, ihm wichtige Themen wie Kleidung oder Frisur konnte er selbstständig entscheiden. In einzelnen Punkten, z. B. Ausgehen, wurden aber doch Grenzen gesetzt. (Int 4, 4/28 – 5/12) (4-8)

Der Proband hatte keine konkreten Vorbilder, orientierte sich aber an Personen, die intellektuelle Fähigkeiten aufwiesen, damit folgt er auch dem, was ihm seine Eltern vorgelebt haben: die Beschäftigung mit Literatur, mit »Geistigem«. Zum Teil hat er auch selbst geschrieben, die Artikel wurden dann im Radio gesendet. Als Männlichkeitsideal wurde ihm vermittelt, dass man nachgeben soll. Der Vater war insofern Negativfigur, dass er zu Karnevalszeiten zu viel getrunken hat, dann sehr komisch war, »irgendwie blöd«. (Int 4, 5; 15 – 35) (4-9)

DOI: 10.1486/9783884144152

Als erstes erotisches Erlebnis berichtet der Proband eine Situation, in der er sich selbst befriedigt und die Mutter das mitbekommt, ihn ermahnt, er solle das lassen. Aufgeklärt wurde er nicht. Erst später war Sexualität ein Thema in der Schule. Mit ca. 15 Jahren hatte er den ersten Geschlechtsverkehr. Seine damalige Freundin war sexuellen Dingen gegenüber eher abgeneigt, weil sie mit ihrem früheren Freund negative Erfahrungen gemacht hatte. Er hatte sich aber die Zeit genommen, sich auf ihre Bedürfnisse einzustellen. Seinen ersten Geschlechtsverkehr mit ihr bewertet er als positiv. (Int 4, 5/39–6/21) (4-10)

Nach der Hauptschule absolvierte der Proband eine Lehre zum Papiermacher, welche er 1979 abschließen konnte. Der Beruf hat ihm Spaß gemacht, nur mit dem Meister ist er nicht zurechtgekommen. Mit 18 Jahren haben ihm die Eltern den Führerschein finanziert und ihm auch ein Auto geschenkt. Er ist dann in den Folgejahren viel mit den Eltern herumgefahren, hat für sie Fahrdienste übernommen. Vor allem seine Mutter hat er in den letzten zwei Jahren, bevor sie gestorben ist, viel herumgefahren. Die Großzügigkeit der Eltern schätzt der Proband als »gute Sache« ein. Er hat bis zum 28. Lebensjahr zu Hause gewohnt, da hatte er die Lehre schon abgeschlossen und einige Zeit in seinem Beruf gearbeitet. (Int 4, 6; 24–54) (4-11)

Nach einigen Jahren im Beruf wurde der Proband arbeitslos, besuchte das Abendgymnasium und hat versucht, das Abitur nachzuholen. Als ihm das nicht gelingt, wechselt er an die Fachoberschule und macht 1981 das Fachabitur in der Ausbildungsrichtung Technik. Der erneute Schulbesuch fiel ihm nicht leicht, er konnte aber in einigen Punkten auf Wissensbestände aus seiner Lehrzeit zurückgreifen. Einem Klassenkameraden hat er Mathematik beigebracht, im Gegenzug hat der ihm Englisch erklärt. So haben beide das Fachabitur bestanden. Über den Kontakt zu dem Klassenkameraden und die erworbenen Englischkenntnisse kam er auf die Idee, eine Amerikareise zu unternehmen, ein entsprechendes Angebot war am schwarzen Brett der Schule ausgeschrieben. Vorher hatte er sich eine größere Summe zusammengespart, teilweise aus Ferienjobs als Papiermacher, teilweise aus anderen Einkünften. Da er damals noch bei den Eltern wohnte, hatte er keine hohen Lebenshaltungskosten. In Amerika hatte er auch einen Familienkontakt, dort wohnte ein Bruder seines Großvaters. (Int 4, 7; 1–28) (4-12)

In Amerika reiste der Proband für ein halbes Jahr umher. Dort hatte er den ersten Kontakt zu Marihuana. An dieser Stelle schlägt er eine Pause im Gespräch vor. (Int 4, 7; 31–43) (4-13)

Die Wirkung der Droge empfand der Proband schon beim ersten Konsum entspannend. Die Reise durch die Vereinigten Staaten empfand er als Befreiung von seinem Leben, das bis dahin dadurch geprägt war, dass er seinen Lebensmittelpunkt bei seinen Eltern hatte, die Beschäftigung mit illegalen Drogen (Cannabinoide) gehört in diesen Zusammenhang. Seine Mutter hatte vorab Bedenken gegen diese Reise geäußert. Nach seiner Rückkehr wurde ihm auch an seinem

DOI: 10.1486/9783884144152

Wohnort Haschisch angeboten. Ab diesem Zeitpunkt hat er regelmäßig Haschisch konsumierte, das er sich aus den nahen Niederlanden besorgte. Andere Drogen hat er nicht konsumiert. Gelegentlich hat er damals auch (bis zur Trunkenheit) Alkohol konsumiert. Sein Bedürfnis war lockerer, cooler zu werden, was er durch den Haschischkonsum zu erreichen hoffte. Sein Vorbild waren bestimmte Personen in den niederländischen Coffeeshops. (Int 4, 7/49 – 8/24) (4-14)

Zu diesem Zeitpunkt, zwischen 1982 und 1987, studierte er Fahrzeugtechnik an der Universität in K. Rückblickend schätzt er die Fächerwahl als ungünstig ein; aus heutiger Sicht erscheint es ihm sinnvoller, er hätte ein Fach aus der Papierbranche in einem Studium vertieft. Er war damals bereits durch den Drogenkonsum geprägt. Die Frequenz des Haschischkonsum steigerte sich im Laufe der Zeit. Insbesondere nach einer schweren Erkrankung der Mutter und nach deren Tod konsumierte er häufiger und mehr. (Int 4, 8; 27 – 42) (4-15)

Zum Zeitpunkt der Erkrankung der Mutter, welche stark pflegebedürftig noch drei Jahre in seinem Elternhaus bei seinem Vater lebte, wohnte der Proband in einem eigenen Zimmer in K., besuchte seine Eltern anfangs noch regelmäßig. Ein Kommilitone stammte ebenfalls aus der Nähe seines Geburtsortes, mit dem pendelte er regelmäßig zwischen Uni und Elternhaus. Von ihm erhielt er auch Tipps zum Studium und Fachliteratur. Mit dem Kommilitonen wohnte er später zusammen. Die Großmutter des Probanden unterstützte ihn mit Sachleistungen, die er für das Studium benötigte. Als die Großmutter starb, versprach er ihr, dass er das Studium beenden werde, was er dann auch realisieren konnte. Zu diesem Zeitpunkt war er in einen Kreis von Studenten integriert. Dort lernte er auch seine damalige Freundin kennen, die ebenfalls Studentin an der Uni in K. war. Mit ihr hat er sich später verlobt. Die Freundin hat ihn bei der Organisation seines Studiums unterstützt und hat ihn an ein technisches Thema herangeführt, das für seinen weiteren Studienverlauf von besonderer Bedeutung war. Der Proband erläutert an dieser Stelle knapp und informativ ein technisches Problem aus dem Bereich der Fahrzeugtechnik. Nebenbei jobbte er weiter in der Papierfabrik in der Nähe seines Heimatortes, besuchte dabei meist seinen Vater, der als Kriegsversehrter mittlerweile in Rente war. Mit diesem unternahm er Autoausflüge im eigenen Auto, einem älteren Sportwagen, den er selbst restauriert hat. (Int 4, 8/42 – 9/33) (4-16)

Nach Abschluss des Studiums begann eine problematische Zeit für den Probanden, er fand nur kurzfristige Anstellungen und wurde dauerhaft arbeitslos. Da er kein Einkommen hatte, zog er wieder zu seinem Vater. Sein Vater hatte zu diesem Zeitpunkt bereits eine neue Partnerin, die er später auch ehelichte. Es hat ihn anfangs belastet, dass sich der Vater nochmals fest gebunden hatte, konnte ihm das aber später verzeihen. Die neue Partnerin des Vaters schätzt er als habgierige Person ein, sein Vater war später finanziell in Bedrängnis gekommen. Das Zusammenleben mit seinem Vater und seiner öfter anwesenden neuen

DOI: 10.1486/9783884144152

Partnerin sowie seiner Freundin, die er in Köln kennengelernt hatte, verlief wenig harmonisch. Um überhaupt arbeiten zu können, beginnt er, in seinem Heimatort als Taxifahrer zu jobben, sein Tageskonsum an Haschisch steigert sich zu diesem Zeitpunkt auf bis zu zehn Gramm der Droge. Um seinen Eigenbedarf zu finanzieren, fing er damals mit Dealen an. Seine Freundin hatte zu diesem Zeitpunkt ebenfalls viel Haschisch konsumiert, nutzte aber auch regelmäßig härtere Drogen. Sie war wegen psychischer Probleme und wegen des Drogenkonsums destabilisiert. Der Proband selbst geriet durch seinen umfangreichen Drogenkonsum ebenfalls in unkontrollierte Zustände und wurde 1988 wegen Drogenhandels in Haft genommen. Seine Freundin hatte ihn und ca. 30 andere Personen, welche von ihm Drogen gekauft hatten mit einer Aussage bei der Polizei belastet und er wurde wegen Verstoß gegen das BtMG zu einer zweijährigen Haftstrafe verurteilt. Auf seine damalige Freundin, die ihn so belastet hatte, war er sehr wütend. Er verbrachte acht Monate in U-Haft, vier Monte in Strafhaft und wurde zum Halbstrafenzeitpunkt zur Bewährung entlassen. In diesem Zeitraum verstarb auch der Vater des Probanden und er erbte das Elternhaus, welches er vermietete. Bezogen auf den damaligen Zeitpunkt schätzt er sich als »persönlich schwach« ein. Wegen Erbstreitigkeiten mit seiner Schwester kommt es zur Versteigerung des Hauses, für ihn bleibt nach Abzug aller Kosten eine größere Summe als Erbe. Zeitgleich entwickelt der Patient eine schizophrene Psychose, die er durch die psychosozialen Belastungsfaktoren Arbeitslosigkeit, Hafterfahrung und Erbstreitigkeiten ausgelöst sieht. Beruflich kann er keinen Fuß mehr fassen, gerät in wirtschaftliche Bedrängnis, es kommt zu schizophrenen Schüben, welche durch heftigen Haschischkonsum begleitet werden. (Int 4, 9/33 – 11/14) (4-17)

Die Psychose erlebte er als Hochgefühl, mit Bedeutungssteigerung objektiv unwichtiger Dinge in seiner Wahrnehmung. Er konsumiert viel Alkohol, verliert daraufhin seinen Führerschein. Es kommt zu wiederholten Aufenthalten in der Psychiatrie. In der Klinik kommt er in Kontakt zu Leuten, welche er als »schlechte Gesellschaft« klassifiziert. Er geht nach Holland, begeht eine Reihe von Straftaten (Hausfriedensbruch, Diebstahl). Er schafft es, eine eigene Wohnung anzumieten, vegetiert einige Zeit »hirnlos vor sich hin«, konsumiert viel Alkohol und Drogen, auch härtere Drogen. In diesem Zeitraum kommt es zur Anlasstat, die zur Unterbringung im Maßregelvollzug führte. (Int 4, 11; 17 – 41) (4-18)

Am Tattag hatte er bereits Drogen konsumiert und war mit seinem Mofa in einer wenig belebten Gegen im Grenzgebiet Deutschland-Niederlande unterwegs. Dort begegnet ihm eine ihm unbekannte Frau, welche er zunächst verbal attackiert. In seiner Erinnerung ist er dann weitergegangen, nach Hause. Dort ist er von der Polizei verhaftet worden, der Tatvorwurf lautete auf Drogenbesitz und Vergewaltigung. Er macht für den Tathergang ein Blackout geltend. Anhand von Rekonstruktionen und Faserproben, die beim Opfer und bei ihm gefun-

DOI: 10.1486/9783884144152

den wurden, ließ sich dann nachvollziehen, dass er die vorgeworfene Straftat begangen hatte. Der Proband kann den Tathergang noch heute nicht von sich aus nachvollziehen. Da er derartige Blackouts bei früherem Drogenkonsum nie erlebt hatte, für sich nicht ausschließen kann, tatsächlich eine derartige Straftat begangen zu haben, hat er die Konsequenz gezogen, keine Drogen mehr konsumieren, um nicht wieder in einen derart für ihn unkontrollierbaren Zustand zu geraten. Er hegt heute noch, elf Jahre nach der Tat, Zweifel an der Richtigkeit des Tatvorwurfs, überlegte in der Zeit nach der Verurteilung zur Unterbringung im Maßregelvollzug (welche neun Jahre andauerte), ob er ein Wiederaufnahmeverfahren anstrengen soll, verwarf diese Idee aber wieder. Der Proband spricht an, dass seine Einschätzung bezüglich des Tathergangs für einen Außenstehenden sonderbar klingen muss, weist aber darauf hin, dass er offen über die Angelegenheit reden kann. Er empfindet es als Ungerechtigkeit wegen der Aussage der ihm unbekannten Frau zu einer hohen Strafe verurteilt worden zu sein, mit Neuroleptika behandelt worden zu sein und unter den Nebenwirkungen gelitten zu haben. Aus heutiger Sicht ist ihm, was die Straftat betrifft, vieles noch unklar. (Int 4, 11/41 – 12/33) (4-19)

Der Proband wurde dann einstweilig im psychiatrischen Krankenhaus nach § 126 a StPO untergebracht, die Situation hat ihn stark belastet. Er resümiert, dass ihm sexuelle Kontakte zu Frauen immer Spaß gemacht hatten. Eine Voraussetzung sei für ihn dabei immer gewesen, dass beide den sexuellen Kontakt wünschen, anderenfalls würde er das selbst nicht wollen. Die Vorstellung, mit Gewalt sexuelle Handlungen zu erzwingen, ist ihm aus heutiger Sicht völlig fremd, entspricht nicht seinem Selbstbild. Der Proband wurde in der Gerichtsverhandlung als schuldunfähig eingestuft und zur Unterbringung nach § 63 StGB verurteilt. (Int 4, 12; 36 – 56) (4-20)

In der Maßregelklinik war er knapp sechs Jahre untergebracht. Die Unterbringung schätzt er negativ ein, da er die Behandlung mit Psychopharmaka als sehr belastend erlebt hat. Das Medikament (Leponex) hat seine Fähigkeit, Freude zu empfinden und seinen Antrieb stark reduziert. Mittlerweile ist die Medikation reduziert worden, er fühlt sich damit besser. Außerdem hat er in der Unterbringung 25 kg zugenommen, er ist »fett und unbeweglich« geworden. Mittlerweile geht es ihm besser, er entwickelt wieder Interessen und Engagement, interessiert sich für Musik, spielt Gitarre. In der Wohneinrichtung, in der er jetzt lebt, ist er anfangs nicht gut zurechtgekommen, die festen Strukturen haben ihn gestört. In der Unterbringung hat er viel Gesprächstherapie gemacht, schätzt diese aber als ineffektiv ein. Das dem Maßregelvollzug immanente Machtproblem, die ständige Einschätzung seiner Aussagen durch die Klinik, die Unterstellung, er würde leugnen, machten ihm Probleme, er konnte sich nicht gut öffnen. Besser konnte er sich mit der Arbeitstherapie identifizieren, hier hat er im Metallbereich gearbeitet. Nach der Entlassung hat er dann noch in einem Berufstrainings-

DOI: 10.1486/9783884144152

zentrum gearbeitet, dort stand aus seiner Sicht vor allem das Sozialtraining im Vordergrund. Wegen seiner beruflichen Vorkenntnisse bekommt er Zugang zu speziellen Arbeiten im Kfz-Bereich. Er bekommt eine längerfristige Übernahme in dem Betrieb, wo er das Praktikum ableistet, angeboten, entscheidet sich dann aber doch für das Wohnheim, in dem er heute lebt, da dies besser auf seine Bedürfnisse eingehen kann. (Int 4, 13; 2–50) (4-21)

Die ersten zwei Jahre in der Unterbringung erhielt der Proband keine Lockerungen. Gedämpft durch die Psychopharmaka hat er den Verlust an Freiheit nicht in vollem Umfang wahrgenommen. In der Entlasssituation gab es für ihn die Entscheidungsmöglichkeit zwischen einer Arbeitsstelle und einer entsprechenden Wohnform und der Wohnmöglichkeit in einer Langzeiteinrichtung für psychisch kranke Menschen. Er hat sich für die letztere Alternative entschieden, da dieses Konzept für ihn »stimmiger« wirkte. (Int 4, 13/53–14/15) (4-22)

Das Leben in einem Wohnheim empfindet der Proband für sich als »richtig«, wenn auch nicht immer einfach. Die Integration in eine stationäre Nachsorgeeinrichtung war allerdings keine Bedingung für die Entlassung aus dem Maßregelvollzug. Anfangs war er aus der Unterbringung nur in das Wohnheim beurlaubt, später dorthin zur Bewährung entlassen, die Bewährungsdauer wurde auf vier Jahre festgesetzt, die Bewährung endet in Kürze. (Int 4, 14; 18–33) (4-23)

Seit einiger Zeit besteht bei dem Probanden ein Beziehungswunsch, eine neue Partnerin hat er noch nicht gefunden. Kurzzeitig hat sich seine frühere Freundin wieder bei ihm gemeldet, ihn besucht, der Kontakt ließ sich allerdings nicht intensivieren. Das Scheitern in Beziehungsdingen führt bei ihm zu leichten Krisen, die er in der ambulanten Therapie in der forensischen Abteilung bearbeitet. Daneben spielen die Suchterkrankung und Möglichkeiten der Emotionsregulation eine Rolle. Die Therapietermine finden vierzehntägig statt. Der Proband schätzt sein aktuelles Engagement in der Therapie so ein, dass er jetzt im ambulanten Setting die Therapieinhalte abarbeitet, die eigentlich während der Unterbringung behandelt werden sollten, was aber aufgrund seiner mangelnden Öffnung nicht möglich war. Die Unterbringung erlebte er deutlich als reine Verwahrung, das Interesse der Maßregelmitarbeiter war aus seiner Sicht ungenügend. So sei er auch nicht über die Möglichkeit einer Berentung wegen Erwerbsunfähigkeit informiert worden, weswegen er jetzt, wegen der verpassten Fristen, keine Rente mehr beziehen kann. (Int 4, 14/36–15/25) (4-24)

Gegenwärtig hat der Proband einen Arbeitsplatz in einer Selbsthilfefirma für psychisch kranke Menschen inne. Darüber ist er auch wieder pflichtversichert. Die Arbeit in der Firma erlebt er als selbstwertstabilisierend, da er sich von seinem selbst verdienten Geld auch wieder selbst Dinge kaufen kann. Die Arbeit selbst ist für ihn aktivierend, er hat wieder angefangen Sport zu treiben. Insbesondere die Beschäftigung mit einer östlichen Selbstverteidigungsart fordert ihn, da ein Schwerpunkt die Körperwahrnehmung und -beherrschung ist. Die Teilnahme an

DOI: 10.1486/9783884144152

den Trainingsstunden hat für ihn auch einen stark sozialen Aspekt, da sich der Trainer und die anderen Teilnehmer mit ihm auseinandersetzen. Die mittlerweile dreijährige Teilnahme an dieser Sportart erlebt er auch als Kontrastprogramm zur langen Unterbringungszeit, wo er »abgebaut« hat. In der Unterbringungszeit war auch die Konzentrationsfähigkeit des Probanden beeinträchtigt. (Int 4, 15/26 – 16/6) (4-25)

In der Wohneinrichtung, in der er lebt, ist er einer der älteren Bewohner. Neben kleineren Konflikten mit den anderen Bewohnern beschreibt der Proband, dass er mit der Situation insgesamt gut zurechtkommt. Er bewohnt gegenwärtig ein Zweierzimmer, was er nicht als große Belastung erlebt. Mit seinem Zimmerkollegen kann er sich auseinandersetzen. (Int 4, 16; 15 – 25) (4-26)

Thema ist immer wieder der Beziehungswunsch des Probanden. Mit seinem Therapeuten hat er abgesprochen, erst einmal keine konkreten Schritte bezüglich Kontaktaufnahme zu einer Frau zu unternehmen, auch wegen der Anlasstat. Tatsächlich hat er auch keine Frauen angesprochen oder eingeladen, er ist »vorsichtig«. (Int 4, 16; 25 – 37) (4-27)

Den Kontakt zum Bewährungshelfer erlebt er als wenig hilfreich. Die Zuständigkeit ergibt sich über die Führungsaufsicht, er fühlt sich mehr verwaltet. Konstruktiver ist der Bezug zum gesetzlichen Betreuer, der für den Finanzbereich, Aufenthalt und Gesundheitsfürsorge zuständig ist. Den erlebt er als kompetent und engagiert. Daneben besteht eine weitere Anbindung an eine Mitarbeiterin der forensischen Ambulanz. Zu dieser Frau besteht der längste Kontakt, sie kennt ihn am besten. Er erhält regelmäßig Besuch von ihr im Wohnheim. Der Kontakt besteht schon seit seiner Unterbringungszeit und ist, was ihn verwundert, in letzter Zeit besser geworden, auch hier kann er sich in den Gesprächen besser öffnen. Er begründet das für sich mit der deutlichen Reduktion der Psychopharmaka. (Int 4, 16/39 – 17/9) (4-28)

Der Proband erlebt sich in letzter Zeit stabiler und aktiver. Grund dafür sind aus seiner Sicht die Medikamentenreduktion und der besondere Betreuungsrahmen des Wohnheims, den er als locker und förderlich einschätzt. Es werden dort viele Unternehmungen angeboten, an denen er sich beteiligt. Daneben wird ein aktivierender Ansatz vorgehalten, der es ihm z. B. ermöglicht, sich sein Essen selbst einzukaufen und nicht verpflegt zu werden. So ist es gekommen, dass er sogar neue Interessensgebiete für sich entdeckt hat, z. B. Gartenarbeit. Sein Selbstvertrauen bewertet er als »besser«, das zeigt sich im sportlichen Bereich. (Int 4, 17; 12 – 36) (4-29)

Als Grund für seine positive Legalbewährung seit Entlassung aus dem Maßregelvollzug sieht der Proband, dass er die Unterbringung im Gegensatz zu anderen, als Chance auffassen konnte. Auch das Angebot der Wohneinrichtung empfindet er zunächst als Chance für sich, die er nutzen kann. Andere Patienten oder Bewohner können das nicht, brechen z. B. das Wohnen im Heim ab. Er stellt dar,

DOI: 10.1486/9783884144152

dass er die Voraussetzung hat, sich einzulassen. Chancen hätten andere auch, er kann sich aber für diese interessieren und diese dann nutzen. Die Themen, mit denen er sich auseinandersetzt, sind vielgestaltig, reichen vom Computerkurs über Meditationstechnik bis zum Heilfasten, was er zwei Wochen lang gemacht hat. Er setzt sich auch wieder mit Inhalten aus seinen zwei Berufen auseinander, z. B. Maschinenbau. Daran knüpft er die Hoffnung, einmal wieder beruflich mit Fahrzeugen oder mit der Papierherstellung zu tun zu haben. Gegenwärtig schätzt er sich als noch nicht ausreichend leistungsfähig ein, um eine entsprechende Arbeitsstelle auszufüllen. Auch im Kommunikationsverhalten benennt der Proband Defizite, er erlebt sich als zu zurückhaltend. In Gesprächssituationen mit Mitarbeitern aus dem psychiatrischen Umfeld, auch im jetzigen Interview, fällt es ihm leichter, aus sich herauszugehen. Er empfindet die Art der Gesprächsführung als »Rückkoppelung«. (Int 4, 17/42 – 18/25) (4-30)

Als Leitsatz für sich formuliert der Proband, dass es ihm wichtig ist, ein eigenständiges Leben zu führen. (Int 4, 18; 31 – 32) (4-31)

Der Proband erlebt seine aktuelle Lebenssituation als Übergang hin zu einem eigenständigen Leben. Es bestehen Einschränkungen in seiner Bewegungsfreiheit, etwa durch die gesetzliche Betreuung oder Kontrollbesuche unterschiedlicher Psychiatriemitarbeiter. Das schätzt er so ein, dass diese Phase vorbeigehen wird. Seine psychische Befindlichkeit schätzt er als »im Werden« ein. Er bemerkt, dass er klarer und wacher ist als zur Zeit des Drogenkonsums oder zu Beginn der Behandlung mit der damals wesentlich höheren Dosis Leponex. Er hat die Hoffnung, dass »Dinge, die ich jetzt momentan nicht mehr kann ... wieder erreicht« werden können. (Int 4, 18; 35 – 43 (4-32)

Das Interview selbst erlebt er als nicht belastend. Die Tatsache, noch einmal über alle Aspekte seiner Unterbringung, deren Hintergründe und über seinen Weg seit Entlassung aus der Unterbringung gesprochen zu haben, ist für ihn eine positive Erfahrung. (Int 4, 18; 46 – 50) (4-33)

8.1.5 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 5 vom 22.03.2002

Nach ausführlicher Erläuterung über Sinn und Zweck des Interviews äußert die beim Gespräch anwesende Betreuerin des Probanden, dass sie es für wichtig erachtet, dass sich jemand mit Sexualstraftätern befasst, die keine weiteren Straftaten begehen. Täter hätten oft Angst davor, entdeckt zu werden und was sich daraus entwickeln könnte. Der Proband hat ihr erzählt, dass er es als Erfolgserlebnis erlebt, mit dem Interviewer reden zu können, da dabei seine andere Seite (gemeint ist: die Nicht-Täter-Seite) herauskommen kann. (Int 5, 1; 3 – 35) (5-1)

Nach weiterer Erläuterung des Interviewrahmens und der Auswertungsschritte des Datenmaterials berichtet der Proband, dass er 1961 geboren wurde. Mit drei

DOI: 10.1486/9783884144152

Jahren ist er in ein Kinderheim gekommen, nachdem sein Großvater verstorben war. Im Kinderheim sei es »nicht schön« gewesen. Die Eltern haben für die Kindererziehung keine Zeit gehabt, weil sie arbeiten mussten. Der Großvater war die einzige verfügbare Bezugsperson, die sich um das Kind kümmern konnte. Seinen Vater hat der Proband nie kennengelernt, seine Mutter war Arbeiterin. Sie war 16 Jahre alt, als er geboren wurde. Er ist ein Einzelkind. (Int 5, 1/37–2/5) (5-2)

Im Kinderheim war es »nicht schön«, es ist dort sehr streng gewesen. Für nichtige Anlässe gab es Schläge durch die Erzieher. Er hatte dort keine Vertrauenspersonen. Mit sechs Jahren kam er zur Großmutter, die sich dann um ihn gekümmert hat. Dort wurde er auch eingeschult. Er ist gerne zur Schule gegangen, der Lernstoff war aber zu anspruchsvoll für ihn, er wiederholte mehrere Klassen und wechselte später auf eine Förderschule. Dort musste er ebenfalls eine Klasse wiederholen. (Int 5, 2; 7–40) (5-3)

Im Alter von zehn Jahren hatte er einen schweren Verkehrsunfall, daraufhin hat sich seine Psyche negativ verändert und er wurde erstmals stationär in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik behandelt. Sein Wesen war damals durch Aufsässigkeit und Aggressivität geprägt, z. B. bedrohte er seine Großmutter mit dem Messer.

Im Alter zwischen sechs und zehn Jahren hatte er wenig Anschluss an eine Gleichaltrigengruppe. Dies gelang ihm nur im Rahmen institutioneller Veranstaltungen, z. B. Kinderhort. Engere Kontakte zu Kindern konnte er dort aber auch nicht knüpfen. (Int 5, 2/41–3/4) (5-4)

Bei dem erwähnten Unfall wurde er beim Ballspielen von einem Auto erfasst und zog sich einen mehrfachen Schädelbasisbruch zu. Er lag längere Zeit im Koma. Wie es dann zu seiner psychischen Veränderung gekommen ist, kann sich der Proband nicht erklären, es handelt sich aus seiner Sicht aber um eine Unfallfolge. Nach dem Angriff auf seine Großmutter hatte diese aus Angst, er könnte noch gefährlicher werden, das Jugendamt eingeschaltet, welches seine Aufnahme in die Klinik veranlasste. In der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik verbrachte er neun Jahre. Während dieser Zeit hatte er Kontakt zu seiner leiblichen Mutter, welche ihn dort besuchte. Die Option, wieder zu ihr zu ziehen, lehnte er damals ab. Der Lebensgefährte war ihm nicht angenehm, dieser hatte aggressive Tendenzen, er lehnte ihn ab und blieb lieber in der Klinik. In der Klinik besuchte er weiter die Förderschule. Auch dort musste er eine Klasse wiederholen, einen Schulabschluss hat er nicht erreicht. Die Zeit in der Klinik bewertet der Proband einerseits als »streng«, was vor allem von den dort tätigen Ordensschwestern ausging, andererseits als »eher angenehm«. Dort gelang es ihm, engere Kontakte zu anderen Kindern zu knüpfen, er hatte dort auch einen engeren Freund. (Int 5, 3/6–4/7) (5-5)

Sein Berufswunsch damals war Bäcker, Kontakt dazu hatte er in einem Betriebspraktikum bekommen. Die Lehre konnte er dann aber wegen der zu hohen

DOI: 10.1486/9783884144152

theoretischen Anforderungen nicht beginnen. Vorbilder oder Idole hatte er in der damaligen Zeit nicht. An ein herausragend schönes Kindheitserlebnis kann sich der Proband nicht erinnern. Als besonders negative Erinnerung ist ihm geblieben, dass er im Gegensatz zu den anderen Jungen in der Klinik keine Freundin gehabt hat. Er war damals schüchtern und zurückgezogen. Jungen und Mädchen waren damals getrennt untergebracht, konnten sich aber bei verschiedenen Aktivitäten treffen. (Int 5, 4; 10–48) (5-6)

In der Schule unterrichteten ausschließlich Nonnen, die der Proband als streng beschreibt. Im Unterricht ist er vor allem in Deutsch und Mathematik nicht mitgekommen. Die Schule war gemischtgeschlechtlich. (Int 5, 4/51–5/6) (5-7)

Nach Beendigung der Schule hatte er guten Kontakt zu seiner Mutter, beschreibt diese aber als »herrschsüchtig«, sie wollte immer viel bestimmen. Die Beendigung der Schulausbildung steht im Zusammenhang mit auffälligem Sexualverhalten. Er hatte ein Kind sexuell missbraucht und wurde daraufhin auf eine geschlossene Station verlegt. Das Kind war damals ca. acht Jahre alt. Diese Straftat war sein erster sexueller Kontakt zu einem anderen Menschen überhaupt. Er war damals 16 Jahre alt. Nach einiger Zeit bekam er wieder Ausgang und Urlaub, den er zu Hause verbrachte. Im Rahmen einer solchen Beurlaubungen beging er 1979 im Alter von 18 Jahren erneut zwei weitere Straftaten: Er verfolgte auf der Straße zwei ihm unbekannte Kinder und missbrauchte sie sexuell auf einer abgelegenen Lichtung. Die Übergriffe bestanden in Berührungen und Küssen, vorher hatte er die Kinder gezwungen sich auszuziehen. Er hat die Kinder auch geschlagen, um sie zum Mitmachen zu zwingen. Die Kinder haben sich dann ihren Eltern anvertraut, welche Anzeige erstattet haben. Im Rahmen der Ermittlungen wurde er überführt. Der Proband schätzt die Taten so ein, dass er mit den Kindern das gemacht hat, was er sich für sich selbst eigentlich gewünscht hat: eine vertrauensvolle zärtliche Beziehung zu einer gleichaltrigen Frau aufbauen, was ihm reell aber nicht gelang. Er wurde dann zur Unterbringung in einer Entziehungsanstalt nach § 64 StGB verurteilt, obwohl er keinen Kontakt zu Suchtmitteln hatte. (Int 5, 5/8–6/18) (5-8)

Die Unterbringung im Maßregelvollzug dauerte dann bis 1994.[3] Die Unterbringung schildert er als reinen Verwahrvollzug. Er hat dort »gar nichts gemacht«. Allerdings wurden Gespräche mit ihm geführt, diese haben aber »nichts gebracht«. Die Unterbringung war aus seiner Sicht nichts anderes als normaler Strafvollzug. Er beschreibt für sich eine Entwicklung der »Besserung«, die so aussah, dass er nach einiger Zeit anfing, das zu machen, was das therapeutische Personal von ihm verlangte. Davor hatte er mehr auf seine Mitpatienten gehört, was aber keine erfolgreiche Strategie für ihn war. Zu Beginn der Unterbringung war er noch sehr aufsässig, konnte diesen Wesenszug aber überwinden, sich an-

3 Es handelt sich dabei wohl eher um eine Unterbringung nach § 63 StGB.

DOI: 10.1486/9783884144152

passen und wurde dann auch auf eine offene Station verlegt. Circa 1983 plante die Klinik erstmals seine Entlassung, in diesem Zusammenhang wurde damals ein externes Prognosegutachten angefertigt, welches sich ebenfalls für eine Entlassung aussprach. Er wurde zunächst auf eine offene forensische Station verlegt und es wurden mehrere arbeitsrehabilitative Maßnahmen durchgeführt. Seine Stärke lag dabei in einfacheren Pack- und Sortierarbeiten und im Gartenbau. 1991 erfolgte dann seine »Entlassung« aus dem Maßregelvollzug, welche auf eine allgemeinpsychiatrische Station erfolgte. Hintergrund dafür ist, dass sich keine Nachsorgeeinrichtung fand, die bereit war, ihn aufzunehmen. Deswegen verbrachte er weitere drei Jahre, bis 1994, in der psychiatrischen Klinik. Während der gesamten Unterbringungsdauer gelang es ihm nicht, eine feste Beziehung aufzubauen. (Int 5, 6/19–8/34) (5-9)

1994 wechselte er dann in ein offenes Wohnheim für psychisch kranke Menschen. Er empfindet das so, dass er immer noch in der Psychiatrie ist, auch wenn er sich jetzt frei bewegen kann. Die Bewährungszeit wurde auf drei Jahre festgelegt. Es wurde ein Betreuungsrahmen bestehend aus Bewährungshilfe, gesetzlichem Betreuer und der Nachsorgeeinrichtung geschaffen, wodurch ein gewisses Maß an Kontrolle bewirkt wurde. Nach einigen Monaten fand er eine Beschäftigung in einer Trainingseinrichtung für psychisch Kranke und Behinderte. Dort wurde er in den Küchenbereich integriert, wo er mit acht weiteren Rehabilitanden täglich das Essen für 200 Menschen kochte. Diese Beschäftigung erfüllt ihn mit Stolz. Diese Tätigkeit machte ihm großen Spaß. Das Essen kam bei den Konsumenten sehr gut an. Dort war er zwei Jahre lang beschäftigt. Während dieser gesamten Zeit hat er im Wohnheim gewohnt. (Int 5, 8/36–9/27) (5-10)

Den Wechsel von der langen stationären Phase in ein weitgehend freies Leben hat der Proband problemlos bewältigt. Er hatte die Empfindung, dass er in seinem Leben auch einmal weiterkommt. Sein Charakterzug, dass er schnell gereizt reagiert, aggressiv wird ist auch nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug deutlich sichtbar gewesen, ist es auch heute noch. Durch beständige Rückmeldungen dazu aus seinem Umfeld, Aufforderungen, dass er sich zurücknehmen soll, ist es ihm gelungen, sich besser zu beherrschen. Die Übergangsphase von der stationären in die ambulante Betreuungssituation wurde zusätzlich durch die Gabe von Psychopharmaka unterstützt, er erlebte das als »ruhig gestellt« werden. Nach zwei Jahren konnte er dann seinen Wunsch durchsetzen, in der eigenen Wohnung zu leben, in der er seit 1996 lebt. (Int 5, 9/31–10/13) (5-11)

Der Umzug in die eigene Wohnung ist ein Wendepunkt in seinem Leben, zum ersten Mal wohnt er für sich selbst, wird nicht durch Mitarbeiter des psychiatrischen Versorgungsbereichs in der Wohnung betreut. Die erste Nacht in der Wohnung war für ihn »komisch«. (Int 5, 10; 16–23) (5-12)

Nach Beendigung der Reha-Maßnahme wechselt er in eine WfB für psychisch behinderte Menschen. Auch dort arbeitet er in der Küche, musste alleine das Essen

DOI: 10.1486/9783884144152

für die WfB-Teilnehmer kochen. Teilweise fühlte er sich dadurch überfordert, seine Leistung war aber meist noch zufriedenstellend. Dort war er 18 Monate lang beschäftigt, bevor er in den Gärtnereibereich wechselte, ebenfalls für 18 Monate. Dann hatte sich sein Zustand verschlechtert, er hatte Antriebsstörungen und wurde stationär in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt. Einen Anlass für die damalige Krise kann der Proband nicht benennen. Die im Gespräch mit anwesende Betreuungsperson wirft dann ein, dass das ein Vorfall –»das mit dem Elektroschocker« gewesen war. Daraufhin erzählt der Proband, dass er sich damals ein solches Gerät gekauft hatte, zunächst mit der Zielsetzung, den in Bedarfssituationen zu nutzen. Mit der Zeit haben sich dann aber negative Gefühle in Bezug auf das Gerät entwickelt, wohl Fantasien, wie er das Gerät anwenden könnte. Er hat sich einer Betreuerin gegenüber mitgeteilt, welche ihm dann die stationäre Behandlung in der Psychiatrie empfohlen hat. Auch nach der Entlassung aus der Klinik bestand diese Problematik weiter, er hat sich Handschellen besorgt und die Situation entwickelte eine gefährliche Dynamik. Der gesetzliche Betreuer konfrontiert ihn daraufhin mit der Tatsache, dass er sich immer wieder gefährliche Dinge kauft und dass es so nicht weitergehen kann. Daraufhin erfolgen mehrere stationäre Aufenthalte in der Psychiatrie. (Int 5, 10/26 – 11/23) (5-13)

Die mehrfachen freiwilligen Klinikaufenthalte wegen seiner Krisen sind dem Probanden nicht leicht gefallen, zumal sie teilweise mehrere Monate andauerten. Auf Druck des Betreuers hat er sich aber gefügt und sieht mittlerweile selbst, dass dieser Schritt notwendig war. Er ist der Ansicht, dass er sich gedanklich nicht in die Nähe von Waffen und ähnlichen Gegenständen bringen darf, sich Derartiges auch nicht kaufen darf. Der Besitz solcher Gegenstände bewirkt bei ihm Gewaltfantasien, welche er meiden möchte. Dies sind auch sexuell motivierte Gewaltfantasien, welche bei ihm praktisch immer bestehen. Er konnte diese in der Vergangenheit aber so kontrollieren, dass er sie nicht in die Tat umgesetzt hat. Er kann die entsprechenden Gefahrenmomente erkennen und sich davon distanzieren. Sein Bedürfnis nach Nähe, Beziehung und Sexualität bleibt dabei bestehen, auch die Einsicht, dass er so etwas mittelfristig nicht erleben kann. Er will sich damit abfinden und charakterisiert sich selbst als Menschen, der diesbezüglich kein Glück hat. Langfristig hat er aber weiter die Hoffnung, dass er sich so verändern kann, dass er doch noch zu einer Beziehung findet. (Int 5, 11/26 – 12/23) (5-14)

Das Ausmaß der Fremdbestimmung in seinem Leben, durch Betreuer und sozialen Druck stört ihn. Er beugt sich den Empfehlungen seiner Umwelt unter Druck, da er es vermeiden möchte, mit der Polizei zu tun zu haben. (Int 5, 12; 27 – 36) (5-15)

Der Proband verfügt über ein ausgesprochen gutes Gedächtnis in Bezug auf seine Lebensdaten. Dieses wird gelegentlich durch die Medikamente, die er nimmt, beeinträchtigt. (Int 5, 12/40 – 13/6) (5-16)

DOI: 10.1486/9783884144152

Der Proband vermutet, dass er durch andere Patienten im Maßregelvollzug als Bewährungsversager eingeschätzt wurde, der nach kurzer Zeit zurück in die Unterbringung kommt. Er weist darauf hin, dass er diese Erwartung bislang nicht erfüllt hat. (Int 5, 13; 7–17) (5-17)

Dem Probanden ist wichtig, dass in seinem Wohnumfeld niemand über seine Geschichte Bescheid weiß. Auch deswegen will er Polizeikontakte vermeiden, damit nicht über ihn geredet wird. Durch diesen distanzierten Umgang mit seiner Umwelt nimmt er die Rolle eines Sonderlings ein. Er merkt, dass ihm seine Nachbarn aus dem Weg gehen, ihn meiden. Tiefere Kontakte konnte er in seiner Nachbarschaft bisher nicht aufbauen. (Int 5, 13; 21–50) (5-18)

Anlass für seinen letzten stationären Aufenthalt in der Psychiatrie war, dass er versucht hat, zu einem Menschen aus seinem Wohnviertel näheren Kontakt aufzubauen. Das war ausgerechnet ein Kind, ein Mädchen, das in einer der Seitenstraßen in einem Kinderheim lebte und dass er zufällig auf der Straße gesehen hatte. Er hatte das Mädchen zu sich nach Hause eingeladen. Als das bekannt wurde, haben der Betreuer, die Mitarbeiterin des betreuten Einzelwohnens und die Sozialarbeiterin der forensischen Ambulanz interveniert. Der Proband beteuert, keine sexuellen oder aggressiven Absichten gehabt zu haben, für ihn war das ein ganz normaler Kontakt. Im Rahmen einer Krisenintervention wurde er dann stationär behandelt, bekam dort das Medikament Melleril, welches als Nebenwirkung eine triebdämpfende Wirkung hat. Dieses Präparat nimmt er auch heute, zwei Jahre nach dem Vorfall, noch ein. Er beschreibt, dass seine Libido deutlich reduziert ist. Die Wirkung des Medikaments erlebt er als entlastend und unterstützend, stabilisierend. Allerdings nervt ihn, dass ihm weniger Vertrauen seitens der professionellen Betreuer entgegengebracht wird, er das Medikament z. B. unter Aufsicht einnehmen muss. Allerdings ist ihm selbst klar, dass er die Vertrauensbasis geschmälert hat, indem er früher schon einmal ein verordnetes Medikament (Truxal) ohne Absprache abgesetzt hat. Gegenwärtig befindet er sich in einer Lage des erneuten Vertrauensaufbaus. (Int 5, 13/51–14/56) (5-19)

Gegenwärtig lebt er weiter in der eigenen Wohnung und arbeitet in einer beschützten Werkstätte, wo er mit Konfektionierungsarbeiten beschäftigt ist. Am Wochenende besucht er häufiger einen Freund, er selbst erhält aber keinen Besuch, abgesehen von den professionellen Betreuungspersonen. (Int 5, 15; 3–29) (5-20)

Als Wunsch äußert der Proband, dass er sich stabilisiert, einen festen Arbeitsplatz bekommt und eine Beziehung aufbauen kann. Er möchte ein standhafter Mensch werden, der nicht ständig in zentralen Persönlichkeitsaspekten schwankt. Er möchte künftige stationäre Aufenthalte in der Psychiatrie vermeiden. Sein Ziel, nicht wieder Patient des Maßregelvollzugs zu werden, konnte er seit Entlassung aus der forensischen Psychiatrie realisieren. (Int 5, 15; 31–41) (5-21)

DOI: 10.1486/9783884144152

Zur Selbstmotivation nutzt der Proband die Technik, sich immer wieder deutlich zu machen, dass bestimmte Handlungen Straftatsbestände darstellen, welche Konsequenzen haben. Das schreckt ihn ab, sich mit solchen Themen zu befassen und das führt letztlich zu seiner Stabilisierung. Seine sexuelle Ausrichtung ist auf weibliche Kinder bezogen. Das dominiert auch seine Fantasien. Die Konsequenz möglicher strafbarer Handlungen hält ihn ab, diese Fantasien in die Tat umzusetzen. Zu Kindern fühlt er sich generell auch deswegen hingezogen, weil die Kontaktaufnahme zu ihnen einfacher ist, dort kann er seine Kontakthemmung besser überwinden. (Int 5, 15/46 – 16/32) (5-22)

Ein weiterer Copingmechanismus des Probanden ist, dass er bestimmte Reize, welche sich deliktfördernd auf ihn auswirken können, meidet. So schaut er z. B. keine Filme mit gewalttätigen oder pornografischen Inhalten an. (Int 5, 16/36 – 17/6) (5-23)

Als Lebensziel formuliert der Proband den Wunsch, eine eigene Familie zu haben, für die er selbst sorgen kann, mehr Standfestigkeit und eine größere Fähigkeit, aus sich herausgehen zu können. (Int 5, 17; 9 – 16) (5-24)

Der Proband hat kein spezielles Lebensmotto, keinen Leitsatz, der ihn begleitet. Er schätzt das als Problem ein, wenn man einen solchen Leitsatz hat, muss man sich auch danach richten, das fehlt ihm. (Int 5, 17; 19 – 25) (5-25)

Das Gespräch hat den Probanden nicht besonders belastet, die Gesprächssituation fiel ihm wegen der Professionalität des Interviewers leicht, er hatte sich das Gespräch so vorgestellt, wie es tatsächlich abgelaufen ist. (Int 5, 17; 27 – 35) (5-26)

8.1.6 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 6 vom 22.01.2003

Nach ausführlicher Erläuterung des Forschungsprojekts und der Interviewmethode berichtet der Proband, dass er in einer Familie aufgewachsen ist, die er als »ganz normal« klassifiziert. Er schätzt seine Kindheit und Jugend als »schön« ein und verweist darauf, dass er früher sehr viel Sport getrieben hat. Die Eltern werden als fürsorglich und »nett« beschrieben. Der Proband hat fünf Geschwister und steht als einziger Junge in der Mitte der Geschwisterreihe. Die Kinder haben sich bis heute untereinander »immer gut verstanden«. Der Proband wuchs vollständig in der Herkunftsfamilie auf, es gab keine Zeiten der Trennung. Der Vater arbeitete als Glasmacher, die Mutter war meist als Hausfrau bei den Kindern im Haus. (Int 6, 1/9 – 2/30) (6-1)

Der Erziehungsstil in der Herkunftsfamilie wird als »hart aber gerecht« beschrieben. Der Proband betont, dass es ihm an nichts gefehlt hat. Zwischen den Kindern wurden keine Unterschiede gemacht, alle wurden in etwa gleich behandelt. Eine besondere Hinwendung an Mutter oder Vater als Hauptbezugsperson

DOI: 10.1486/9783884144152

hat nicht bestanden. Obwohl er der einzige Junge in der Familie war, hatte er deswegen keine Sonderrolle. (Int 6, 2; 32–46) (6-2)

Das Verhältnis zwischen den Eltern wird als herzlich beschrieben, vor den Kindern kam es nur zu oberflächlichen Liebkosungen, die Eltern waren da zurückhaltend. (Int 6, 2; 50–55) (6-3)

Die Eltern haben eine Vorbildrolle übernommen, die sich an christlich-kirchlichen Leitbildern orientierte, welche aber liberal gehandhabt wurden. Der Proband hat sich mehrere Jahre als Ministrant engagiert. Eine wichtige Vorgabe war, dass sich alle in die Familie integrieren und dass nicht gelogen wird. Tugenden wie Fleiß, Pünktlichkeit, Ordnung spielten eine moderate Rolle, besonders wichtig war Höflichkeit anderen gegenüber. (Int 6, 3; 3–20) (6-4)

Seine Freizeit hat der Proband mit Ministrieren und vor allem mit Sport verbracht. Im Alter von fünf Jahren begann er, sich mit nordischer Kombination zu beschäftigen. (Int 6, 3; 22–29) (6-5)

Eine besonders schöne Erinnerung ist sein vierter Geburtstag 1955. Da bekam er eine Orange und eine Tafel Schokolade geschenkt, was für die Familie unter den damaligen Verhältnissen »Luxus« gewesen ist. Eine besonders negative Kindheitserinnerung ist ein Erlebnis mit einem Herrenfahrrad, mit dem er als kleines Kind gefahren ist. Er ist gestürzt und hat sich multiple Hautabschürfungen zugezogen. Die früheste Kindheitserinnerung ist im dritten Lebensjahr datiert: Hinter dem Wohnhaus war ein Ziegel zu Bruch gegangen, wofür er verantwortlich gemacht wurde. Obwohl er daran nicht beteiligt gewesen war, gelang es ihm nicht, das entsprechend darzustellen. Ungerechtfertigte Beschuldigungen waren jedoch eher die Ausnahme, er hat mit seinen Eltern gut und offen reden können. Seine Kindheit schätzt er zusammenfassend als »100-prozentig« gut ein. Die Kindheit verbrachte er überwiegend in ländlicher Gegend in Nordbayern. Für vier Jahre war die Familie – aus beruflichen Gründen des Vaters – in eine Kleinstadt nach Niedersachsen gezogen. (Int 6, 3/33–4/7) (6-6)

Die Einschulung in Niedersachsen und die ersten Schuljahre dort hat der Proband in eher negativer Erinnerung, aufgrund seines Sonderstatus als nicht Einheimischer. Ab der dritte Schulklasse war er wieder am Geburtsort eingeschult, dort fiel der Schulbesuch leicht, das Lernen fiel ihm leicht. Neben dem Unterricht hat er regelmäßig Sport getrieben, bis zu drei Stunden täglich. Mit den Lehrkräften ist er gut zurechtgekommen, er hat noch viele detaillierte Erinnerungen an einzelne Personen. Während der Schulzeit hatte er insbesondere einen engeren Freund, den er später aus den Augen verloren hat. Er durfte auch andere Kinder mit nach Hause zum Spielen bringen. Die Familie war sozial gut integriert, es wurde viel Wert darauf gelegt, mit anderen Leuten Kontakt zu haben. (Int 6, 4/11–5/8) (6-7)

Er hat die Schule zehn Jahre lang besucht, hat die Mittlere Reife erworben. Mit Beginn der Pubertät hat seine Leistung, auch im sportlichen Bereich, nachge-

DOI: 10.1486/9783884144152

lassen. Er hat angefangen, sich für Mädchen zu interessieren, hat mit einer Lehre begonnen, deswegen weniger trainiert. Das war ein deutlicher Interessenwechsel, vorher hat er viel Zeit und Energie auf den Sport bezogen, ist in seinem Fach, der nordischen Kombination Bayerischer Jugendvizemeister geworden. Damals hat er sich eher an Älteren orientiert. Er hatte bemerkt, dass er von Älteren etwas lernen kann. (Int 6, 5; 12–40) (6-8)

Im Alter von ca. 15 Jahren war sein Berufswunsch Kfz-Schlosser. Die Eltern haben ihn dabei nicht beeinflusst. Mit seinen Freunden konnte er sich damals über Mädchen und Frauen unterhalten, mit den Eltern war das nicht möglich. Die Erwartung seiner Eltern war, dass er erfolgreich sein sollte. Das hat er insofern umgesetzt, dass er die Lehre zum Kfz-Schlosser auch abgeschlossen hat. Danach hat er gleich im Rahmen einer Umschulung einen zweiten Berufsabschluss erworben. Während der ersten Lehre, im Alter von 17 Jahren, hat er sich ein gebrauchtes Auto gekauft und restauriert. Während der Lehrzeit, bis zum Alter von ca. 20 Jahren, hat der Proband zu Hause bei den Eltern gewohnt. Er hatte keine größeren Probleme zu diesem Zeitpunkt, insbesondere keine Konflikte mit der Justiz. (Int 6, 5/43–6/44) (6-9)

Der erste Sexualkontakt fand im Alter von 15 Jahren mit einer Schulkameradin statt. Er hat sich dazu überwinden müssen, es ist ihm nicht leicht gefallen. Hinterher hat er sich geschämt. Zu diesem Zeitpunkt war er etwas vom Vater aufgeklärt worden. Mit dem konnte er meist über alles reden. Allerdings hat der vermieden, in Bezug auf sexuelle Fragestellungen konkret zu werden. Der Proband betont, dass sein Vater als Ansprechpartner für alle möglichen Themen immer in seinem Leben für ihn zur Verfügung stand. (Int 6, 6/45–7/24) (6-10)

Sexuelle Erfahrungen im Kindesalter, insbesondere Missbrauchserfahrungen hat der Proband nicht gemacht. Einzige Ausnahme sind Doktorspiele mit Schulkolleginnen. Als Erwachsener war er in seinem Beziehungs- und Sexualverhalten meist auf eine weibliche Person dauerhaft fixiert. Er definiert sich nicht als »Aufreißer«. Insgesamt hat er in seinem Leben vier feste Beziehungen zu Frauen geführt. Im Alter von 22 Jahren hat er geheiratet, nachdem er mit dieser Frau vorher schon eineinhalb Jahre zusammengewesen war. Aus dieser Ehe stammt sein Sohn, der mittlerweile erwachsen ist. (Int 6, 7; 29–54) (6-11)

Der Proband schätzt sich so ein, dass er ohne eine feste Beziehung vereinsamen würde. Er kann sich nicht vorstellen, ohne eine Beziehung zu leben. (Int 6, 8; 3–6) (6-12)

Von 1972 bis 1974 hat der Proband den Wehrdienst abgeleistet, er hatte sich für zwei Jahre verpflichtet, um die höhere Abfindung nach Beendigung der Wehrzeit zu bekommen. Dort machte er verschiedene Lehrgänge im medizinischen und militärischen Bereich und wird in diesem Zusammenhang in verschiedene Städte in Nord- und Süddeutschland versetzt. Die Zeit bei der Bundeswehr hat er in guter Erinnerung, durch seine intensive Teilnahme an Lehrgängen hat er vom üblichen

DOI: 10.1486/9783884144152

Soldatenleben wenig mitbekommen, hatte eine gewisse Sonderstellung inne, die ihm auch ermöglichte, mehr Freizeit für sich zu beanspruchen. Körperlich fand er die Bundeswehrzeit wenig anstrengend, da er durch sein intensives sportliches Engagement in der Jugend gut trainiert war. Sozial war er in die verschiedenen Kompanien gut integriert, der Proband beschreibt sich als Person, die gut mit anderen auskommt. Während der Bundeswehrzeit hatte er ersten Kontakt zu Alkohol, fand damals jedoch noch keinen Gefallen an alkoholischen Getränken. (Int 6, 8/9 – 9/6) (6-13)

Nach dem Wehrdienst absolvierte der Proband eine weitere Ausbildung zum Ledertechniker. An dieser Arbeit faszinierte ihn der Umgang mit chemischen Prozessen. Zugang zu diesem Beruf hatte er über einen Schulkameraden, dessen Vater eine Lederfabrik besaß. In den Folgejahren arbeitet er in diesem Beruf, qualifiziert sich weiter (Technikerlehrgang), übernimmt Funktionsstellung und identifiziert sich völlig mit seinen beruflichen Aufgaben. Er arbeitet mit hohem Einsatz, bei Bedarf auch am Wochenende. Heute schätzt er diese Zeit so ein, dass er seine Familie (der Sohn war zwischenzeitlich geboren worden) vernachlässigt hat, auch sich selbst; so treibt er zu diesem Zeitpunkt z. B. keinen Sport mehr. Es kommt zu ersten gesundheitlichen Problemen. Damals geriet er erstmals in Konflikt mit dem Gesetz, er hatte sein Kfz, dessen Versicherung abgelaufen war, nicht von der Straße entfernt. Rückblickend berichtet er über eine Sachbeschädigung, die er zusammen mit anderen Jugendlichen begangen hat. Parallel zu seiner Tätigkeit als Ledertechniker engagiert er sich stark in einem Café, das seine Frau eröffnet hatte. Er arbeitete dort oft abends und am Wochenende. Sein Leben besteht zu diesem Zeitpunkt fast ausschließlich aus Arbeit. Hier kontrastiert der Proband, dass seine gegenwärtige berufliche Situation, welche durch einen überschaubaren Umfang in einer Behörde geprägt ist, günstiger, »schöner« ist. Das starke berufliche Engagement wirkt sich negativ auf seine Ehe aus, er schätzt dies so ein, dass er sich von seiner Frau entfremdet hatte. 1989 kommt es zur Trennung. Er geht eine neue Beziehung ein, welche bis 1994 hält. Diese Trennung führt zu einer umfassenden Krise und er trinkt ein halbes Jahr exzessiv Alkohol. Diese Krise empfindet er als Wendepunkt, damit ist auch der Beginn seiner Abhängigkeitserkrankung markiert. (Int 6, 9/7 – 10/42) (6-14)

Die Krise 1994 führt zur vorübergehenden Aufgabe seiner Berufstätigkeit. Erst 1995 nimmt er eine Tätigkeit im Druckgewerbe an. Die von den Geschwistern angebotene Hilfe kann er damals nicht annehmen. Den Job in der Druckerei macht er sieben Monate, trinkt auch in dieser Zeit vermehrt Alkohol. Nach der Trennung 1994 geht er drei Jahre lang keine neue Beziehung mehr ein. In diesem Zeitraum kommt es zu mehreren Entgiftungen, auch zu einem Therapieversuch. Rückblickend schätzt er diese Versuche, vom Alkohol loszukommen, als »halbherzig« ein. Während einer stationären Therapiemaßnahme lernt er seine nächste Partnerin kennen, diese ist ebenfalls alkoholabhängig. Er bricht seine laufende

DOI: 10.1486/9783884144152

Therapie ab, um mit ihr zusammen sein zu können. Er zieht mit ihr zusammen und in den nächsten Wochen eskaliert die Situation derart, dass beide Partner exzessiv Alkohol konsumieren. Der Proband kümmert sich so gut es geht um das Kleinkind seiner Freundin. Es kommt zu vermehrten Auseinandersetzungen, gegenseitigen Vorwürfen, später auch zu Tätlichkeiten, diese im Zusammenhang mit sexuellen Aspekten. Der Proband wird zunächst zu einer Bewährungsstrafe wegen sexueller Nötigung, Körperverletzung und Freiheitsberaubung verurteilt. Nachdem der Staatsanwalt in Berufung gegangen war, wurde der Proband in den Maßregelvollzug eingewiesen. (Int 6, 10/45–11/54) (6-15)

Während des Ermittlungsverfahrens kommt er sich machtlos vor, hält sich zurück. Der Proband wird nicht begutachtet. Er räumt ein, dass er in seinem Verhalten zu weit gegangen ist, dass seinem Opfer mehr geglaubt worden ist als ihm. Aus seiner Sicht hätte man ihn auch milder verurteilen können. Nach der Tat ist er nicht verhaftet worden, war auf freiem Fuß. Nach der Gerichtsverhandlung bekam er ein halbes Jahr später die Aufforderung, sich zum Antritt seiner Unterbringung im Maßregelvollzug zu melden, was er dann im Dezember 1997 auch getan hat. (Int 6, 12; 1–26) (6-16)

Die Unterbringung in der forensischen Psychiatrie erlebte er als »falschen Film«. Er war davon ausgegangen, relativ kurzzeitig untergebracht zu sein. In der Aufnahmesituation ging es ihm sehr schlecht, ihm wurde seine Habe abgenommen und er musste das obligatorische Aufnahmebad über sich ergehen lassen. Er war nur kurz im geschlossenen Bereich untergebracht und erhielt recht bald Lockerungen in Form von Ausgängen im Klinikpark. Der Proband erhielt während der Unterbringung keinen Besuch, wollte diesen auch nicht. Seine Lebenssituation war ihm peinlich und er wollte die Konfrontation mit Freunden und Verwandten in dieser Phase vermeiden. Während der Unterbringung hatte er Gruppen- und Einzeltherapie. Das Gruppenangebot bewertet er als wenig hilfreich. Er berichtet, er hat in der Unterbringung eine Vielzahl psychologisch wichtiger Erfahrungen gemacht, die ihn weitergebracht haben. Der Unterbringungsverlauf war unstet. 1999 kommt es zu einem Alkoholrückfall im Rahmen einer mehrtätigen Beurlaubung, welche er für eine Heimfahrt genutzt hatte. Mitten in der Therapiephase wird eine frühere Bewährung widerrufen und der Proband muss zum Zwischenvollzug dieser Haftstrafe seine Therapie unterbrechen. Im weiteren Verlauf kommt es zu erheblichen gesundheitlichen Störungen, wegen Durchblutungsstörungen wird er mehrmals operiert und hört deswegen damals mit dem Rauchen auf. Anfang 2000 wird er dann auf eine Rehabilitationsstation der Klinik, in der er untergebracht ist, verlegt, von dort aus hat er sich Arbeit, später eine Wohnung gesucht. Anfangs pendelte er noch zwischen Klinik und Arbeit. Ende 2000 zieht er dann fest in seine Wohnung. Seine Tätigkeit als selbstständiger Callcenter-Mitarbeiter muss er nach einigen Monaten aufgeben, da er zu wenig verdient. Er wird arbeitslos und bezieht Sozialhilfe.

DOI: 10.1486/9783884144152

Als Sozialhilfeempfänger wird er schließlich zu einer Beschäftigungsgesellschaft vermittelt, von dort wird er an ein Kreisverwaltungsamt vermittelt, wo er weiterhin arbeitet. (Int 6, 12/31–14/26) (6-17)

Die dreijährige Unterbringung im Maßregelvollzug schätzt er so ein, dass ihm diese Therapie schon geholfen hat. Als besonders wirksam beschreibt er die Erfahrung, dort kranke, hilflose Menschen kennengelernt zu haben, welche untergebracht sein müssen. Er hat sich dazu selbst im Kontrast erlebt, hat erkannt, dass er doch selbst für sich sorgen, sein Leben bewältigen kann. Rückblickend ist er zu der Erkenntnis gekommen, dass er diese Erfahrung auch ohne die Unterbringung hätte machen können, wenn er vorher besser mit sich umgegangen wäre. Er hat für sich eine Erklärung finden können, warum er eine derart negative Entwicklung genommen hat. (Int 6, 14; 29–50) (6-18)

Nach der Entlassung aus der Unterbringung erfolgte eine Nachbetreuung durch die Klinik in Form von Einzelgesprächen und Betreuungsangebote durch den Bewährungshelfer. Das Nachsorgeangebot der Klinik empfindet er als hilfreich, seit die Gespräche nicht mehr in der Klinik, sondern in seiner eigenen Wohnung stattfinden. Den Bewährungshelfer erlebt er als tatsächlich hilfreich und vertrauenswürdig. Er könnte sich bei Bedarf an ihn wenden, dieser würde ihm dann »zur Seite stehen«, da ist er sich sicher. (Int 6, 14/54–15/21) (6-19)

Gegenwärtig arbeitet der Proband bei einem Einwohnermeldeamt, macht dort Schalterdienst, vollzieht An- und Ummeldungen der Bürger, schreibt Reisepässe und Lohnsteuerkarten und bestellt in Auftrag gegebene Führungszeugnisse. Diesen Umstand erlebt er als belustigend, dass er als Straftäter mit so einer Tätigkeit betraut wird. Die Arbeit gefällt ihm sehr gut, gegenwärtig ist das Arbeitsverhältnis noch befristet. Der Proband wohnt weiter in der Wohnung, in die er auch entlassen wurde. Mit ihm wohnt dort seine Partnerin. Er fühlt sich in dieser Situation sehr wohl und hofft, dass sein Arbeitsverhältnis noch verlängert wird. Sein Chef unterstützt ihn dabei. Die Tätigkeit im Amt erlebt er als verantwortungsvoll und herausragend. Genugtuung, dass er als Verurteilter so eine öffentlich bedeutsame Tätigkeit machen kann, empfindet er nicht. Die gegenwärtige Beziehung schätzt er als positiv ein. Darüber hinaus hat er keinen größeren Bekanntenkreis. Die Kontakte zu ehemaligen Mitpatienten hat er aufgegeben. (Int 6, 15/25–16/25) (6-20)

Die Freizeit des Probanden ist weitgehend auf seine Partnerin fixiert. Mit ihr bespricht er die täglichen Erlebnisse aus dem Arbeitsbereich. Sportlich engagiert er sich gegenwärtig nicht, meint aber, dass er das eigentlich tun müsste. (Int 6, 16; 30–55) (6-21)

Als wesentliche stabilisierende Faktoren benennt der Proband seine finanzielle Sicherheit, sein gutes Verhältnis zur Partnerin und gute familiäre Kontakte. Bedingt stabilisiert ihn auch, dass sein Leben im Vergleich zu früher überschaubarer ist. Sein vorangerücktes Alter und die damit einhergehende »Beruhigung« führt

DOI: 10.1486/9783884144152

ebenfalls zu seiner Stabilisierung, das schätzt er positiv ein. (Int 6, 17; 4–19) (6-22)

Als Lebensmotto formuliert der Proband, dass er sich eine Partnerin wünscht, mit der er gut auskommt, mit der er seinen Lebensabend verbringen kann. Als Rahmen dafür sieht er sich als Rentner. Seine Stabilität rührt aus seiner Sicht auch daher, dass er es schaffen wollte, dass er straffrei bleiben wollte. Voraussetzung dafür ist, dass ihm Hilfe angeboten wurde und er den Mut hatte, diese Hilfe auch anzunehmen. Dieser Mut bedeutet für ihn, seinen Stolz und seine Selbstüberschätzung zu überwinden und in Problemsituationen die professionellen Ansprechpartner zu kontaktieren. (Int 6, 17; 22–36) (6-23)

Für seine Zukunft wünscht sich der Proband, einmal in eine schönere Wohnung umzuziehen, eine Festanstellung bei seinem Arbeitgeber und der gemeinsame Lebensabend mit seiner Partnerin. (Int 6, 17; 40–41) (6-24)

Die Motivation, an dem Gespräch teilzunehmen, liegt für den Probanden in der Nachfrage durch den Interviewer. Das Gespräch empfand er als anstrengend. (Int 6, 17; 46–55) (6-25)

8.1.7 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 7 vom 19.12.2002

Nach Darstellung der Fragestellung des Forschungsprojekts und des Interviewleitfadens berichtet der Proband, dass er aus einer mittelständischen Familie stammt. Sein Vater war Buchhalter, die Mutter arbeitete teilweise als Frisörin. (Int 7, 1; 4–48) (7-1) Der Proband hat keine Geschwister. Der Erziehungsstil in der Familie wird als gemäßigt autoritär beschrieben. Die Mutter wird als eher gewährend beschrieben und war für ihn die Hauptbezugsperson in seiner Kindheit. Der Umgang der Eltern miteinander wird als »kameradschaftlich« beschrieben, Zärtlichkeiten zwischen den Eltern hat er wenig direkt erlebt. Der Proband wuchs immer in der Herkunftsfamilie auf. Eine weitere wichtige Bezugsperson war ein Großvater. Der Bezug zu ihm war eher negativer Natur, da der Großvater versuchte, über ihn Einfluss auf die Familie zu nehmen. Die Eltern hatten engen Kontakt zu weiteren Angehörigen, die wie sie selbst aus dem Sudetenland stammten. Als Regel galt, dass er als Kind auf die Erwachsenen zu hören hat. Religion spielte in seiner Familie ein wichtige Rolle, die Mutter legte Wert auf religiöse Inhalte, z. B. den sonntäglichen Kirchbesuch. Im Vorschulalter hatte er auch Kontakt zu anderen Kindern, z. T. aus dem Kindergarten, aus dem er nach einiger Zeit auf seinen Wunsch hin wieder herausgenommen wurde und zu Kindern aus der Nachbarschaft. Die Freizeit verbrachte der Proband in der Vorschulzeit meist mit seinen Eltern bei den Verwandten, dort spielten die dann anwesenden Kinder miteinander, während sich die Erwachsenen unterhielten. Größere Urlaubsreisen unternahm die Familie nicht. (Int 7, 1/51–2/55) (7-2)

DOI: 10.1486/9783884144152

Als herausragendes Kindheitserlebnis berichtet der Proband den Umstand, dass er den Kindergartenbesuch auf seinen Wunsch hin beenden konnte. Dort hat ihn gestört, dass er sich mit fremdbestimmten Spielen beschäftigen musste. Die Eltern haben seinem Drängen nachgegeben. (Int 7, 3; 3–22) (7-3)

Der Proband erinnert sich nicht an besonders negative Kindheitserlebnisse oder besondere angstauslösende Situationen. (Int 7, 3; 25–37) (7-4)

Besondere Glücksmomente sind in der Erinnerung des Probanden mit Weihnachtsfeiern im Kreis der Familie assoziiert. Zusammenfassend schätzt der Proband seine Kindheit als positiven Lebensabschnitt ein. (Int 7, 3; 40–54) (7-5)

Der Proband wurde mit sechs Jahren in eine Grundschule für Jungen eingeschult. Das Lernen fiel ihm leicht, er erzielte überdurchschnittliche Leistungen. Die Erinnerung an diese Zeit ist verknüpft mit seinem damaligen besten Freund und an Lehrer, welche er nicht ernst nehmen konnte, weil ihn diese schikanierten, z. T. auch schlugen. Erst in den höheren Klassen wurde der Umgang mit den Lehrkräften besser. Zum Spielen traf er sich meist mit seinen Freunden auf der Straße, er durfte aber auch Kinder zum Spielen mit nach Hause bringen. Ein Lieblingsfach kann der Proband nicht benennen, allerdings ist ihm erinnerlich, dass er mit dem Zeichenunterricht große Probleme hatte. (Int 7, 4; 1–48) (7-6)

Nach der Grundschule wechselte er an das Gymnasium, ebenfalls in eine reine Jungenklasse. Die neue Schule lag unweit der Grundschule. Den Wechsel an die weiterführende Schule konnte er mit mehreren Mitschülern seiner Grundschulklasse vollziehen. Im Leistungsbereich fiel er zunächst ab und erreichte durchschnittliche Ergebnisse. Er war sozial weiter gut integriert, war mit seinen alten Klassenkameraden zusammen, lernte auch einige neue Kinder kennen. Vorbilder war in dieser Zeit die Fußballhelden des FC Bayern München, dem er heute noch als Fan angehört, sowie die Figuren aus den Karl-May-Romanen. Konkrete Zukunftswünsche hatte er im Alter von ca. zwölf Jahren noch nicht. (Int 7, 4/51–5/39) (7-7)

Den Eintritt in die Pubertät erinnert er als Einschnitt: Vorher war er in der Jungenschule und in den Jungenklassen nicht mit Mädchen konfrontiert, ab der siebten Klasse war die Klasse gemischt. Er erlebte das andere Geschlecht als etwas Fremdartiges. Er beschreibt sich in diesem Altersabschnitt als eher zurückhaltend. Im Alter von 18 Jahren fing er an, abends auszugehen, zu rauchen hat er erst mit 25 Jahren begonnen. Sein Umgang mit Mädchen war lange Zeit sehr zurückhaltend, was er auf die geschlechtergetrennte Erziehung in der Schule zurückführt. Das moralische Klima in seinem Heimatort beschreibt er als »erzkatholisch«. Die männliche Identität war zu Beginn der Pubertät noch vage, orientiert an traditionellen Männlichkeitsidealen wie Härte und Fleiß. 1975 beendet er das Gymnasium mit dem Abitur. Die Abschlussprüfung erinnert er als »stressig«, seine Zensuren waren teilweise ungenügend. Zudem hat er damals versucht, mit möglichst wenig Aufwand die Prüfungen zu bestehen, was ihm auch gelang. Bis

DOI: 10.1486/9783884144152

zum Abitur hatte er noch keine Freundin. Ab dem fünfzehnten Lebensjahr begann er zwar, sich für Mädchen zu interessieren, konkrete Maßnahmen um Kontakte aufzubauen, passten aber nicht in seine Vorstellung. (Int 7, 5/42 – 7/12) (7-8)

Die Aufklärung über sexuelle Dinge erfolgte durch die Lektüre jugendtypischer Zeitschriften wie Bravo und im Freundeskreis. Sein Vater hat ein diesbezügliches Gespräch geführt, welches aber wenig neue Erkenntnisse brachte. Sexualität war in seiner Herkunftsfamilie eher ein Tabuthema. In der achten Klasse gab es eine Einheit Aufklärungsunterricht, welchen er als sehr naturwissenschaftlich in Erinnerung hat. (Int 7, 7; 14 – 27) (7-9)

Nach dem Abitur absolvierte er den Grundwehrdienst bei der Bundeswehr. Dort kam er erstmals intensiv mit Alkohol in Berührung, was er als negative Erfahrung bewertet. Dennoch bedeutete die Zeit bei der Bundeswehr einen wichtigen Schritt in seinem Erwachsenwerden, er bezeichnet das als »abgestoßen werden«. Erstmals übernahm er damals eine Vorgesetztenfunktion. Damals begann er, regelmäßig Alkohol zu konsumieren, was auch zu Konflikten mit den Eltern führte, die ihn ermahnten, weniger zu trinken. Identifikationsfiguren und Vorbilder waren in diesem Altersabschnitt bis 20 Jahre weiter berühmte Sportler aus den Bereichen Fußball und Tennis. Auch während der Bundeswehrzeit hatte der Proband noch keine Freundin, es kam aber zu ersten sexuellen Erfahrungen. Der erste Geschlechtsverkehr fand allerdings schon vorher, noch während dem Besuch des Gymnasiums, als 16-Jähriger statt. Nach der Bundeswehr nahm er ein Studium auf, studierte zunächst Sport mit dem Ziel, ins Lehramt zu gehen. Wegen körperlicher Probleme brach er diese Ausbildung wieder ab und studierte dann einige Semester Theologie. Später fand er doch noch eine Möglichkeit, Sport an der pädagogischen Hochschule zu studieren. Innerlich fühlte er sich stark zum Theologiestudium hingezogen, er bezeichnet sich selbst als »Christ im freien Sinn«, religiöse Themen haben in seinem Leben einen großen Bedeutungsgrad. Mit dem Gesetz kam er bis zur Aufnahme des Studiums nicht in Konflikt. (Int 7, 7/29 – 9/45) (7-10)

Aus heutiger Sicht würde er sich nicht wieder für den Lehrerberuf entscheiden. Er hat Probleme im Umgang mit hierarchischen Strukturen, denen er sich nicht unterordnen mag. Deswegen würde er sich nicht wieder für den Schuldienst entscheiden, auch wenn ihm die Inhalte seiner Ausbildung weiter gut gefallen. Wenn er noch einmal einen Beruf wählen könnte, würde er versuchen, bei der Bundeswehr zu bleiben und dort EDV studieren. (Int 7, 9/48 – 10/2) (7-11)

Bis zum Alter von Mitte 20 hatte der Proband nur einige Beziehungen zu Frauen, welche nur von kurzer Dauer, meist einige Wochen, selten Monate hielten. Es ist ihm schwer gefallen, auf Frauen zuzugehen. Die erste tiefere, länger andauernde Beziehung war die zu seiner späteren Ehefrau. In Bezug auf seine sexuellen Aktivitäten schätzt er sich an einem imaginären »Durchschnitt« orientiert ein. Ein Problem in dieser Beziehung war schon von Beginn an sein

DOI: 10.1486/9783884144152

starker Alkoholkonsum. Sexuelle Missbrauchserfahrungen hat der Proband nicht erlitten. Seine Frau lernte er 1986 während einer Alkoholtherapie kennen, 1989 fand die Hochzeit statt. (Int 7, 10/5 – 11/5) (7-12)

Nach dem Studium 1979 begann er mit dem Referendariat an einer Hauptschule, welches er nach vier Jahren abschließen konnte, nachdem er bei der ersten Prüfung nicht bestanden hatte. In diesem Zeitraum konsumierte er regelmäßig größere Mengen Alkohol. Sein Leben ist teilweise schon stark durch den Alkohol beeinträchtigt, es kommt zu gesundheitlichen Problemen, zu wiederholtem Führerscheinentzug. Die Trinkphasen dauerten damals bereits mehrere Monate lang an. Alkohol hat auf ihn die Wirkung, dass er übertrieben lustig wird, weniger aggressiv, dies allerdings mit der Einschränkung, dass er nicht provoziert wird. Während des Referendariats lebt er teilweise sehr einsam, bewohnt eine kleine Wohnung. An den Abenden trinkt er regelmäßig. Dennoch kann er die Ausbildung abschließen, wird dann zunächst arbeitslos. Nach kurzer Zeit bekommt er eine ABM-Stelle als Geschäftsführer des Kreisjugendrings. Diesen Job hatte ihn der Vater eines seiner Schüler vermittelt, der hatte sich für ihn eingesetzt. Nach einem Jahr war diese Beschäftigung beendet, auch dort hatte er Phasen mit starken Alkoholkonsum. (Int 7, 11/7 – 12/20) (7-13)

Die problematische berufliche Situation Anfang der 1980er-Jahre war begleitet von starkem Alkoholkonsum. Auf Drängen der Eltern und eines Freundes begab er sich schließlich auf Therapie, teils aus Druck durch Angehörige, teils aus eigener Einsicht. Die damals erlebte stationäre Therapie bewertet er retrospektiv negativ, das angebotene Therapiekonzept erlebte er als für sich unpassend. Während des sechs Monate dauernden Therapieaufenthaltes konnte er für sich nicht aufarbeiten, wie es bei ihm überhaupt zu einer Suchtentwicklung gekommen ist. Dort hat er seine spätere Ehefrau kennengelernt, welche ebenfalls zur stationären Therapie dort war. Direkt im Anschluss an die Therapiemaßnahme sind er und seine spätere Frau zusammengezogen, er begann eine Umschulung. Zwei Jahre später fand dann die Hochzeit statt. Nach Abschluss der Therapie hatte der Proband eine siebenjährige Abstinenzphase. Er war motiviert, die Umschulung zum Organisationsprogrammierer zu absolvieren, die Thematik hat ihm gefallen, er war erfolgreich. Nach Abschuss der Umschulung wurde er von einem namhaften Großkonzern in der Computerbranche übernommen. Damit hatte sein Leben damals eine von Erfolg gezeichnete Wendung genommen. Er lebte glücklich mit seiner (ebenfalls abstinent lebenden) Partnerin zusammen und war beruflich erfolgreich. (Int 7, 12/22 – 13/52) (7-14)

In der Folgezeit kommt es zu einer Distanzierung innerhalb der Beziehung. Der Proband ist weiter beruflich erfolgreich, verdient viel Geld und befasst sich beruflich mit interessanten Themen, während seine Ehefrau privat und beruflich auf der Stelle tritt. Er bewertet das heute so, dass seine Frau dadurch gekränkt war, was zu Spannungen in der Beziehung geführt hat. Dennoch lief die Ehe

DOI: 10.1486/9783884144152

im sexuellen Bereich aus seiner Sicht zufriedenstellend. (Int 7, 13/53 – 14/41), (7-15)

1993 hatte der Proband einen Alkoholrückfall, auch die Partnerin war daran beteiligt. Hintergrund dafür ist aus seiner heutigen Sicht seine Unzufriedenheit in der Beziehung und die dadurch aufgetretenen Spannungen. Der Alkoholkonsum begann zunächst schleichend, innerhalb von drei Monaten kam es aber zu Trinkmengensteigerung und Toleranzminderung. Er schätzt die Situation heute so ein, dass sich beide Partner in der Beziehung gegenseitig in die Alkoholabhängigkeit »hineingerissen« haben. Während seiner stationären Therapie war er in Bezug auf diesen Punkt von seiner Therapeutin »gewarnt« worden. (Int 7, 14/43 – 15/23) (7-16)

Im weiteren Verlauf eskaliert die Situation zunehmend. Seine Frau wurde im angetrunkenen Zustand vermehrt verbal aggressiv, er reichte 1993 die Scheidung ein, zog sie dann aber wieder zurück. Es kommt zu Fehlzeiten im Betrieb und der Proband beginnt auf Rat seines Chefs eine ambulante Alkoholtherapie. Da diese nicht greift, begab er sich nach einiger Zeit zur stationären Entgiftung und dann 1994 nochmals zu einer stationären Alkoholtherapie. Während dieser viermonatigen Therapiephase kann er erstmals für sich erarbeiten, wie seine Abhängigkeitserkrankung entstanden ist. Als Schlüsselbegriff hat er für sich seine generelle Abhängigkeit in Beziehungen benannt, besonders in die Abhängigkeit in der Beziehung zu seiner Frau. Der Proband lebt nach der erneuten Therapie abstinent bis 1997, seine Partnerin trinkt weiter mehr oder minder regelmäßig Alkohol im Übermaß. 1997, während eines gemeinsamen Urlaubs, beginnt auch er wieder zu trinken. Die Beziehung ist zu diesem Zeitpunkt bereits weitgehend zerstört, allerdings erlebt der Proband die sexuellen Kontakte zu seiner Frau weiterhin als befriedigend. Während dieser Trinkphase kommt es auch zu einer Beziehung zu einer anderen Frau. Sein Versuch, mit dieser eine stabile Beziehung aufzubauen und sich von seiner Frau zu trennen, scheitert. (Int 7, 15/26 – 17/22) (7-17)

Die Beziehung eskaliert weiter, es kommt zu Streitigkeiten und schließlich zur Anlasstat, die zur Unterbringung im Maßregelvollzug führte: Vergewaltigung in der Ehe. Die Anschuldigungen seiner damaligen Frau lauteten auf Vergewaltigung über einen längeren Zeitraum, wurde dann verändert auf vier Tatzeitpunkte, schließlich auf eine Tat. Zusätzlich erfolgte Anzeige wegen schwerer Körperverletzung. Der Proband bestreitet alle ihm vorgeworfenen Straftaten, welche zur Unterbringung geführt haben. Er räumt aber körperliche Auseinandersetzungen mit seiner damaligen Partnerin ein, auch dass er sie heftig unter psychischen Druck gesetzt hatte. Im Gerichtsverfahren wurde er als schuldig eingestuft und zu einer vierjährigen Haftstrafe und Unterbringung im Maßregelvollzug verurteilt. Seitens seiner Frau ist es danach noch zu einem Annäherungsversuch gekommen, den er jedoch ablehnte. (Int 7, 17/26 – 18/13) (7-18)

DOI: 10.1486/9783884144152

Die Verwandten und Freunde des Probanden haben in dieser Situation seiner ersten Inhaftierung zu ihm gehalten, sich von seiner Ehefrau distanziert. (Int 7, 18; 16–33) (7-19)

Die Begutachtung verlief aus seiner Sicht extrem schnell. Nach einer fünfzehnmonatigen U-Haft und der dann erfolgten Revisionsverhandlung erfolgte nach einem weiteren halben Jahr die Verlegung in die Maßregelklinik. Der Proband war dann drei Jahre untergebracht, davon das letzte halbe Jahr im Status der Dauerbeurlaubung. (Int 7, 18/35–19/7) (7-20)

Die Unterbringung bewertet er rückblickend so, dass er dadurch vor einer weiteren Eskalation in der Beziehung bewahrt wurde. Die Anzeige seiner Frau (auch wenn sie aus seiner Sicht auf unwahren Tatsachenbehauptungen beruht) und die darauf folgende Unterbringung im Maßregelvollzug hat aus heutiger Sicht sein Leben gerettet. Den Zwangsrahmen in der forensischen Psychiatrie bewertet er als äußerst negativ, auch wenn sich das auf seine Motivation, sich in der Therapie auseinanderzusetzen, nicht ausgewirkt hat. Insbesondere sah er sich durch den Zwangscharakter der Therapiemaßnahme mit der Fragestellung konfrontiert, ob bei ihm eine sexuelle Perversion vorliegt. Aus diesem Grund schätzt er die Unterbringung insgesamt als positiv ein. Fazit dieser Auseinandersetzung ist, dass der Proband erkannt hat, dass er bedingt durch den chronischen Alkoholabusus eine Wesensänderung erfahren hat, welche sich vor allem auch in seinem Sexualleben Ausdruck verschafft hat. Die Therapie im Maßregelvollzug bewertet er so, dass sie ihn grundlegend auf zentrale Lebensthemen zurückgeführt hat. Die eigentliche Therapiephase ist für den Probanden auch heute noch nicht abgeschlossen. Er erlebt sich nach wie vor als jemand, der permanent sein Verhalten analysiert und korrigiert. Therapeutische Maßnahmen während der Unterbringung waren Gruppen- und Einzeltherapie sowie Arbeitstherapie. Die Konfrontation mit anderen Gefangenen und Patienten war teilweise schwer, da er für sich keinen Freiraum hatte. Andererseits gelang es ihm, in den anderen Tätern, den Kranken in der Unterbringung den »normalen Menschen« zu erkennen, was für ihn eine neue Erkenntnis war. (Int 7, 19/11–20/15) (7-21)

Die Entlassung aus der Unterbringung erfolgte schrittweise über die Phasen: Beurlaubung tageweise zur externen Arbeitsaufnahme, längerfristige Beurlaubungen in die eigene Wohnung, regelmäßige Klinikkontakte. Es gelang ihm, eine Anstellung in seinem Beruf als Computerfachmann zu finden und er war als EDV-Trainer beschäftigt. (Int 7, 20; 18–24) (7-22)

Zum Zeitpunkt der Entlassung, also der endgültigen Aufhebung der Unterbringung zur Bewährung, verfügte der Proband über eine eigene Wohnung, ein Arbeitsverhältnis und er hatte eine neue Beziehung aufgebaut. Es war ihm nicht schwer gefallen, diese Eckpunkte in seinem Leben wieder aufzubauen. Die dreijährige Unterbringung bewertet er in diesem Zusammenhang als »kurz« und von daher in ihrer negativen Auswirkung gering. Die damalige Beziehung

DOI: 10.1486/9783884144152

ist zwischenzeitlich wieder beendet. Seine Partnerin wollte nicht zu ihm ziehen, war örtlich gebunden. Die Frau war für ihn aber sehr wichtig. Später gelang es ihm dann, eine weitere Beziehung aufzubauen, welche bis heute hält. (Int 7, 20/27–21/3) (7-23)

Die Nachsorgeangebote für den Probanden bestanden in Kontakten zum Bewährungshelfer und in der Anbindung an eine ambulante Gruppentherapie für Sexualstraftäter, welche in der Klinik, in der er behandelt wurde, stattfand. (Int 7, 21; 6–13) (7-24)

Wichtiges Thema seit der Entlassung aus dem Maßregelvollzug ist für den Probanden die Familie, was für ihn Partnerin plus Kinder heißt. Das ist eine für ihn gänzlich neue Situation. Die Annäherungssituation zwischen ihm und den Kindern ist bislang noch nicht abgeschlossen, er sieht das als Lernprozess für sich, den er als »schön« bezeichnet. Zentral ist für ihn die Partnerschaft zu einer Frau, die er mittlerweile auch geheiratet hat. Dabei kommt es ihm darauf an, dass sich die Partnerin auch auf ihn bezieht. Für sich selbst macht er tiefere und ernstere Beziehungsfähigkeit und -absichten geltend. Die Partnerin ist »wichtig«. (Int 7, 21; 17–36) (7-25)

Nach einer Reihe von Arbeitsversuchen im Angestelltenverhältnis, welche nicht von Dauer waren, ist der Proband gegenwärtig arbeitslos. Er plant, sich selbstständig zu machen. Diese Planung hängt mit seinem örtlichen Umzug zu seiner Frau zusammen. Er befindet sich in einer Phase der Neuorientierung. Die Erfahrungen in den letzten Arbeitsverhältnissen haben ihm das Selbstvertrauen gegeben, auch selbstständig arbeiten zu können. Er traut sich das jetzt zu. Die berufliche Selbstständigkeit erscheint ihm auch als die richtige Antwort auf seine strafrechtliche Vergangenheit. (Int 7, 21/ 39/–22/2) (7-26)

Der Betreuungsrahmen im Rahmen seiner Bewährungszeit ist mittlerweile weiter gefasst. Der Proband hat nur noch gelegentlich Kontakte zum Bewährungshelfer, diese finden oft telefonisch statt. Die Teilnahme an der Gesprächsgruppe für Sexualstraftäter ist beendet, er wird jetzt im Einzelsetting betreut, auch diese Gespräche werden demnächst beendet sein. Der Proband hat diese Betreuungsangebote, welche gerichtliche Auflagen sind, nie als Auflagen empfunden, sondern als sinnvolle Angebote, die er auch nutzen will. Es störte ihn einzig die Auflage, dass jede Änderung des Bewährungsrahmens durch den Leiter der forensischen Abteilung genehmigt werden muss. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt berichtet er, dass es ihm gut geht. (Int 7, 22; 5–21) (7-27)

Maßgebliche Gründe für seine gegenwärtige Stabilität sind in den Augen des Probanden

- der Wille noch einmal von vorne anzufangen, »wieder aufzustehen«,
- der Wunsch, sich und seinen Therapeuten zu zeigen, dass er »es schafft«,
- das Wissen, dass er es schaffen kann, dass er eine Chance hat,
- der Wunsch, wieder ein gutes Leben zu führen

DOI: 10.1486/9783884144152

- die Tatsache, dass eine Unterbringungserfahrung einen Sinn hat, nämlich den, dass es weitergeht,
- die Einsicht, dass er manche Dinge nicht verändern, diese nur akzeptieren kann,
- die Unterstützung, die er bei seiner Entlassung erfahren hat, dass er »weich gefallen ist«, Unterstützung durch die Maßregelklinik und durch seine Familie, von seiner Partnerin,
- die Tatsache, dass sein soziales Umfeld »weiter funktioniert hat«. (Int 7, 22; 25–41) (7-28)

Als zentrales Lebensmotto benennt der Proband, dass er alles ruhig angehen möchte. Er möchte jeden Tag gut nutzen, möchte aber auch, wenn nötig, weniger aktiv sein können. Das ist für ihn eine neue Erkenntnis, früher hatte er immer unter Dampf gestanden, es bestand ein starker Leistungsdruck, dem er sich gebeugt hat, daneben auch ein Beziehungsdruck. Diesen Anforderungen will er sich auch heute stellen, allerdings unter der Voraussetzung mehr auf seine Leistungsgrenzen und seine Belastbarkeit zu achten. (Int 7, 22/43–23/8) (7-29)

Ein weiterer wichtiger stabilisierender Faktor ist für den Probanden, dass er in seinem neuen sozialen Umfeld, aber auch in seinem früheren Freundeskreis akzeptiert wird. (Int 7, 23; 12–15) (7-30)

Als Zukunftswünsche formuliert der Proband die berufliche Selbstständigkeit, dass er die Entwicklung der Kinder seiner Partnerin begleiten möchte, dass sich die Dinge vernünftig entwickeln. Weiter möchte er sich sportlich engagieren, da er in der Unterbringung die Erfahrung gemacht hat, dass ihm sportliche Betätigung helfen kann, Dinge zu bewältigen, auch etwas »für sich zu machen«. Hilfreich bei der Erreichung dieser Ziele ist ihm seine jetzt neu erworbene Fähigkeit, einschätzen zu können, was er kann und was nicht. Dabei kann er auf eine Reihe von positiven Erfahrungen bezüglich Problembewältigung zurückschauen, was ihn stabilisiert. Er ist auch gelassener geworden, kann Dinge jetzt mehr auf sich zukommen lassen, ohne gleich nach Lösungen zu suchen und in Aktionismus zu verfallen. Er ist ruhiger und gelassener geworden. (Int 7, 23;18–42) (7-31)

Der Proband ergänzt, dass es für seine Stabilität von großer Bedeutung ist, empfinden zu können, dass er Halt hat und diesen Halt auch empfinden kann. Das ist die wichtigste Fähigkeit im Zusammenhang mit seiner gegenwärtigen Stabilität. Er vermutet, dass die Straftat den Sinn gehabt hat, dass er eine Entwicklung hin zu dieser Einsicht hat machen können, dass er die Perspektive hat wechseln können. Er schätzt sich so ein, dass er sich mit dieser Problematik freiwillig nicht befasst hätte. (Int 7, 23; 45–52) (7-32)

Abschließend berichtet der Proband, dass er durch das Gespräch aufgewühlt worden ist, viele Gefühle aus der Vergangenheit sind wieder aktualisiert worden. Dabei ist für ihn neu, dass er seiner Ex-Ehefrau mittlerweile neutral gegenüber-

DOI: 10.1486/9783884144152

stehen kann, auch wenn noch leichter Ärger vorhanden ist. Durch die ganze Unterbringungssituation hat er viel verloren, aber auch viel gewonnen. Allerdings wiegt der Verlust für ihn weiter schwerer. (Int 7, 23/55–24/7) (7-33)

8.1.8 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 8 vom 21.05.2002

Nach ausführlicher Erörterung des Forschungsinteresses und der Interviewmethode berichtet der Proband, dass er 1958 geboren wurde, mit sechs Jahren eingeschult worden ist. Einen Kindergarten hat er nicht besucht. An die Vorschulzeit bestehen nur noch vage Erinnerungen, es fällt ihm aber ein, dass er doch kurz einen Kindergarten besucht hatte, wegen Krankheit jedoch schnell wieder herausgenommen wurde. Nach sechs Jahren Grund- und Hauptschule wechselte der Proband an die Realschule. Dort kam es zu einer Leistungsverschlechterung, in diesem Zeitraum kam es zur Scheidung der Eltern, im Elternhaus haben damals »katastrophale Zustände« geherrscht. Ursache dafür war die schwere psychische Erkrankung seiner Mutter, welche nicht behandelt worden ist. Seine Mutter wurde in ihrer gesamten Krankheitskarriere nur einmal kurzfristig, nach einem Suizidversuch, medikamentös behandelt. Diese Maßnahme führte auch zu einer Besserung des Zustandsbildes. Allerdings hat sie die Medikamente bald wieder abgesetzt. Die Mutter leidet an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie. Die Mutter ist mittlerweile 69 Jahre alt. Nach Auffassung des Probanden hat sich bei ihr mittlerweile auch eine Demenzerkrankung eingestellt. Der Besuch der Realschule scheitert nach mehreren Anläufen endgültig in der achten Klasse. Der Proband verlässt die Realschule nach acht Schuljahren ohne Abschluss. Hintergrund sind aus seiner Sicht die Krankheitsschübe seiner Mutter, die damit verbundene Aggressivität der Mutter und sein mehrmaliger Wechsel des Wohnorts in dieser Zeit. Er ist dann zu seinem Vater gezogen, nachdem die Eltern geschieden waren. Er konnte dann eine Lehre zum Werkzeugmacher beginnen und auch abschließen. Nach Beendigung der Lehrzeit hat er eine Frau kennengelernt, die er später geheiratet hat. (Int 8, 1/ 4–2/47) (8-1)

Auf die Frage, wodurch die Ehe der Eltern scheiterte, berichtet der Proband, dass er selbst langsam krank geworden ist, ein langsam fortschreitender Krankheitsprozess bestanden hat, der ihn immer weiter runtergezogen hatte. Er war durch die Familiengründung überfordert. (Int 8, 2; 51–54) (8-2)

Als Kind hatte er die Erkrankung der Mutter als Katastrophe erlebt, sie wird als hasserfüllt beschrieben, sie äußerte oft haltlose Anschuldigungen. Die Ehe war aus Sicht des Probanden von Beginn an negativ geprägt, da sein Vater ebenfalls starke psychische Probleme hatte. Der Proband hat zwei Brüder, er ist in der Geschwisterreihe der Mittlere. (Int 8, 3; 2–21) (8-3)

Hauptbezugsperson war für ihn als Kind der ältere Bruder, der hatte in seinen

DOI: 10.1486/9783884144152

Augen die Funktion die Familie zusammenzuhalten. Allerdings hat ihn der Bruder auch unterdrückt. (Int 8, 3; 24–30) (8-4)

Der Proband war im Alter von 13 Jahren zusammen mit seinem jüngeren Bruder kurzfristig in einer Einrichtung der stationären Jugendhilfe untergebracht. Hintergrund dafür war die eskalierende Familiensituation. Diese Erfahrung war für ihn sehr negativ, da er mit den Formalien dieser Institution nicht zurechtkam. (Int 8, 3; 32–44) (8-5)

Bis zu diesem Alter spielte er Fußball im Verein, was er aber mangels dauerhaftem Interesse wieder abbrach. Seine Mutter erlaubte ihm nur selten, draußen zu spielen, aus Sorge, er könne sich mit seinem Vater treffen, erst später erkämpfte er sich diese Freiheit und traf sich dann draußen mit seinen Freunden. Freunde brachte er nach einiger Zeit nicht mehr nach Hause, da die Situation zu Hause zu negativ war. (Int 8, 3/48–4/3) (8-6)

Ein herausragend schönes Kindheitserlebnis ist für den Probanden eine gemeinsame Fahrt mit seiner Mutter nach Berchtesgaden. Seine Mutter war während dieser fünftägigen Reise psychisch stabil. Auch die Weihnachtsfeiern hat er in schöner Erinnerung. (Int 8, 4; 7–11) (8-7)

Ein besonders negatives Ereignis war ein Aggressionsausbruch seiner Mutter. Sie zerschlug dabei eine Blumenvase auf dem Kopf des jüngeren Bruders, der eine heftige Platzwunde am Kopf davontrug. Diese wurde vom Vater versorgt, sonst erfolgte keine Reaktion. Derartige Situationen haben sich in seiner Familie öfter zugetragen. (Int 8, 4; 13–27) (8-8)

Sein Kindheitstraum war, Lokomotivführer zu werden oder Pilot. Später wünschte er sich, Profisportler zu werden. Seine Mutter wünschte sich für ihn, dass er Beamter wird. Sein Vater hat sich zu Zukunftsplänen nie geäußert, da er zu sehr mit sich selbst beschäftigt war. (Int 8,4; 29–41) (8-9)

Ab dem Beginn der Pubertät hat der Proband gegen seine dominante Mutter aufbegehrt, sich nichts mehr von ihr sagen lassen. Er hat ihr in Auseinandersetzungen gefährliche Gegenstände aus der Hand genommen, das hat die Mutter beeindruckt. Damit war klar, dass sie ihm körperlich unterlegen ist und sie hat sich mit ihren Übergriffen zurückgehalten. Die Pubertät erlebte er als stark negativ prägend, da er ab diesem Zeitpunkt ständig in der Rolle war, seinen Vater gegenüber der Mutter zu verteidigen. Er glaubt, dass ihn diese Situation auch sexuell negativ beeinflusst hat. Er konnte damals niemanden mehr mit nach Hause bringen, da seine Mutter zu auffällig war. Sein Kontakt zum anderen Geschlecht wurde ebenfalls dadurch beeinträchtigt. Mit 17 hatte er eine erste Freundin, mit der es auch zu sexuellen Kontakten kam. Diese Frau hat er zweieinhalb Jahre später geheiratet. Vorher hatte er schon einmal eine Freundin, der Kontakt war aber nicht so tiefgehend, die Freundschaft hielt ca. ein Jahr. (Int 4, 4/44–5/31) (8-10)

Der Proband wurde im Rahmen des Schulunterrichts über sexuelle Dinge

DOI: 10.1486/9783884144152

aufgeklärt. Seinen damaligen Lehrer beschreibt er als sehr offen und fähig, konstruktiv mit dem Thema umzugehen. (Int 8, 5; 34–38) (8-11)

Die Ausbildung zum Werkzeugmacher absolvierte er, weil ihn ein Freund auf die entsprechende Firma und Lehrstelle aufmerksam gemacht hatte. Er selbst hatte damals keine Vorstellung, was er beruflich machen wollte. Er hatte auch andere Angebote, etwa als Postbote, was ihm jedoch wenig attraktiv erschien. Der handwerklich orientierte Beruf lag ihm nicht besonders, aber er konnte die Ausbildung halbwegs erfolgreich abschließen. Später hatte er den Wunsch, Maler zu werden. Die Lehre schloss er mit knapp 19 Jahren ab. Psychisch ging es ihm damals nicht gut, die Situation zu Hause hatte sich weiter zugespitzt. Er schätzt seine psychische Verfassung so ein, dass sich seine spätere psychische Erkrankung schon damals abgezeichnet hat. Damals kam es im Anschluss an die Lehre zu einer Krisensituation mit Streit mit seiner Freundin, einer Phase des Nichtstuns und zu Geldproblemen. Er hat dann eine Stelle gesucht und auch relativ schnell gefunden. Für acht Monate arbeitete er dann als Maschinenarbeiter bei einer Dekofirma in seinem Heimatort. In diesem Bereich arbeitet er dann für mehrere Jahre bis 1993, meist als Maschineneinsteller. (Int 8, 5/42–6/33) (8-12)

Mit 20 Jahren hat der Proband geheiratet, nachdem die Beziehung vorher eher unstet verlief. Der Wunsch einer engeren Bindung und Familiengründung ging von beiden aus. Anlass war dann die Einberufung zur Bundeswehr, welche der Proband verhindern wollte, was ihm auch gelang. Seine Mutter hatte die Heirat nicht kommentiert, sein Vater dagegen hatte sich deutlich aufgeregt. Die Ehe hielt zehn Jahre, nach knapp zwölf Jahren wurde er geschieden. (Int 8, 6/35–7/13) (8-13)

Der Proband beschreibt den Entwicklungsprozess seiner psychischen Erkrankung ab dem 17. Lebensjahr als schleichenden Prozess. Damals kam es zu traumatischen Erlebnissen: Sein Vater geriet wechselnd in heftige Erregungszustände mit aggressiven Durchbrüchen und Phasen der Lethargie. Zunächst hatte sich die Situation entspannt, als er von seiner Mutter auszog und zu seinem Vater ging. Er verbesserte sich im Leistungsbereich und konnte z. B. gute Noten in der Berufsschule erreichen. Dann eskalierte auch die Situation bei seinem Vater, ausgelöst durch dessen psychische Krisen. Er ist damals viel ausgegangen, meist am Abend und am Wochenende, war viel in Gaststätten unterwegs. Diesen Zeitpunkt markiert er als Beginn seiner eigenen psychischen Erkrankung. Seine psychischen Ausnahmezustände hatten damals noch nichts mit seiner Paraphilie zu tun, vielmehr handelte es sich dabei um posttraumatische Belastungsstörungen. Auffälligkeiten im Umgang mit Alkohol oder Drogen hatte er damals noch nicht. Drogen konsumierte er allerdings später, ca. ab dem 25. Lebensjahr (Int 8, 7/17–8/10) (8-14)

Der Wunsch, eine eigene Familie zu gründen, war damals auch dadurch motiviert, seinen Eltern zu zeigen, dass er es anders, besser machen wird. Nachdem

DOI: 10.1486/9783884144152

er im Juli 1978 geheiratet hatte wurde im Juli 1979 sein erster Sohn geboren. Ende 1982 kam ein weiterer Sohn dazu. Das Anwachsen der Familie bewertet er kritisch: Die Geburt des ersten Sohnes konnte er gut verkraften, nach der Geburt des zweiten Kindes fühlte er sich überlastet. Zu diesem Zeitpunkt hatte er auch Ärger mit dem Arbeitgeber, der oft unzufrieden mit ihm war und seine allergischen Erkrankungen waren damals erstmals aufgetreten. Er erlebte es so, dass seine Frau Druck machte, Forderungen aufstellte, z. B. dass sie sich ein zweites Kind wünschte. Er fühlte sich überfordert und sah keine Möglichkeit, seine eigenen Bedürfnisse zu vermitteln oder umzusetzen. Im Umgang mit seiner Frau kommt es zu Kommunikationsstörungen, welche aus seiner Sicht Ausdruck der damals schon tiefen Beziehungsstörung waren. In der Folgezeit kommt es zu ständigen verbalen Auseinandersetzungen. Der Proband konsumierte damals viele Drogen, hauptsächlich Canabinoide, welche er ab 1983 verstärkt nahm. Er beschreibt ein Konsummuster, welches durch anhaltenden Drogengebrauch mit weitgehender Einschränkung im kognitiven und emotionalen Bereich gekennzeichnet war. Trotzdem war es ihm damals noch möglich, zu arbeiten. Seine tägliche Konsummenge an Haschisch lag damals bei ca. 5 Gramm/Tag. Die Situation in seiner Ehe eskalierte entsprechend weiter, bis seine Frau einen Schlusspunkt setzte und ihn hinauswarf. Sie hatte damals einen anderen Partner gefunden. Seine Ehe damals bezeichnet er als »Krieg«. Die Ehe dauerte nur deswegen so lange an, weil er sich den Kindern gegenüber verpflichtet fühlte. Seine Kinder haben unter dieser Situation stark gelitten. Er wurde dann aufgefordert, die Wohnung zu verlassen, was er auch binnen acht Tagen befolgt hat. (Int 8, 8/13 – 10/19) (8-15)

Nach der Trennung war es ihm möglich, weiter Kontakt zu seinen Kindern zu haben. Er selbst konnte sich etwas stabilisieren und in der Folgezeit beendete er weitgehend den Drogenkonsum. Anlass dafür war auch, dass er über einen Bekannten Kontakt zu harten Drogen bekommen hatte, was ihn sehr abschreckte und motivierte, ganz auf Drogenkonsum zu verzichten. (Int 8, 10; 21 – 44) (8-16)

Der Proband geht dann zwei Beziehungen ein, welche jeweils von nur kurzer Dauer waren. Mit einer dieser Frauen hatte er jedoch auch nach der Trennung Kontakt, sie besuchte ihn später auch in der Unterbringung. (Int 8, 10/47 – 11/11) (8-17)

Ab 1991 entwickelte sich die psychische Problematik des Probanden, vor allem seine pädophile Störung und die Neurodermitis, weiter negativ. Er begann auf eigene Initiative eine Psychotherapie, welche von der Krankenkasse finanziert wurde. Die Therapie bewertet er aus heutiger Sicht als deutlich schädlich. Aus seiner Sicht war seine Psychotherapeutin selbst psychisch krank. Diese Erkenntnis hat er erst später gewonnen, damals hatte er den Kontakt noch anders bewertet. Anfangs bewirkte die Behandlung eine positive Umdeutung seiner problematischen Lebensbedingungen. Nach einem Jahr in Behandlung kam es jedoch zu weiterer und vertiefter krisenhafter Zuspitzung. Vor allem die pädophilen

DOI: 10.1486/9783884144152

Aspekte traten in den Vordergrund. Er war vermehrt auf der Straße unterwegs, um Kontakt zu Kindern zu finden. Seine Versuche, mit seiner Therapeutin über dieses Problem zu reden, scheiterten. Die Therapeutin äußerte ihm gegenüber schließlich, dass sie selbst wegen einer Psychose in Behandlung sei. Er hatte die Behandlung dann vorzeitig abgebrochen, weil er der Überzeugung war, dass ihm diese Form der Therapie nicht helfen könne. Der Proband beschreibt den weiteren Verlauf als inneres Abstürzen, gekennzeichnet von einer weiteren Steigerung der pädophilen Fantasien, verbunden mit einer inneren Unruhe. Seine Tendenz, diese Fantasien in die Tat umzusetzen, war für ihn bis zum Beginn der Therapie zu kontrollieren. In seiner Wahrnehmung hatte die Therapie bewirkt, dass er diese Kontrollmöglichkeit verloren hat. (Int 8, 11/14 – 12/14) (8-18)

Im Sommer 1992 kommt es zur ersten unterbringungsrelevanten Straftat: Auf der Heimfahrt von einer Therapiesitzung sieht er zufällig ein Mädchen am Straßenrand laufen. Er wendet sein Fahrzeug, spricht das Kind an, es steigt in das Fahrzeug ein. Er fährt mit dem Mädchen ein Stück, schließlich vergewaltigte er das Kind. Anschließend fährt er mit dem Opfer in seinem Fahrzeug an die Stelle zurück, wo er das Kind hatte einsteigen lassen und fährt nach Hause. Zu Hause sitzt er in seinem Zimmer und wartet darauf, dass die Polizei zu ihm kommt, womit er fest gerechnet hatte. Der erwartete Polizeikontakt blieb jedoch aus, er wurde nicht »entdeckt«. (Int 8, 12; 17 – 50) (8-19)

Nach einigen Tagen wurde ein Fahndungsfoto veröffentlicht, das ihm sehr ähnlich sah, allerdings wurde er auch jetzt nicht erkannt. Er ging weiter arbeiten und führte sein Leben so, wie vor der Tat. Sein Zustand verschlechterte sich weiter, er war noch mehr auf der Straße unterwegs und hielt Ausschau nach Opfern. Nach einiger Zeit kommt es zum zweiten Delikt, das vom Ablauf her der ersten Tat sehr ähnelt. Dabei wurde er von einer Passantin beobachtet und noch am selben Tag von der Polizei in seiner Wohnung verhaftet. Zwischen den beiden Delikten liegen eineinhalb Jahre. Der Proband berichtet über weitere Tatversuche, welche aber daran scheiterten, dass die angesprochenen Kinder nicht in sein Auto einsteigen wollten. (Int 8, 12/53 – 13/53) (8-20)

Der Proband verbringt zwölf Monate in U-Haft, welche für ihn belastend ist, da er als Sexualstraftäter am untersten Ende der hierarchischen Ordnung stand. Allerdings fand er in einem Mithäftling einen Menschen, der sich für ihn einsetzte, der ihn teilweise auch beschützte. Er wurde schließlich in eine Einzelzelle verlegt, was er als Verbesserung empfand. Dort gelang es ihm, wieder zu Ruhe zu kommen. (Int 8, 13/55 – 14/20) (8-21)

In der Haft erhielt er Besuch von seiner Mutter, alle anderen Bekannten und Verwandten hatten den Kontakt zu ihm abgebrochen. Nach einiger Zeit kam auch seine frühere Partnerin, mit der er nach der Trennung von seiner Frau zusammen war, zu Besuch. Als sich seine Unterbringungszeit jedoch verlängerte, distanzierte sie sich von ihm. (Int 8, 14; 22 – 38) (8-22)

DOI: 10.1486/9783884144152

Während der U-Haft erfolgte die psychiatrische Begutachtung zur Frage der Schuldfähigkeit im Rahmen einer Unterbringung nach § 81 StPO. Die Begutachtung selbst und den Umgang mit dem Gutachter bewertet er als positive Erfahrung. Den Inhalt des Gutachtens kennt er bis heute nicht. Im Gerichtsverfahren wurde zur Unterbringung im Maßregelvollzug verurteilt, in diesem Zusammenhang eine »andere schwere seelische Abartigkeit« festgestellt. Die Gerichtsverhandlung selbst erlebte er als ungerecht. Ihm wurden dort Dinge vorgeworfen, die in seiner Sicht der Dinge unzutreffend sind. Zum Beispiel soll er bei der Tatausübung eine Waffe benutzt haben, was er auch heute noch, Jahre nach Unterbringungsende, bestreitet. Allerdings räumte er den Waffeneinsatz auf Anraten seines Anwaltes in der Hauptverhandlung doch ein. Neben der Unterbringung im Maßregelvollzug wurde eine Haftstrafe von vier Jahren und sechs Monaten verhängt. In der Verhandlungssituation erlebte sich der Proband sehr befangen, er hat z. B. keine Hinweise auf seine Person, seine Biografie geben können, obwohl er danach gefragt worden war. (Int 8, 14/40 – 15/45) (8-23)

Die Unterbringung in der forensischen Psychiatrie bewertet er als »gerechtfertigt«. Ob eine reine Haftstrafe auch geeignet gewesen wäre, ihn von der pädophilen Problematik wegzubringen, kann er nicht einschätzen. Er macht geltend, dass er bereits mit Antritt zur U-Haft seine pädophilen Impulse nachhaltig bewältigt gehabt hatte. (Int 8, 15/48 – 16/17) (8-24)

Die gesamte Unterbringungsdauer inklusive der U-Haft umfasste siebeneinhalb Jahre. Die Aufnahmesituation im Maßregelvollzug erlebte er als belastend, insbesondere die auf der Hochsicherheitsstation untergebrachten schwer kranken Patienten. (Int 8, 16; 20 – 33) (8-25)

Die Behandlungsmaßnahmen im Maßregelvollzug erlebte er als hilfreich. Seine Haltung war von möglichst jedem angebotenen Therapieangebot und jedem Therapeuten zu profitieren. Während der gesamten Unterbringungsdauer war er in ein einzeltherapeutisches Angebot integriert. Die Therapeuten erlebte er so, dass diese versucht hätten, ihre Persönlichkeit einzusetzen, um ihn zu beeinflussen, was er als positiv bewertet. Alle drei Einzeltherapeuten hatten aus seiner Sicht aber auch negative Eigenschaften. Im Kontakt zu seinem ersten Einzeltherapeuten hat er in die Realität zurückgefunden, die »Füße wieder auf den Boden gebracht«, was eine wichtige Voraussetzung für die spätere therapeutische Arbeit gewesen war. Die Therapie ermöglichte ihm die Einsicht, dass seine Delikte in Kontext seiner biografischen Entwicklung stehen. Allerdings kann er bis heute nicht verstehen, warum seine Entwicklung so extrem verlaufen ist. Eine intensive Erfahrung war der Besuch einer Selbsterfahrungsgruppe in der Unterbringung. Der Kontakt zum Gruppentherapeuten wird ebenfalls positiv geschildert. Dieser hatte versucht, methodisch vielfältig und unter Aufbau einer intensiven therapeutischen Beziehung den Grundwiderspruch zwischen Hilfe und Kontrolle, Besserung und Sicherung zu überwinden. Insbesondere gelang das in seinem Fall durch das

DOI: 10.1486/9783884144152

installierte Therapieziel: dass er als Teilnehmer des Gruppenangebots nicht nur die Aussicht auf Entlassung und ein straffreies Leben haben kann, sondern auch auf ein gutes, »lebenswertes« Leben. Diese therapeutische Beziehung mit ihrem hohen Anspruch konnte er akzeptieren und für sich ernst nehmen. Die stark gruppendynamische Ausrichtung dieses Gruppenangebotes erlebte er teilweise als stark belastend. (Int 8, 16/37–17/48) (8-26)

Die angebotene Arbeitstherapie erlebte er als stabilisierend, als Möglichkeit in der Beschäftigung mit Arbeitsinhalten ein Stück Normalität zu erleben, etwas – im weitesten Sinne – Sinnvolles zu tun zu haben. Diese Therapieform bewertet er als Förderung, die er – im Gegensatz zu anderen Patienten – erfahren hat. (Int 8, 17/51–18/5) (8-27)

Zusätzlich war der Proband in ein Videotraining sozialer Kompetenzen, ein gruppentherapeutisches Angebot für Sexualstraftäter und in ein psychoedukatives Gruppenangebot für Psychose-Patienten integriert. Vor allem das Videotraining fiel ihm nicht leicht, da seine soziale Kompetenz, vor allem im kommunikativen Bereich gering war und auch heute noch nicht optimal entwickelt ist. (Int 8, 18; 8–25) (8-28)

In der Unterbringung erhielt der Proband weiter regelmäßig Besuch von seiner Mutter. Einmal kam sein Bruder zu Besuch, Anlass dafür war der Tod des Vaters. Daneben wurde er von Patienten aus dem allgemeinpsychiatrischen Bereich besucht, die er im Rahmen übergreifender Therapieangebote kennengelernt hatte. (Int 8, 18; 27–30) (8-29)

Im Rahmen der Entlassungsplanung wurde ein externes Prognosegutachten erstellt. Die Wartephase bis zum Eingang des Gutachtens verzögerte sich, was den Probanden stark belastete. Er konnte sich zwischenzeitlich eine eigene Wohnung anmieten. Diese Rückzugsmöglichkeit entlastete ihn deutlich. Diese Wohnung bewohnt er noch heute. Die Konfrontation mit anderen psychisch kranken Menschen in der Unterbringung war für ihn deswegen so belastend gewesen, weil er durch diese Menschen ständig an seine eigenen problematischen Biografieanteile, insbesondere seine psychosekranke Mutter erinnert wurde. Er war sehr erleichtert, als er wieder eine »normale« Wohnung bewohnen konnte. Parallel zur Beurlaubung war der Proband im vierzehntägigen Turnus in die Klinik integriert (inkl. Übernachtung) und erhielt weiterhin Gruppen- und Einzeltherapie. Die Einzeltherapie, welche für ihn eher begleitenden Charakter hatte, konnte nach einiger Zeit auf seinen Wunsch hin beendet werden. Von Dauer ist jedoch seine Teilnahme an einem ambulanten Gruppentherapieangebot für Sexualstraftäter. Diese Gruppe erlebt er als ambivalent, manchmal interessant, manchmal langweilig. Das Gruppensetting dieser Gesprächsgruppe ist – im Vergleich zu stationären Angeboten im Maßregelvollzug – offener. Der Zusammenhalt dieser Gruppe besteht aus seiner Sicht darin, dass alle Teilnehmer in ihrem Leben massive Probleme hatten, mit einem Sexualdelikt auffällig

DOI: 10.1486/9783884144152

geworden waren. Dieser Umstand führt zu einem gewissen Zusammenhalt der Gruppe, auch wenn die einzelnen Sitzungen von unterschiedlicher Qualität sind. (Int 8, 18/33–19/56) (8-30)

Im Rahmen der Entlassungsvorbereitung hatte sich der Proband aus der Unterbringung heraus einen Arbeitsplatz gesucht. Er arbeitet seit mittlerweile zwei Jahren im Einzelhandel. Auch wenn die Arbeitsbedingungen dort schlecht sind, der Umgangston recht rau ist, konnte er sich dort behaupten. Dass er überhaupt einen Arbeitsplatz gefunden hat, bewertet er als Zufall. (Int 8, 20; 3–21) (8-31)

Eine neue Beziehung konnte sich der Proband seit seiner Entlassung aus der Unterbringung nicht aufbauen. Er schätzt sich selbst so ein, dass er dafür noch nicht reif ist, stellt in Frage, ob er überhaupt noch einmal so weit kommen wird. Mit dem, was er bislang erreicht hat, ist er insgesamt zufrieden. Auch wenn sein finanzieller Rahmen eng ist, sieht er doch, dass es ihm gut geht. Seine Haltung ist, abzuwarten, wie sich die Dinge entwickeln, wobei er eine deutlich positive Grundstimmung beschreibt. Er schätzt es, dass er nicht mit seiner kriminellen Vergangenheit konfrontiert wird, insbesondere, dass ihn die Polizei in Ruhe lässt. Er sieht keine großen Entwicklungsperspektiven für sich, erwartet diese aber auch nicht. Er genießt es, keine Erwartungen zu haben, keine Erwartungen erfüllen zu müssen. Das sieht er auch im Kontrast zur Unterbringungssituation: Die forensische Klinik hatte stets hohe Erwartungen an ihn, die er immer hat erfüllen müssen, was ihn enorm unter Druck gesetzt hat. Jetzt genießt er es, ohne solchen Erwartungsdruck leben zu können. Als Konsequenz daraus setzt er sich nicht selbst unter Druck. Diese Haltung gilt auch in Bezug auf Beziehungen zu Frauen. Er sieht sich da selbst in einer Entwicklung hin zu einer Partnerschaft. Er gibt an, auch jetzt schon eine Beziehung haben zu können, was er aber nicht für erstrebenswert hält, da die Frau, die er kennengelernt hat, zu problembeladen sei. Ihm ist wichtig, dass er nicht einsam ist, dass er Kontakte zu einer offenen Freizeitgruppe in seinem Heimatort hat, mit der er regelmäßig Ausflüge u. Ä. unternimmt. Die Teilnehmer dieser Gruppe haben meist auch psychische Probleme gehabt, waren z. T. ebenfalls stationär in der Psychiatrie behandelt worden. Dort fühlt er sich verstanden und akzeptiert. Sein Delikt ist dort nicht bekannt, er fürchtet ausgeschlossen zu werden, wenn seine Sexualdelikte herauskommen. Die Teilnehmer dieser Gruppe sind umeinander bemüht, aneinander interessiert. Das ist ihm wichtig. (Int 8, 20/25–21/30) (8-32)

Den Kontakt zum Bewährungshelfer beschreibt der Proband als hilfreich. Er hatte ihn bereits während der Unterbringung im Rahmen eines Gruppenangebots zur Entlassungsvorbereitung kennengelernt. (Int 8, 21; 33–40) (8-33)

Mittlerweile konnte der Proband auch den Kontakt zu seiner Familie, vor allem zu seinem jüngeren Bruder wieder herstellen. Dieser unterstützt ihn, steht mit Hilfsangeboten zur Verfügung. Er will sich dem Bruder aber nicht aufdrängen,

DOI: 10.1486/9783884144152

da dieser mit seiner eigenen Familie ausreichend belastet ist (Int 8, 21; 45–55) (8-34)

Die fehlende Partnerschaft, der damit verbundene Verlust eines befriedigenden Sexuallebens erlebt der Patient nicht als besonders belastend. Er sieht es als eine Fähigkeit an, dass er sich hier nicht mit überhöhten Erwartungen selbst unter Druck setzt. Das erleichtert ihm den Umgang mit dieser Situation. Er fühlt sich in diesem Punkt frei, nicht mehr unter dem Einfluss und den Erwartungen der Umwelt (»du musst doch eine Freundin haben«), welche ihn negativ beeinflusst hatten, was er als Teilkonstellation seiner Anlassdelikte sieht. Er ist heute in der Lage, gelassener an das Thema Beziehungsaufbau heranzugehen. Er berichtet über den Kontakt zu einer Psychiatriepatientin. Diese ist selbst Missbrauchsopfer. Ihr gegenüber konnte er sich als Sexualstraftäter outen, daraus ergab sich ein tieferer Kontakt, beide konnten Vertrauen zueinander aufbauen. Eine Beziehung hat sich daraus aber nicht ergeben. (Int 8, 22; 4–42) (8-35)

Ein wesentlicher Aspekt für seine Stabilität und seine Rückfallfreiheit liegt in der Verfügbarkeit eines verlässlichen Krisenmanagements. Den Verlauf seit Entlassung beschreibt er selbst als »rauf und runter«. Er konnte die Fähigkeit entwickeln, sich in negativen Lebensabschnitten selbst wieder zu motivieren und aufzubauen. So gelingt es ihm bisher unerwünschte Krisenvertiefungen zu verhindern. Diese Fähigkeit ist für den Probanden auch ein Effekt aus der Therapie: ein früherer Therapeut hatte seine ständigen Stimmungsschwankungen verlässlich bemerkt und benannt. So konnte er Strategien entwickeln, mit diesen Schwankungen umzugehen. Der Therapeut erreichte den Zugang zu ihm und zu dieser Problematik darüber, dass der eigene Problembereiche und deren Bewältigung berichtete. Das hatte ihm stark imponiert. Dieses Problembewältigungsverhalten kann er heute auch auf den Bereich Sexualität anwenden. (Int 8, 22/45–23/29) (8-36)

Der Proband weist darauf hin, dass seine Unterbringung mit sieben Jahren Dauer sehr lange angedauert hat. Er sieht sich nicht in der Lage, diese Erlebnisse in einem Gespräch vollständig wiederzugeben. Während der Unterbringung hat er ein Zeugnis gefälscht, er hatte gefälschte Bewerbungsunterlagen im Rahmen der Arbeitssuche während der Unterbringung verschickt. Durch die Reaktion der Klinik auf dieses Fehlverhalten wurde aus seiner Sicht seine Therapie beschädigt, er fühlte sich zurückgeworfen. Vor seiner Entlassung aus der Unterbringung hatte es Anfang 1998 schon einmal einen Entlassungsversuch gegeben. Damals hatte er schon einmal einen Arbeitsplatz gefunden, er stellte aus seiner Sicht auch damals schon keinerlei Gefahr für die Allgemeinheit dar. Seine Einstellung war die Richtige, weitere Therapiemaßnahmen waren damals eigentlich überflüssig gewesen. Die Klinik hatte damals aber zu hart reagiert. In der Region, in der die Maßregelklinik lieg, gab es damals einen Fall von Kindestötung, er wurde in die Ermittlungen einbezogen, konnte damals kein Alibi aufweisen und fühlte sich

DOI: 10.1486/9783884144152

»wie auf dem Präsentierteller«. Er vermutet, dass die Klinik deswegen so hart wegen der Zeugnisfälschung reagiert hatte. Die Verzögerung seiner Entlassung hat er als »Freiheitsberaubung« empfunden. Immerhin konnte er von seiner ersten (abgebrochenen) Resozialisierungsphase profitieren, indem er auf diese Erfahrungen bei seiner endgültigen Entlassung zurückgreifen konnte, er dadurch sicherer war. Er hat durch diesen Vorfall noch einmal über zwei Jahre in der Unterbringung verbringen müssen. (Int 8, 23/30–24/28) (8-37)

Wichtig für seine Stabilität, für seine Rückfallfreiheit ist sein Stressmanagement. Dieses ruht auf der »richtigen Einstellung«. Ein wichtiges Kriterium für eine Entlassung psychisch kranker Straftäter ist seines Erachtens der Umstand, wie skrupellos und gewalttätig ein Sexualstraftäter bei seiner Straftat vorgegangen ist. Skrupellose Täter sollte man nach seiner Einschätzung nicht wieder entlassen. Er selbst sieht sich als weniger gewalttätigen Täter an, er hat keine Kinder in das Auto gezerrt, er hat keine Waffen eingesetzt. (Int 8, 24; 33–46) (8-38)

Der Proband charakterisiert sich als realistischen und nüchternen Menschen. Er wünscht sich für seine Zukunft, einmal wieder eine Freundin zu finden, mit ihr zusammenzuleben. Er ist aber auf diese Wunschvorstellung nicht fixiert. Er wünscht sich weiter eine ordentliche Arbeit, wo er gut verdienen kann. Er möchte seine Schulden abbauen, welche auch aus den Schmerzensgeldforderungen herrühren. Er möchte schuldenfrei sein. (Int 8, 24/49–25/8) (8-39)

Der Proband berichtet zum Abschluss, dass er sich dadurch entlastet fühlt, dass die Unterbringung im Maßregelvollzug beendet ist. Diese Zeit ist für ihn hart gewesen, er ist dadurch härter geworden. Die Erfahrungen in der Unterbringung, auch die negativen (»harten«) haben ihn auf den Umgang mit schwierigen Leuten vorbereitet. Sein Wissen um psychische Probleme hilft ihm dabei, die Verhaltensweisen anderer Menschen zu verstehen und zu verarbeiten. Der Proband berichtet, dass er auch bereit gewesen wäre, das Interview vor einer laufenden Kamera zu führen, er will sich deswegen keine paranoiden Gedanken machen. Das Gespräch erlebte er als anstrengend, insgesamt war es für ihn in Ordnung. (Int 8, 25; 11–25) (8-40)

8.1.9 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 9 vom 22.08.2003

Nach ausführlicher Schilderung des beruflichen Hintergrunds des Interviewers, des Forschungsinteresses und des Interviewleitfadens, berichtet der Proband, dass er 1956 geboren wurde. Er ist in der Herkunftsfamilie aufgewachsen und hat zwei Geschwister, eine ältere Schwester und einen jüngeren Bruder. Er bewertet seine Kindheit als behütet, hat die Schule bis zum Abitur besucht, dann den Wehrdienst absolviert, ein Studium begonnen, dann zu einer Schreinerlehre gewechselt, wurde Schreinermeister, hat sich selbstständig gemacht. Mit 22 Jahren

DOI: 10.1486/9783884144152

hat er geheiratet, die Frau sei eine »Sandkastenfreundin« gewesen, er hat drei Kinder und ist mittlerweile geschieden. (Int 9, 1/4–2/34) (9-1)

Der Vater des Probanden war berufstätig, die Mutter arbeitete als Hausfrau zu Hause. Er ist – bis auf einen kurzen Zeitraum ab dem 16. Lebensjahr – in der Familie aufgewachsen. Mit 16 ging er in ein evangelisches Internat, Hintergrund dafür waren seine schwächer gewordenen Schulleistungen. Dort lernte er auch seine spätere Frau kennen. Er sieht den Leistungsabfall im schulischen Bereich im Zusammenhang mit seinen Sozialisationsbedingungen. Er charakterisiert sich selbst so, dass er zu weich sei, was daher kommt, dass er zu viel an Liebe und Zuwendung bekommen hat. Er verfügt über nur wenig Widerstandskraft gegenüber unangenehmen Dingen, diese meidet er, versucht sie erst gar nicht zu bewältigen. Unter den Geschwistern war er der Bevorzugte. Als ältester Sohn hatte er eine bevorzugte Sonderrolle inne. (Int 9, 2/37–3/2) (9-2)

Der Vater wird als eher streng charakterisiert, der gelegentlich auch geschlagen hat, was aber in der Wahrnehmung des Probanden in einem erträglichen Rahmen stattfand. Die Mutter habe viel durch ihre liebevolle Zuwendung bestimmt. Vor diesem Hintergrund schätzt der Proband die Rollenverteilung in seiner Herkunftsfamilie so ein, dass beide Eltern eine starke Bestimmungsfunktion gehabt haben. (Int 9, 3; 5–10) (9-3)

Sexualität war in der Herkunftsfamilie des Probanden immer ein Tabuthema. Als Rollenvorgabe wurde vermittelt, dass Frauen generell kein Interesse an sexuellen Dingen haben, Männer dagegen immer Sex wollen. (Int 9, 3; 14–18) (9-4)

Er schätzt seine Kindheit so ein, dass er zum Teil überhütet war und zu viel an Förderung erfahren hat. Generell meint er, dass Kinder nicht dauernd voll umsorgt werden müssen, sie können dann die Fähigkeit, sich selbst einzuschätzen, nicht erlernen. Er hat versucht, seine Kinder nach dieser Einsicht zu erziehen. (Int 8, 3; 21–33) (9-5)

In dem evangelischen Internat war er ca. fünf Jahre untergebracht, von der neunten bis zu 13. Klasse, eine Klasse musste er wiederholen. In dieser Einrichtung spielten religiöse Inhalte eine große Rolle. Den Pfarrer dort fand er »gut«, eine Art Vaterersatz, es hatte viele Diskussionen gegeben, die Art und Weise, in der religiöse Inhalte vermittelt wurden, hatte ihn angesprochen. Im Internat fand er ein enges Sozialgefüge vor, in das er sich anfangs nur schlecht integrieren konnte. Er hat sich dann etwas von den gleichaltrigen Jungen distanziert und sich den Mädchen in der Einrichtung zugewandt. Die anderen Jungen hatten sich damals eher für Partys und Alkohol interessiert, das hat ihn nicht angesprochen. Im Alter von ca. 25 Jahren hatte er eine Phase, in der er viel Alkohol getrunken hat, das hatte er aber schnell wieder beendet. (Int 8, 3/36–4/24) (9-6)

Hauptbezugspersonen in seiner Kindheit waren Mutter und die sechs Jahre ältere Schwester, welche viel mit Betreuungsaufgaben betraut wurde. Als Vorwurf an seine Eltern formuliert er, dass diese versäumt hatten, etwas zu unternehmen,

DOI: 10.1486/9783884144152

was ihn stärker in die Gemeinschaft am Wohnort integriert. Als Möglichkeit sieht er dafür aus heutiger Sicht den sportlichen Bereich. Seine Eltern hatten sportliche Aktivitäten allerdings generell als Unsinn abgetan. Vor allem sein Vater hatte die Einschätzung, dass Sport etwas für nicht ausgelastete, seltsame Menschen ist. Hintergrund für diese Haltung ist in den Augen des Probanden die körperliche Arbeit seines Vaters als Maurermeister, der als Bauführer für einen Großkonzern der Baubranche und später als Angestellter im öffentlichen Dienst berufliche Karriere gemacht hat. Er selbst hat erst im Rahmen seiner Therapie die Erfahrung machen können, dass Sport Spaß machen kann, dass es schön ist, derartige Körpererfahrungen zu machen, nach Möglichkeit mit anderen in einer Gruppe. (Int 9, 4/27–5/14) (9-7)

Herausragend schöne Kindheitserlebnisse sind für ihn die Situationen, in denen er sich als »Kind dieser Welt« empfunden hat, ein Lebensgefühl, in dem er spürte, mit allem, was ihn umgeben hat, verbunden zu sein. Bildhaft sieht er sich als Kind, dass auf der Erdkugel liegt und die Welt mit den Armen umgreift. Er hat dieses Gefühl als Erwachsener noch einmal gehabt. Er bewertet es als »Gedankenstroh«. (Int 9, 5; 17–34) (9-8)

Ein besonders negatives Kindheitserlebnis ist dem Probanden nicht erinnerlich. (Int 9, 5; 38) (9-9)

Die früheste Kindheitserinnerung ist die Geburt des Bruders, als er drei Jahre alt war, er sieht die Mutter mit Schürze in der Küche hantieren. Als Kind stellte er sich vor, Rentner zu werden. Vorbild dafür war sein Großvater. Er stellte es sich als schön vor, viel Zeit zu haben und dafür Geld zu bekommen. Seine Eltern, insbesondere sein Vater, hatten andere Zukunftspläne. Der Proband schätzte es so ein, dass er teilweise die Träume seines Vaters stellvertretend ausgelebt hat. (Int 9, 5/42–6/14) (9-10)

Die Schulzeit hat er in negativer Erinnerung, er ging oft mit Magenschmerzen zur Schule. Er hat sich ab ca. 16 Jahren mehr für Mädchen interessiert, erste Erfahrungen gesammelt. Er hat diese Zeit auch als Auflehnung gegen die Autoritäten und deren Vorgaben erlebt. Idealisierte Vorbildfiguren waren für ihn Superman und Perry Rhodan, damit verband er deren Unverletzlichkeit und seine eigenen Machtfantasien. (Int 9, 6; 21–38) (9-11)

Die Tatsache, dass er als Mann geboren wurde, er ein Mann ist, hat für ihn als Jugendlicher keine besondere Rolle gespielt. Er hat damals nicht darüber nachgedacht. Er konstatiert, dass es ihm heute an männlicher Identität mangelt. Er fühlte sich in seinem Leben immer mehr zu Frauen hingezogen, mit denen kommt er besser zurecht. (Int 9, 6; 42–54) (9-12)

Mit 20 Jahren hat er das Abitur gemacht, das erlebte er als wenig stressig. Danach hat er den Grundwehrdienst abgeleistet. Die Bundeswehrzeit hat er in positiver Erinnerung, er hat wegen Schichtdiensten viel Freizeit nutzen können. (Int 9, 7; 1–24) (9-13)

DOI: 10.1486/9783884144152

Seine erste Freundin hatte er im Alter von 15 Jahren, noch vor der Internatszeit. Zeitgleich wurden seine Schulleistungen schlechter und er kam ins Internat, womit auch diese erste Beziehung beendet war. Er hatte den Kontakt dann schleifen lassen, sich nicht mehr gemeldet, was er als Fehler einschätzt. Seine ersten sexuellen Erfahrungen machte er im Alter von ca. 16/17 Jahren. Aus heutiger Sicht hätte er dabei lernen können, dass – entgegen der Vorgaben aus dem Elternhaus – auch Frauen Interesse und Gefallen an Sexualität haben. Für ihn hat sich dieses Verhältnis anders dargestellt, zumal er eine seiner ersten Partnerinnen dann geheiratet hat und sich in dieser Ehe dann oft so wahrgenommen hat, dass er sexuell bedürftig ist, derjenige, der etwas wünscht und seine Frau die Rolle der Gewährenden ist. Er sieht sich rückblickend in der Rolle des Bittstellers. (Int 9, 7/29 – 8/24) (9-14)

Die Hochzeit fand während der Bundeswehrzeit statt, die Ehe hielt 18 Jahre, aus dieser Beziehung stammen drei Mädchen, im Alter zwischen zehn und 17 Jahren. (Int 9, 8; 28 – 38) (9-15)

Nach der Bundeswehr hat er zwei Semester Fahrzeugtechnik studiert. Rückblickend schätzt er diese Studienerfahrung als negativ ein, er war nicht motiviert genug, zu lernen. Er hat dann eine Schreinerlehre absolviert. Handwerkliche Dinge liegen ihm besser. Die Auseinandersetzung mit praktischen, konkreten Dingen entspricht seinen Fähigkeiten, etwa der Bau eines Tisches, eines Wintergartens. Nach der fünfjährigen Gesellenzeit als Schreiner erwarb er noch den Meistertitel. (Int 9, 8/41 – 9/24) (9-16)

Der Proband wurde grundlegend in der Schule zu sexuellen Zusammenhängen aufgeklärt. Sexuelle Missbrauchserfahrungen im Kindesalter bestehen nicht. (Int 9, 9; 28 – 35) (9-17)

Zu seinen leiblichen Kindern hat der Proband keinen Kontakt, er hat kein Umgangsrecht. Er möchte seine Kinder eigentlich gerne sehen, meidet aber die Auseinandersetzung dazu. Er hofft, dass seine Kinder später einmal von sich aus den Kontakt zu ihm aufnehmen, wenn sie unabhängiger von ihrer Mutter sind, welche den Kontakt unterbindet. (Int 9, 9; 39 – 54) (9-18)

Die Ehe scheiterte aus seiner Sicht daran, dass beide Partner nicht ausreichend miteinander kommuniziert haben. Der Grund dafür ist für ihn, dass er die falsche Partnerin gewählt hat, die Lebensziele waren zu unterschiedlich, was zu Konflikten führte. Er kann auch heute nicht sagen, was seiner Frau in einer Beziehung wichtig gewesen wäre, er hatte sich nie tiefer mit ihr darüber auseinandergesetzt, nur ihre Unzufriedenheit bemerkt. Er vermutet, dass sie einen Büroangestellten mit überdurchschnittlichem Einkommen gewollt habe. Das sei er aber nicht, er schätzt sich so ein, dass er abhängige Lohnarbeit nicht aushält. (Int 9, 10; 1 – 20) (9-19)

Als Jugendlicher hatte er Bravo und Praline gelesen, später, als Erwachsener hat er sich Pornomagazine gekauft. Die Magazine haben ihm Unabhängigkeit

DOI: 10.1486/9783884144152

vom Sexualleben mit seiner Frau gebracht, sie waren seine Alternative. Andere Möglichkeiten, seine sexuellen Bedürfnisse auszuleben, hat er damals nicht gesehen, insbesondere sexuelle Kontakte zu anderen Frauen während seiner Ehe sind damals für ihn nicht in Betracht gekommen. Rückblickend schätzt er sich diesbezüglich als »blöd« ein. Treue in der Ehe entsprach allerdings seinen Moralvorstellungen und gilt auch heute noch für ihn. Als Problem benennt er, dass diese unbedingte Treue dazu führt, dass er sich von der einen Frau, mit der er zusammen ist, abhängig macht. (Int 9,10/25 – 11/19) (9-20)

Der Ausgangspunkt für die Anlasstat, die zur Unterbringung im Maßregelvollzug führte, war für ihn der Umstand, dass seine Ehe zerrüttet war und nur aus finanziellen Gründen und wegen der Kinder weitergeführt wurde. Er bezeichnet sich als alternativ-ökologisch interessierten Menschen mit einer Neigung zu esoterischen Ansichten. Denker und Autoren wie Rudolf Steiner oder Murphy spielten für ihn in seinem Leben für lange Zeit eine große Rolle. Seine Frau war mit einem Ehepaar befreundet, welches sogenannte »Geistheilungen« durchführte. Der Kontakt zu diesem Ehepaar führte anfangs zu einer Besserung der Ehe. Er selbst hatte von diesem Kontakt auch profitiert und hatte damals nach 15 Jahren das Rauchen aufgehört. Dieses befreundete Ehepaar, das meist im Wohnmobil umherfuhr und Klienten besuchte, zog nach einiger Zeit mit in das Haus des Probanden. Ihm wurde bewusst, dass er dadurch ausgenutzt wurde und forderte die Leute auf, das Haus zu verlassen. Damals hatte seine Frau damit reagiert, dass sie erstmals ankündigte, sich scheiden zu lassen. Seine Frau war damals stark esoterisch geprägt und hatte den Rauswurf des Ehepaars als Angriff auf ihre Spiritualität empfunden. Er hingegen war in seiner spirituellen Empfindlichkeit eingeengt, war diesbezüglich seiner Frau hinterher, weswegen er auch kritisiert wurde. Seine Frau machte damals umfangreiche Vorgaben, wie er sich in der Trennungssituation zu verhalten habe, was bei ihm zu einer krisenhaften Entwicklung führte. Nach einiger Zeit kam es zu einer sogenannten Aussöhnung, welche eine Bekannte seiner Frau durchführte, was dazu führte, dass sich die Ehe wieder stabilisierte. In der darauf folgenden Zeit lässt er sich wieder auf neue spirituelle Experimente ein, welche ihn innerlich tief aufgewühlt haben. Im Rahmen einer geleiteten biografischen Rückführung räumte er damals ein, seine mittlere Tochter früher einmal sexuell missbraucht zu haben und deswegen mit sich selbst nicht im Reinen zu sein. Er war damals fest davon überzeugt, dass die Schilderung dieses Missbrauchs Realität sei und er deswegen Beziehungsprobleme hat. Im Rahmen eines spirituellen Seminars hatte er damals in einer stundenlangen Sitzungen Details über den Missbrauch erzählt, dabei kam es auch zu bildhaften Halluzinationen bei ihm, welche den Missbrauch mit seiner Tochter darstellten. Daraufhin hatte er sich in psychiatrische Behandlung begeben, um diesen Missbrauch therapeutisch aufzuarbeiten. Die Einzelpsychotherapie bewertet er heute so, dass sie ihn vor dem Suizid gerettet

DOI: 10.1486/9783884144152

hat. Unter der damaligen Situation hatte er stark gelitten, die Therapie wirkte zwar insgesamt stabilisierend, er konnte dort wichtige Fragen bearbeiten, aber die Lebensgestaltung in seinem Wohnhaus, wo auch seine Kinder lebten, wo er auch seinen Arbeitsplatz, die Schreinerwerkstatt hatte, setzte ihn stark unter Druck. In einer Phase der Therapiepause eskalierte die Situation bei ihm zu Hause, er fühlte sich von seiner Frau und ihrer Freundin unter Druck gesetzt und er zog aus, zurück zu seinen Eltern. Seine Krise spitzte sich darauf weiter zu und er begab sich in stationäre psychiatrische Behandlung, bis es 1997 zur Scheidung kam. Im Scheidungstermin räumte er ebenfalls den Missbrauch an seiner Tochter ein, woraufhin er von der Scheidungsrichterin angezeigt wurde und ein Ermittlungsverfahren gegen ihn eingeleitet wurde. Bei der polizeilichen Vernehmung räumt er wiederum den Missbrauch an seiner Stieftochter ein und er wird inhaftiert. (Int 9, 11/20 – 14/22) (9-21)

Die Situation in der U-Haft erlebte er als sehr belastend. Dies besserte sich erst, als er nach drei Monaten als Schreiner arbeiten konnte. Seine Situation erlebte er als spirituell bedeutsam, er sah darin die Möglichkeit, »alte Schulden« aus einem früheren Leben abzutragen, bzw. ein künftiges neues, besseres Leben vorzubereiten. Auch das erleichterte ihm seine Haftsituation. Seine finanzielle Situation verschlechterte sich unterdessen, da das Wohnhaus verkauft wurde und er seine geschiedene Frau ausbezahlen musste. Durch seine spirituelle Sichtweise der Dinge erreichten ihn diese Probleme in der Haft aber kaum, er war positiv gestimmt und hatte dadurch auch viele Kontakte zu anderen Häftlingen. Insbesondere hatte er Kontakt zu einem Häftling, der ihn vor den Übergriffen anderer Häftlinge schützte. (Int 9, 14/24 – 15/5) (9-22)

Auf Veranlassung durch den Staatsanwalt wurde er begutachtet. Seinen Gutachter lehnt er ab, dieser ist für ihn fachlich und persönlich ungeeignet. Zur Begutachtung kam es, weil er in der Haft ein sonderbares Verhalten gezeigt hat, unter anderem alle an ihn gerichteten Vorwürfe zugegeben hat. Zudem war es zum Tatzeitpunkt zu ungewöhnlichen Verhaltensweisen gekommen. Er bezeichnet das als Schlafwandeln. Die erhobenen Tatvorwürfe hat er damals eingeräumt. Zudem war ihm wichtig, dass seine Kinder nicht durch zusätzliche Ermittlungserfahrungen, etwa Befragungen und Untersuchungen, noch mehr geschädigt werden. (Int 9, 15; 9 – 30) (9-23)

In der ersten Zeit der Unterbringung, als er auch schon längere Zeit Therapie hatte, ging er selbst davon aus, dass er seine Tochter sexuell missbraucht hatte. Aufgefallen ist ihm damals, dass er in den Therapiesitzungen damals keine konkreten Erinnerungen an die Missbrauchstaten hervorrufen konnte, auch nicht, als imaginative Verfahren eingesetzt wurden. Damals hatte er auch intensiven Kontakt zum Anstaltspfarrer, mit dem er sich über weltanschauliche Dinge auseinandergesetzt hat. Als er nach der Verhandlung von der Justizvollzugsanstalt in die Maßregelvollzugsklinik verlegt wurde, fürchtete er, er käme in eine bestimmte

DOI: 10.1486/9783884144152

Klinik, welche er vom Hörensagen kannte, wo auch sein Gutachter als Chefarzt arbeitete. Es stellte sich aber heraus, dass dort nur ein anderer Untergebrachter abgeholt wurde, er in die Klinik weiterfahren konnte, die seinem Wohnort am nächsten war, was ihn sehr erleichtert hat. (Int 9,15/33–16/7) (9-24)

Das Gutachten bescheinigte ihm eine Pädophilie, was er als Abwertung seiner Persönlichkeit (»ich bin da das klassische Beispiel für einen pädophilen Drecksack«) erlebt. Der Gutachter ist für ihn die personalisierte Inkompetenz. Der Proband sucht während des Gesprächs das Gutachten, welches sich für die Unterbringung im Maßregelvollzug ausgesprochen hat. Als Diagnose wurde eine Persönlichkeitsstörung mit Störung der Sexualpräferenz im Sinne einer Pädophilie festgestellt. (Int 9, 16; 10–46) (9-25)

Nach einiger Zeit im Maßregelvollzug wurde ihm bewusst, dass er doch keine Sexualstraftaten begangen hat, sondern ihm diese nur durch die manipulative Art der Freundin seiner Frau eingeredet worden sind. Er hatte dann aber keinen Widerspruch gegen seine Unterbringung eingelegt, kein Wiederaufnahmeverfahren eingeleitet, da ihm weiterhin der Schutz seiner Kinder, welche im Fall einer erneuten Verhandlung dann doch befragt worden wären, wichtiger war. (Int 9, 16/50–17/19) (9-26)

Im Maßregelvollzug war er mit anderen Untergebrachten konfrontiert, welche für ihn erkennbar schwer psychisch krank waren. Diese Situation hat ihn sehr betroffen gemacht, er hatte anfangs versucht, den Mitpatienten zu helfen, was ihm aber nicht gelang. Nach einem Jahr hat er erste Vollzugslockerungen bekommen. Er hatte in der Therapie mitgemacht, obwohl er mit der Zeit für sich wusste, dass er gar keine Straftaten begangen hat. Er hatte die Diagnose der Pädophilie abgelehnt, aber dazu gestanden, Sexualstraftaten an seiner Tochter begangen zu haben. Die Arbeit mit dem Therapeuten und besonders die Gruppentherapie hat ihm dabei sehr geholfen. Als ihm klar geworden er ist, dass er einem Trugbild aufgesessen ist und in Wahrheit gar kein Straftäter ist, haben ihn die anderen Untergebrachten für verrückt erklärt. Er selbst fühlte sich dadurch wie befreit. Zuvor hatte er die ihm vorgeworfenen Taten immer eingeräumt. Er glaubt, dass er damals trotz seines Leugnens von den anderen Patienten als glaubwürdig erlebt wurde, da er zuerst alle Taten eingeräumt hatte. Bevor er sich anderen mitteilte, hatte er lange überlegt, ob er es überhaupt sagen kann, dass er unschuldig sei, da er befürchtete, als unglaubwürdiger Leugner eingestuft zu werden. Auch sein Therapeut hat ihn in dieser Erkenntnis und in diesem Wandel bezüglich der »Wahrheit« über die Straftaten bestärkt. Danach wurde in der Therapie aufgearbeitet, wie es so weit kommen konnte, dass er zunächst alle Taten einräumte, es auch so fühlte, dass das richtig ist, um dann zu der Erkenntnis zu kommen, dass er unschuldig ist. (Int 9, 17/22–19/27) (9-27)

Er wurde dann nach relativ kurzer Zeit zur Bewährung entlassen, da das Strafmaß auf drei Jahre und sechs Monate Haft, plus Unterbringung nach § 63

DOI: 10.1486/9783884144152

StGB gelautet hatte und die Haftdauer schon weitestgehend verbüßt war. Der Staatsanwalt hatte in der Hauptverhandlung neun Jahre Haft gefordert. Die ambulante Therapie, welche Bewährungsauflage für ihn war, ist mittlerweile beendet. Er muss sich nur noch alle ein bis zwei Monate in der Forensischen Klinik melden, der Großteil seiner Bewährungszeit ist gegenwärtig schon abgelaufen. (Int 9, 19/30–20/13) (9-28)

Seine aktuelle Beziehung bezeichnet er als Glücksfall. Seine Partnerin ist zwar nicht die Traumfrau für ihn. Es wichtig für ihn, geliebt zu werden und verliebt zu sein. In der Beziehung sind beide Partner sexuell aktiv. (Int 9, 20; 13–17) (9-29)

Auch der Umstand, dass seine Familie die ganze Zeit über zu ihm gehalten hat, ist für ihn von großer Bedeutung. (Int 9, 20; 17–20) (9-30)

Seine Partnerin hat er in der Klinik, im Geländeausgang kennengelernt, sie war dort für mehrere Monate selbst Patientin gewesen. Seitdem, seit vier Jahren, ist er mit ihr zusammen. Der Proband beschreibt sich in der Beziehung als nachgebend. Er definiert sich als jemand, der in einer Beziehung lebt, wobei er dabei meist auf Ausgleich aus ist. Das ist für ihn auch ein Problem, da er eigene Bedürfnisse oft zurückstellt. (Int 9, 20; 22–41) (9-31)

Noch während der Unterbringung, in der Beurlaubungsphase hat er einen Arbeitsplatz gefunden. Dem Arbeitgeber hat er verschwiegen, dass er noch strafgerichtlich untergebracht ist. Sein Arbeitgeber hat ihn aber ohne Probleme zu Therapieterminen gehen lassen, was er als großes Glück bezeichnet. Nach einem Jahr externer Arbeit hat er sich in Kliniknähe eine Wohnung gesucht, seine Freundin, welche damals gerade geschieden wurde, zog zu ihm. Nach einiger Zeit hat er sich mit einer eigenen Firma selbstständig gemacht. Er hat bei der Firmengründung keine öffentlichen Mittel beantragt, worauf er stolz ist. Er beschreibt sich heute als nicht mehr so zielstrebig und energiereich wie früher. Er betreibt seine Firma heute, um zu leben, große Anstrengungen unternimmt er nicht mehr, im Gegensatz zu früher. Seine Lebenseinstellung hat sich durch die Unterbringung und die Zeit danach generell verändert. Zum Beispiel ist die Nähe in einer Beziehung für ihn nicht mehr der einzige zentrale Lebensaspekt. Autonome Erfahrungen und Inhalte gewinnen für ihn mehr und mehr an Bedeutung. Als Beispiel nennt er das Projekt einer Weltumseglung. Er beschreibt sich dabei als ziellos. Feste Parameter in seinem Leben sind die Beziehung zu seiner Partnerin und das Bestreben, so viel zu arbeiten, dass er finanziell gut versorgt ist. (Int 9, 20/45–22/3) (9-32)

Zentral für sein positives Lebensgefühl ist die Beziehung und die Wohnung, der Platz, an dem er lebt, »ein zu Hause zu haben«, wo er erwartet wird. Die positiven Dinge, die er nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug erreicht hat, hat er nicht gezielt angestrebt, sondern sie haben sich selbst so entwickelt, er hat es »geschehen lassen«. Eine wichtige Erkenntnis aus der Unterbringung und

DOI: 10.1486/9783884144152

der Zeit danach ist, dass er die Dinge, die er früher unbedingt erreichen wollte, was er erzwingen wollte, nie erreicht hat. Wenn er sich heute innerlich vom Erfolgsdruck frei macht, z. B. in Bezug auf geschäftliche Dinge in seinem Betrieb, gelingt ihm ein insgesamt erfolgreicherer Umgang mit den Dingen. Er macht, im Gegensatz zu früher, keine Werbung mehr für seinen Betrieb, sondern vertraut darauf, dass er geschäftlich auch so erfolgreich sein kann. Bislang funktioniert das aus seiner Sicht ganz gut. (Int 9, 22; 4 – 39) (9-33)

Von anderen, rückfälligen Patienten unterscheidet er sich dadurch, dass er den Widerspruchscharakter der Zwangstherapie im Maßregelvollzug durchschaut und überwunden hat. So war es ihm möglich das Personal nicht als Büttel der Vollstreckung einer gegen ihn verhängten Maßnahme zu begreifen, sondern als Menschen, die dazu da sind, ihm zu helfen. Andere Patienten könnten das nicht schaffen. Seinen Einzeltherapeuten fasst er zum Beispiel als Menschen auf, der ihn ein Stück auf dem Weg zu der Erkenntnis begleitet hat, dass er auch dunkle Seiten hat und dass diese dunklen Seiten etwas Gutes an sich haben, dass sie zum Teil eine auch positive Funktion haben. Andere, nicht erfolgreiche Patienten sind nicht in der Lage zu begreifen, dass sie eine Störung haben, welche bearbeitet werden kann. Das Gute an der Zwangstherapie ist für ihn die Härte, welche es nicht zulässt, dass man sich hinter seinem Elend und Selbstmitleid versteckt, so wie es in vielen freien, zivilen Therapien der Fall ist. Andererseits ist diese Therapieform für manche auch zu hart. (Int 9, 22/45 – 23/23) (9-34)

Eine Veränderung, welche sich in der Unterbringung ergeben hat, hat sich für ihn erhalten: sein Interesse an Sport, welches er zum ersten Mal im Maßregelvollzug entdeckt hatte. Er nimmt an einem Lauftreff in seinem Heimatort teil. Auch dort trifft er auf Menschen, die mit ihm etwas zu tun haben wollen. In der als entrechtet erlebten Situation in Haft ist ihm bewusst geworden, dass es in seinem Leben früher wenige Kontakte zu anderen gegeben haben, die zweckfrei gewesen waren. Er hat heute die Einschätzung, dass es ihm früher nie gelungen ist, Kontakt zu anderen Menschen aufzubauen, um den reinen Selbstzweck des Miteinander. Heute legt er darauf viel Wert, echte Beziehungen zu Menschen zu haben, wo er mit all seinen Anteilen akzeptiert wird. In diesen Beziehungen geht es ihm nicht um Erfolg und Leistung. Diese Kriterien sind ihm in Beziehungen nicht wichtig. Er weiß heute, dass ihm eine Bewertung anderer Menschen nach deren Erfolg und Leistung von seinem Vater aufgedrängt worden ist. Davon hat er sich im Laufe der Unterbringung und danach befreit. Er hat heute fast täglich Kontakt zu seinem Vater, der ihn auch negativ geprägt hat. Er sieht es für seine persönliche Entwicklung als hilfreich an, seinen alternden Vater, der mehr und mehr verfällt, zu sehen. Er entdeckt die Ähnlichkeiten zwischen ihm und sich, aber auch – und vor allem – die Unterschiede. (Int 9, 23/27 – 24/32) (9-35)

Für seine Zukunft wünscht sich der Proband, auf einem Segelschiff über das Meer zu fahren. Diesen Traum hegt er schon länger. Unlängst hat er Kontakt zu

DOI: 10.1486/9783884144152

einem anderen Segler mit Boot aufgenommen, mit dem segelt er regelmäßig auf dem nahen See. Segeln ist für ihn eine weitere Metapher dafür, etwas zweckfreies zu tun, etwas das nur schön ist. (Int 9, 24; 37–53) (9-36)

Am Ende des Gesprächs fühlt sich der Proband wie nach einer Therapiesitzung, in der er tief in Erinnerungen eingestiegen ist. (Int 9, 25; 1–9) (9-37)

Die Motivation, an dem Gespräch teilzunehmen, ist für ihn, etwas zurückzugeben, was anderen helfen kann. Der Proband schätzt seinen eigenen Fall als »exotisch« ein. Seine Taten waren aus seiner Sicht Bilder, ausgelöst durch die erotischen Reize seiner heranwachsenden Töchter. Das hatte bei ihm »verfängliche Bilder« ausgelöst. (Int 9, 25; 12–26) (9-38)

8.1.10 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 10 vom 18.07.2003

Nach ausführlicher Erläuterung des Forschungsinteresses, der Erhebungsmethoden und Hinweisen auf den Interviewleitfaden berichtet der Proband, dass er bei seinen Eltern und mit Geschwistern aufgewachsen ist. Der Vater war Kraftfahrer, die Mutter Hausfrau. Er ist das Älteste von vier Kindern. Seinen leiblichen Vater hat er nicht kennengelernt, seine Geschwister stammen alle von seinem Stiefvater ab. Er wurde 1964 geboren. Er wurde in eine Hauptschule eingeschult, nach zwei Jahren aber in eine Förderschule versetzt. Er ist Legastheniker. (Int 10, 1/3–2/33) (10-1)

Sein Elternhaus beschreibt der Proband als »normal«, die Eltern hätten wenig gestritten, die Ehe wurde später geschieden. Der Vater hatte als Kraftfahrer die Funktion des Ernährers, er wird als eher wenig streng beschrieben. Die Mutter dagegen war sehr streng, als herausragende Eigenschaft wird ihr besonderes Reinlichkeitsbedürfnis (»die hat a'n Putzwahn g'habt«) beschrieben. Zwischen den Kindern wurden keine Unterschiede gemacht. Die Geschwister haben sich untereinander gut vertragen, nur mit einem Bruder hat er öfter Streit gehabt. Die Scheidung der Eltern erfolgte, als er schon 18 Jahre alt war. (Int 10, 2/37–3/21) (10-2)

Der Proband wuchs immer in der Herkunftsfamilie auf, war nie in einem Heim untergebracht. (Int 10, 3; 24–25) (10-3)

Die Eltern des Probanden gehörten den Zeugen Jehovas an. Er musste als Kind dreimal in der Woche zu kirchlichen Versammlungen gehen. Die Teilnahme an diesen Versammlungen war für ihn kein Zwang, er hatte dort auch seine Freunde. (Int 10, 3; 28–39) (10-4)

Zu längeren Abwesenheiten der Eltern kam es während der Kindheit des Probanden nicht. Ein wichtige Bezugsperson war für ihn ein Großvater, den er manchmal in der früheren DDR besucht hat. Während er mit den Eltern nicht über Dinge reden konnte, die ihn beschäftigten, war das mit dem Großvater

DOI: 10.1486/9783884144152

problemlos möglich. Der hat ihn auch ohne viel Worte verstanden. (Int 10, 3/43–4/14) (10-5)

Bis zur Einschulung besuchte er den Kindergarten, er hatte Spielkameraden, mit denen er auf der Straße spielen konnte. Seine Freunde, die er sich selbst aussuchen konnte, durfte er auch zum Spielen mit nach Hause bringen. Ein herausragend schönes Kindheitserlebnis ist dem Probanden nicht erinnerbar. Eine besonders negative Erinnerung ist für ihn, als der jüngere Bruder mit kochendem Wasser verbrüht wurde und vom Arzt behandelt werden musste. An besondere Angstgefühle kann er sich ebenfalls nicht erinnern, er beschreibt sich als glückliches Kind. Eine der frühesten Kindheitserinnerungen bezieht sich auf die Ausstattung des Kindergartens, den er räumlich noch gut beschreiben kann. (Int 10, 4/17–5/18) (10-6)

Als Kind wollte er Polizist werden. Die Vorstellung, auf einem Polizeimotorrad herumzufahren, hat ihn fasziniert. Zusammenfassend schätzt der Proband seine Kindheit als »gut« ein. (Int 10, 5; 20–29) (10-7)

Im schulischen Bereich zeigten sich bald Probleme, es bestanden Schwierigkeiten im Schreiben, die Lehrkräfte beschreibt er rückblickend als sehr streng. Allerdings gelang es ihm bald, Kontakt zu anderen Kindern aufzubauen, Freunde zu gewinnen. In seiner Freizeit hat er viel Fußball gespielt. Den Wechsel an eine Förderschule erlebte er als deutliche Belastung, da er dabei den Kontakt zu seinen Schulfreunden verlor. Seine Mutter hatte auf den Wechsel an die Förderschule bestanden, obwohl er von den Voraussetzungen her weiterhin die Regelschule hätte besuchen können. Die anderen Kinder seiner Schule haben den Wechsel an die Förderschule nicht kommentiert, er wurde deswegen nicht gehänselt. Die ersten Jahre an der Förderschule hat er in negativer Erinnerung. Er hatte sich innerlich gegen diese Schule eingestellt, sich kaum am Unterricht beteiligt, die Hausaufgaben verweigert. Die Lehrkräfte haben auf dieses Verhalten wenig reagiert. Erst ab der achten Klasse fand er Spaß am Lernen, was vor allem an einer neuen Lehrkraft lag. Der Kontakt zu den anderen Kindern fiel ihm auch an der neuen Schule nicht schwer, er hat in seiner Freizeit weiter Fußball gespielt. (Int 10, 5/32–6/51) (10-8)

Mit Einsetzen der Pubertät zeigte der Proband ein teilweise aufsässiges Verhalten gegenüber den Eltern. Vor allem die rigiden Moralvorstellungen der Eltern machten ihm Probleme, er durfte zum Beispiel keine Freundin haben. Dennoch hatte er für drei Jahre eine Beziehung zu einem Mädchen, diesen Kontakt vor seinen Eltern verheimlicht. Damals hat es ihn nicht gestört, die Beziehung vor den Eltern verheimlichen zu müssen. Eigentliche Vorbilder hatte er im Alter von 15, 16 Jahren nicht. Er hatte damals auch keinen Berufswunsch entwickelt. Die Tatsache, dass er nur einen Sonderschulabschluss erreichen kann, hatte ihn gehemmt, konkrete Berufswünsche zu formulieren (Int 10, 6/55–7/40) (10-9)

Der Proband wurde von den Eltern sexuell aufgeklärt. Die Tatsache, dass er

DOI: 10.1486/9783884144152

ein Mann ist, erlebte er damals als positiv. In der neunten Klasse machte er die Prüfung an der Förderschule. In den letzten drei Jahren an der Schule hatte er eine Beziehung zu einer Mitschülerin, den Kontakt bezeichnet er als platonische Jugendliebe. (Int 10, 7/45 – 8/20) (10-10)

Nach der Schule besuchte er zunächst einen Förderlehrgang zur beruflichen Orientierung, bevor er bei einem Großunternehmen eine Lehre zum Teilezurichter absolvierte. Die Lehre schloss er ohne Prüfung ab, da er zwar im praktischen Bereich sehr gute Leistungen erreichte, jedoch Defizite im Theoriebereich aufwies. Die Arbeit selbst hat ihm viel Spaß gemacht. Während der Lehre, mit 18 Jahren, ist er von zu Hause in eine eigene Wohnung ausgezogen. Zu diesem Zeitpunkt kam es auch zur Scheidung der Eltern. Die Gründung eines eigenen Haustands erlebte er damals positiv, vor allem, dass er freier über sich selbst bestimmen kann. Damals beendete er auch den Kontakt zu den Zeugen Jehovas. In seiner Freizeit spielte er weiter Fußball, besuchte Diskotheken und spielte Billard. Eine neue Partnerschaft ist er damals nicht eingegangen. Seine langjährige Freundin vermisste er damals sehr, er lenkte sich davon hauptsächlich mit Sport ab. (Int 10, 8/23 – 9/40) (10-11)

Der Proband wurde als Kind nicht sexuell missbraucht. Mit dem Aufbau von Partnerschaften zu Frauen tat er sich in der Folgezeit schwer, einmal kam es zu einem kurzfristigen sexuellen Kontakt, eine Beziehung zu einer anderen Frau endete nach wenigen Monaten, weil sich die Frau anderweitig orientierte. Kontakt zu pornografischen Medien hat in der damaligen Zeit kaum bestanden. (Int 10, 9/45 – 10/35) (10-12)

Nach der Lehre arbeitete er als Gärtnerhelfer bei einer süddeutschen Großkommune. Die Tätigkeit an der frischen Luft bereitete ihm viel Spaß. Diese Tätigkeit übte er ca. eineinhalb Jahre aus. Im Rahmen einer depressiven Phase kündigte er den Arbeitsplatz und war zunächst arbeitslos. Damals kam es zu einem Suizidversuch und zur Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus. In den nächsten Jahren, bis zur Unterbringung im Maßregelvollzug, versucht er noch mehrmals, sich das Leben zu nehmen. Es kommt zu wiederholten Psychiatrieaufenthalten. Damals hat er sich bezüglich seiner Depressionen und Suizidgedanken niemandem mitgeteilt. Die Klinikaufenthalte erlebte er als wenig hilfreich. Eine medikamentöse Behandlung seiner Depression ist damals nicht erfolgt, diese setzte erst später im Maßregelvollzug ein. Damals hatte er auch intensiveren Kontakt zu einer religiösen Sekte. Er hoffte, dort wieder einen Sinn für sein Leben zu finden. Hauptthema seiner Depressionen und seiner Sinnsuche war die quälende Einsamkeit. In der Sekte hatte er Menschen gefunden, die sich mit ihm auseinandersetzten. Nach einem halben Jahr gelang es ihm, sich von der Sekte, welche ihn sehr vereinnahmte, zu lösen. Er fand eine Arbeitsstelle auf einem Wertstoffhof, später für vier Jahre eine Tätigkeit als Lagerist. Seine psychische Situation war in dieser Zeit weiterhin von Depressionen geprägt. Rückblickend

DOI: 10.1486/9783884144152

schätzt er sich als belastbar ein, dies ist »eigentlich« eine Grundeigenschaft von ihm. (Int 10, 10/39 – 12/42) (10-13)

Bis zu seiner Unterbringung im Maßregelvollzug war der Proband nicht vorbestraft, er berichtet, dass er auch keine nicht-geahndeten Straftaten begangen habe. Der Proband berichtet, er habe nie Alkohol im Übermaß konsumiert, Kontakt zu illegalen Drogen bestehen in einem einmaligen Konsum von Cannabis. Auch heute lebt er weitgehend abstinent. Er wurde 1992 wegen versuchter Vergewaltigung und sexueller Nötigung zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus verurteilt. Opfer war seine damalige Arbeitgeberin. Hintergrund für die Tat war sein damaliges sexuelles Interesse an dieser Frau, welches von ihr nicht erwidert wurde. Die Tat schildert der Proband so, dass er die Frau bei sich zu Hause vergewaltigen wollte, er aber aufgrund ihres Verhaltens davon abließ. Danach zwang er die Frau, ihn manuell mit der Hand zu befriedigen. Er hatte die Frau damals aus der Wohnung gehen lassen und hatte eigentlich vor, sich das Leben zu nehmen. Er war auf eine hohe Brücke gestiegen und wollte dort herunterspringen. Ein Polizeipsychologe hat ihn schließlich zur Aufgabe dieses Vorhabens überredet. Der Entschluss, sich das Leben zu nehmen, waren seine starken Schuld- und Schamgefühle wegen der Tat. Aus heutiger Sicht schätzt er sich so ein, dass er Derartiges nicht noch einmal tun würde, da ihm mittlerweile die Schäden für das Opfer besser bewusst sind. Hintergrund des Vergewaltigungsversuchs und der sexuellen Nötigung sind für ihn sein Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Liebe. Das Tatopfer hat er »wirklich g'mocht«. Zu dem Polizeipsychologen, der ihn zum Aufgeben überredet hat, hatte er hinterher keinen Kontakt mehr. Das Opfer hat ihn direkt nach der Tat angezeigt, auf der Polizeiwache hatte er alle Angaben zu den gegen ihn erhobenen Vorwürfen verweigert, daraufhin wurde er im Rahmen einer einstweiligen Unterbringung in die forensische Psychiatrie gebracht. Er vermutet, dass die Tatsache, dass er sich das Leben nehmen wollte, der Anlass war, dass er in eine Maßregelklinik verbracht wurde. Dem Polizeipsychologen hatte er zuvor erzählt, dass er schon mehrere Suizidversuche unternommen hatte. Eine schlüssige Begründung, wie es zu der Straftat gekommen ist, hat der Proband bis heute nicht für sich gefunden. Er beschreibt sich als Mensch, der so etwas »normalerweise« nicht macht. Die Tat selbst hatte er langfristig geplant, die Frau zu sich in die Wohnung gelockt. Das Motiv dafür ist, dass er »halt auch endlich mal jemand' für mich ha'm« wollte. (Int 10, 12/45 – 15/46) (10-14)

Die erste Zeit der Unterbringung hat er in negativer Erinnerung, es ging ihm damals psychisch nicht gut. Er war damals enttäuscht, weil das therapeutische Personal in seinem Empfinden zu wenig Zeit für ihn hatte. Noch vor der Hauptverhandlung hatte er sich damals in eine andere Maßregelklinik verlegen lassen. Die Begutachtung lief aber noch in der ursprünglichen Klinik. Der Wechsel in die zentrale Maßregelklinik war motiviert durch Erzählungen über die damals neu eröffnete Einrichtung. Ihm gefiel die Vorstellung, dass er dort besser unterge-

DOI: 10.1486/9783884144152

bracht sein würde, etwa ein Einzelzimmer haben könnte. (Int 10, 15/49 – 16/23) (10-15)

Der Gutachter empfahl damals die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, es wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Seine depressive Symptomatik wurde in dem Gutachten nicht benannt. Der Proband berichtet, dass es ihm damals diesbezüglich auch viel besser gegangen ist. (Int 10, 16; 27 – 40) (10-16)

Die Eingewöhnung in die geschlossene forensische Psychiatrie ist ihm schwer gefallen. Er konnte erst im Verlauf der Unterbringung realisieren, dass die Dauer der Unterbringung zunächst einmal zeitlich unbefristet ist. Parallel zur Unterbringung wurde eine 30-monatige Haftstrafe ausgesprochen. Rückblickend schätzt er die Einschätzung des Gutachters, der seine Unterbringung bei Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung empfohlen hatte, als angemessen ein. Nach Verlegung in die zentrale Maßregelklinik ging es dem Probanden besser. Er nahm dort an Einzelgesprächen teil, daneben war er in die Arbeitstherapie integriert. Der Proband berichtet, dass er in der über sechsjährigen Unterbringungszeit für sich herausgefunden hat, wie es zur Straftat gekommen ist. Nach drei Jahren Unterbringungszeit erhielt er erste Vollzugslockerungen. Die einzelnen Lockerungsstufen musste er sich zum Teil erkämpfen. Er ist der Ansicht, dass sich dabei der leitende Oberarzt der Klinik für ihn eingesetzt hat. (Int 10, 16/46 – 18/4) (10-17)

Zum Ende der Unterbringung gelang es ihm, einen externen Arbeitsplatz zu finden. Zurückblickend schätzt er die therapeutischen Möglichkeiten im Maßregelvollzug als für sich selbst ausreichend ein. Die Unterbringung selbst, auch wenn sie lange gedauert hat, hat ihm viel gebracht, vor allem die Möglichkeit, über sich selbst nachzudenken. 1999 wurde der Proband entlassen, die Bewährungszeit endet in wenigen Monaten. Die Entlassung erfolgte damals in eine betreute Wohngemeinschaft. Er war damals sehr erleichtert, dass die WG-Betreiber ihn trotz seiner Anlasstat aufgenommen hatten. Vonseiten der Maßregelklinik erfolgte eine ambulante Weiterbetreuung, in Form von wöchentlichen Einzelgesprächen bei einer Psychologin. Diese Gespräche sind Teil der Bewährungsauflagen und wurden seit Entlassung kontinuierlich durchgeführt. Die Gespräche schätzt er mittlerweile als nicht mehr notwendig ein, er bemerkt, dass es nur noch wenige Dinge zu besprechen gibt, außer aktuellen Fragestellungen. Er berichtet, dass er in der Vergangenheit von sich aus Kontakt zur Einzeltherapeutin aufgenommen hat. Damals war er in eine erneute depressive Phase geraten. Der Kontakt zum Bewährungshelfer läuft mittlerweile rein telefonisch, der Bewährungshelfer hat zu wenig Zeit für ihn. Ihm ist diese Regelung recht. Er lebt weiterhin in der Wohngemeinschaft, möchte dort aber ausziehen. Er fürchtet aber, dass es in seiner Heimatstadt keine geeignete Wohnung für ihn geben wird. Die Mitbewohner sind auch psychiatrieerfahren, einer war ebenfalls im Maßregelvollzug untergebracht. (Int 10, 18/7 – 19/44) (10-18)

DOI: 10.1486/9783884144152

Mittlerweile ist der Proband berentet, er ist nicht mehr arbeitsfähig. Die durchgeführten Integrationsmaßnahmen in den allgemeinen Arbeitsmarkt verliefen seit Entlassung aus der Unterbringung negativ, da seine Leistungsfähigkeit zu stark beeinträchtigt ist. Seit einem halben Jahr bezieht er eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Die Rentenbezüge sind allerdings so gering, dass er ergänzende Sozialhilfe erhält. Gegenwärtig sucht er eine Zuverdienstmöglichkeit. Risikosituationen im Sinn der Anlasstat sind seit Entlassung nicht mehr aufgetreten. Der Proband äußert, dass er diesbezüglich mittlerweile ganz anders eingestellt ist. (Int 10, 19/47–20/14) (10-19)

Der Proband hat gegenwärtig keine Partnerin. Er formuliert eine Beziehung als persönliches Ziel. Er möchte nicht alleine leben. (Int 10, 20; 17–21) (10-20)

Die Eltern des Probanden leben noch, er hat Kontakt zu ihnen. Er hat mit ihnen nie über seine Straftat geredet. Sie haben ihn während des Maßregelvollzugs regelmäßig besucht. Auch andere Verwandte haben ihn nicht auf die Straftat oder die Unterbringung angesprochen. Das soziale Umfeld des Probanden hat sich durch die Unterbringung nicht negativ verändert. (Int 10, 20; 23–55) (10-21)

Im Alltag unternimmt der Proband gegenwärtig nicht viel. Dies ist durch die geringe Rente und Sozialhilfe begründet. Deswegen sucht er gegenwärtig auch nach einer Zuverdienstmöglichkeit. Bis er eine solche Stelle gefunden hat, möchte er eine Tagesstätte für psychisch kranke Menschen besuchen, ein Vorstellungstermin ist schon vereinbart. (Int 10, 21; 3–16) (10-22)

Nach Entlassung aus der Unterbringung ist es ihm nicht gelungen, einen neuen Freundeskreis aufzubauen. Auch wenn die WG das einzige verlässliche soziale Umfeld darstellt, möchte er künftig in einer eigenen Wohnung leben. Er möchte dort fachlich betreut werden (betreutes Einzelwohnen). Der Aufbau einer Beziehung ist kein formuliertes Ziel des Probanden, er hat gar keine Ziele. Er möchte aber mit seinem Leben etwas anfangen können. Er ist sich sicher, dass er in der Zukunft etwas Sinnvolles machen kann, etwas, was ihm gefällt. Er möchte aktiv sein, nicht nur abwarten, was passiert. Er hat neuerdings wieder Kontakt zu den Zeugen Jehovas. Dort nimmt er an wöchentlichen Treffen teil. Die Kontakte tun ihm, nach 20 Jahren Pause, gut. Er hat der Gemeinde dort mitgeteilt, dass und warum er in der Psychiatrie untergebracht war. Er fühlt sich dort integriert. (Int 10, 21/19–22/12) (10-23)

Sexuelle Gefühle spielen für den Probanden gegenwärtig keine besondere Rolle mehr, er nimmt seit einiger Zeit ein triebdämpfendes Medikament. Die Beschränkung seiner Libido empfindet er als Entlastung. Unangenehm ist für ihn die Nebenwirkung, dass er in den vergangen zwei Jahren deutlich zugenommen hat. (Int 10, 22; 16–43) (10-24)

Seine Stabilität seit Entlassung aus der Unterbringung erklärt sich der Proband vor allem dadurch, dass er Medikamente einnimmt. Er hat eingesehen, dass er ohne Medikamente nicht leben kann. Diese Einsicht hatte er vor der

DOI: 10.1486/9783884144152

Unterbringung nicht. Vor allem seine depressive Symptomatik hat aus seiner Sicht nachgelassen. Er hat seine Angst vor den Nebenwirkungen der Medikamente überwinden können. Einzig sichtbare Nebenwirkung der Medikamente ist sein Übergewicht. Äußerlich unterscheidet sich der Proband nicht von anderen, gesunden Menschen. Für seine Stabilität ist auch bedeutsam, dass er in der forensischen Klinik, welche er regelmäßig zu Ambulanzterminen aufsucht, mehrere Vertrauenspersonen als Ansprechpartner hat. Diese Mitarbeiter kennen ihn seit Jahren, haben ihn zum Teil durch die Unterbringung begleitet. Er fühlt sich hier, auch ohne viele Worte, verstanden. Hier erfährt er echte Hilfe. In einer Krise vor ein paar Wochen, hat er sich seiner Einzeltherapeutin anvertraut. Als Lösung der Krise wurde ihm ein angstlösendes Medikament angeboten, welches er mittlerweile nimmt. Er fühlt sich dadurch stabilisiert. Er bewertet es als positiv, dass er dieses Hilfsangebot auch nach Bewährungsende wahrnehmen kann. (Int 10, 22/51–23/54) (10-25)

Als persönlichen Traum benennt der Proband den Wunsch, einmal eine Australienreise zu unternehmen. Er möchte dort gerne für mehrere Monate umherreisen. Ein konkreterer Traum besteht in dem Wunsch nach einer Zuverdienstmöglichkeit. (Int 10, 24; 3–20) (10-26)

Der Proband berichtet, er hat in seiner Bewährungszeit Patienten kennengelernt, welche rückfällig geworden sind. Er unterscheidet sich von ihnen durch seine Einsicht. Er hat verstanden, dass seine Tat ein Fehler ist. Diesen möchte er nicht wiederholen. Andere, weniger erfolgreiche Patienten sehen das nicht ein. Es ist ein wichtiges Lebensprinzip für ihn, dass er große Fehler nicht wiederholen darf. Kleinere, unbedeutende Fehler, darf er allerdings schon mehrmals machen. So hat er mehrmals, trotz guter Vorsätze, das Rauchen wieder angefangen. Der Proband hat kein spezielles Lebensmotto, keinen Leitsatz, nach dem er lebt. Die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft bewertet er als mittelmäßig wichtig, aber nicht zentral für sein Leben. Er glaubt nicht, dass Religiösität in seinem Leben eine besondere Rolle spielt. (Int 10, 24; 23–51) (10-27)

Der Proband berichtet, dass es ihm am Ende des Gesprächs gut geht. Im Gegensatz zu früher kann er heute offen über sich und seine Vergangenheit sprechen. Das hat er in der Therapie seit Entlassung aus dem Maßregelvollzug gelernt. Er schätzt seine Stabilität so ein, dass diese davon abhängt, dass er sich heute mitteilen kann. Er kann heute auch einen Sinn in seinem Leben erkennen: so wie sein Leben ist, wie es verläuft, das ist der Sinn. (Int 10, 24/54–25/12) (10-28)

DOI: 10.1486/9783884144152

8.1.11 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 11 vom 25.05.2002

Nach ausführlicher Darstellung des Forschungshintergrundes, des Untersuchungsrahmens und Vorstellung des Interviewleitfadens berichtet der Proband, dass er 1941 geboren wurde. Ein jüngerer Bruder ist kurz nach der Geburt verstorben, sodass er als Einzelkind aufwuchs. Über den Tod des Bruders ist in der Familie nie gesprochen worden. Sein Vater war Schreiner, arbeitete nach Rückkehr aus der Kriegsgefangenschaft zunächst in einer Fabrik, später in eigener Werkstatt. Die Mutter war bis zu seinem 14. Lebensjahr Hausfrau, ging dann gelegentlich putzen. Manchmal half seine Mutter dem Vater in der Werkstatt, dann wurde er von der Großmutter beaufsichtigt. (Int 11, 1/ 4–2/25) (11-1)

Bezüglich der Rollenverteilung im Elternhaus wird die Mutter, unterstützt durch die Großmutter, als dominant eingeschätzt. Der Vater hat sich nie durchsetzen können. Der Vater hat sich oft untergeordnet und oft in die Werkstatt zurückgezogen. Nur nach Alkoholkonsum, was selten vorkam, traute er sich, gegen seine Frau aufzubegehren. Zum Austausch von Zärtlichkeiten zwischen den Eltern ist es in Gegenwart des Probanden nie gekommen. Allerdings konnte der Vater seine Zuneigung dem Sohn gegenüber durchaus körperlich ausdrücken. Der Vater ist 1975 gestorben, die Mutter nach einer längeren Phase der Pflegebedürftigkeit vor zehn Jahren. Die zeitlichen Zusammenhänge kann der Proband gut berichten, er schätzt sich selbst so ein, dass er ein gutes Zahlengedächtnis hat. (Int 11, 2/28–3/24) (11-2)

Zentrale Werte in der Familie des Probanden waren Fleiß, Ordentlichkeit und Gehorsam. Er sieht diese Tugenden aus heutiger Sicht im Zusammenhang mit dem Schreinerbetrieb des Vaters, der großen Wert darauf legte, dass die potenziellen Kunden einen guten Eindruck von der Familie haben. Religiöse Inhalte haben in der Familie keine besondere Rolle gespielt. (Int 11, 3; 27–33) (11-3)

Der Proband wuchs vollständig in der Herkunftsfamilie auf, war nie in einem Heim o. Ä. untergebracht. Hauptbezugsperson war für ihn in der Kindheit die Mutter. (Int 11, 3; 36–40) (11-4)

Seine Freizeit verbrachte der Proband meist mit den Nachbarskindern. Eine besonders schöne Kindheitserinnerung ist für ihn, als der Vater heimlich in der Werkstatt einen Hasenstall gebaut hatte. Er bekam einige Tiere geschenkt, die er stolz den Nachbarskindern zeigte. Ein herausragend negatives Kindheitserlebnis ist der Tod des jüngeren Bruders, als er ca. vier Jahre alt war. Als Bild hat sich ihm die aufgebahrte Leiche des Kindes eingeprägt, dazu die weinende Mutter. Als Kind wollte er Tierdompteur werden. Er hatte einen bei einem Zirkusbesuch mit der Großmutter gesehen, was ihm sehr imponiert hatte. Zusammenfassend schätzt er seine Kindheit als »gut« ein. Er vergleicht seine Biografie mit den Lebensgeschichten anderer Patienten, die er im Maßregelvollzug kennengelernt hatte. Im Vergleich zu denen fühlt er sich ein Stück privilegiert. (Int 11, 3/43–4/28) (11-5)

DOI: 10.1486/9783884144152

Der Schuleintritt stellte für ihn eine besondere Situation dar, weil er erstmals mit einer großen Kindergruppe (40 Kinder) konfrontiert wurde. Die Schule besuchte er gerne, er war dort mit seinen Spielkameraden, den Nachbarskindern zusammen. Mit den Lehrern ist er meist gut zurechtgekommen. Das Lernen viel ihm eher leicht, er konnte gut Ergebnisse erzielen, ohne sich dafür besonders anstrengen zu müssen. Besonders leicht fiel ihm Mathematik. Er hat den qualifizierenden Hauptschulabschluss. Die Empfehlung des Lehrers, ihn auf eine weiterführende Schule zu schicken, haben die Eltern aus Finanzgründen verworfen. Stattdessen begann er nach der Schule eine Lehre als Maler. Seine Freizeit während der Schulzeit verbrachte er weiter mit den Nachbarskindern, meist auf der Straße, weil die Eltern den Besuch anderer Kinder in der Wohnung nicht wünschten. Urlaubsreisen blieben in der Familie die Ausnahme, der Vater legte Wert darauf, die Werkstatt immer geöffnet zu haben. (Int 11, 4/31 – 5/17) (11-6)

Der Proband beschreibt sich als schüchternen Typ, der im Kontakt zu Mädchen von jeher zurückhaltend gewesen war. Er begründet dies mit einer bei ihm bestehenden Augenfehlstellung. Unfallbedingt schielt ein Auge und ist weitgehend unbeweglich. Er ging bereits als Jugendlicher davon aus, dass seine Körpermerkmale (»kleiner, dünner, der schielt«) nicht attraktiv sind. Im Alter von 20 Jahren hat er angefangen, sich für Frauen zu interessieren. Während der Lehrzeit hat er die Abende oft mit Freunden und Kollegen verbracht, besuchte Musik- und Tanzveranstaltungen. Mit 20 hatte er eine erste Freundin, die er bei der Tanzveranstaltungen kennengelernt hatte. Diese erste Beziehung hielt ein Jahr, zu sexuellen Kontakten kam es dabei nicht, da er eine große Scheu davor hatte, sexuell aktiv zu werden, vor allem, dass die Frau schwanger wird. Größere Konflikte mit den Eltern während der Pubertät oder der Zeit als junger Erwachsener erinnert der Proband nicht. Lediglich sein Musikgeschmack (Jazz) war Anlass für Auseinandersetzungen mit den Eltern. Vorbilder waren für ihn Prominente aus den Bereich Sport und Musik. Die Tatsache, dass er als Mann geboren wurde, spielte für ihn als junger Erwachsener keine besondere Rolle. Mit dieser Thematik hat er sich erstmals bewusst in der Therapie während des Maßregelvollzugs auseinandergesetzt. (Int 11, 5/20 – 6/34) (11-7)

Zum Malerberuf ist er über einen Onkel gekommen, der ihn bei einem namhaften Malerbetrieb in seiner Heimatstadt untergebracht hat. Sein eigentlicher Wunsch, im Betrieb des Vaters das Schreinerhandwerk zu lernen, ließ sich aus finanziellen Gründen nicht realisieren. Der Malerberuf machte ihm aber auch Spaß, nach der Lehre hat er durchgehend, bis zu seiner Inhaftierung 1994 in diesem Beruf als Angestellter gearbeitet. Er war mit diesen beruflichen Möglichkeiten zufrieden. Die Option, selbst den Meistertitel zu erwerben und ein eigenes Geschäft zu eröffnen, war für ihn nicht reizvoll. (Int 11, 6; 37 – 53) (11-8)

Seine erste Liebesbeziehung hatte er im Alter von 20 Jahren, dabei auch die ersten erotischen Erfahrungen. Der Wunsch seiner Partnerin, miteinander zu

DOI: 10.1486/9783884144152

schlafen, hatte ihn damals jedoch eher abgeschreckt. Der Proband wurde niemals sexuell aufgeklärt. Ein damaliger Freund, zu dem er noch heute Kontakt hat, besaß erotische Magazine, welche er sich angesehen hat. Pornografische Medien hat er nicht konsumiert. Erst kurz vor der Anlasstat, die zur Unterbringung führte, hatte er einmal Kontakt zu Pornomagazinen. Der Proband hat als Kind keinerlei sexuelle Übergriffe durch Erwachsene erlitten. Im Kindesalter kam es zu Doktorspielen, welche als »harmlos« beschrieben werden. Nach der Trennung von seiner ersten Freundin, die einen anderen Mann kennenlernte, heiratete und Kinder bekam, zog er sich zunächst zurück. Damals verließ er auch die elterliche Wohnung, konzentrierte sich auf seine Arbeit. Eine erneute Beziehung ging er erst nach fünf Jahren ein. Mit seinem damaligen Freundeskreis unternahm er viele Ausflüge und Kurzreisen. Dabei lernte er seine spätere Frau kennen. Diese war als Pflegekind aus Vietnam nach Deutschland gekommen. Er beschreibt seine Partnerin als diejenige, welche damals aktiv geworden war, um ihn geworben hatte. Nach einem Jahr zog die Frau zu ihm in die Wohnung, 1975 heiratete er. Das einzige Kind des Ehepaars verstarb im Alter von einem Monat an einem Herzfehler. Er fühlte sich damals an den Tod des Bruders erinnert, das Paar geriet in eine tiefe Krise. Seine Frau wollte nach dieser Erfahrung keine eigenen Kinder haben. Er selbst hatte später dann doch wieder einen Kinderwunsch. Die sexuellen Aktivitäten beschreibt der Proband als »normal« und durchschnittlich, im Wesentlichen auf Zärtlichkeiten und Geschlechtsverkehr konzentriert. (Int 11, 7/1 – 8/25) (11-9)

Bis zu seiner Inhaftierung hatte der Proband nie mit der Justiz zu tun. Er beschreibt, dass sich seine Ehe damals negativ verändert hatte. Er vermutet, dass seine Frau mit dem finanziellen Status unzufrieden war. An den Wochenenden waren sie oft mit Bekannten unterwegs, zum Wandern und Kajakfahren. Seine Frau hatte ihn damals oft gedrängt, dass er den Meistertitel erwerben und sich mit eigener Firma selbstständig machen soll. Er empfand diese Perspektive für sich damals als zu anstrengend. Er schätzt sich als nicht geeignet ein, um mit den Anforderungen, welche durch eine Betriebsführung entstehen, adäquat umgehen zu können. Seine Frau entwickelte damals unterschiedliche materielle Bedürfnisse (Auto etc.), welche ihm aber nicht wichtig waren. Seine Frau orientierte sich damals beruflich neu, fand eine gut bezahlte Stelle und verdiente erstmals mehr als er. Auch im Beziehungsbereich orientierte sie sich weiter, hatte bald eine Beziehung mit ihrem Vorgesetzten und verließ ihn schließlich. Sie zog zu ihrem Arbeiteber, den er als »Großkotz« klassifiziert. Als er erfuhr, wo sie wohnte, ist er wütend dorthin gegangen, wollte sie zurückholen. Als sie sich weigerte, geriet er weiter in Rage und schlug den neuen Partner seiner Frau. Er fühlte sich damals zurückgesetzt, die Frau hat ihn dauerhaft verlassen. Er hat sich damals von allen Kontakten zurückgezogen. Bei Renovierungsarbeiten geriet er einige Zeit später in Kontakt mit kinderpornografischen Fotos. Diese Bilder wirkten faszinierend

DOI: 10.1486/9783884144152

auf ihn, bald fand er Mädchen im Alter zwischen fünf und acht Jahren sexuell sehr attraktiv. Auf Baustellen geriet er dann in Kontakt mit Kindern, welche er ansprach und sexuell missbrauchte. Er fertigte auch Aktfotos von den Kindern an. Damals hatte er noch ein Wochenendhaus gemietet, in dessen Umfeld ebenfalls viele Kinder lebten. Auch diese Kinder, zu denen er als Nachbar schon lange Kontakt hatte, missbrauchte er sexuell und fertigte Fotos von ihnen an. Als er das Fotomaterial im Laden entwickeln ließ, fiel er auf, eine Angestellte des Fotogeschäfts hatte ihn angezeigt. Der Proband räumte damals die ihm vorgeworfenen Straftaten wahrheitsgemäß ein. Er wurde zu einer mehrjährigen Haftstrafe und zur Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus verurteilt. (Int 11, 8/28 – 10/28) (11-10)

Die Unterbringung im Maßregelvollzug erfolgte, da im psychiatrischen Gutachten eine kombinierte Persönlichkeitsstörung festgestellt worden war. Die Begutachtungssituation erlebte er positiv. Die Gefährlichkeitseinschätzung des Gutachters, der davon ausging, dass er weitere Straftaten begehen würde, kann er aus heutiger Sicht, im Gegensatz zu damals, teilen. (Int 11, 10; 32 – 52) (11-11)

Die U-Haft erlebte er als sehr belastend, auf Intervention des Anwalts wurde er noch vor Eröffnung des Hauptverfahrens in die psychiatrische Klinik verlegt. Die Unterbringungssituation in der Klinik schätz er als besser ein, allerdings führte die Konfrontation mit schwer psychisch kranken Patienten der Aufnahmestation dazu, dass er sich sehr zurückzog. Nach neun Monaten erfolgte dann die Verurteilung. In den ersten zwei Jahren der Unterbringung erhielt er keinerlei Vollzugslockerungen. Da er starke Gesundheitsprobleme hatte und mehrmals operiert werden musste, konnte er nicht kontinuierlich in der Therapie mitarbeiten. Aus diesem Grund konnte ihm auch kein Fortschritt in den therapeutischen Bemühungen bescheinigt werden. Nach mehreren operativen Eingriffen gelang ihm dann aber doch der Einstieg in die Therapie und er wurde dann relativ schnell gelockert. (Int 11, 10/54 – 11/34) (11-12)

In der Unterbringung erhielt er Besuch von einem Freund, einem Malerkollegen. Der übernahm auch die notwendige Begleiterfunktion im Rahmen der Tages- und Wochenendausgänge. Der Freund hat ihm auch später bei der Wohnungssuche geholfen. Nach einiger Zeit erhielt er auch Besuch von einem Bekannten aus der alten Wandergruppe, er hatte ihm zu Weihnachten aus der Unterbringung geschrieben. Während der Unterbringung erfolgte die Berentung des Probanden. So verfügte er zum Unterbringungsende über ein regelmäßiges Einkommen. Über den Kontakt zu einem früheren Kunden seines ehemaligen Arbeitgebers erhielt er eine Wohnung. Seine frühere Eigentumswohnung, die er sich während der Ehe gekauft hatte, verkaufte er und bezahlte damit Gerichtskosten, Scheidungskosten, Schmerzensgeld für die Opfer. Vom Restbetrag finanzierte er sich die Wohnungseinrichtung der neuen Wohnung. (Int 11, 11/37 – 12/9) (11-13)

DOI: 10.1486/9783884144152

Während der mehr als vierjährigen Unterbringungszeit erhielt er durchgehend Einzeltherapie. In der Therapie konnte er die Hintergründe seiner psychischen Erkrankung und seiner Sexualdelikte analysieren und aufarbeiten. Er entdeckte eine Parallele im Beziehungsverhalten zwischen sich und seinem Vater: Auch er hat sich in Beziehungen immer untergeordnet, sich von seiner Partnerin abhängig gemacht. Die in der Trennungssituation erfahrene Entwertung kompensierte er durch den Missbrauch der Kinder, bei denen er sich überlegen fühlen konnte. Der Einzeltherapeut wirkte auf ihn angenehm, erfahren und gelassen. (Int 11, 12; 12–42) (11-14)

Die Entlassung erfolgte in mehreren Stufen, dabei konnte er auch seine eigene Wohnung nutzen. Er beschreibt, dass er zum Entlassungszeitpunkt verunsichert war, da sein soziales Umfeld praktisch nicht mehr vorhanden war. Die damalige soziale Isolation war für ihn auch Folge der Taten und der Unterbringung. (Int 11, 12; 44–50) (11-15)

Zurückblickend bewertet der Proband seine Unterbringung als sinnvolle Konsequenz auf sein delinquentes Verhalten. Er geht davon aus, dass die vielen Gespräche ihm ermöglicht haben, seine Tat zu verarbeiten. In der reinen Strafhaft wäre das nicht möglich gewesen, so seine Einschätzung. Die Unterbringung war, auch unter dem Zeitaspekt, gerechtfertigt. Die Unterbringung hat ihm einerseits viel gebracht, u. a. das Verstehen der Straftaten, andererseits sieht er seine körperlichen Beschwerden im Kontext der Belastungen der Unterbringung. (Int 11, 12/53–13/8) (11-16)

Die Nachsorgesituation bestand für ihn in regelmäßigen Einzelkontakten. Dort konnte er die Erfahrungen aus der Therapie auf ihre Übertragbarkeit in das außerklinische Leben überprüfen und auftretende Probleme ansprechen. Später nahm er an einer ambulanten Gruppentherapie für Sexualstraftäter teil. Der wichtigste Aspekt dort war für ihn die Möglichkeit, mit anderen Betroffenen, die sich in einer ähnlichen Lebenssituation befinden, regelmäßig zu sprechen, zu sehen, wie die ihre Resozialisierung bewältigen. Den Kontakt zum Bewährungshelfer sieht er eher unter dem Kontrollaspekt, allerdings stand ihm der Mitarbeiter auch bei einigen Ämterangelegenheiten hilfreich zur Seite. (Int 11, 13; 11–26) (11-17)

Seit seiner Entlassung sind über vier Jahre vergangen, er wurde nicht rückfällig. In dieser Zeit hat er es mehrfach erlebt, dass andere Entlassene zurück in die Unterbringung mussten. Von nicht erfolgreichen, rückfälligen Tätern unterscheidet er sich durch seine Motivation. Er hat von Beginn der Unterbringung an wissen wollen, warum er Kinder sexuell missbraucht. Er hat sich damals selbst nicht mehr getraut, weil er eben straffällig geworden war. Rückfällige Täter haben nicht dieses Verlangen danach, zu verstehen, warum sie delinquent werden. Seinen Lebensweg, auch den Abschnitt der Straffälligkeit sieht er als sinnvolle Einheit, als Entwicklung an. Weil es ihm gelingt, diese Entwicklung retrospektiv

DOI: 10.1486/9783884144152

zu verstehen, zu entschlüsseln ist er auch in der Lage, diese – an sich negative Entwicklung – später positiv für sich zu nutzen. Rückfällige Täter können dies nicht. Die Tatsache, dass er in seinem Leben Krisen durchlebt, auch künftig durchleben wird, sieht er nicht grundsätzlich negativ, sondern fasst diese als Aufforderung zu weiterer Entwicklung auf. Andere Täter, die rückfällig werden, haben kein derartiges Verständnis. Der Proband schätzt die Grundlagen dieser erfolglosen Täter als schlechter (im Vergleich zu seinem Fall) ein. Diese haben schon in der Kindheit schlechtere Chancen gehabt. Stabilisierend wirkt sich auf ihn sein Zufriedenheitsgefühl aus. Er nimmt sich in einem Altersabschnitt wahr, wo er auf sein Leben zurückblickt. Wenn er sein ganzes Leben vor sich sieht, erfüllt ihn dies mit Stolz, er hat etwas erreicht. Auch wenn er aktuell wieder stärkere gesundheitliche Probleme hat, fühlt er sich dadurch nicht deprimiert. Auch wenn es in seinem Leben Einschränkungen gibt, hat er nicht das Gefühl, dass ihm etwas fehlt. Er hat ein positives Grundgefühl, das ihm vermittelt, dass sich die Dinge gut für ihn entwickeln werden. Seine frühere Delinquenz und die darauf folgende Unterbringung sieht er als integralen Bestandteil dessen, wer und was er heute ist. (Int 11, 13/29 – 14/7) (11-18)

Der Proband berichtet von seinem Freund, den er schon längere Zeit kennt. Der Kontakt zu ihm ist heute sehr intensiv. Der Freund hatte Alkoholprobleme; die gemeinsame Beschäftigung und Bewältigung dieser Problematik hat die beiden nahe zusammengebracht. Es ist ihm auch gelungen, Kontakt zu einem Freizeitclub von Rentnern aufzubauen, er fühlt sich dort zugehörig. Dort ist allerdings nicht bekannt, dass er Täter ist und untergebracht war. Zu einer der Frauen aus diesem Kreis hat er engeren Kontakt, sie ist »fast eine Freundin«. Ihr hat er seinen strafrechtlichen Hintergrund einmal angedeutet, sie wollte aber nicht zuhören. Wegen seiner gesundheitlichen Probleme hat er aktuell viele Arzttermine, er hat Herzprobleme und Durchblutungsstörungen. Er führt seinen eigenen Haushalt und versucht, so oft wie möglich rauszugehen. Ab und zu kann er als Maler arbeiten und nebenher etwas verdienen. Die Arbeit macht ihm immer noch Spaß. (Int 11, 14; 10 – 33) (11-19)

Wichtig ist für ihn auch der Kontakt zu anderen Tätern aus der ambulanten Therapiegruppe. Zu einzelnen Teilnehmern dort unterhält er einen intensiveren Kontakt, es entstehen Freundschaften, er fühlt sich von ihnen verstanden. (Int 11, 14; 37 – 42) (11-20)

Am Ende des Gesprächs fühlt sich der Proband gut. Die referierten Inhalte sind ihm vertraut. Einzelne Aspekte (Vater, Bruder) belasten ihn etwas stärker. Die Motivation, an dem Gespräch teilzunehmen, rührt für ihn daher, dass er sich verpflichtet fühlt, etwas zurückzugeben, das anderen helfen kann. Er benennt, dass er in der Unterbringung viel bekommen hat, was er nun zurückgeben möchte. Er weist darauf hin, dass er viel Zeit hat. (Int 11, 14/44 – 15/5) (11-21)

DOI: 10.1486/9783884144152

8.1.12 Zusammenfassung des Interviews mit Proband 12 vom 20.02.2002

Nach ausführlicher Darstellung des Forschungsthemas und der Methode der Datengewinnung, weist der Proband darauf hin, dass er früher oft rückfällig geworden ist, wenn er aus der Haft entlassen worden war. Er berichtet, dass es in seiner Familie verpönt war, Dialekt zu sprechen. Er hat immer Hochdeutsch reden müssen. Er war über 20 Jahre in Strafhaft gesessen, schon zur DDR-Zeit. Er wird heute durch einen Nervenarzt betreut. Der hat ihm empfohlen, an dem heutigen Interview teilzunehmen. Sein Arzt hat es bedauert, dass er so spät Therapie angeboten bekommen hat. Eine zeitigere Therapie hätte vieles verhindert. Heute geht es ihm gut, seine Frau hat nach seiner Einschätzung einen großen Anteil daran. Er fühlt sich jetzt so stabil, dass er sein Leben in Ruhe beschließen kann. Er ist 73 Jahre alt. Er weist auf die triebdämpfende Medikation hin, welche ihn stabilisiert. Er fühlt sich dadurch ruhiger, der Drang, etwas Sexuelles zu tun ist weg. Im Gegensatz zu früher meidet er heute den Kontakt zu Kindern. Er empfindet sich selbst so, dass er heute ein ganz normaler Mensch ist, auch sein Arzt unterstützt ihn in dieser Auffassung. (Int 12, 1/6 – 2/44) (12-1)

Der Proband bezeichnet sein Elternhaus als »sehr gut«. Seine Mutter hat ihm gegenüber wenig Zuneigung gezeigt, sie hat ihn nur selten in den Arm genommen. Im Alter von sieben Jahren wurde er durch einen 14-jährigen Nachbarsjungen sexuell missbraucht. Er vermutet, dass dieses Erlebnis ein Auslöser seiner eigenen sexuellen Devianz sein könnte. Später, als er »Hitlerjunge« war, kam es zu einem erneuten sexuellen Missbrauch durch einen Erwachsenen. Er beschreibt, dass er für körperliche Erfahrungen sehr offen gewesen war und vermutet, dass dies mit der starken Zurückhaltung im Elternhaus zu tun hat, dass dort wenig Zuneigung gezeigt worden ist. Als Erwachsener hatte er auch Kontakte zu Frauen, seine erste Freundin, die Tochter seines Arbeitgebers, heiratete er später. (Int 12, 2/45 – 3/18) (12-2)

Die Mutter des Probanden war Schneiderin, er beschreibt sie als »sehr angesehen ... akkurat ... penibel«. Sie arbeitete in einer Werkstatt, war nach seiner Geburt oft außer Haus, um zu arbeiten. Der Vater arbeitete in Leitungsposition im Tiefbau. Das Familienklima wird als »ziemlich kühl« beschrieben, er vermutet, dass das von seiner Mutter ausging. Der Proband wuchs ohne Unterbrechung in der Herkunftsfamilie auf. (Int 12, 3; 21 – 38) (12-3)

Religiöse Inhalte spielten in der Erziehung des Probanden keine besondere Rolle. Er selbst fühlte sich zu kirchlichen Institutionen auch nicht hingezogen. Hauptbezugsperson in seiner Kindheit war die Mutter, der Vater war berufsbedingt oft außer Haus. In den ersten zehn Jahren, bis sein Bruder geboren wurde, war er oft alleine zu Hause. Den Vater beschreibt er bezüglich Alkoholkonsum als auffällig. Dadurch sind auch wirtschaftliche Probleme aufgetreten, weswegen die Mutter hat arbeiten gehen müssen. Nach seiner Auffassung machte die Fa-

DOI: 10.1486/9783884144152

milie nach außen aber immer einen »soliden Eindruck«. Als Kind hatte er viele Spielkameraden, mit denen er meist auf der Wiese und im Wald spielte. Er durfte die Kinder auch zum Spielen mit nach Hause bringen. Als herausragend schöne Kindheitserlebnisse berichtet er das gemeinsame Angeln mit dem Vater, einen Besuch bei der Tante in Polen, wo er reiten und mit einem Schiff fahren durfte. Besonders schreckliche Erlebnisse in seiner Kindheit sind die sexuellen Übergriffe, die er erlebt hat. Er erlebte sich dabei als ambivalent, einerseits haben ihm die sexuellen Kontakte gefallen, andererseits wurde dadurch seine Schamgrenze zerstört, er beschreibt sich als sehr schüchternes Kind. Ein weiteres negatives Kindheitserlebnis ist, dass er mit 15 Jahren zur Wehrmacht eingezogen wurde, zum Dienst bei der Kriegsmarine eingesetzt und an verschiedenen Kriegsfronten eingesetzt wurde. Die Kriegserlebnisse erinnert er als »furchtbar«. (Int 12, 3/41–4/31) (12-4)

1945 geriet er in amerikanische Kriegsgefangenschaft, wurde aber bald wegen seines jugendlichen Alters aus dem Lager im Westen Deutschlands entlassen. Die Heimreise in seinen Heimatort zog sich über mehrere Etappen. Kurz vor Weihnachten 1945 kehrte er nach Hause zurück. Er erinnert lebhaft die Rückkehrsituation, als er in seiner Straße ankam. Sein Vater war noch längere Zeit in Kriegsgefangenschaft und kehrte erst im April 1946 in die Familie zurück (Int 12, 4/34–5/6) (12-5)

Nach Kriegsende arbeitet er für kurze Zeit für die Militärverwaltung und trifft dort wieder auf seine frühere Bekannte. Deren Vater stellt ihn 1947 wieder ein und er kann seine Lehre zum Kaufmann beenden. Die Beziehung zur Tochter des Arbeitgebers intensiviert sich, 1949 hat er geheiratet, ein Jahr später wurde ein Mädchen geboren. Der Proband verweist darauf, dass er damit eine schon ältere Tochter hat und er Großvater ist. Die Ehe hielt nur bis 1952, er war damals viel mit der Jugendorganisation der DDR, FDJ, unterwegs und selten zu Haue. Seine Frau hat in dieser Zeit eine neue Beziehung aufgebaut. In dieser Zeit wurde er erstmals mit einem Sexualdelikt (Missbrauch von Kindern) straffällig. Das Opfer war ein siebenjähriges Mädchen. Der Proband verweist darauf, dass es sich dabei nicht um ein Gewaltdelikt gehandelt hat. Er wurde damals zu einer Bewährungsstrafe verurteilt. Der Proband weist darauf hin, dass er sich vor den Gesprächsinhalten, welche sich um seine Sexualdelikte drehen, gefürchtet hat, es ist ihm unangenehm, darüber zu reden. Er schätzt sich so ein, dass er aber auch über diese Inhalte reden will und kann. Die Bewährungszeit hat er damals straffrei durchlebt. Allerdings kam es später noch mehrmals zu Sexualstraftaten, weswegen er auch zu Haftstrafen verurteilt wurde. Von den DDR-Gerichten wurde er mehrmals zu Haftstrafen zwischen zwei und sechs Jahren verurteilt. Er weist darauf hin, dass er im Rahmen der Verhandlungen oder während der Zeiten des Strafvollzugs nie danach gefragt wurde, wie es dazu kommt, dass er Kinder sexuell missbraucht. Er hat alle Haftstrafen voll verbüßt, obwohl ihm eine

DOI: 10.1486/9783884144152

gute Führung während des Strafvollzugs bescheinigt worden war. In einzelnen Haftanstalten saß er mehrmals ein, wo er wegen seiner guten kaufmännischen Kenntnisse beliebt war. Insgesamt finden sich in seinem Vorstrafenregister fünf Einträge wegen sexuellem Missbrauch an Kindern. Der Proband verweist darauf, dass sein Arzt umfangreiche Unterlagen zu seiner kriminellen Vorgeschichte besitzt, welche der Interviewer einsehen dürfe. Er verweist noch einmal darauf, dass es ihm sehr unangenehm ist, über seine Deliktgeschichte zu reden. Die Gesprächssituation im Interview erinnert ihn an die psychiatrische Begutachtung. (Int 12, 5/7–6/7) (12-6)

Die fehlende Therapie während der Zeiten des Strafvollzugs in der DDR ist für ihn der Grund, warum es ihm nicht gelang, straffrei zu leben. Er verweist darauf, dass er Sexualfantasien, welche sich auf Kinder beziehen, immer gehabt hat. Er verweist auf seinen Nervenarzt und eine Ärztin, welche er im Maßregelvollzug kennengelernt hatte. Beide vertreten die Auffassung, dass eine frühzeitige Therapie in seinem Fall spätere Straftaten verhindert hätte. Vor allem sein Nervenarzt »bedauert, dass ich während der DDR-Zeit« keine Therapie machen konnte. Dieser ist auch froh, dass er nun endlich stabil ist. Die Opfer des Probanden waren ihm immer unbekannt. Anfangs missbrauchte er Mädchen, später Jungen. Er hat die Kinder zu den Taten überredet, ihnen etwas versprochen oder geschenkt. Bei keiner der Straftaten war er betrunken. (Int 12, 6; 10–34) (12-7)

In den Zeiträumen zwischen den Haftstrafen gelang es ihm immer, einen Arbeitsplatz zu finden. Dies wurde ihm durch die staatlichen Hilfsmaßnahmen in der DDR ermöglicht. (Int 12, 6; 37–40) (12-8)

Im Rahmen des letzten Strafverfahrens wurde erstmals das Vorliegen der Gründe für eine Unterbringung im Maßregelvollzug erkannt. Der Proband berichtet, dass eine Störung der sexuellen Ausrichtung diagnostiziert wurde und dass seine Steuerungsfähigkeit aufgehoben ist. Seine Frau wollte sich damals von ihm trennen, entschied dann aber während des Vollzugs, dass sie bei ihm bleiben möchte. Die Entlassung aus dem Maßregelvollzug erfolgte unter der Auflage, dass er ein triebdämpfendes Medikament einnimmt. Auch seine Frau stellte diese Bedingung. Sie akzeptiert, dass seine sexuellen Funktionen damit eingeschränkt sind. Er wurde damals zu einer Haftstrafe von 30 Monaten und zur Unterbringung nach § 63 StGB verurteilt. Zwischen der U-Haft und Antritt des Maßregelvollzugs befand er sich für kurze Zeit in Freiheit. Er begab sich dann selbst zum Antritt des Unterbringung nach § 63 StGB. (Int 12, 6/44–7/14) (12-9)

Die Unterbringung im Maßregelvollzug erlebte er als positiv, der Umgangston mit dem Personal und unter den Patienten war besser als in Strafhaft. Als unangenehm hat er die Begutachtung in Erinnerung. Er hatte das Gefühl, dass ihn der Gutachter ablehnt. Seine sexuelle Präferenz bezieht sich auf erwachsene Frauen und auf Kinder. Rückblickend bewertet er die Begutachtung als fair. Nach einem Jahr in der Unterbringung wurden Vollzugslockerungen gewährt.

DOI: 10.1486/9783884144152

Den ersten Ausgang im Klinikpark erlebte er als etwas Besonderes. Anfangs hat er sich sehr geschämt, wenn er mit Menschen zusammentraf, die nicht aus der Forensik kamen. Er schämte sich für seine Sexualdelikte. Stufenweise wurden dann weitere Lockerungen, auch Stadtausgänge gewährt. Er beschreibt sich als ruhigen, angepassten Patienten. Andere Untergebrachte, »schwere Jungs« haben während der Unterbringung neue Straftaten begangen, was zu einer Überprüfung der Sicherheitsstandards in der Klinik führte. In diesem Zusammenhang wurde er als »ungefährlich« eingestuft. Schließlich konnte er die Klinik auch für mehrere Tage verlassen. Diese Lockerungen verbrachte er bei seiner Frau, in deren Wohnung. In der Unterbringung absolvierte er eine hochfrequente Einzeltherapie mit bis zu drei Sitzungen pro Woche. Zusätzlich war er in die Ergotherapie integriert. Zusätzlich konnte er sich im Klinikgarten engagieren. Die Beschäftigung mit Erde und Pflanzen hat ihm großen Spaß gemacht. Ein eigener Garten war ein lang gehegter Wunsch von ihm, der im Vollzug erstmals in Erfüllung ging. Einmal kam es während der Unterbringung zu einer Krise, als er im Klinikgarten auf zwei Jugendliche traf, welche ihn mit Fragen bestürmten. Er erzählte diesen Vorfall der damals anwesenden Vertretungsärztin, welche daraufhin die Lockerung zurücknahm. Er erlebte diesen Vorgang als Vertrauensbruch, denn er hatte ja von sich aus über den Vorfall (bei dem es zu keinen strafbaren Handlungen kam) berichtet und dass ihn die Situation überfordert hatte. Er fühlte sich zu Unrecht bestraft. Gegen Ende der Unterbringung nahm er noch an der Kunsttherapie teil. Die junge Therapeutin schaffte es, ihn an Techniken und Themen heranzuführen, die er zuvor gemieden hatte. Die Beschäftigung mit seinen kreativen Aspekten fiel ihm nicht leicht. Die Einzeltherapie lief während der gesamten Unterbringungszeit. Er schätzt, dass es zu insgesamt etwa 150 Sitzungen gekommen ist. Die Unterbringung bewertet er retrospektiv als sinnvoll. Durch die erfahrene Therapie wurde er stabilisiert. Er erlebt die Wirkung des Maßregelvollzugs so, dass er dort seinen Willen, straffrei zu leben, festigen konnte. Auch hat er dort erkannt, dass er die Verantwortung für sein Handeln übernehmen muss. Früher erlebte er seine Delinquenz so, dass die Kinder auf ihn zugekommen wären, dass er »nur mitgemacht« hatte. Heute weiß er, dass diese Auffassung falsch ist. In der Therapie erfolgte auch die Verknüpfung, die Integration seiner Tatanteile mit seinen Opfererfahrungen als Kind. Er kann sich jetzt erinnern, dass er die erlebten sexuellen Übergriffe durch Ältere nicht wollte, auch wenn er sie ein Stück weit als »schön« empfunden hatte. Hauptmotivation für seine Straftaten ist aus seiner Sicht seine Verantwortungslosigkeit. Er sieht es heute so, dass er sich in Bezug auf seine sexuellen Bedürfnisse überhaupt nicht steuern wollte. Er hatte sich bis zur Unterbringung im Maßregelvollzug auch nie damit auseinandergesetzt, wie er sich steuern könnte. Die innere Umstellung hin zu Verantwortungsübernahme und Selbststeuerung erlebte er als schwer, da er für viele Jahrezehnte als Täter gelebt hatte. Heute kann er seine Fantasien kontrollieren, wobei er die Einnahme

DOI: 10.1486/9783884144152

eines triebdämpfenden Medikaments als Unterstützung erlebt. Er ist sich der Notwendigkeit einer steten Wachsamkeit bewusst. Vereinzelt kommt es noch zu Begegnungen mit Kindern, die er als gefährlich einschätzt. Er kann auch dabei die Verantwortung übernehmen und die Kontakte notfalls abbrechen. Solche Situationen spricht er mit seinem Einzeltherapeuten durch, auch dass diese Begegnungen für ihn Verlockungen darstellen. Für ihn ist heute wichtig, dass er den Kontakt zu Kindern, zu Jungen vermeidet. Um dies umsetzen zu können hat er sich angewöhnt, nicht immer nett und freundlich zu sein, sondern durch abweisendes Verhalten die Kinder von sich fern zu halten. Ein Problem ist dabei, dass ein nettes, freundliches, zugewandtes Wesen seinem Selbstbild entspricht. Diese Problematik bespricht er auch heute noch in der Einzeltherapie. (Int 12, 7/16 – 10/30) (12-10)

Aus Selbstschutz zieht er sich viel mehr von der Öffentlichkeit zurück, als er das früher getan hatte. Er beschäftigt sich mit seinem Garten, den er mittlerweile am Haus hat. Dort beschäftigt er sich mit den anstehenden Gartenarbeiten und seinem Goldfischteich. Der Garten ist für ihn mehr als nur ein Hobby, er ist der Lebensmittelpunkt und Lebenssinn. Die Auseinandersetzung mit den Dingen, die wachsen und sich verändern. Auch wenn er dort viel Zeit alleine verbringt, fühlt er sich nicht einsam. Er erhält regelmäßig Besuch von seiner Tochter und seinem Enkelkind. Die Vorstellung, sich unter vielen fremden Menschen zu bewegen, schreckt ihn ab. Er sehnt sich nach Ruhe und Zurückgezogenheit. (Int 12, 10; 32 – 42) (12-11)

Die wirtschaftliche Situation des Probanden und seiner Ehefrau ist schlecht. Er bezieht eine Altersrente, welche bedingt durch die langen Haftzeiten gering ist, seine Frau erhält Arbeitslosenhilfe. Das gemeinsame Familieneinkommen liegt knapp über Sozialhilfeniveau. Diese ungünstige Finanzsituation ist für ihn aber keine große Belastung. Er erlebt es als seine »Freiheit«, ein angenehmes Leben in seiner Wohnung und in seinem Garten zu haben, das genügt ihm. Neben den Gartenaktivitäten beschäftigt er sich mit Tierhaltung. Er hält mehrere Vögel und Hühner. Das überschaubare Leben mit seiner Frau in der Wohnung, im Garten ist jetzt »sein Leben«. (Int 12, 10; 45 – 55) (12-12)

Die ambulante Nachsorge durch die forensische Klinik erfolgt durch regelmäßige Einzelgespräche. Dazu wird der Proband in seiner Wohnung besucht. Die Gespräche mit dem Klinikmitarbeiter empfindet er nicht als störend oder kontrollierend. Den Mitarbeiter kann er akzeptieren, da dieser ebenfalls aus der Region stammt und die Bedingungen vor Ort genau kennt. Ein wichtiger Kontakt besteht zum Hausarzt. Dieser begleitet ihn seit mehreren Jahrzehnten, kennt den Fall des Probanden mit allen Unterbringungszeiten genau. Der Mediziner hat ihn nie wegen der Sexualdelikte abgelehnt. Er fühlt sich von ihm angenommen. Er sieht in ihm eine starke moralische Instanz, eine Person, der er »alles sagen« kann. Daneben hat sein Hausarzt Kontrollfunktionen bezüglich Medikamenten-

DOI: 10.1486/9783884144152

überwachung und Reflexion der Beziehungssituation des Probanden. Für den Notfall besteht noch ein Gesprächsangebot durch die Psychologin der forensischen Klinik, welche alle vier Wochen eine Sprechstunde in seinem Wohnort abhält. Diese Therapeutin kennt er nicht so gut, allerdings hatte er schon während der Unterbringung mit ihr zusammengearbeitet. Diese Gesprächskontakte mit professionellen Mitarbeitern erlebt er als für ihn wichtige zwischenmenschliche Kontakte, wo über Alltagsthemen (Garten), aber auch über sicherheitsrelevante Dinge (Risikosituationen) gesprochen werden kann. So bewertet er den Verlauf seiner Bewährung positiv, es ist nicht zu neuen Straftaten gekommen und in wenigen Monaten endet die Bewährungszeit. (Int 12, 11; 1–45) (12-13)

Wichtig für seine Stabilität, für seine Straffreiheit ist, dass er im Gespräch darüber bleibt, wie es zu den Straftaten gekommen ist und was er tun muss, um neue zu verhindern. Auch das Interview, zu dem er sich bereit erklärt hat, ist für ihn so ein stützender Gesprächskontakt. Der Kontakt zum Bewährungshelfer ist für ihn ebenfalls positiv. Auch wenn er anfangs Probleme mit dieser speziellen Art von Nachsorge hatte und er den Mitarbeiter als zu jung empfand, sieht er doch, dass sich der Bewährungshelfer für ihn einsetzt, sich für ihn engagiert. Die angebotene Hilfe erlebt er als echte Unterstützung. (Int 12, 12; 1–11) (12-14)

Seit seiner Entlassung war er mehrfach damit konfrontiert, dass andere Entlassene aus dem Maßregelvollzug erneut straffällig wurden. Seine Rückfallfreiheit sieht er, in Abgrenzung zu diesen nicht erfolgreichen Patienten, u. a. darin begründet, dass seine Frau weiter zu ihm hält. Seine Frau hatte er vor der letzten Haftstrafe kennengelernt. Er verweist darauf, dass sie sich damals schon bewusst für ihn entschieden hatte. Seine Rückfälligkeit war ein Schock für seine Frau, sie besuchte ihn zunächst nicht in der Klinik. Für ihn ist wichtig, dass jemand an ihn glaubt und ihn mag; seine Frau und seine Tochter. Er braucht es, dass jemand zu ihm hält, ihm zuhört, die Zeit mit ihm teilt. Er verweist auf sein hohes Alter und darauf, dass seine sexuellen Bedürfnisse nachgelassen haben. (Int 12, 12; 15–32) (12-15)

Der Proband hat kein spezielles Lebensmotto, benennt aber sein zurückgezogenes Leben, seine Konzentration auf den Garten, seine Tiere als stabilisierende Faktoren. Wichtigste Bezugspersonen sind seine Frau und die Tochter. Mit denen kann er offen reden, auch über seine Vergangenheit. (Int 12, 12; 36–40) (12-16)

Die sexuellen Aktivitäten sind deutlich eingeschränkt. Der Proband führt das auf das triebdämpfende Medikament und sein vorangeschrittenes Alter zurück und erlebt es als »normal«, dass er kaum noch sexuelle Erregung verspürt. Die sexuelle Fixierung auf Kinder ist für ihn dadurch »aufgelöst«, er betont aber, dass dies keine umfassende Garantie dafür ist, dass es sich nicht wieder ändern könnte. (Int 12, 12; 43–51) (12-17)

Das Interview erlebte der Proband als aufregend. Es ist ihm allerdings nicht

DOI: 10.1486/9783884144152

schwer gefallen, über seinen Fall zu reden. Die Gesprächssituation mit einem Fremden erlebte er als »vertraut«. Am Ende des Gesprächs ist er stabil. Die Teilnahme an dem Gespräch war für ihn ein Experiment, er wollte herausfinden, ob er es schafft, Jahre nach der Unterbringung mit jemanden über die Geschichte seiner Delinquenz und den Weg hin zu seiner Straffreiheit zu reden. Er schätzt die Fragestellung des Interviewers, warum bleiben gewisse Täter straffrei, als »wichtig« ein. Er glaubt, dass sein Beitrag zur Beantwortung dieser Frage bedeutsam ist. (Int 12, 12/54–13/12) (12-18)

8.2 Fallvergleich

Die Darstellung der Einzelfälle in Kapitel 8.1 zeigt, dass die Quantität und Qualität der protektiven Faktoren, deren Zusammenstellung und Verteilung in den verschiedenen Lebensabschnitten stark unterschiedlich ist (vgl. auch tabellarischer Überblick im Datenband). Während einzelne Patienten »reiche Protektionsmuster« mit einer Vielzahl einzelner, unterschiedlicher (sich ergänzender?) Faktoren aufweisen, sind bei anderen Patienten deutlich »arme Protektionsmuster« festzustellen. Zudem bestehen starke Unterschiede darin, ob einzelne Faktoren zeitlich überdauernd zur Verfügung standen und genutzt werden konnten. Um einen ersten Fallvergleich zu ermöglichen und die in Kapitel 9.8 vorgesehene Typenbildung durch Datenmaterial belegen zu können, erfolgt zunächst eine übersichtsartige Darstellung der zwölf Einzelfälle. Dafür wurde eine eigene grafische Darstellungsform (Standard) entwickelt, welche in allen zwölf Fallbeispielen angewendet wurde. Die einzelnen in Kapitel 8.1 erhobenen (und im Datenband tabellarisch dargestellten) Protektivfaktoren wurden in dieses Raster übertragen, Mehrfachnennungen wurden aus Gründen der besseren Darstellbarkeit vermieden. Die Beschreibung der einzelnen Faktoren erfolgt in Kapitel 9.

DOI: 10.1486/9783884144152

Falldarstellung 1 – Grafische Übersicht protektiver Faktoren

Kindheit ⇒ Dauerhafte, gute Beziehung zu mind. einer primären Bezugsperson ⇒ eher förderliche »gute« Kindheit ⇒ Stabiles familiäres Umfeld ⇒ Erstgeborener sein ⇒ Alkoholabstinenz ⇒ Soziale Beziehungen ⇒ Teilw. stabiles familiäres Umfeld ⇒ Konstante Erziehungssituation ⇒ Durchschnittliche Intelligenz ⇒ Aktives Coping ⇒ Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln ⇒ Gefühl von Sinnhaftigkeit ⇒ Autonomes Funktionieren ⇒ Beeinflussbarkeit durch spirituelle Erfahrungen ⇒ Religiöse Orientierung i. S. ethisch reifer Charakterstrukturen ⇒ Control ⇒ Soziale Förderung durch Institution (Kirche) ⇒ Soziales Interesse ⇒ Emotionale Intelligenz ⇒ Soziale Unterstützung ⇒ Vorhandensein zusätzl. Bezugspersonen ⇒ Empathiefähigkeit ⇒ Gefühl von Handhabbarkeit ⇒ Überdurchschnittliche Intelligenz ⇒ Schul. Erfolg und damit Anbindung an die dortigen Werte ⇒ Soziale Kompetenz im Kindesalter

Jugend/Adoleszenz ⇒ Emotionale Intelligenz ⇒ Empathiefähigkeit ⇒ Überdurchschnittliche Intelligenz ⇒ Schulischer Erfolg und damit Anbindung an die dortigen Werte ⇒ Erreichen eines Bildungsabschlusses ⇒ Gute soziale Integration ⇒ Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament ⇒ Control ⇒ Soziale Förderung durch Institution (Kirche) ⇒ Soziale Unterstützung durch Versicherung emotionaler Verbundenheit ⇒ abgeschlossene Berufsausbildung ⇒ Religiöse Orientierung i. S. ethisch reifer Charakterstrukturen ⇒ Beeinflussbarkeit durch spirituelle Erfahrungen ⇒ Fähigkeit zur Einnahme externer sozialer Rollen

Erwachsenenalter ⇒ Emotionale Intelligenz ⇒ Empathiefähigkeit ⇒ Überdurchschnittliche Intelligenz ⇒ Soziale Integration ⇒ Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament ⇒ gute soziale Integration ⇒ Control ⇒ Soziale Förderung durch Institution ⇒ abgeschlossene Berufsausbildung ⇒ Beeinflussbarkeit durch spirituelle Erfahrungen ⇒ Mehrere Berufsabschlüsse ⇒ Religiöse Orientierung i. S. ethisch reifer Charakterstrukturen ⇒ Zeigen von Gefühlen ⇒ Gefühl von Handhabbarkeit (bzgl. Delinquenz, bzgl. berufl. Selbstständigkeit) ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Selbstkontrollfähigkeit ⇒ Internale Kontrollüberzeugungen ⇒ Gefühl von Sinnhaftigkeit ⇒ Fürsorglichkeit ⇒ Gute Copingmechanismen ⇒ gute Einkommensgrundlage ⇒ Soziale Kompetenz ⇒ Adäquate Konfliktlösungsstrategien ⇒ Soziale Beziehungen und Unterstützung durch nicht delinquente Personen ⇒ Finanzielle und materielle Unterstützung ⇒ Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktitiväten

Erfahrener Maßregelvollzug, erfahrene Therapie ⇒ Retrospektiv positive Bewertung bedeutsamer Lebensabschnitte ⇒ Gute Therapiemotivation ⇒ emotionaler Rückhalt durch Therapeuten ⇒ Gefühl von Sinnhaftigkeit ⇒ Aufnahme und Beendigung einer spezifischen Sexualtherapie ⇒ Reale Therapiemöglichkeiten ⇒ Abgeschlossene Deliktarbeit ⇒ offene vertrauensvolle Bindung an Therapeuten ⇒ Gute Introsepektionsfähigkeit ⇒ Offene Selbstdarstellung ⇒ Erleben einer hierarchiefreien therapeutischen Kommunikation

Erfahrene forensische Nachsorge ⇒ Weiterführung einer ambulanten Sexualtherapie ⇒ Reale Therapiemöglichkeiten ⇒ offene vertrauensvolle Bindung an Therapeuten

Aktuelle Lebenssituation

Interne Faktoren ⇒ Empathiefähigkeit ⇒ Überdurchschnittliche Intelligenz ⇒ Verbalisationsfähigkeit ⇒ Beruflicher Erfolg, damit Bindung an dortige Werte ⇒ Autonomieerleben ⇒ Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten ⇒ Selbstgenügsamkeit ⇒ Realistische Einschätzung der Anforderungen durch die Umwelt und der eigenen Chancen ⇒ Kreativität in der Reaktion auf die Umwelt ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Offene Selbstdarstellung ⇒ Aufbau von Hemmfaktoren ⇒ Wahrnehmung der sozialen Unterstützung ⇒ Fähigkeit zur Herstellung von sinnhaften Bezügen zw. eigenem Verhalten und der eigenen Perspektive ⇒ Religiöse Orientierung i. S. ethisch reifer Charakterstrukturen ⇒ Control ⇒ Gefühl von Handhabbarkeit ⇒ Gefühl von Sinnhaftigkeit ⇒ Gute Copingstrategien ⇒ Positive Selbsteinschätzung ⇒ Commitment ⇒ Internale Kontrollüberzeugungen ⇒ Verantwortungsgefühl ⇒ Opferempathie ⇒ Fähigkeit, eigene Ressourcen zu erkennen und zu benennen ⇒ Introspektionsfähigkeit ⇒ Gefühl der Anerkennung durch Therapeuten ⇒ Emotionale Intelligenz ⇒ Gefühl von Verstehbarkeit ⇒ Höheres Alter (> 50) ⇒ Hoffnungspotenzial ⇒ Angemessene Zukunftspläne/Erwartung

Externe Faktoren ⇒ Offene vertrauensvolle Bindung an Therapeuten ⇒ stabile Arbeitssituation ⇒ günstige ökonomische Bedingungen ⇒ Stabile intime Beziehung ⇒ Soziale Kontrollmöglichkeiten ⇒ Einbindung in soziales Netz (Professionals und Privatpersonen ⇒ Funktionierendes soziales Netzwerk ⇒ Soziale Beziehungen zu nicht-delinquenten Personen ⇒ Vertrauensvolle, enge Beziehung zu mind. einer Person ⇒ Anerkennung in der Familie ⇒ Verfügbarkeit eines besten Freundes ⇒ Auflösung eines lange bestehenden Konfliktes zu nahem Angehörigen ⇒ Enge Bindung an Therapeuten

Verfügbare Faktoren lebensabschnittsübergreifend ⇒ Emotionale Intelligenz ⇒ Empathiefähigkeit ⇒ Überdurchschnittliche Intelligenz ⇒ Religiöse Orientierung i. S. ethisch reifer Charakterstrukturen ⇒ Control ⇒ Gefühl von Sinnhaftigkeit ⇒ Gefühl von Handhabbarkeit ⇒ Gefühl von Sinnhaftigkeit

DOI: 10.1486/9783884144152

Falldarstellung 2 – Grafische Übersicht protektiver Faktoren

Kindheit ⇒ Befriedigende Beziehung zu den Eltern ⇒ Vorhandensein wenigstens einer stabilen, positiven Bezugsperson ⇒ Aufwachsen unter Geschwistern ⇒ Gute frühkindliche, stabile und zugängliche Bezugsperson ⇒ Positive Beziehung der leiblichen Eltern zum Kind ⇒ eher förderliche »gute« Kindheit ⇒ Stabiles familiäres Umfeld ⇒ Positive Beziehung der leiblichen Eltern zum Kind während der frühen Kindheit ⇒ Zuwendung durch ältere Geschwister ⇒ Verfügbarkeit von Gleichaltrigen und Nachbarn zu emotionaler Unterstützung ⇒ Dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson ⇒ Vertrauensvolle, enge Bindung zu mind. einer Person ⇒ Funktionierendes soziales Sicherungssystem ⇒ Einbindung in soziales Netz

Jugend/Adoleszenz ⇒ Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson ⇒ Verfügbarkeit von Gleichaltrigen zur emotionalen Unterstützung ⇒ Soziale Unterstützung ⇒ Aktives Coping (in einer Konfliktsituation) ⇒ Fähigkeit, externe Ressourcen und Hilfsmöglichkeiten zu nutzen ⇒ Einbindung in soziales Netz

Erwachsenenalter ⇒ Befriedigende Beziehung zu den Eltern ⇒ Dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson ⇒ Vertrauensvolle, enge Bindung zu mind. einer Person ⇒ Soziale Integration durch Übernahme sozialer Funktionen ⇒ Verlässliche unterstützende Bezugspersonen im Erwachsenenalter ⇒ Soziale Unterstützung durch »Versicherung emotionaler Verbundenheit« durch andere ⇒ Einbindung in soziales Netz ⇒ Anerkennung in der Familie ⇒ Soziale Unterstützung ⇒ Fähigkeit zur Distanzierung von negativen Einflüssen ⇒ Verlässliche unterstützende Bezugspersonen

Erfahrener Maßregelvollzug, erfahrene Therapie ⇒ Befriedigende Beziehung zu den Eltern ⇒ Therapiemotivation ⇒ Positives Erleben der Unterbringung trotz Leugnung der Anlasstat ⇒ Selbstwirksamkeitserleben: Control ⇒ Sich auf jemanden verlassen können ⇒ Soziale Unterstützung durch »Versicherung emotionaler Verbundenheit« durch andere ⇒ Soziale Beziehungen ⇒ Soziale Beziehungen und Unterstützung durch nicht delinquente Personen ⇒ Soziale Unterstützung in Form instrumenteller Hilfen ⇒ Fortbestehen externer sozialer Kontakte während der Unterbringung ⇒ Integration in peers ⇒ Soziale Integration durch Übernahme sozialer Funktionen ⇒ Internale Kontrollüberzeugungen ⇒ Anerkennung in der Familie ⇒ Aufnahme einer spezifischen Psychotherapie ⇒ Medikamentöse Behandlung (triebdämpfend) ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase

Erfahrene forensische Nachsorge ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase

Aktuelle Lebenssituation

Interne Faktoren ⇒ Keine weitere Delinquenz ⇒ Fähigkeit zur Distanzierung von negativen Einflüssen ⇒ Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung trotz Leugnung der Anlasstat ⇒ Internale Kontrollüberzeugungen ⇒ Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln ⇒ gute Medikamentencompliance ⇒ Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten ⇒ Gefühl von Handhabbarkeit ⇒ Hoffnungspotenzial ⇒ Optimismus ⇒ angemessene Zukunftsplanung/Erwartung ⇒ Einzeldelikt ohne übermäßige Gewaltanwendung ⇒ Hochspezifische Täter-Opfer-Beziehung

Externe Faktoren ⇒ Befriedigende Beziehung zu den Eltern ⇒ Soziale Unterstützung durch »Versicherung emotionaler Verbundenheit« durch andere ⇒ Soziale Unterstützung ⇒ Anerkennung in der Familie ⇒ Aktive Unterstützung der Familie durch Lüge/Verschweigen ⇒ Verlässliche unterstützende Bezugspersonen ⇒ Kontrolle und Konsistenz im familiären Bereich ⇒ Einbindung in soziales Netz (Professionals und Privatpersonen) ⇒ Externe Kontrolle und Strukturvorgaben ⇒ Verfügbarkeit externer, institutioneller Kontrollinstanzen + deren Akzeptanz ⇒ Funktionierendes soziales Netzwerk ⇒ Medikamentöse Behandlung (triebdämpfend) ⇒ geregelte sichere Tagesstruktur/geregeltes Alltagsleben ⇒ Gute Einkommensgrundlage (gesichert) ⇒ Kontrolle durch familiären Bereich ⇒ Stabiles soziales Umfeld ⇒ Soziale Beziehungen zu und Unterstützung durch nicht delinquente Personen ⇒ Stabiles Arbeitsverhältnis

Verfügbare Faktoren lebensabschnittsübergreifend ⇒ Befriedigende Beziehung zu den Eltern ⇒ Dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson ⇒ Soziale Unterstützung durch »Versicherung emotionaler Verbundenheit« durch andere ⇒ Einbindung in soziales Netz ⇒ Anerkennung in der Familie ⇒ stabiles soziales Umfeld

Falldarstellung 3 – Grafische Übersicht protektiver Faktoren

Kindheit ⇒ Heimunterbringung in der Kindheit ⇒ Soziale Förderung durch Institution

Jugend/Adoleszenz ⇒ Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten ⇒ Positive Bildungserfahrung (bzgl. sexuelle Aufklärung)

Erwachsenenalter

Erfahrener Maßregelvollzug, erfahrene Therapie ⇒ Abschluss einer spezifischen Psychotherapie ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Abgeschlossene Deliktarbeit ⇒ Erleben der Unterbringung als Chance für eine Auseinandersetzung mit sich selbst ⇒ Reden in der Therapie als Katharsis ⇒ Therapiemotivation ⇒ Auseinandersetzung mit der

DOI: 10.1486/9783884144152

Situation des Opfers, Opferempathie ⇒ Selbstwirksamkeitserfahrung: Control ⇒ Emotionale Intelligenz ⇒ Selbstkontrollfähigkeit ⇒ Geringe Hilflosigkeit ⇒ Positive Bildungserfahrung ⇒ Humor ⇒ Medikamentöse Behandlung (triebdämpfend) ⇒ offne Selbstdarstellung ⇒ Besserung deliktfördernder Symptomatik ⇒ Akzeptanz des MRV als adäquate Behandlungsform ⇒ Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV ⇒ Finanzielle und materielle Unterstützung ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase

Erfahrene forensische Nachsorge ⇒ Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung bei guter Compliance ⇒ Motivation ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase ⇒ befriedigende berufliche Tätigkeit ⇒ Finanzielle und materielle Unterstützung ⇒ Reflexion aktueller Beziehung in Therapie

Aktuelle Lebenssituation

Interne Faktoren ⇒ Akzeptanz ungünstiger Sozialisation und Bewertung als »schöne Zeit«, ohne negative Aspekte zu negieren ⇒ Gefühl von Verstehbarkeit (deliktbezogen) ⇒ Abschluss einer spezifischen Psychotherapie ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Abgeschlossene Deliktarbeit ⇒ Besserung der deliktfördernden Symptomatik ⇒ Teilnahme an Selbsthilfegruppe ⇒ Fähigkeit, eigene Ressourcen zu erkennen und zu benennen ⇒ Gute Introspektionsfähigkeit ⇒ Akzeptanz des MRV als adäquate Behandlungsform ⇒ Opferempathie ⇒ Selbstwirksamkeitserfahrung: Control ⇒ Emotionale Intelligenz ⇒ Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV ⇒ Humor ⇒ Adaption relevanter Therapieergebnisse in echte Lebenszusammenhänge ⇒ Gute Frustrationstoleranz (in aktueller Beziehung) ⇒ Gute kommunikative Fähigkeiten (in aktueller Beziehung) ⇒ Gefühl sozialer Teilhabe/Normalität ⇒ Fähigkeit zur sozialen Anpassung ⇒ Reflexion aktueller Beziehung in Therapie ⇒ ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung ⇒ Fähigkeit externe Ressourcen und soziale Stützsysteme zu nutzen ⇒ Gutes Hoffnungspotenzial ⇒ Angemessene Zukunftsplanung/Erwartung ⇒ Soziale Rollenflexibilität ⇒ Soziale Unterstützung durch »Versicherung emotionaler Verbundenheit« durch andere ⇒ Kritische Selbstreflexion – Therapieergebnis ⇒ Lebenszufriedenheit ⇒ Gefühl von Sinnhaftigkeit ⇒ Therapiemotivation ⇒ Emotionale Intelligenz ⇒ Bewältigung der sozialen Rolle »Sexualstraftäter« ⇒ Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten ⇒ Nachreifung und Festigung der Persönlichkeit ⇒ Gefühl von Verstehbarkeit ⇒ Gefühl von Handhabbarkeit ⇒ Empathiefähigkeit ⇒ Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln ⇒ Internale Kontrollüberzeugungen ⇒ Nachholen von Bildungsabschlüssen ⇒ Betonung positiver Lebensaspekte ohne Verleugnung von Risikofaktoren und Vulnerabilitäten ⇒ Positives Selbstwertgefühl ⇒ Gute Kommunikationsfähigkeit ⇒ Überwindung dissozialer Symptomatik ⇒ Durchschnittliche Intelligenz ⇒ Offene Selbstdarstellung ⇒ Hochspezifische Täter-Opferbeziehungen

Externe Faktoren ⇒ Fortführen der Psychotherapie über das Bewährungsende hinaus ⇒ Integration in Selbsthilfegruppe ⇒ Partnerschaftliche Bindung ⇒ Stabile heterosexuelle Beziehung ⇒ stabiles familiäres Umfeld ⇒ eine in allen Qualitäten als befriedigend erlebte Partnerschaft, keine Trennungsanzeichen ⇒ Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung ⇒ Verfügbarkeit externer, institutionalisierter Kontrollinstanzen ⇒ Mit Partnerin über Sexualität sprechen ⇒ Einbindung in soziales Netz (Professionals und Privatpersonen)

Verfügbare Faktoren lebensabschnittsübergreifend

Falldarstellung 4 – Grafische Übersicht protektiver Faktoren

Kindheit ⇒ Vorhandensein wenigsten einer stabilen, positiven Bezugsperson ⇒ gute frühkindliche, stabile und zugängliche Bezugsperson ⇒ stabiles familiäres Umfeld ⇒ Konstante Erziehungssituation mit beiden Elternteilen, ohne Heimunterbringung ⇒ Positive Beziehung der leiblichen Eltern zum Kind während der frühen Kindheit ⇒ Soziale Förderung durch Institution ⇒ eher förderliche »gute« Kindheit ⇒ Soziale Unterstützung durch »Versicherung emotionaler Verbundenheit« durch andere ⇒ Selbstwirksamkeitserfahrung: Control ⇒ Schulischer Erfolg und damit Bindung an die dortigen Werte ⇒ Soziale Flexibilität und Anpassungsfähigkeit ⇒ Positive Bildungserfahrung

Jugend/Adoleszenz ⇒ Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten ⇒ Soziale Beziehungen zu und Unterstützung durch nicht delinquente Personen ⇒ Empathiefähigkeit ⇒ Emotionale Intelligenz ⇒ Soziale Integration durch Übernahme sozialer Funktionen ⇒ Selbstwirksamkeitserleben: Control (bzgl. Schule) ⇒ Gefühl von Handhabbarkeit (Schule) ⇒ Gefühl von Verstehbarkeit (Schule) ⇒ Selbstwirksamkeitserleben: Control (bzgl. eigener Finanzen) ⇒ Soziale Unterstützung in Form instrumenteller Hilfen ⇒ Eine in allen Qualitäten als befriedigend erlebte Partnerschaft ⇒ Soziale Unterstützung durch »Versicherung emotionaler Verbundenheit« durch andere ⇒ Günstige ökonomische Bedingungen ⇒ Subjektive Wahrnehmung des materiellen Wohlstandes ⇒ Positive Bildungserfahrung ⇒ abgeschlossene Berufsausbildung

Erwachsenenalter ⇒ Abgeschlossene Berufsausbildung ⇒ Wahrnehmung der eigenen »guten Kindheit« ⇒ mehrere Bildungsabschlüsse (zweiter) ⇒ Eine in allen Qualitäten als befriedigend erlebte Partnerschaft ⇒ Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten ⇒ Besserung deliktfördernder Symptomatik ⇒ Positive Bildungserfahrung

DOI: 10.1486/9783884144152

Erfahrener Maßregelvollzug, erfahrene Therapie ⇒ Erleben der Unterbringung als Chance für eine Auseinandersetzung mit sich selbst ⇒ Gute Introspektionsfähigkeit ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambul. Phase

Erfahrene forensische Nachsorge ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase ⇒ Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung

Aktuelle Lebenssituation

Interne Faktoren ⇒ Besserung deliktfördernder Symptomatik ⇒ Aktivität ⇒ Vielseitige Interessen und Engagement ⇒ Gefühl von Sinnhaftigkeit ⇒ Autonomes Funktionieren ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Fähigkeit, externe Ressourcen und soziale Stützsysteme zu nutzen ⇒ Keine weitere Delinquenz ⇒ Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung ⇒ Offene Selbstdarstellung ⇒ Positive Bildungserfahrung ⇒ Therapiemotivation ⇒ Befriedigende berufliche Tätigkeit und Berücksichtigung privater Bedürfnisse ⇒ Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten ⇒ Flexibilität/Anpassungsfähigkeit ⇒ Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln ⇒ Absprachefähigkeit ⇒ Emotionale Intelligenz ⇒ Erleben der Unterbringung als Chance für eine Auseinandersetzung mit sich selbst ⇒ Anerkennen neuer Erfahrungen ⇒ Hoffnungspotenzial ⇒ Positives Selbstwertgefühl ⇒ Betonung positiver Lebensaspekte ohne Verleugnung von Risikofaktoren und Vulnerabilitäten ⇒ Gute Introspektionsfähigkeit ⇒ Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV »trotz Leugnung der Tat« (»sinnvolles Leugnen«) ⇒ Durchschnittliche Intelligenz ⇒ Balance externer und interner Protektivfaktoren ⇒ geringe strafrechtliche Vorbelastung ⇒ Einzeldelikt ohne übermäßige Gewaltanwendung

Externe Faktoren ⇒ Stabiles Arbeitsverhältnis ⇒ Verfügbarkeit externer, institutionalisierter Kontrollinstanzen + deren Akzeptanz

Verfügbare Faktoren lebensabschnittsübergreifend ⇒ Positive Bildungserfahrung ⇒ Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten

Falldarstellung 5 – Grafische Übersicht protektiver Faktoren

Kindheit

Jugend/Adoleszenz

Erwachsenenalter ⇒ Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln ⇒ Soziale Integration durch Übernahme sozialer Funktionen + diesbezüglich positives Selbstwertgefühl

Erfahrener Maßregelvollzug, erfahrene Therapie ⇒ Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln ⇒ Selbstwirksamkeitserfahrung: Control (in der Entlassphase) ⇒ Internalisierte Kontrollüberzeugungen ⇒ Medikamentöse Behandlung (triebdämpfend), bei guter Compliance

Erfahrene forensische Nachsorge ⇒ Selbstwirksamkeitserfahrung: Control ⇒ Medikamentöse Behandlung (triebdämpfend), bei guter Compliance ⇒ Offene Selbstdarstellung ⇒ gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase ⇒ Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung

Aktuelle Lebenssituation

Interne Faktoren ⇒ Fähigkeit, eigene Ressourcen zu erkennen und zu benennen ⇒ soziale Flexibilität und Anpassungsfähigkeit ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Emotionale Intelligenz ⇒ Internalisierte Kontrollüberzeugungen ⇒ Therapiemotivation ⇒ Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln ⇒ Merkfähigkeit ⇒ Fähigkeit zur Distanzierung von negativen Einflüssen (auch: Standhalten gegenüber sozialem Erwartungsdruck) ⇒ Hoffnungspotenzial ⇒ Angemessene Zukunftsplanung/Erwartung ⇒ Rationale Überzeugungen, dadurch Vermeidung belastender Bedingungen ⇒ Erkennen komplexer sozialer Zusammenhänge ⇒ Kommunikationsfähigkeit ⇒ Offene Selbstdarstellung ⇒ Soziales Integrationsbedürfnis

Externe Faktoren ⇒ Medikamentöse Behandlung (triebdämpfend), bei guter Compliance ⇒ Verfügbarkeit externer, institutionalisierter Kontrollinstanzen + deren Akzeptanz + deren flexible Ausgestaltung (bedarfsorientiert) ⇒ Externe Kontrolle und Strukturvorgaben im Alltag ⇒ Funktionierende, sichere Krisenintervention (durch Externe veranlasst)

Verfügbare Faktoren lebensabschnittsübergreifend ⇒ Medikamentöse Behandlung (triebdämpfend), bei guter Compliance

Falldarstellung 6 – Grafische Übersicht protektiver Faktoren

Kindheit ⇒ Dauerhaft gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson ⇒ eher förderliche »gute« Kindheit ⇒ Vorhandensein wenigstens einer stabilen, positiven Bezugsperson ⇒ Befriedigende Beziehung zu den Eltern ⇒ Stabiles familiäres Umfeld ⇒ Gute frühkindliche, stabile und zugängliche Bezugspersonen ⇒ Positive Beziehung der leiblichen Eltern zum Kind während der frühen Kindheit ⇒ Soziale Förderung durch Institution (Kirche) ⇒ Internalisier-

DOI: 10.1486/9783884144152

te Kontrollüberzeugungen ⇒ Aktivität ⇒ Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten ⇒ Flow ⇒ Offene Selbstdarstellung ⇒ Soziale Integration durch Übernahme sozialer Funktionen ⇒ Positive Beziehungen zu primären Bezugspersonen ⇒ Sicheres Bindungsverhalten

Jugend/Adoleszenz ⇒ Aktivität ⇒ Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten ⇒ Flow ⇒ Soziale Integration durch Übernahme sozialer Funktionen ⇒ Erreichter eigener Bildungsabschluss ⇒ Soziale Beziehungen zu nicht delinquenten Personen ⇒ Vorbilder haben ⇒ Abgeschlossene Berufsausbildung ⇒ Mehrere Berufsabschlüsse ⇒ Positive Beziehungen zu primären Bezugspersonen ⇒ Positive Bildungserfahrung (bzgl. Sexualität) ⇒ Sicheres Bindungsverhalten ⇒ Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten

Erwachsenenalter ⇒ Wahrnehmung einer »eher förderlichen, ›guten‹ Kindheit« ⇒ Sicheres Bindungsverhalten ⇒ Soziale Flexibilität/Anpassungsfähigkeit ⇒ Positive Bildungserfahrungen ⇒ Mehrere Berufsabschlüsse ⇒ Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten ⇒ Selbstwirksamkeitserfahrung: Control ⇒ Beruflicher Erfolg und damit Bindung an dortige Werte ⇒ Emotionale Intelligenz ⇒ Fähigkeit intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten

Erfahrener Maßregelvollzug, erfahrene Therapie ⇒ Anerkennen neuer Erfahrungen ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase ⇒ Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV ⇒ Soziales Interesse und Berührbarkeit in Beziehungen zu anderen Menschen ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Gefühl von Sinnhaftigkeit (bezogen auf Krankheitsweg)

Erfahrene forensische Nachsorge ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang v. stationärer in ambulante Phase ⇒ Verfügbarkeit externer, institutioneller Kontrollinstanzen + deren Akzeptanz + deren flexible Ausgestaltung (bedarfsorientiert)

Aktuelle Lebenssituation

Interne Faktoren ⇒ Sicheres Bindungsverhalten ⇒ emotionale Intelligenz ⇒ Rationale Überzeugungen, dadurch Vermeidung belastender Bedingungen ⇒ Control ⇒ Selbstgenügsamkeit: Fähigkeit zum Erkennen und Einhalten eigener Grenzen ⇒ Soziale Integration durch Übernahme sozialer Funktionen ⇒ Beziehungs- und Aufgabenorientierung ⇒ eigene Tagesstruktur ⇒ Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten ⇒ Gefühl sozialer Teilhabe/Normalität ⇒ Hoffnungspotenzial ⇒ Betonung positiver Lebensaspekte ohne Verleugnung von Risikofaktoren und Vulnerabilitäten (Lebenszufriedenheit) ⇒ Gefühl von Handhabbarkeit ⇒ Höheres Lebensalter (Abnahme der Delinquenz ab 50. Lj.) ⇒ Angemessene Zukunftsplanung/Erwartung ⇒ Hoffnungspotenzial ⇒ Internalisierte Kontrollüberzeugungen ⇒ Soziales Integrationsbedürfnis ⇒ Fähigkeit, externe Ressourcen und soziale Stützsysteme zu nutzen ⇒ Durchschnittliche Intelligenz ⇒ Keine neue Delinquenz ⇒ Einzeldelikt ohne übermäßige Gewaltanwendung ⇒ Hochspezifische Täter-Opfer-Beziehung ⇒ Balance externer und interner Protektivfaktoren

Externe Faktoren ⇒ Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung ⇒ Verfügbarkeit externer, institutioneller Kontrollinstanzen + deren Akzeptanz + deren flexible Ausgestaltung (bedarfsorientiert) ⇒ geregeltes Arbeitsleben ⇒ Förderliche Arbeitsbedingungen ⇒ geregeltes Alltagsleben ⇒ Beruflicher Erfolg und damit Bindung an die dortigen Werte ⇒ Sozialer Status durch Tätigkeit ⇒ Stabiles Arbeitsverhältnis ⇒ Eine in allen Qualitäten als befriedigend erlebte Partnerschaft, keine Trennungsanzeichen ⇒ Stabile heterosexuelle Beziehung ⇒ Vertrauensvolle enge Beziehung zu mindestens einer Person ⇒ Gute Einkommensgrundlage ⇒ stabiles familiäres Umfeld

Verfügbare Faktoren lebensabschnittsübergreifend ⇒ Sicheres Bindungsverhalten ⇒ Soziale Integration durch Übernahme sozialer Funktionen ⇒ Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten

Falldarstellung 7 – Grafische Übersicht protektiver Faktoren

Kindheit ⇒ Dauerhaft gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson ⇒ Befriedigende Beziehung zu den Eltern ⇒ Vorhandensein wenigstens einer stabilen, positiven Bezugsperson ⇒ Gute frühkindliche, stabile und zugängliche Bezugsperson ⇒ Stabiles familiäres Umfeld (soziales Netz) ⇒ Eher förderliche »gute« Kindheit ⇒ Positive Beziehung der leiblichen Eltern zum Kind während der frühen Kindheit ⇒ Selbstwirksamkeit: Control (Durchsetzen eigener Wünsche) ⇒ Schulischer Erfolg und damit Bindung an die dortigen Werte ⇒ Control (in Bezug auf Schule/Leistung) ⇒ Positive Bildungserfahrungen ⇒ Soziale Flexibilität und Anpassungsfähigkeit

Jugend/Adoleszenz ⇒ Erreichter eigener Bildungsabschluss ⇒ Soziale Förderung durch Institution ⇒ Hohe Bedeutung einer spirituellen Orientierung für die eigene Lebensführung i. S. günstiger moralischer Grundorientierung ⇒ Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten

Erwachsenenalter ⇒ Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten ⇒ Einbindung in soziales Netz ⇒ Eine in allen Qualitäten als befriedigend erlebte Partnerschaft ⇒ abgeschlossene Berufsausbildung ⇒ Soziale Flexibilität/Anpassungsfähigkeit ⇒ Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Mehrere Berufsabschlüsse ⇒ Abschluss einer spezifischen (Sucht-)Therapie

DOI: 10.1486/9783884144152

Erfahrener Maßregelvollzug, erfahrene Therapie ⇒ Soziale Unterstützung durch »Versicherung emotionaler Verbundenheit« durch andere ⇒ Funktionierendes soziales Netzwerk ⇒ Soziale Beziehungen und Unterstützung durch nicht delinquente Personen ⇒ Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV »trotz Leugnung der Tat« (»sinnvolles Leugnen«) ⇒ Erleben der Unterbringung als Chance für eine Auseinandersetzung mit sich selbst ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Beenden einer (störungs)spezifischen Psychotherapie ⇒ gestufter, begleiteter Übergang von stationärer ind ambulante Phase

Erfahrene forensische Nachsorge ⇒ gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase ⇒ Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung

Aktuelle Lebenssituation

Interne Faktoren ⇒ Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten ⇒ Einbindung in soziales Netz ⇒ Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV »trotz Leugnung der Tat« (»sinnvolles Leugnen«) ⇒ Erleben der Unterbringung als Chance für eine Auseinandersetzung mit sich selbst ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht, Zufriedenheit mit Wohnsituation ⇒ Günstige materielle Bedingungen ⇒ Soziale Integration durch Übernahme sozialer Funktionen ⇒ Soziale Flexibilität ⇒ Control ⇒ Positives Selbstbild ⇒ Absprachefähigkeit ⇒ Einhalten von Bewährungsauflagen ⇒ Motivation und Engagement ⇒ Erfahrung von Struktur und Sinn im eigenen Leben ⇒ Gefühl von Sinnhaftigkeit ⇒ Gefühl von Handhabbarkeit ⇒ Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln ⇒ Hoffnungspotenzial ⇒ Realistische Einschätzung der Anforderungen durch die Umwelt und der eigenen Chancen ⇒ Selbstgenügsamkeit: Fähigkeit zum Erkennen und Einhalten eigener Grenzen ⇒ Selbstkontrollfähigkeit ⇒ Gute Introspektionsfähigkeit ⇒ Angemessene Zukunftsplanung/Erwartung ⇒ Erfahrung von Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten ⇒ Abschluss einer spezifischen Psychotherapie ⇒ Adaption relevanter Therapieergebnisse in echte Lebenszusammenhänge ⇒ Persönlichkeitsnachreifung ⇒ Fähigkeit der Wahrnehmung und Inanspruchnahme sozialer Hilfeleistung ⇒ Gefühl von Sinnhaftigkeit (Deliktbezogen) ⇒ Überdurchschnittliche Intelligenz ⇒ Balance interner und externer Protektivfaktoren ⇒ Einzeldelikt ohne übermäßige Gewaltanwendung

Externe Faktoren ⇒ Eine in allen Qualitäten als befriedigend erlebte Partnerschaft, keine Trennungsanzeichen ⇒ geregeltes Alltagsleben ⇒ geregelte sichere Tagesstruktur ⇒ Ambulante Weiterführung einer stationär begonnen forensischen Behandlung ⇒ Verfügbarkeit externer, institutionalisierter Kontrollinstanzen + deren Akzeptanz ⇒ Stabile heterosexuelle Beziehung ⇒ Harmonie und Kohäsion in der Familie ⇒ Soziale Unterstützung in Form instrumenteller Hilfen ⇒ Funktionierendes soziales Umfeld ⇒ Akzeptanz in der Gleichaltrigengruppe

Verfügbare Faktoren lebensabschnittsübergreifend ⇒ Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten ⇒ Einbindung in soziales Netz ⇒ Soziale Flexibilität/Anpassungsfähigkeit

Falldarstellung 8 – Grafische Übersicht protektiver Faktoren

Kindheit

Jugend/Adoleszenz ⇒ Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten ⇒ Vertrauensvolle, enge Beziehung zu mindestens einer Person ⇒ Control (in Bezug auf Mutter) ⇒ Positive Bildungserfahrung (bzgl. Sexualität) ⇒ Soziale Unterstützung in Form instrumenteller Hilfen ⇒ Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln ⇒ Soziales Integrationsbedürfnis ⇒ Erreichen eines Bildugnsabschlusses

Erwachsenenalter ⇒ Abgeschlossene Berufsausbildung ⇒ Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten ⇒ Vertrauensvolle, enge Beziehung zu mindestens einer Person ⇒ Control ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Soziale Unterstützung durch »Versicherung emotionaler Verbundenheit« durch andere (während Haft) ⇒ Soziale Unterstützung in Form instrumenteller Hilfen (während Haft)

Erfahrener Maßregelvollzug, erfahrene Therapie ⇒ Soziale Unterstützung durch »Versicherung emotionaler Verbundenheit« durch andere (Mutter) ⇒ Soziale Beziehungen ⇒ Fortbestehen sozialer Kontakte während der Unterbringung ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV ⇒ Beenden einer (störungs-)spezifischen Psychotherapie ⇒ Gefühl von Sinnhaftigkeit (bzgl. Straftat) ⇒ Soziale Flexibilität/Anpassungsfähigkeit ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase ⇒ Stabiles Arbeitsverhältnis (Entlassungsphase) ⇒ Einbindung in berufliche Zusammenhänge mit Bindung an die dortigen Werte (Entlassungsphase) ⇒ Günstige materielle Bedingungen (Entlassungsphase) ⇒ Aufgabenorientierung

Erfahrene forensische Nachsorge ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase ⇒ stabiles Arbeitsverhältnis ⇒ Einbindung in berufliche Zusammenhänge mit Bindung an die dortigen Werte ⇒ günstige materielle Bedingungen ⇒ Aufgabenorientierung ⇒ Soziale Flexibilität

Aktuelle Lebenssituation

Interne Faktoren ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Emotionale Intelligenz ⇒ Offene Selbstdarstellung ⇒ Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV ⇒ Beenden einer (störungs-)spezifischen Psychotherapie ⇒ Gefühl

DOI: 10.1486/9783884144152

von Sinnhaftigkeit (bzgl. Straftat) ⇒ Hoffnungspotenzial ⇒ Motivation ⇒ angemessene Zukunftsplanung/Erwartung ⇒ Erkennen komplexer sozialer Zusammenhänge ⇒ Einbindung in berufliche Zusammenhänge mit Bindung an die dortigen Werte ⇒ günstige materielle Bedingungen ⇒ Aufgabenorientierung ⇒ Soziale Flexibilität ⇒ Betonung positiver Lebensaspekte ohne Verleugnung von Risikofaktoren oder Vulnerabilitäten (Lebenszufriedenheit) ⇒ Optimismus ⇒ Fähigkeit zur Distanzierung von negativen Einflüssen ⇒ Soziale Beziehungen ⇒ Soziale Unterstützung durch »Versicherung emotionaler Verbundenheit« durch andere ⇒ Empathiefähigkeit ⇒ Selbstgenügsamkeit: Resistenz gegenüber sozialem Druck ⇒ Selbstgenügsamkeit: Fähigkeit zum Erkennen und Einhalten eigener Grenzen ⇒ Adaption relevanter Therapieergebnisse in echte Lebenszusammenhänge ⇒ Fähigkeit zur Selbstregulation ⇒ Einzeldelikte ohne übermäßige Gewaltanwendung ⇒ Angemessene Zukunftsplanung/Erwartung ⇒ Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln ⇒ Durchschnittliche Intelligenz ⇒ Hochspezifische Täter-Opfer-Beziehung

Externe Faktoren ⇒ Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung ⇒ Stabiles Arbeitsverhältnis ⇒ Verfügbarkeit externer, institutionalisierter Kontrollinstanzen + deren Akzeptanz ⇒ Soziale Unterstützung in Form instrumenteller Hilfen ⇒ Verfügbarkeit eines besten Freundes

Verfügbare Faktoren lebensabschnittsübergreifend ⇒ Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten ⇒ Stabiles Arbeitsverhältnis ⇒ Einbindung in berufliche Zusammenhänge mit Bindung an die dortigen Werte ⇒ günstige materielle Bedingungen ⇒ Aufgabenorientierung ⇒ Soziale Flexibilität

Falldarstellung 9 – Grafische Übersicht protektiver Faktoren

Kindheit ⇒ Konstante Erziehungssituation mit beiden Elternteilen, ohne Heimunterbringung ⇒ Dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson ⇒ Befriedigende Beziehung zu den Eltern ⇒ Vorhandensein wenigstens einer stabilen, positiven Bezugsperson während der frühen Kindheit ⇒ Gute frühkindliche, stabile und zugängliche Bezugsperson während der frühen Kindheit ⇒ Positive Beziehung der leiblichen Eltern zum Kind während der frühen Kindheit ⇒ Stabiles familiäres Umfeld ⇒ eher förderliche »gute« Kindheit ⇒ Seelisch gesunde Mutter ⇒ Konsistenz im familiären Bereich ⇒ Hohe Bedeutung einer spirituellen Orientierung für die eigene Lebensführung i. S. günstiger moralischer Grundorientierung ⇒ Präsenz zusätzlicher Pflegepersonen neben der Mutter ⇒ Zuwendung durch ältere Geschwister ⇒ Gefühl von Sinnhaftigkeit ⇒ Control (bzgl. Schulleistungen) ⇒ Positive Bildungserfahrungen ⇒ Schulischer Erfolg und damit Bindung an die dortigen Werte

Jugend/Adoleszenz ⇒ Abgeschlossene Berufsausbildung ⇒ Hohe Bedeutung einer spirituellen Orientierung für die eigene Lebensführung i. S. günstiger moralischer Grundorientierung ⇒ Control (bzgl. Schulleistungen) ⇒ erreichter Bildungsabschluss ⇒ Positive Bildungserfahrungen ⇒ Positive Bildungserfahrung (bzgl. Sexualität) ⇒ Fähigkeit, intensive Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten ⇒ Erreichter Bildungsabschluss

Erwachsenenalter ⇒ Control (berufl. Selbstständigkeit) ⇒ Vertrauensvolle, enge Beziehung zu mindestens einer Person ⇒ Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen ⇒ Emotionale Intelligenz (I+II) ⇒ Fähigkeit, intensive Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten ⇒ Abgeschlossene Berufsausbildung ⇒ Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln ⇒ Hohe Bedeutung einer spirituellen Orientierung für die eigene Lebensführung i. S. günstiger moralischer Grundorientierung ⇒ Erkennen komplexer sozialer Zusammenhänge ⇒ Introspektionsfähigkeit ⇒ Selbstanzeige der Anlasstat ⇒ Fähigkeit, externe Ressourcen und soziale Stützsysteme zu nutzen

Erfahrener Maßregelvollzug, erfahrene Therapie ⇒ Beenden einer (störungs-)spezifischen Psychotherapie ⇒ Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV trotz Leugnung der Tat (»sinnvolles Leugnen«) ⇒ Soziale Unterstützung durch »Versicherung emotionaler Verbundenheit« durch andere ⇒ Verfügen über soziale Kontakte ⇒ Fortbestehen sozialer Kontakte während der Unterbringungszeit ⇒ Emotionale Intelligenz ⇒ Erleben der Unterbringung als Chance für eine Auseinandersetzung mit sich selbst ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase

Erfahrene forensische Nachsorge ⇒ Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase ⇒ Control (Firmengründung)

Aktuelle Lebenssituation

Interne Faktoren ⇒ Beenden einer störungsspezifischen Psychotherapie ⇒ Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV trotz Leugnung der Tat (»sinnvolles Leugnen«) ⇒ Empathiefähigkeit ⇒ Fähigkeit, intensive intime Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten ⇒ Emotionale Intelligenz (I+II) ⇒ Fähigkeit zur Distanzierung von negativen Einflüssen ⇒ Control (Firmengründung) ⇒ Autonomieerleben ⇒ Selbstgenügsamkeit: Fähigkeit zum Erkennen und Einhalten eigener Grenzen ⇒ Fähigkeit zur Herstellung von sinnhaften Bezügen zwischen eigenem Verhalten und der eigenen Lebensperspektive ⇒ Rationale Überzeugungen, dadurch Vermeidung belastender Bedingungen ⇒ Befriedigende berufliche Tätigkeit und Berücksichtigung privater Bedürfnisse ⇒ Zufriedenheit mit Wohnverhältnissen ⇒ Betonung positiver Lebensaspekte ohne Verleugnung von Risikofaktoren und Vulnerabilitäten ⇒ Optimismus ⇒ Per-

DOI: 10.1486/9783884144152

sönlichkeitsreifung ⇒ Erleben der Unterbringung als Chance für eine Auseinandersetzung mit sich selbst ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Erfahren von Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten ⇒ Soziale Integration durch Übernahme sozialer Funktionen ⇒ Adaption relevanter Therapieergebnisse in echte Lebenszusammenhänge ⇒ Auflösen eines Konfliktes zu nahem Angehörigen ⇒ Hoffnungspotenzial ⇒ Angemessene Zukunftsplanung/Erwartung ⇒ Flow ⇒ Erholungsfähigkeit ⇒ Ethisch reife Charakterstruktur, moralische Grundsätze ⇒ Durchschnittliche Intelligenz ⇒ Gute Introspektionsfähigkeit ⇒ Gute Kommunikationsfähigkeit ⇒ Hochspezifische Täter-Opfer-Beziehung ⇒ Keine strafrechtliche Vorbelastung

Externe Faktoren ⇒ Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung ⇒ Eine in allen Qualitäten als befriedigend erlebte Partnerschaft, keine Trennungsanzeichen ⇒ Stabile intime Beziehung ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase ⇒ günstige ökonomische Situation ⇒ Stabile heterosexuelle Beziehung ⇒ günstige materielle Bedingungen

Verfügbare Faktoren lebensabschnittsübergreifend ⇒ Fähigkeit, intensive Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase

Falldarstellung 10 – Grafische Übersicht protektiver Faktoren

Kindheit ⇒ Dauerhaft gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson ⇒ Befriedigende Beziehung zu den Eltern ⇒ Stabiles familiäres Umfeld ⇒ Vorhandensein wenigstens einer stabilen, positiven Bezugsperson während der frühen Kindheit ⇒ Gute frühkindliche, stabile und zugängliche Bezugsperson ⇒ Positive Beziehung der leiblichen Eltern zum Kind während der frühen Kindheit ⇒ eher förderliche »gute Kindheit« ⇒ Soziale Förderung durch Institution (Kirche + KITA)

Jugend/Adoleszenz ⇒ Erreichter eigener Bildungsabschluss ⇒ Control (Auszug von den Eltern)

Erwachsenenalter ⇒ Control ⇒ Fähigkeit zum Erkennen und Einhalten eigener Grenzen ⇒ Funktionieren im Alltag

Erfahrener Maßregelvollzug, erfahrene Therapie ⇒ Fortbestehen externer sozialer Kontakte während der Unterbringung ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase

Erfahrene forensische Nachsorge ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase ⇒ Verfügbarkeit externer, institutionalisierter Kontrollinstanzen + deren Akzeptanz + deren flexible Ausgestaltung

Aktuelle Lebenssituation

Interne Faktoren ⇒ Geringe strafrechtliche Vorbelastung ⇒ Offene Selbstdarstellung ⇒ Emotionale Intelligenz ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase ⇒ Positives Erleben und Einschätzung der Unterbringung im MRV ⇒ Bewältigung der Rolle »Sexualstraftäter« ⇒ Fähigkeit externe Ressourcen und soziale Stützsysteme zu nutzen ⇒ Adaption relevanter Therapieergebnisse in echte Lebenszusammenhänge ⇒ Problemlösender Copingstil ⇒ Realistische Einschätzung der Anforderungen durch die Umwelt und der eigenen Chancen ⇒ Hohe Bedeutung einer spirituellen Orientierung für die eigene Lebensführung i. S. günstiger moralischer Grundorientierung ⇒ Soziale Integration durch Übernahme sozialer Funktionen ⇒ Hoffnungspotenzial ⇒ Angemessene Zukunftsplanung/Erwartung ⇒ Günstiges Lebensprinzip: Große Fehler darf man nicht zweimal machen (Straftat als großer Fehler) ⇒ Verantwortungsübernahme ⇒ Introspektionsfähigkeit ⇒ Einzeldelikt (ohne übermäßige Gewaltanwendung) ⇒ Hochspezifische Täter-Opfer-Beziehung

Externe Faktoren ⇒ Verfügbarkeit externer, institutionalisierter Kontrollinstanzen + deren Akzeptanz + deren flexible Ausgestaltung ⇒ günstige materielle Versorgungssituation ⇒ Medikamentöse Behandlung (triebdämpfend) und deren Akzeptanz ⇒ Fortführen der Psychotherapie über das Bewährungsende hinaus

Verfügbare Faktoren lebensabschnittsübergreifend

Falldarstellung 11 – Grafische Übersicht protektiver Faktoren

Kindheit ⇒ Dauerhaft gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson ⇒ Stabiles familiäres Umfeld ⇒ Vorhandensein wenigstens einer stabilen, positiven Bezugsperson während der frühen Kindheit ⇒ Gute frühkindliche, stabile und zugängliche Bezugsperson ⇒ Zuwendung durch Großeltern ⇒ Positive Beziehung der leiblichen Eltern zum Kind in der frühen Kindheit ⇒ eher förderliche »gute« Kindheit ⇒ Klare Strukturen und Regeln in Haushalt und Familienleben ⇒ Konstante Erziehungssituation mit beiden Elternteilen, ohne Heimunterbringung ⇒ Control (bzgl. Schule, Leistung) ⇒ Schulischer Erfolg und damit Bindung an die dortigen Werte

Jugend/Adoleszenz ⇒ Control (bzgl. Schule, Leistung) ⇒ Schulischer Erfolg und damit Bindung an die dortigen Werte ⇒ erreichter Bildungsabschluss ⇒ Soziale Flexibilität/Anpassungsfähigkeit ⇒ Abgeschlossene Berufsausbildung ⇒ Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten ⇒ Beruflicher Erfolg und damit Bindung an die dortigen Werte ⇒ Stabile Freundschaften ⇒ Fähigkeit, intensive Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten

DOI: 10.1486/9783884144152

Erwachsenenalter ⇒ Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten ⇒ Beruflicher Erfolg und damit Bindung an die dortigen Werte ⇒ Stabile Freundschaften ⇒ Fähigkeit, intensive Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten ⇒ Partnerschaftliche Bindung (Ehe) ⇒ Eine in allen Qualitäten als befriedigend erlebte Partnerschaft (über viele Jahre) ⇒ Soziale Beziehungen ⇒ Selbstgenügsamkeit: Fähigkeit zum Erkennen und Einhalten eigener Grenzen ⇒ Realistische Einschätzung der Anforderungen durch die Umwelt und der eigenen Chancen ⇒ Beruflicher Erfolg und damit Bindung an die dortigen Werte
Erfahrener Maßregelvollzug, erfahrene Therapie ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Fortbestehen externer sozialer Kontakte während der Unterbringung ⇒ Soziale Unterstützung in Form instrumenteller Hilfen ⇒ Günstige gesicherte materielle Versorgungssituation ⇒ Internalisierte Kontrollüberzeugungen ⇒ Control (Entlassphase) ⇒ Abschluss einer spezifischen (Sexual-)Therapie ⇒ Therapiemotivation ⇒ Gefühl von Sinnhaftigkeit ⇒ Gefühl von Verstehbarkeit ⇒ Gefühl von Handhabbarkeit ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase
Erfahrene forensische Nachsorge ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase
Aktuelle Lebenssituation
Interne Faktoren ⇒ Gute kognitive Fähigkeiten (Merkfähigkeit) ⇒ Wahrnehmung einer »biografischen Privilegiertheit« ⇒ Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten ⇒ Beruflicher Erfolg und damit Bindung an die dortigen Werte ⇒ Keine strafrechtliche Vorbelastung ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Günstige gesicherte materielle Versorgungssituation ⇒ Internalisierte Kontrollüberzeugungen ⇒ Control ⇒ Adaption relevanter Therapieergebnisse in echte Lebenszusammenhänge ⇒ Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung ⇒ Soziale Integration durch Übernahme sozialer Funktionen ⇒ Gefühl von Sinnhaftigkeit ⇒ Gefühl von Verstehbarkeit ⇒ Gefühl von Handhabbarkeit ⇒ Commitment ⇒ Höheres Lebensalter (Abnahme der Delinquenz ab 50. Lj.) ⇒ Betonung positiver Lebensaspekte ohne Verleugnung von Risikofaktoren und Vulnerabilitäten (Lebenszufriedenheit) ⇒ Hoffnungspotenzial ⇒ Optimismus ⇒ Für jemanden wichtig sein ⇒ Aktivität ⇒ Therapiemotivation ⇒ Soziale Verantwortung ⇒ Fähigkeit, intensive Beziehungen einzugehen und zu halten ⇒ Durchschnittliche Intelligenz ⇒ Balance externer und interner Protektivfaktoren
Externe Faktoren ⇒ Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung ⇒ Verfügbarkeit externer, institutioneller Kontrollinstanzen ⇒ Stabile Freundschaften ⇒ Soziale Beziehungen ⇒ Soziale Beziehungen und Unterstützung durch nicht delinquente Personen
Verfügbare Faktoren lebensabschnittsübergreifend ⇒ Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten ⇒ Beruflicher Erfolg und damit Bindung an die dortigen Werte ⇒ Günstige gesicherte materielle Versorgungssituation ⇒ Fähigkeit, intensive Beziehungen einzugehen und zu halten

Falldarstellung 12 – Grafische Übersicht protektiver Faktoren

Kindheit ⇒ Eher förderliche »gute« Kindheit ⇒ Dauerhaft gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson ⇒ Befriedigende Beziehung zu den Eltern ⇒ Vorhandensein wenigstens einer stabilen, positiven Bezugsperson während der frühen Kindheit ⇒ Gute frühkindliche, stabile und zugängliche Bezugsperson ⇒ Positive Beziehung der leiblichen Eltern zum Kind während der frühen Kindheit ⇒ Soziale Beziehungen ⇒ Verfügbarkeit von Gleichaltrigen zu emotionaler Unterstützung
Jugend/Adoleszenz ⇒ Erreichen eines Bildungsabschlusses ⇒ Abgeschlossene Berufsausbildung
Erwachsenenalter ⇒ Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten ⇒ Vertrauensvolle enge Beziehung zu mindestens einer Person
Erfahrener Maßregelvollzug, erfahrene Therapie ⇒ Verständnis der Partnerin ⇒ Fortbestehen externer Sozialkontakte während der Unterbringung ⇒ Vertrauensvolle enge Beziehung zu mindestens einer Person ⇒ Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV ⇒ Intakte soziale Netzwerke/Unterstützung ⇒ Soziale Beziehungen zu und Unterstützung durch nicht delinquente Personen ⇒ Abschluss einer spezifischen (Sexual-)Therapie ⇒ Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten ⇒ Engagement ⇒ Motivation ⇒ Gefühl von Verstehbarkeit (Anlasstat-Biografie) ⇒ Erleben der Unterbringung als Chance für eine Auseinandersetzung mit sich selbst ⇒ Verantwortungsübernahme ⇒ Emotionale Intelligenz ⇒ Eine in allen (Ausschluss: Sexualität) als befriedigend erlebte Partnerschaft mit adäquaten Konfliktlösungsstrategien beider Partner, keine Trennungsanzeichen ⇒ Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten ⇒ Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase
Erfahrenen forensischen Nachsorge ⇒ Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung
Aktuelle Lebenssituation
Interne Faktoren ⇒ Reduzierte sexuelle Impulse ⇒ Fähigkeit zur Distanzierung von negativen Einflüssen ⇒ Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten ⇒ Emotionale Intelligenz

DOI: 10.1486/9783884144152

⇒ Offene Selbstdarstellung ⇒ Vertrauensvolle enge Beziehung zu mindestens einer Person ⇒ Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV ⇒ Gefühl von Verstehbarkeit (Anlasstat-Biografie) ⇒ Erleben der Unterbringung als Chance für eine Auseinandersetzung mit sich selbst ⇒ Verantwortungsübernahme ⇒ Introspektionsfähigkeit ⇒ Control ⇒ Gefühl von Sinnhaftigkeit ⇒ Gefühl von Handhabbarkeit ⇒ Flow ⇒ Erholungsfähigkeit ⇒ Fähigkeit zur Herstellung von sinnhaften Bezügen zwischen eigenem Verhalten und der eigenen Lebensperspektive ⇒ Zufriedenheit mit Wohnverhältnissen ⇒ Selbstgenügsamkeit: Fähigkeit zum Erkennen und Einhalten eigener Grenzen ⇒ Gefühl sozialer Teilhabe ⇒ Verfügbarkeit nicht delinquenter Vorbilder ⇒ Reflexion der Partnerschaft/Beziehung in Therapie ⇒ Keine weitere Delinquenz ⇒ Emotionale Zuwendung ⇒ Höheres Lebensalter (Abnahme der Delinquenz ab 50.n Lj.) ⇒ Introspektionsfähigkeit ⇒ Adaption relevanter Therapieergebnisse in echte Lebenszusammenhänge ⇒ Lebenszufriedenheit ⇒ Besserung deliktfördernder psychiatrischer Symptomatik ⇒ Störungs-/Krankheitseinsicht ⇒ Innovative Kompetenz ⇒ Durchschnittliche Intelligenz ⇒ Gute Kommunikationsfähigkeit ⇒ Balance externer und interner Protektivfaktoren ⇒ Besonders positive Bewertung der Unterbringung im MRV

Externe Faktoren ⇒ Medikamentöse Behandlung (triebdämpfend), bei guter Compliance ⇒ günstige gesicherte materielle Versorgungssituation ⇒ Soziale Beziehungen zu und Unterstützung durch nicht delinquente Personen ⇒ Stabiles familiäres Umfeld ⇒ Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung ⇒ Verfügbarkeit externer, institutionalisierter Kontrollinstanzen + deren Akzeptanz + deren flexible Ausgestaltung (bedarfsorientiert) ⇒ Eine in allen (Ausschluss: Sexualität) als befriedigend erlebte Partnerschaft mit adäquaten Konfliktlösungsstrategien beider Partner, keine Trennungsanzeichen ⇒ Vertrauensvolle, enge Beziehung zu mindestens einer Person ⇒ Stabile heterosexuelle Beziehung ⇒ Partnerschaftliche Bindung ⇒ Verständnis der Partnerin

Verfügbare Faktoren lebensabschnittsübergreifend ⇒ Vertrauensvolle enge Beziehung zu mindestens einer Person

DOI: 10.1486/9783884144152

9 Erhobene salutogene Faktoren

Wie in Kapitel 8 ausgeführt, lassen sich die einzelnen Protektivfaktoren unterschiedlichen biografischen Abschnitten zuordnen. Die Darstellung der einzelnen Faktoren in den Folgeabschnitten folgt dieser lebensgeschichtlichen Gliederung.

9.1 Faktoren der Kindheit

Als Lebensabschnitt wird hier der Bereich von Geburt bis zum ca. 14. Lebensjahr erfasst. Die Darstellung folgt den Erzählungen der Probanden, so wie diese heute, retrospektiv ihre Kindheit erinnern. Der Auswertung der »Erzähldaten« unterliegt dabei die Annahme, dass die in den Interviews vorgetragenen Inhalte in dem Sinn zuverlässig sind, dass keine erfundenen oder stark veränderten Aspekte vorgetragen wurden. Andererseits gilt auch für die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Interviews, dass im Rahmen von erzählanalytischen Verfahren erhobene Daten nie den strengen Gütekriterien der Reliabilität standhalten können. Die Zuverlässigkeit von Erzähldaten ergibt sich eher aus der besonderen Situation des Erzählens, aus den »Zugzwängen« (Schütze 1983), also aus Aspekten wie »Gestaltschließungszwang«, »Relevanzfestlegungszwang« und »Detaillierungszwang«. Damit gilt, dass es fiktionsfrei erzählte Lebensgeschichten nicht gibt, sondern dass jeder Erzählabschnitt auch fiktionale Anteile enthält (Billmann-Mahecha 1996, 124), wobei diese i. d. R. keine bewussten Erfindungen sind, sondern aus der Erfahrungs- und Vorstellungswelt des Erzählers stammen, gleichsam »einfließen«.

9.1.1 Dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson

Der Faktor »Dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson« oder sprachlich und inhaltlich sehr nahe der Faktor »Vorhandensein wenigsten einer stabilen, positiven Bezugsperson«, bzw. »Gute frühkindliche, stabile und zugängliche Bezugsperson« wird genannt von Autoren wie Deneke (1999), Reister (1986) und Tress (1986). Beschrieben ist damit, dass im Abschnitt von der Frühkindheit bis mindestens zum 14. Lebensjahr eine stabile Erziehungsperson zur Verfügung stand, die einen dauerhaft positiven Einfluss

DOI: 10.1486/9783884144152

auf das Kind ausübte und deren positive Rolle und Eigenschaften auch zu einem späteren Zeitpunkt so erinnert und berichtet werden. In den Interviews wurde dieser Aspekt von Fall 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11 und 12 genannt und meist mit der Mutter in Verbindung gebracht. Inhaltlich gehören zu diesem Aspekt der Umstand, dass die Mutter seelisch gesund war und keine Zeiten längerer oder gar kontinuierlicher Abwesenheit vorlagen. Entwicklungspsychologisch ergibt sich die protektive Relevanz aus diesem Faktor aus Überlegungen zur frühen Mutter-Kind-Dyade und zeitlich sich in der Entwicklung anschließenden Triangulierungsprozesse. Bedeutsam werden diese frühen Beziehungsmuster als »affektlogische Bezugssysteme«, indem sie als erworbene Raster das Denken, Wahrnehmen und Verhalten, etwa als »sicheres Bindungsverhalten«, weitgehend determinieren.[1] Als Protektivfaktor für rückfallfreie Sexualstraftäter kommt der verlässlichen primären Bezugsperson eine Sonderrolle zu: Die Fallbeispiele zeigen, dass in der Frühsozialisation der Täter (z. B. Int I, 2; 19–38; Int 2, 2; 9–26; Int 2, 5; 16–22; Int 4, 1/43–2) eine Reihe entwicklungsrelevanter Abläufe in der Kindheit bewältigt werden konnten, damit eine positive Basis für eine weitgehend störungsfreie Entwicklung zunächst bestanden hat. Daneben ist die Verfügbarkeit einer positiven, primären Bezugsperson auch der Beleg dafür, dass zentrale Kindheitsbedürfnisse (Ernährung, emotionale Zuwendung, Förderung, Schutz etc.) nicht unbefriedigt blieben, damit keine Vernachlässigung stattgefunden hat. Die Probanden berichten vereinzelt von diesen Erfahrungen, wobei meist der Hinweis erfolgt, dass die familiären Verhältnisse nicht als »überragend«, aber dennoch als »ausreichend« erlebt wurden (z. B. Int 6, 1/9–2/30).

Eine Reihe inhaltlich und sprachlich naher Protektivfaktoren drücken ähnliche Aspekte wie die »dauerhaft gute Beziehung zu mindestens einer Primärperson aus«. Es sind dies »Befriedigende Beziehung zu den Eltern« (Wydler, Kolip & Abel 2000), »Positive Beziehung der leiblichen Eltern zum Kind« (insbesondere in der frühen Kindheit (Werner & Smith 1982) und »Positive Beziehungen zu primären Bezugspersonen« (Cowen et al. 1992). Eines der Beispiele für diesen Faktor ist die Erzählung in Fallbeispiel 4, das einerseits den herzlichen Umgang der Eltern mit dem Kind, aber auch die elterliche Sorge um das Kind (hier als »nicht trauen«) zeigt:

> Z: Sehr herzlich, das war, ja herzlich, das war ja alles, ach, insgesamt, ich würde sagen, das war ja schon ne schöne Jugend, ne Zeit, die ham sich ja auch gekümmert, und gemacht, mich auch gefördert. Das war ja auch ne schöne Sache, so aufzuwachsen, aufm Land, mit Bauern, mit auch Fußball spielen und so. Ich hab ne schöne Jugend gehabt. Bis auf so wat, außer so Knackpunkte für mich, persönlich so, ich hätt da n Jahr überspringen können, wäre von der sechsten in die achte Schulklasse gekommen,

1 An dieser Stelle sei anstatt längerer Ausführungen der Verweis auf Kernberg (1981), Ciompi (1982) und Bowlby (2006), stellvertretend für die Vielzahl psychoanalytischer Theoretiker gestattet.

DOI: 10.1486/9783884144152

dat hätt ich machen können, aber die Lehrer ham gesacht, den könn se doch eijentlich zum Gymnasium schicken und da ham mir meine Eltern nich so richtich jetraut. Nich jetraut, det fand ich dann schade, ne. (Int 4, 2; 13–20)[2]

9.1.2 Stabiles familiäres Umfeld

Der Protektivfaktor »Stabiles familiäres Umfeld« findet sich ebenfalls in der Mehrzahl der Fallgeschichten. Proband 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11 und 12 berichten von diesem Aspekt, der sprachlich nahe auch als »Konsistenz im familiären Bereich«, oder »Konstante Erziehungssituation mit beiden Elternteilen, ohne Heimunterbringung« zu beschreiben ist (z. B. Int 11, 1/4–2/25; Int 12, 3; 21–38). Cowen et al. (1992) weisen auf den Umstand hin, dass verlässliche Sozialstrukturen in der Kindheit zu erlebter Sicherheit des Kindes und Sicherheit in der Erziehungs- und Entwicklungssituation führen, insbesondere wenn der Zusatzfaktor »Klare Strukturen und Regeln in Haushalt und Familienleben« zutreffen. Der Protektionsaspekt dieses Faktors hängt davon ab, dass das umgebende familiäre Umfeld »positiv« strukturiert ist und von den Probanden im Erwachsenenalter als positiv besetzte Situation erinnert werden kann. In einzelnen Interviews (z. B. Int 2, 12/31–15/3) lässt sich feststellen, dass bis zum heutigen Tag eine Kontinuität in den Familienstrukturen und -kontakten aufzufinden ist. Damit verbunden sind Aspekte wie »emotionale Zuwendung«, »soziale und materielle Unterstützung«, »emotionale Verbundenheit« etc.

9.1.3 Soziale Förderung durch Institution

»Soziale Förderung durch Institution« als Protektivfaktor wurde ebenfalls von Deneke (1999) beschrieben. Gemeint ist damit die Verfügbarkeit und Wirksamkeit einer zusätzlichen Sozialisationsinstanz als Ort, an dem soziale Regeln und Fähigkeiten, Bildungsinhalte und (zum Elternhaus) alternative Inhalte vermittelt werden. Dadurch ergibt sich die Chance, für eine zusätzliche Bildung der Persönlichkeit und ein weiteres Feld um soziale Verhaltensweisen zu erproben und zu festigen. Der Protektivfaktor findet sich bei Proband 1, 3, 4, 6 und 10 (Int 1, 8/59–9/43; Int 3, 2; 26–35; Int 4, 3/6–4/14, Int 6,3; 3–20 und Int 10, 3; 28–39). Die Institutionen stammen aus dem kirchlichen oder sportlichen Bereich, wobei einmal die Vermittlung (günstiger, vgl. Kapitel 9.1.4) weltanschaulich-morali-

2 Die Formatierung der Textpassagen aus den Interviews entspricht nicht der Orginalformatierung in den Interviewtranskripten, welche im Anhang abgedruckt sind. Seiten- und Zeilenangaben stimmen jedoch überein.

DOI: 10.1486/9783884144152

scher Inhalte als Teil der Persönlichkeitsbildung oder gesundheitlich-sportliche Aspekte im Vordergrund standen. In einem Fall (Int 3, 2; 26–35) ist die Institution eine Einrichtung der stationären Kinder- und Jugendhilfe, ein Kinderheim, in das der Proband aufgrund unhaltbarer Zustände im Elternhaus eingewiesen worden war (vgl. hierzu Kapitel 9.1.5). Die Institution ersetzt hier die komplette Erziehungssituation des Elternhauses, ein Umstand (vgl. Kapitel 9.1.2) der sicher zunächst nicht als protektiv wirksam aufgefasst werden kann, jedoch in der positiven Konnotation des Probanden eine positive Wendung bekommt:

> S: Nee, det war nich' langweilig, war ja immer wat geboten. () Auch wenn et dort immer etwas streng war, oder wat mir als Kind halt so vorkam, war det dort doch meistens so, dat die einem wat geboten haben. (Int 3, 2; 33–35)

9.1.4 Bedeutung einer spirituellen Orientierung für die eigene Lebensführung i. S. günstiger moralischer Grundorientierung

Gemeint ist hier die Berührbarkeit des älteren Kindes durch spirituelle Erfahrungen und Inhalte, etwa in der Vermittlung durch Personen oder Institutionen. Proband 1 (Int I, 7; 4–21) berichtet von derartigen Erfahrungen im Zusammenhang mit Kontakten zu kirchlichen Veranstaltungen.

> B: Gut, dat wir davon reden. Ich bin () also katholisch getauft, meine Familie war überhaupt nicht religiös, hatte damit nichts am Hut, aber Religion, die Kirche, war für mich, äh, sowat wie Ersatz für die Familie, die ich mir wünschte. In der Familie, in der ich lebte, () wie gesagt, das war nicht so, so, nicht so heimelich. Det war nich wo man sich wohlfühlen konnte. Det war n ständiger Überlebenskampf. In der Kirche, (2) äh, (3) da war, (2) ja, dat war wat ich mir immer vorgestellt hatte. Da waren viele Menschen, die verstanden sich eigentlich immer sehr gut. Da gabs schöne Regeln, da gabs tolle Tradition'n, äh, gemütliche () Stundn. Ich hab in allen möglichen Jugendgruppen, die die Kirche anbot, mitgemacht, nicht nur als Teilnehmer, sondern später als Aktivist auch und () mit Vehemenz bin ich jeden Morgen, wirklich jeden Morgen, zum Gottesdienst gegangen, um sechs Uhr, vor der Schule. (Int I, 7; 9–21)

Die vermittelten Werte, verbunden mit sozialen Situationen, emotionaler Zuwendung führen zu einer moralischen Beschäftigung mit christlich-kirchlichen Inhalten, die schließlich Eingang in die Charakterstruktur des Probanden finden und in späteren Lebensabschnitten wichtige Bezugspunkte für die eigene sittlich-moralische Orientierung werden (vgl. Kapitel 9.3). Die protektive Wirkung dieser Aspekte lässt sich mit deren sinnstiftender und sozial-orientierter Ausrichtung erklären: Die Verfügbarkeit christlich-religiöser Inhalte wirkt direkt sinngebend (etwa: Glaubensbekenntnis, Schöpfungsgeschichte etc.), die dort propagierten sozialen Lehrsätze bieten eine breite Basis für »soziales Funktionieren«, »Verantwortungsübernahme«, »Hoffnungspotenzial« oder den SOC-Wert »Versteh-

DOI: 10.1486/9783884144152

barkeit«. Auch wenn diese günstige sittlich-moralische Orientierung im Leben des Probanden nicht dauerhaft zu angepasstem, straffreien Verhalten geführt hat, steht in der aktuellen (posttherapeutischen) Situation ein Wertegefüge zur Verfügung, das als positive Kraft bei der Bewältigung aktueller Aufgaben genutzt werden kann (vgl. auch Int 9, 1/ 4–2/34).

9.1.5 Heimunterbringung in der Kindheit

Die protektive Wirkung eines stabilen familiären Umfelds wurde oben beschrieben. Dort wo ein solches stabiles und förderliches Umfeld nicht zur Verfügung steht, wo die Belastungen, die sich aus dem familiären Hintergrund ergeben, überwiegen, kann unter bestimmten Voraussetzungen die Erfahrung einer Heimunterbringung in der Kindheit, als Alternative zur Belastungssituation Familie als Protektivfaktor wirken. In der Falldarstellung 3 finden sich solche Hinweise, die eine deutlich positive Bewertung der Heimunterbringung belegen.

> S: Nnjaa, wenn ick ehrlich bin, also meine Mutter, die hat ja, na ja, kann man schon so sagen, die hat ja gesoffen. Detwegen war'se ja auch so oft im Krankenhaus, weil's ihr so schlecht ging. Die war wohl keine Alkoholikerin, nich' so richtig, wenn ick mir da andere Fälle anschau', so da hab' ich jetzt ein' Kollegen, wat der allet säuft, der is' ja ganz drauf', isst nicht mehr und so ne Sachen. Det war mei Muttrn nich' so. Vater auch nich', der kam halt oft, wenn et Geld gegeben hatte besoffen nach Hause und hat Rambazamba gemacht, wie man so sacht. Da war et ja gut, dass ich im Kinderheim war, die Woche über, da hatte ich meine Ruhe, konnte wat machen und war wochenends und an Weihnachten und Ostern zu Haus', das hat dann schon gereicht, det war alles. Det war ja keine richtige Familie, wenn man da mal rauskam. Die hatten ja nie mein Geburtstag, die hatte nich' mal mein Geburtstag im Kopf, oder so. Da gab's dann auch nix zum Geburtstag, so wie das normal is', versteh'n se? (Int 3, 2; 2–12)

Auch wenn die Unterbringungsituation für das Kind in der damaligen Situation vielleicht eher als zusätzliche Belastung empfunden wurde, erlaubt die retrospektive Betrachtung eine positive Bewertung und Deutung. Unter der Voraussetzung, dass in diesem Kinderheim sinnvolle pädagogische Konzepte als Grundlage für einen förderlichen Umgang mit den Kindern bestanden, können die dort vermittelten Inhalte und Entwicklungsmöglichkeiten als Protektivfaktor (in diesem speziellen Fall) gelten.

DOI: 10.1486/9783884144152

9.1.6 Aufwachsen unter Geschwistern

Die Verfügbarkeit von Geschwisterkindern, das Aufwachsen unter Geschwistern findet sich als protektiver Faktor in Falldarstellung 2 und 9 (Int 2, 2; 9–26; Int 9, 4/27–5/14). Ältere Geschwister fungieren als zusätzliche Aufsichtspersonen, als soziale Vorbilder, als Vermittler zwischen den unterschiedlichen Familienmitgliedern, Spielkameraden, soziales Netzwerk, Personen, die emotionale Verbundenheit ausdrücken und Objekt eigener Gefühle werden. In der Literatur (Reister 1995; 97) finden sich Hinweise, dass eine förderliche Wirkung nur dann gegeben ist, solange eine Geschwisterzahl von drei nicht überschritten wird. Diese These fand jedoch im vorliegenden Datenmaterial keine Bestätigung. Auch der Umstand »Erstgeborener« in einer Geschwisterreihe zu sein, wird als zusätzlicher Protektivfaktor (ebd.) diskutiert. Zwar findet sich in Interview 1 ein Hinweis auf diese Tatsache (Int I, 4; 20–63), jedoch fehlen dort Fakten, die eine besondere Protektivwirkung der Tatsache, »Erstgeborener zu sein«, untermauern.

9.1.7 Vorhandensein zusätzlicher (naher) Bezugspersonen

Das Vorhandensein zusätzlicher Bezugspersonen, auch die Präsenz zusätzlicher Pflegepersonen neben der Mutter, werden von Werner und Smith (1982) und von Deneke (1999) dort als »Kompensatorische Elternbeziehungen, Entlastung der Mutter in einer Großfamilie« genannt. Die protektive Wirkung ergibt sich aus der Entlastungsfunktion für die leiblichen Eltern, die Chance für zusätzliche soziale Lernsituationen, zusätzliche emotional-unterstützende Begegnungen und – im Fall der Zuwendung durch die Großelterngeneration – die Chance zur Begegnung mit älteren Menschen, mit zusätzlichen sozialen Lernsituationen. Die Nutzbarkeit solcher Protektivaspekte im Erwachsenenalter ergeben sich durch positive Imaginationen, durch positives Erinnern an frühe förderliche Situationen und die Fähigkeit zur Empathie, etwa gegenüber alten Menschen, soziale Verantwortung und die retrospektive Einschätzung des »Getragenseins« und »Verstandenwerdens«. Hinweise zu diesem Faktor finden sich in den Interviews 1, 9 und 11 (Int I, 7/65–8/59; Int 9, 4/27–5/14 und Int 11, 1/ 4–2/25).

9.1.8 Positive Bildungserfahrungen

In den Interviews 1, 4, 7, 9 und 11 finden sich Hinweise auf diesen protektiven Faktor (Int I, 13; 7–14; Int 4, 4; 19–25; Int 7, 3; 3–22, Int 9, 7; 1–24 und Int 11, 4/31–5/17). Gemeint ist mit diesem Faktor einmal der Aspekt der gelungenen Wissensvermittlung in (meist schulischen) Bildungssituationen. Bildung

DOI: 10.1486/9783884144152

und Wissen als Zugang zur Welt, als Möglichkeit einer besseren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, in allen Lebensbereichen (Beruf, Freizeit, Beziehungen) und damit als zentraler Schutz vor Ausgrenzung und Nichtteilhabe. Ein zweiter Aspekt liegt in der Qualität der Bildungserfahrung: Verfügt ein Individuum über positive Bildungserfahrungen stehen damit »Bildungsressourcen« (Lazarus & Bosshard 2005) zur Verfügung, die in späteren ungünstigen, krisenhaften Situationen reaktiviert und im Zuge von Selbstheilungsprozessen oder Therapien genutzt werden können (vgl. auch Kapitel 11). Nedopil (2001) berichtet über einen weiteren Aspekt des Protektivfaktors »Positive Bildungserfahrung«: Durch schulischen Erfolg kann eine innere Bindung an die im Ort dieser Erfahrung angesiedelten Werte erfolgen. Gemeint sind hier: Leistungsmotivation, Wettbewerb, soziale Verantwortung etc. und auch die Kategorie »Internalisierte Kontroll-überzeugungen« gehört in diesen Bereich. Schließlich liegen in den biografischen Abschnitten geglückter, erfolgreicher Bildungsprozesse auch erste Erfahrungen von Control und Selbstwirksamkeitsgefühl, Gefühl von Verstehbarkeit und Handhabbarkeit, etwa, wenn Bildungserfolge ohne große Anstrengungen erzielt werden. In den Interviewpassagen finden sich etliche kurze Abschnitte, in denen diese Aspekte aufzufinden sind, z. B.:

(1) Fragen, die Schule betreffend, weil ich war immer n guter Schüler, ohne dafür viel getan zu haben. Ich hatte fast () nur
[I: mmh]
Zweien, oder Dreien, in allen Zeugnissen, ohne dafür mich
[I: mmh]
angestrengt zu haben, das ist einfach so gekommen, det () hab
[I: ja]
() ich nich als () sonderlich, äh, äh, erwähnenswert geseh'n. (Int I, 13: 7–14)

9.1.9 Eher förderliche »gute« Kindheit

Der Protektivfaktor »eher förderliche, ›gute‹ »Kindheit wurde als eigenständige Faktoreneinheit, als Zusammenfassung vieler einzelner protektiver Faktoren aus dem Lebensabschnitt »Kindheit« gebildet. Damit soll ausgedrückt werden, dass die Kindheit der interviewten Probanden in der Zusammenschau der Aspekte »stabiles familiäres Umfeld«, »Vorhandensein guter, stabiler und zugänglicher primärer Bezugspersonen«, (zusätzliche) »Förderung durch Institution«, »Vorhandensein zusätzlicher Pflegepersonen«, die Geschwistersituation und kindliche Bildungserfahrungen eine positive Bewertung i. S. von »gut« erlauben. In den Interviews ist dieser Aspekt mit der Frage »Zusammenfassend: haben Sie Ihre Kindheit insgesamt in guter oder in schlechter Erinnerung?« markiert. Mit dieser Fragestellung wird auch auf unbewusste Vergleichsmaßstäbe der Pro-

DOI: 10.1486/9783884144152

banden abgezielt, also auf deren Einordnung der eigenen Biografie in soziale Vergleichsbezüge:

> V: Äh gute, () ganz klar, des war a gute Kindheit. () Ich muss des ja im Vergleich seh'n, was ha'm andere g'habt. Ich hab da ja in der Unterbringung Leut' kenna g'lernt, die ham wirlich a schlechte Kindheit g'habt. () Ich bin net g'schlag'n wor'n, () ich hab' immer was zu Essen g'habt, () es hat si' immer aaner um mich kümmert, () ma' hat g'schaut, dass mers gut geht. (2) Des is' für mich doch a gute Kindheit, ne? (Int 9, 3; 5–10)

Sicher gilt für diesen Protektivfaktor in besonderem Maß die Einschränkung, dass die Einschätzung der eigenen Kindheit retrospektiv erfolgt, sich u. U. gänzlich vom realen Erleben des Kindes damals unterscheidet. Bedeutsam sind aber aus Sicht der Protektionsforschung die Bedeutungszuschreibungen aus aktueller Perspektive. In dem Maß, wie der eigene Lebensabschnitt als »schön«, »gut«, oder wenigstens »nicht schlecht« eingestuft wird, gestaltet sich das Maß an Zufriedenheit mit dem Dasein (Lebenszufriedenheit), ist überhaupt eine Rückbesinnung auf förderliche Prozesse und Erfahrungen möglich, welche ggf. im Erwachsenenalter reaktiviert bzw. reinszeniert werden können. Der Faktor »eher förderliche ›gute‹ Kindheit« findet sich in den Falldarstellungen 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11 und 12 (Int I, 2; 19–38; Int 2, 2; 9–26; Int 4, 3/6–4/14; Int 6, 3/33–4/7; Int 7, 3; 40–54; Int 9, 3; 5–10; Int 11, 3; 27–33 und Int 12, 1/6–2/44).

9.1.10 Sonstige protektive Faktoren

Neben den oben beschriebenen, mehrfach in den Falldarstellungen auffindbaren Protektivfaktoren finden sich weitere Einzelfaktoren, welche zum Teil nur einmal »gefunden« werden konnten, bzw. deren protektive Wirkung als eher gering eingeschätzt werden muss. Daneben werden hier unter diesem Sammelbegriff »natürliche Protektivfaktoren« aufgelistet, welche keiner Beschreibung des protektiven Potenzials bedürfen (etwa: Intelligenz). Im Einzelnen sind dies:

- Vorhandensein sozialer Beziehungen und Einbindung in ein soziales Netz (zusätzlich zu familiären Kontakten, als »soziales Betätigungs- und Lernfeld«)
- Autonomes Funktionieren des Kindes (als Ausdruck einer günstigen Kindheitsentwicklung ab dem ca. 12. Lebensjahr, was die Eigenständigkeit des Kindes und das Funktionieren vorangegangener Entwicklungsprozesse belegt)
- Soziales Interesse (als Ausdruck einer sozialen Motivation und sozialen Berührbarkeit des Kindes)
- Soziale Kompetenz und soziale Flexibilität/Anpassungsfähigkeit (als Bewältigung sozialer Anforderungen, in Familie, Schule und Peergroup)
- Intelligenz
- Soziale Unterstützung durch »Versicherung emotionaler Verbundenheit« (i. d. R. in intrafamiliären Beziehungen, siehe 9.1.1 und 9.1.2)

DOI: 10.1486/9783884144152

- Aktivität
- Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten (in allen zwölf Interviews finden sich keine Anzeichen von frühen – kindlichen – Straftaten. Von daher muss davon ausgegangen werden, dass dieser Aspekt auf alle Aktivitäten der Probanden im Kindesalter zutrifft. Zum Tragen kommt dieser Aspekt eher im Erwachsenenalter, nach Verbüßung von Haft- und Maßregelzeiten, wenn längere Abschnitte delinquenter Betätigung und Unterbringungszeiten absolviert wurden und »nicht-delinquente Betätigung« eine neu erworbene Einflussgröße – dann u. U. in Rückbesinnung auf frühere Erfahrungen – darstellen) (vgl. auch Kapitel 9.3)

9.2 Faktoren der Jugend/Adoleszenz

In diesem Abschnitt werden Faktoren, die ca. zwischen dem 14. und 25. Lebensjahr »erworben« wurden, beschrieben. Jugend und Adoleszenz werden in verschiedenen Kulturen unterschiedlich aufgefasst. Allgemein umfasst die Zeitspanne Biografieabschnitte bis zum Ende des 24. Lebensjahrs, beginnt aber z. B. in US-amerikanischen Veröffentlichung bereits ab dem 13. Lebensjahr, während in Deutschland der Abschnitt zwischen dem 17. und 24. Lebensjahr gemeint ist. Für das vorliegende Projekt wurde der Abschnitt Jugend und Adoleszenz unter der Erwägung zusammengefasst, dass die hier angesiedelten Protektivfaktoren unter dem Einfluss entstanden sind, dass sich Individuen im Entwicklungsprozess vom Kind zum Erwachsenen in einem Übergangsprozess befinden, der dadurch gekennzeichnet ist, dass einerseits biologisch die Voraussetzungen für das Erwachsensein bereits gegeben sind, andererseits die emotionale und soziale Reifung noch nicht abgeschlossen ist (vgl. Streek-Fischer 2004).

9.2.1 Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten

Mit diesem Protektivfaktor (Lamprecht & Gunkel 2004) ist die zentrale menschliche Fähigkeit zur Kontaktaufnahme, das Sich-beziehen-auf-Andere, das Sich-intensive-Einlassen auf Beziehung (als »sicheres Bindungsverhalten« vgl. Deneke 1999) und damit die Fähigkeit, als soziales Wesen zu leben, umschrieben. In der neueren psychoanalytischen Diskussion wird diese Fähigkeit, die direkt als Schutzfaktor angesehen werden muss, unter dem Begriff der »Intersubjektivität« diskutiert (vgl. Altmeyer & Thomä 2006). Als Grundgedanke gilt dabei, dass das Selbst immer unbewusst auf andere bezogen ist, die Psyche damit aufs Engste mit der sozialen Umwelt verbunden ist. Finden sich solche

DOI: 10.1486/9783884144152

intensiven Beziehungen bereits in der Jugend und Adoleszenz, ist dies ein Beleg dafür, dass die notwendigen Entwicklungen in der Kindheit, hin zur Beziehungsfähigkeit erfolgreich stattgefunden haben, dass grundlegende Fähigkeiten und Verhaltensoptionen erworben wurden.

Der Faktor findet sich in den Falldarstellungen 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11 (Int 3, 4; 3–17; Int 4, 4/28–5/12; Int 6, 7; 29–54, Int 7, 10/5–11/5; Int 8, 1/4–2/47; Int 9, 1/4–2/34 und Int 11, 7/1–8/25) und meint auch, dass die so gelebten Beziehungen längerfristiger Natur waren, dass die Bindung eben nicht nur für kurze Zeit eingehalten wurde, sondern Fähigkeiten ausgelebt wurden, solche Beziehungen auch aufrechtzuerhalten. In Fallbeispiel 6 wird dieser Aspekt besonders deutlich:

> I: Mmh, waren Sie immer, also nicht der, so würden Sie sich nicht beschreiben, als der klassische Aufreißer.
>
> S: Nee, nee, absolut nich. Meine Beziehungen haben immer, immer über Jahre gedauert. Und ich bin auch nicht derjenige, der dann, irgendwas anderes braucht, wenn er eine Beziehung hat. Das bin ich absolut nicht gewesen. () Ich hab zwar, na wie viel Frauen hab ich denn insgesamt gehabt, also jetzt in den Beziehungen? (3) Vier, (2) ja. (Int 7, 7; 38–44)

Inhaltlich gehört zu diesem Faktor auch das Merkmal »Eine in allen Qualitäten als befriedigend erlebte Partnerschaft«, die sich z. B. in Fallbeispiel 4 (Int 4, 8/42–9/33) findet. Die Beschreibung dieses Protektivfaktors erfolgt in Kapitel 9.3.1.

9.2.2 Erreichen eines Bildungsabschlusses

Mit dem Merkmal »Erreichen eines Bildungsabschlusses« ist ein Protektivfaktor beschrieben, der einen weiteren wichtigen Aspekt des Erwachsenwerdens beschreibt: Durch das Erreichen von schulischen Bildungszielen und Schulabschlüssen dokumentiert sich die Leistungs- und Bildungsfähigkeit eines Menschen und bildet die Grundlage für spätere Berufswahl, Verdienstmöglichkeiten, sozialen Status etc. Zu diesem Faktoren gehören auch die Aspekte »Gefühl von Verstehbarkeit (bzgl. Schule)«, »Control (bzgl. Schule)«, »Gefühl von Handhabbarkeit« (bzgl. Schule), »Schulischer Erfolg und damit Bindung an die dortigen Werte« und »Positive Bildungserfahrungen« (vgl. jeweils Darstellung in Kapitel 9.1 und 9.3), ebenfalls höher wirksame Schutzfaktoren, die soziale Orientierung, Leistungsmotivation und Aspekte des SOC (vgl. Kapitel 9.3) umfassen. Der Faktor »Bildungsabschluss« findet sich in allen Fallbeispielen, mit Ausnahme der Interviews 2, 3 und 5, wo jeweils keine Bildungsabschlüsse erworben wurden. In Interview 7 findet sich eine längere Passage zur Thematik »Bildungsabschluss«, welche die vielfältigen Mechanismen wie Leistungsorientierung, Motivation, Identitätsbildung, Bewältigungsmechanismen und Stressmanagement gut darstellt:

DOI: 10.1486/9783884144152

I: Mmh, (2) Sie haben dann Abitur gemacht.
T: Hmhm.
I: Das war ...?
T: 75.
I: 1975. Mmh, wie (2) ist () es Ihnen dabei ergangen? Das war noch die alte Regelung, nach dem Notensystem, ne?
T: Äh, das waren Leistungskurse, das war schon, das zweite, oder dritte Jahr.
I: Mmh, wie waren Sie da zurechtgekommen, mit dieser Prüfungssituation, es ist ja ein riesen Stress.
T: Ich schätze mal, dass das auch nichts mehr gemacht hat, diese Prüfungssituation, weil ich immer am Abstürzen war, das war halt so. Also, es gab Situationen, ich hab einen Englischleistungskurs gewählt, mit Halbjahreszeugnis fünf, (2) da durfte ich dann antanzen, da kam dann vorher noch der Lehrer und meinte, mach dir Gedanken, sonst biste weg, also war ich da immer in Prüfungssituationen, von einer Schulaufgabe in die nächste, irgendwas, was sein muss.
I: Das heißt, das zog sich bei Ihnen eigentlich über ein ganzes Jahr? Kann man das so sagen?
T: Nja, es gab auch gewisse Punkte, ich war Minimalist, ich hab also mit minimalem Aufwand das Klassenziel zu erreichen versucht.
I: Das ist Ihnen geglückt?
T: Ja, och, das ging schon haarig, das waren dann ein, zwei Schulaufgaben, wo ich dann relativ klotzen musste, ne und von daher (3) war dann irgendwann Licht am Ende des Tunnels zu sehen.
I: Mmh, () waren Sie zufrieden mit Ihrem Abitur?
T: Nee. (Lachen) Nee. (Int 7, 6/ 32–7/1)

9.2.3 Abgeschlossene Berufsausbildung

Das Erreichen einer abgeschlossenen Berufsausbildung stellt einen typischen Protektivfaktor aus dem Bereich Jugend/Adoleszenz dar. Berufliche Ausbildung (Reister 1999) markiert, wie schon oben unter dem Aspekt »Schulische Bildung« (vgl. 9.2.2) beschrieben, den erreichten Status bzgl. Leistungsfähigkeit, Motivation, gesellschaftliche Zugangsmöglichkeiten, sozialer Status, Verdienstmöglichkeiten, Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung, woraus sich eine Reihe protektiver Aspekte ergibt. Die Probanden 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 und 12 erreichen den Abschluss einer Berufsausbildung in der Jugend oder Adoleszenz. Die unterschiedlichen Bedeutungen dieses Faktors sind besonders gut in einer Gesprächssequenz in Falldarstellung 1 angesprochen:

B: Dann habe ich eine neue (!) Lehre angefangen als, ich wollte eine Arbeit machen, wo ich mit Menschen zu tun hab und () da bot sich an, das musste ja auch ganz

DOI: 10.1486/9783884144152

schnell gehen, weil ich ja jetzt schon siebzehneinhalb und konnte am ersten Oktober eine Lehre bei, damals hieß die Firma COOP im, äh, kaufmännischen Bereich tätig werden, in nem Lebensmittelgeschäft. Damals gabs also noch nich wie heute überall diese Supermärkte, sondern das waren so Bedienungstheken, wo man also noch n halbes Pfund Zucker und n viertel Pfund Butter kaufen konnte. Und diese Lehre hab ich dann begonnen () und dat hat mir wirklich Spaß gemacht, äh, (3), war ne schöne Zeit und die Kollegen waren immer prima und der Umgang mit den Leuten war toll () und das fand ich sehr schön.

I: War das so Ihr Traumberuf?

B: Nein, auch nich. Zunächst ja, natürlich, ja (uv), aber dann war mir schon klar, hier würd ich auch nich alt, ich hab auch da die Prüfungen ein halbes Jahr früher ablegen dürfen, dann war ich 19, da kam schon die Soldatenzeit. Auch da war meine Arbeitszeit, die war schon ein bischen besser. (Int I, 19/64–20/14)

9.2.4 Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson

»Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson« (Deneke 1999) meint das Fortbestehen der intensiven Kontakte zu primären Bezugspersonen, i. d. R. aus dem familiären Umfeld. Die protektive Wirkung ergibt sich aus der Konsistenz der Beziehungsstruktur, aus der Tatsache, dass die Bezugsperson Merkmale wie enge emotionale Bindung, positive Eigenschaften aufweist und die Beziehung eine Basis während des zurückliegenden Sozialisationsprozesses darstellt und retrospektiv (im Erwachsenenalter) die Einschätzung möglich wird, zeitlich lange überdauernd einen festen (familiären) Ansprechpartner gehabt zu haben, der ohne größere Probleme zur Verfügung stand. Proband 6 beschreibt dieses spezielle Verhältnis, hier in Bezug auf seinen Vater:

S: Also, mit meinem Vater konnte ich immer über alles reden.

I: Auch über Sexualität?

S: Auch, auch über das Thema, obwohl er immer ausgewichen ist, also, aber mit ihm kann ich immer über alles reden, oder konnte ich immer über alles reden. (Int 6, 7; 15–18)

Der Protektivfaktor findet sich bei Proband 2, 4, 6 und 7 (Int 2, 5; 16–22; Int 4, 9/33–11/14 und Int 6, 6/45–7/24)

9.2.5 Positive Bildungserfahrung (bzgl. Sexualität)

Das Erlebnis einer sexuellen Aufklärung, die positiv erlebt und erinnert wird, stellt einen eigenen Protektivfaktor dar. In der klinischen Arbeit mit Sexualstraftätern fallen oft deren Wissensdefizite bzgl. sexueller Themen und Zusammenhänge

DOI: 10.1486/9783884144152

auf (vgl. Darstellung sexualtherapeutischer Behandlungskonzepte in Kapitel 4.6.2). Verfügen die Täter über differenzierte Kenntnisse zu sexuellen Themen, steht dieses Wissen in Therapie und in der Bewährungszeit als Ressource zur Verfügung, die entweder direkt genutzt werden oder durch externe Intervention angesprochen und abgerufen werden kann. Proband 3 schildert seine Bildungserlebnisse (hier im Kontext der DDR-Schulerziehung):

> I: Sind Sie da irgendwie aufgeklärt gewesen, vom Heim, oder so?
> S: Ach! Det, da gab's doch nich, nein. Dat war doch keen Thema, aber, halt, doch, da gab's so'n Lernprojekt, det ham die da vom Kreis hier gemacht, wegen der vielen ungewollten Kinders und so, da ham wir dann mal was gehört, aber ooch nich' so richtig, det war in der achten Klasse, oder so. Det gab' dann aber irgendwie n' großen Zoff, als det irgendwelche Eltern raus bekomm' haben und da wurde so richtig erklärt, mit wie det geht, mit der Fortpflanzung und wo man da anfasst und so. Mein Gott, det war ja tiefste Provinz, hier auf'm Land und noch mitten in den 60er-Jahren und so. Die dachten halt, det könn' wa so machen, im Unterricht, det muss doch im Sinn von Aufklärung und so, aber danach war det auch wieder gestrichen, () gut, so bis auf die Sachen halt, im Unterricht, Biologie und so, aber det hatte mit uns ja nix zu tun, da ging es um andere Sachen, Tier und so. Det war halt noch voll verklemmt, det war so von 1961 bis 67. (Int 3, 4: 7–17)

Der Protektivfaktor »Positive Bildungserfahrung (bzgl. Sexualität) findet sich in den Falldarstellungen 3, 6, 8 und 9 (Int 3. 4; 3–17; Int 6, 6 45–7/24; Int 8, 5; 34–38 und Int 9, 9; 39–54).

9.2.6 Gute soziale Integration

»Gute soziale Integration« als Merkmal der Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen ist ein weiterer, für diesen Lebensabschnitt typischer Protektivfaktor. Dadurch wird u. a. die gelungene Lösung vom Elternhaus und der Aufbau neuer, tragfähiger Sozialkontakte und Beziehungen ermöglicht, wodurch überhaupt Zugang zu sozialen Prozessen, Beziehungsbildung, Nutzung sozialer Ressourcen, Selbstverwirklichung in unterschiedlichen Aktivitäten und Beziehungen etc. ermöglicht wird. Eng verknüpft mit diesem Faktor sind die Aspekte »Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament«, Fähigkeit zur Einnahme externer sozialer Rollen (als »Einfühlungsvermögen«, um andere personale Rollen einschätzen und nachempfinden und sich darauf einstellen zu können), »Einbindung in ein soziales Netz« (Nowara 2001), »Intakte soziale Netzwerke (Viehhauser 2000), »Soziale Beziehungen« (Dross 1991), »Soziale Unterstützung (Seifer 1992), »Verfügbarkeit von Gleichaltrigen zur emotionalen Unterstützung« (Werner & Smith 1982), »Soziale Beziehungen zu und Unterstüzung durch nicht delinquente Personen« (Nedopil 2001) (wobei die grundsätzlich sozial

DOI: 10.1486/9783884144152

angepasste, nicht-delinquente Schutzeigenschaft solcher Kontakte betont wird), sowie »Soziale Integration durch Übernahme sozialer Funktionen« und Soziale Flexibilität/Anpassungsfähigkeit (als spezielle soziale Bewältigungsmechanismen). Diese Protektivfaktoren werden mit Ausnahme der Fälle 3, 5 und 10 in allen Fallgeschichten dargestellt.

9.2.7 Soziale Unterstützung

Die Faktoren »Soziale Unterstützung durch Versicherung emotionaler Verbundenheit« (House 1981) und »Soziale Unterstützung in Form instrumenteller Hilfen« (ebd. u. Gottlieb 1983) beschreiben aktive Schutzfunktionen durch externe Personen. Im ersten Fall werden emotionale Bedürfnisse (Anerkennung, Liebe, Rückhalt, Geborgenheit etc.) befriedigt, die bei der Bewältigung von Anforderungen unterstützend wirken. Instrumentelle Hilfen wie Informationen, Besorgungen etc. wirken direkt im Bewältigungsprozess, wodurch der Umfang der Anforderungen geringer wird. Hinweise auf diese Protektivfaktoren finden sich in den Falldarstellungen 1, 4 und 8 (Int I, 15/19–16/6; Int 4, 8/42–9/33 und Int 8, 5/42–6/33). Das Auftreten dieser Protektivfaktoren in der Jugend und Adoleszenz bedeutet für spätere Lebensabschnitte, dass die Personen über derartige gute Beziehungs- und Unterstützungserfahrungen verfügen, diese dann generell eher suchen und erneut zulassen.

9.2.8 Sonstige protektive Faktoren

Auch in den Lebensabschnitten Jugend und Adoleszenz finden sich weitere Einzelfaktoren, welche zum Teil nur einmal aufgetreten sind, bzw. deren protektive Wirkung als eher gering eingeschätzt werden muss. Ebenfalls erfolgt hier die Nennung weiterer »natürlicher Protektivfaktoren«, bzw. der Hinweis auf Faktoren, die bereits und 9.1 oder in einem der Folgekapitel beschrieben wurden. Die Faktoren im Einzelnen:

- Emotionale Intelligenz (siehe Kapitel 9.6)
- Empathiefähigkeit (siehe Kapitel 9.6)
- Durchschnittliche bzw. überdurchschnittliche Intelligenz
- Soziale Förderung durch Institutionen
- Religiöse Orientierung i. S. ethisch reifer Charakterstrukturen (in diesem Zusammenhang auch die Beeinflussbarkeit durch spirituelle Erfahrungen, vgl. Lamprecht & Gunkel 2004)
- Fähigkeit, externe Ressourcen und soziale Hilfsmöglichkeiten zu nutzen (vgl. Kaptitel 9.6)

DOI: 10.1486/9783884144152

- Control (vgl. Kapitel 9.6)
- Günstige ökonomische Bedingungen (als wirtschaftlich günstiger Basisfaktor) und Wahrnehmung dieser positiven ökonomischen Situation
- Aktivität
- Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten (auch Flow) (vgl. Kaptitel 9.6)
- Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln und soziales Integrationsbedürfnis (vgl. Kapitel 9.3 und 9.6)

9.3 Faktoren des Erwachsenenalters

Beschrieben werden in diesem Abschnitt Protektivfaktoren, die ab dem 25. Lebensjahr bis zur Unterbringung im Maßregelvollzug (erstmals) auftreten. Der erwachsene Mensch ist dabei die Person, die volle körperliche, emotionale und kognitive Reife besitzt,[3] womit alle notwendigen Fähigkeiten und Kenntnisse verbunden sind, befähigt zu sein, die für das Leben anstehenden Entscheidungen zu treffen und Verhaltensweisen zu entwickeln.

9.3.1 Eine in allen Qualitäten als befriedigend erlebte Partnerschaft

Wie oben bereits beschrieben ist mit diesem Faktor (Schepank 1990) die zentrale menschliche Fähigkeit zur Kontaktaufnahme, das sich Beziehen-Können auf andere, das Sich-intensive-Einlassen auf Beziehung (als »sicheres Bindungsverhalten« vgl. Deneke 1999) und damit die Fähigkeit, als soziales Wesen zu leben, umschrieben. Fast alle Probanden (Falldarstellungen 4, 6, 7, 8, 9, 11 und 12) weisen eine längerfristige Partnerschaft auf, deren Verlauf über einen meist langen Zeitraum positiv war. Die Beziehungen waren Ausdruck der Bindungsfähigkeit, Empathiefähigkeit, Liebes- und Lustfähigkeit etc. Bei einzelnen Probanden hat sich im Verlauf längerfristiger Entwicklungen eine negative Veränderung dieser stabilen Partnerschaften »ergeben«, welche erst im Rahmen der therapeutischen Aufarbeitung im Maßregelvollzug erkannt und bewältigt werden konnte. Dafür als exemplarisches Beispiel eine Sequenz aus Falldarstellung 7, in dem die Hintergründe für eine frühzeitige eheliche Bindung (Abgrenzung gegen die Eltern, Sich-beweisen-Wollen), die Konsolidierung der Beziehung und die allmählich

3 Einschränkend muss hier natürlich auf den Umstand hingewiesen werden, dass die hier untersuchte Gruppe »Sexualstraftäter« im Erwachsenenalter strafrechtlich in Erscheinung getreten ist, damit deutliche Hinweise auf das nicht vollständige Bestehen der vollen Reife (z. B. deren zeitweiliger oder völliger Verlust) bestehen. Zur Vertiefung dieses Aspektes siehe Kapitel 3.1 und 3.3)

DOI: 10.1486/9783884144152

zunehmende krisenhafte Zuspitzung der Beziehung, bis zum Beziehungsbruch dargestellt werden:

I: Sie haben vorhin erzählt, dass Sie fest beschlossen hatten, eigentlich beide, Sie bleiben fest zusammen, heiraten, sie gründen eine Familie.

R: Ja. () Na, () es kam halt von mir auch rüber, ich mach alles besser als der ganze Mist, der hinter mir liegt und was derer ihre Eltern sagen und wir können des (uv) den Jugendlichen (uv). Ganz klarer Fall und wenn's anders wär, wärs ja schlimm. Wenn wir mit 18 oder 25 schon vernünftig wären (Lachen).

I: Sie haben dann eine Familie aufgebaut, Sie haben auch Kinder?

R: Ja.

I: Wann kamen die?

R: Ich hab im Juli 7x geheiratet und im () Juli 7x kam mein großer Sohn auf die Welt. (2) Dann, der zweite Sohn, der kam im November 8x auf die Welt, () wurde der geboren. (2) Erschte Sohn, muss ich sagen, (2) mir hat des passt, des war für mich kei Katastrophe, oder sonst was, ich wollt sowieso Familie haben. Aber damit war ich auch ausgelastet. Voll()kommen. Mei Stressproblem wurde schon langsam dick, () die Gschichte die ich scho angsprochen hab, die einfach hochglaufen is und so weiter, da kam ich einfach nicht mehr so richtig zu Ruhe und so weiter, ne. Dann hab i noch an schlechten Arbeitgeber ghabt, diesen T., wo ich fünf Jahre war, () ja der war nie zufrieden mit mir und () Allergien fingen an und ich waas es aa net, also es wurde einfach übelst. Trotzdem ging es einige Jahre gut, bis halt meine Frau angefangen hat, Druck zu machen, ganz gewaltig Druck zu machen. Ne, zweites Kind muss her, das Wunschkind blablabla und so weiter und. Wenn die was haben will, dann kriegt die das in aller Regel, ne, ohne Rücksicht auf Verluste, ne, ha, die is so (Lachen).

I: Hmhm.

R: Ja und so lief das dann einfach aber für mich war dann, (2) als mein zweiter Sohn auf die Welt kam, war für mich, meines Erachtens die Ehe scho beendet, so ziemlich. Vorbei, scho gwusst was kommt, nä. Einfach überfordert, einfach.

I: Mmh, das haben Sie gesehen, aber es gab keine Möglichkeit irgendwie dagegenzusteuern.

R: Mm, mm, naa, keine Chance. () Überhaupt keine Chance.

I: Mmh, haben Sie mit Ihrer Frau drüber gesprochen damals?

R: Ja, () hab ich ja versucht, aber wie gsagt (Lachen), die ist ein Mensch, die hört nur des, was sie hören will. Nur des, auch wenn sie angelogen wird, aber die will nur des hören. Damit ist die schon beschrieben, in zwei Sätzen, nä.

I: Also keine echte Auseinandersetzung.

R: Nöö. Ging net. Ich hab versucht meine Gründe darzulegen und so weiter, zu argumentieren und so weiter, ne. Es hätt ja passt, wir waren ja ne kleine Familie, es () hat passt einfach, a paar Jahr lang.

I: Mmh.

R: Mein Sohn hat sich gut entwickelt, richtig gut entwickelt, aber halt (3) die Launen

DOI: 10.1486/9783884144152

da halt, () vor allem die Launen wo sie ghabt hat, die war launengesteuert, () unheimlich launengesteuert. Des is was, () ich stand immer vor ner Wand, einfach. (uv) was zu sagen, ne, kein Einsicht immer, irgendwann a mal, sondern immer nur noch: ich will! Diese zwei Sätze, äh, diese zwei Wörter kamen dann.
I: (4) Die Ehe ist dann auch auseinandergegangen.
R: Ja. Klar, (2) weil es nicht mehr erträglich war, meines Erachtens. Den Fehler, den ich meiner Frau anlaste, ist, die hat mich viel zu spät rausgeschmissen, viel () zu () spät. Da wäre meinen Kindern viel erspart geblieben. Den Satz, den muss ich mir immer wieder sagen.
I: Mmh, () was wäre Ihren Kindern erspart geblieben?
R: (2) Eine Horrorehe, () Auseinandersetzungen, was weiß ich () und na ja, meine Drogengeschichten, was ich dann irgendwann angfangen hab. Es wäre ihnen einfach ersparen, erspart geblieben, aber () die hat mich ja als ihr Eigentum betrachtet, ne. (Lachen) Ja, so lief's ab einfach, des is, () also die war tierisch eifersüchtig. (Int 8, 8/11–9/10)

In den längerfristigen Beziehungen drückt sich auch das typische (sichere) Bindungsverhalten (Deneke 1999) aus. Inhaltlich und sprachlich nahe gehören auch die Faktoren »Partnerschaftliche Bindung« und »Gute Beziehungsfähigkeit« (beide: Berner & Karlick-Bolten 1986) in diesen Kontext. Im Einzelfall lässt sich so gut markieren, wie weit diese Sicherheit, die Bindungsfähigkeit geht, wo sich delinquente Entwicklungslinien ergeben haben und welche Ressourcen aus diesem Bereich überhaupt zur Verfügung stehen (siehe auch Kapitel 11). Hinweise auf diesen Protektivfaktor finden sich in Int 4, 8/42–9/33; Int 6, 7; 29–54; Int 7, 10/5–11/5; Int 8, 4/44–5/31; Int 9, 8; 28–38; Int 11, 7/1–8/25 und Int 12, 5/7–6/7).

9.3.2 Soziale Integration

»Soziale Integration« als Protektivfaktor wird von Dross (1991) und Nowara (2001) genannt. Dabei geht es um das Ausmaß der gesellschaftlichen Teilhabe in Beruf, Freizeit, Freundeskreis etc. Sicher gehören zu diesem Aspekt auch familiäre Beziehungen (siehe 9.3.3) und überhaupt alle sozialen Welten, in denen sich Individuen bewegen. Für den vorliegenden Kontext sind förderliche Integrationserlebnisse, also z. B. nicht die Integration in eine subkulturelle Gemeinschaft innerhalb einer JVA, von Bedeutung, wie z. B. Zugehörigkeit zu Gruppen und Prozessen, welche die Verwirklichung eigener (individueller und sozialer) Bedürfnisse ermöglichen und/oder Förderung der eigenen Fähigkeiten bedeuten. Soziale Integration bedeutet auch einen wesentlichen Beitrag zur Identitätsbildung einer Person. Durch Prozesse der kritischen Überprüfung von sozialen Inhalten, Werten, Gruppenidealen etc., deren Übernahme oder Ablehnung bzw. Modi-

DOI: 10.1486/9783884144152

fikation wird Identitätsbildung ermöglicht, bzw. ist eine Grundvoraussetzung für das soziale Wesen. Ein idealtypisches Beispiel für diesen Faktor findet sich bei Proband 11:

> V: Ja, (3) das, () ich erzähl das lieber ganz, () äh, ich war ja nie, () ich meine ich hatte nie was mit der Justiz zu tun bis dahin, des war 1992. () Mei' Frau und ich, des war mit der Zeit, da hat sich unsere Ehe so verändert. (2) Wir waren da viel am Wochenende unterwegs, () des war so der Freizeitclub, () unsere Bekannten und Freunde halt, mir sin' da viel Rad g'fahr'n auch mit'm Kajak (2) und in die Berge. (2) Des ging ständig, ich hab' da () unter der Woche hab' ich gearbeitet, in dem Betrieb.
>
> I: Als Maler?
>
> V: Äh, ja. () Des war immer so ein Reizthema, mei Frau, () ich glaub' die war über die Jahre net zufrieden. () Die hat zwar auch ihr Einkommen g'habt, als Sekretärin, () aber, äh, des war ja net so viel, () die war da ja nur halbtags und () die wollt' halt immer, dass ich mich selbtändig mach', () ich sollt' halt mein Meister machen, a' eig'ne Firma, () a' G'schäft aufmach'n, mehr Geld verdienen und so. (2) Aber, des is' mir doch viel zu anstrengend, () der ganze Aufwand. () Da ham's ja gar ka' Zeit mehr, die Rechnungen, die Buchhaltung, die Steuer, () die ganz'n Leut, die immer meinen, des muss ganz schnell geh'n, naa, () da bin ich net der Typ dazu. () Des hat halt zu aner ziemlichen Anspannung g'führt, () mei' Frau hat immer g'sagt, des ha'm mir net, des hat sich der K. aus der Freizeitgruppe da kauft, () mir braung' a neues Auto, a großes und () ich hab' des halt net eingeseh'n. () Sie hat dann g'sagt, sie fängt sich, () äh, sie sucht sich an andern Job, wo se mehr verdient und hat dann aa' glei' was g'funden g'habt ... (Int 11, 8; 28–45)

Hier erfolgt durch Konfrontation mit dem Freundeskreis, der dort expansiven Art der Freizeitgestaltung sozialer Druck, der durch die Erwartungshaltung der Partnerin verstärkt wird. In der Auseinandersetzung mit diesen sozialen Normen, welche durch Zughörigkeit zu dieser sozialen Gruppe vermittelt und an den Pb herangetragen werden, findet dieser zur eigenen Haltung, welche mit der Aussage »ich hab' des halt net eingeseh'n« umschrieben wird. Inhaltlich Nähe zum Faktor »Soziale Integration« haben die Faktoren »Einbindung in soziales Netz« und »Soziale Beziehungen zu nicht-delinquenten Personen«, wobei hier die Identifizierung mit sozial verträglichen, devianzfreien Personen und Inhalten betont wird. Der Faktor »Soziale Integration durch Übernahme sozialer Funktionen« stellt in diesem Zusammenhang eine besondere »Technik«, oder wenigstens einen besonderen Umstand der sozialen Integration dar, wobei die Integration in eine Gruppe durch das gezielte Ausfüllen einer bestimmten Tätigkeit oder Rolle erfolgt. In Fall 5 etwa geschieht dies durch die Funktion als Koch für die Mitarbeiter einer Integrationsfirma für behinderte Menschen. »Soziale Integration als Protektivfaktor findet sich in den Falldarstellungen 1, 2, 5, 7, 11 (Int I, 35; 16–42; Int 2, 7/27–8-15, Int 5, 8/36–9).

DOI: 10.1486/9783884144152

9.3.3 Dauerhafte gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson

Das Fortbestehen dauerhaft guter Beziehungen zu primären Bezugspersonen (Deneke 1999) ist ein weiterer, für den Lebensabschnitt »Erwachsenenalter« typischer Protektivfaktor. Wie in Kapitel 9.1 und 9.2 ausgeführt, haben die Beziehungen zu Mitgliedern aus der Herkunftsfamilie (meist zu den Eltern) eine besondere Funktion für die Beziehungsfähigkeit eines Menschen. Bleiben diese Beziehungen auch im Erwachsenenalter bestehen, eröffnen sich damit Chancen für eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem elterlichen Vorbild, Nutzung der Beziehung als Ratgeber, kontinuierlicher emotionaler Zuwendung und Unterstützung, als auch reale, tatkräftige Unterstützung bei der Bewältigung von Aufgaben. Dieser Protektivfaktor findet sich im vorliegenden Datenmaterial hauptsächlich im Lebensabschnitt »aktuelle Lebenssituation« (vgl. Kapitel 9.6) und wird u. a. dort weiter ausgeführt. Eine Besonderheit findet sich in Fall 2: Dort nimmt die gute Beziehung zu primären Bezugspersonen, die »befriedigende Beziehung zu den Eltern« (Wydler, Kolip & Abel 2000) eine zentrale Rolle ein, da nicht-familiäre Beziehungen nur bedingt bestehen und die Strukturierung der Lebensumstände durch die Eltern, insbes. durch die Mutter von der frühen Kindheit über alle biografischen Abschnitte bis zur aktuellen Lebenssituation reicht. Zudem werden hier wichtige emotionale und soziale Bedürfnisse befriedigt (Int 2, 5; 16–22 und 7/27–8/15, auch 9; 18–31).

9.3.4 Berufsausbildung und beruflicher Erfolg

Der Abschluss einer Berufsausbildung und dessen protektive Wirkung (Reister 1995) wurde unter 9.2.3 bereits beschrieben. Im Erwachsenenalter erfolgt die Befriedigung wirtschaftlicher, sozialer, emotionaler und kreativer Bedürfnisse und Anlagen oft im Rahmen beruflicher Tätigkeit. Die in der Ausbildung erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse werden vertieft und die Berufstätigkeit kann zum zentralen »Ort« der Identitätsbildung werden. Eine kontinuierliche Integration in berufliche Zusammenhänge erlaubt so rückblickend eine positive Einschätzung der entsprechenden Lebensabschnitte, gerade wenn durch die Berufstätigkeit soziale Statusoptimierung erreicht wird.

Diese Effekte erfahren eine deutliche Steigerung, wenn im Erwachsenenalter mehrere Berufsabschlüsse erworben werden und damit der Umfang der Fähigkeiten und Kenntnisse wächst, die Möglichkeiten zur Arbeitsaufnahme und die Verdienstmöglichkeiten besser werden.

In den Falldarstellungen 1, 4, 6 und 7 finden sich Hinweise auf diese Mechanismen. Folgende Passage aus Interview 7 verdeutlicht beispielhaft die protektive Wirkung erreichter Berufsabschlüsse:

DOI: 10.1486/9783884144152

I: Sieben Jahre, hmhm. Sie haben diese Umschulung gehabt, () wie sind Sie damit zurechtgekommen, das ist ja doch ein Wechsel, Schulbereich und dann ...
T: Es gab eine Installationsprüfung, 120 () Leute und 30 sind genommen worden und waren dann der erste Jahrgang für den Lehrgang und () da war ich dabei.
I: Mmh, () die Ausbildung war zum?
T: Organisationsprogrammierer.
I: Organisationsprogrammierer, hmhm. Und () das hat Ihnen Spaß gemacht?
T: Das war einwandfrei. Das mit dem Computer ist ja eindimensional, die können ja erst mal nicht widersprechen (Lachen), (2) also das war kein Problem, ich konnte mich da reindenken und gut lernen, von daher ging das auch schnell voran.
I: Mmh, () das hat sich dann auch umsetzen lassen, beruflich?
T: Ja, ich war einer von Zweien, die von S. übernommen wurden, dann nach Abschluss. (Int 7, 13; 27–41).

Das Verfügen über einen oder mehrere Berufsabschlüsse bedeutet auch, die eigene Lebenssituation, die Bedingungen, unter denen man lebt und arbeitet, bestimmen, kontrollieren (control) zu können, womit Erfahrungen der Selbstwirksamkeit ermöglicht werden, was einerseits zu höherer Lebenszufriedenheit, andererseits zu einer aktiveren, stärker lösungsorientierten Grundhaltung führt (vgl. die Ausführungen zum Control-Aspekt in Kapitel 5.3). Über die Orientierung an beruflichen Themen und die Erfahrung von Erfolg in diesem Bereich ist schließlich auch eine innere Bindung an die dortigen Werte (Leistungsorientierung, Motivation, Anpassung etc.) verbunden, was zusätzliche protektive Wirkung bedeutet. Schutzfaktoren aus dem Bereich »Berufsausbildung und beruflicher Erfolg« finden sich in Int I, (19/45–20/10), Int 4 (8/42–9/33), Int 6 (9/7–10/42), Int 7 (12/22–13/52), Int 8 (1/4–2/47) und Int 9 (8/41–9/24).

9.3.5 Emotionale Intelligenz

Die Fähigkeit, eigene Emotionen wahrzunehmen, diese möglichen Auslösern zuzuordnen und schließlich die Fähigkeit, eigene Emotionen zu regulieren, sind mit dem Konzept »Emotionale Intelligenz« gemeint. Die Protektivwirkung dieser Fähigkeiten liegen für den (rückfallfreien) Sexualstraftäter darin, in der Lage zu sein, durch introspektive Analyse und Bewertung eigener Gefühle mögliche negative Entwicklungen zu erkennen und zu verändern. Konkret: Wenn ein Täter erkennt, dass es ihm schlecht geht, er in der Lage ist, die Auslöser dieses negativen Gefühls zu benennen und aus dieser Erkenntnis heraus Lösungsmöglichkeiten entwickelt, ist er u. U. auch in der Lage, diese Mechanismen in Bezug auf deviante Inhalte und Gefühle anzuwenden und dadurch neue Delinquenz zu vermeiden. Bei einigen Tätern (Int I, 20/18–22/13; Int 6, 9/7–10/42 und Int 9, 2/37–3/2) steht diese Fähigkeit im Erwachsenenalter, vor Unterbringung im Maßregelvollzug zur

DOI: 10.1486/9783884144152

Verfügung und bildet damit eine wichtige Ressource, auf die im Behandlungsprozess und in der Rückfallvermeidungsarbeit zurückgegriffen werden kann.

9.3.6 Störungs-/Krankheitseinsicht

Mit der Fähigkeit, eigene Störungsanteile und psychische Erkrankungen zu erkennen und diese anzuerkennen, ist ein weiterer wesentlicher, wirksamer Protektivfaktor genannt. Verfügt ein Sexualstraftäter über diese Fähigkeit, kann von einem Problembewusstsein ausgegangen werden, das ein erster Zugang zu Problemwahrnehmung, Verantwortungsübernahme, Selbstkontrolle und Rückfallvermeidung sein kann. Proband 7 beschreibt diesen Faktor ausführlich:

> R: Naja, () ich bin im () Frühjahr 91, Februar, März, glaub ich, 91, hab ich ang'fangen, a Psychos, äh a Psychotherapie zu machen, mit diesem Ganzen, was da so drum rumghängt, so mit Probestunden und () zum Arzt geh'n, Untersuchungen, Krankenkasse, was waas ich, was da alles war und so, ich waas es gar nimmer so ganz genau, ne. Naja, () hab da rumtelefoniert, bis mir die Finger wund worden sind, bis ich jemand g'funden hab, war die Zeit, es hieß immer Wartezeit mindestens ein Jahr und dann hieß es wieder zwei Jahre, ne, was waas ich, gut und dann kam ich an eine Ärztin. () Der hab ich halt das Problem g'schildert, ich möchte a Psychotherapie machen und so weiter, aber () ich arbeite Schicht und () wie schaut's aus, mit flexible, () flexible, äh, () mit flexible Behandlungszeiten, hat'se g'sagt, ja, kein Problem, geht so gern, macht se gern. ... Die G'schichte mit den Kindern, Pädophilie, () das wurde immer stärker, es ist, es hat sich immer mehr aufgedrängt, es hat sich immer mehr aufgebaut, (3) na ja, hab ich mir gedacht, Neurodermitis hatte ich auch, auch ne quälende Angelegenheit, irgend so ne (uv) Allergie, was waas ich, also ganz übel. Auf jeden Fall hätt' ich a ärztliche, () a Psychotherapie hätt' ich machen soll'n. Ich war vorher mit meiner Haut bei ner Ärztin da, (2) in N., () die alternative Heilmethoden verwendet, aber seriös, () also auch Schulmedizin, die hat mich einfach beraten da. Naja, irgendwie (uv) war's dann so, da kam ich dann an diese Ärztin da, an diese K. und da ging's dann abwärts mit mir, aber ganz massiv. (Int 8, 11; 14–32)

Die Fähigkeit, die eigenen Störungsanteile zu erkennen, ist hier schon weit vor der ersten Straftat und vor der Unterbringung im Maßregelvollzug entwickelt. Auch wenn der hier geschilderte Behandlungsversuch (die Krankheitseinsicht ist hier mit Leidensdruck und Veränderungswillen, kurz mit Therapiemotivation verbunden) scheitert, verfügt der Täter über eine selbst entwickelte Einsicht, die in der Unterbringungssituation und nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug zu nutzen ist. Die Einsicht in die eigene Störung wird bei diesem Täter in den Jahren nach der Entlassung keine »neue« sein, sondern eine gewohnte Haltung, ein »Sich-Kennen«, was eine Grundvoraussetzung dafür ist, sich selbst kritisch zu hinterfragen. Hinweise zum Vorliegen der Störungs-/Krankheitseinsicht finden

DOI: 10.1486/9783884144152

sich bei Proband 1 (Int I, 25/16–26/4), 7 (Int 7, 15/26–17/22) und 8 (Int 8, 11; 14–32).

9.3.7 Internale Kontrollüberzeugungen

Mit dem Begriff der »Internalen Kontrollüberzeugungen« (Werner & Smith 1982) ist die Übernahme gesellschaftlicher Normvorstellungen durch eine Person gemeint. Externe Vorschriften, Gebote, moralische Leitsätze und Verhaltensvorgaben werden als so stimmig, richtig und wesentlich bewertet, dass sie als Ichfunktion Teil der Person werden. Auch wenn diese internalen Kontrollüberzeugungen nicht in allen Situationen handlungsbestimmend sind, ist deren Existenz dennoch ein hoch wirksamer Schutzfaktor. Die Motivation, sich gesetzeskonform, nicht-deviant zu verhalten, ist intrinsisch, gehorcht den psychodynamischen Prozessen in der Person und ist damit nicht abhängig von der Anerkennung einer externen Autorität oder einem bestimmten gesellschaftlichen Druck. Internale Kontrollüberzeugungen müssen als Basis für den Willen zur Selbstkontrolle und als »Baustein« für Therapiemotivation gesehen werden. Für rückfallfreie Sexualstraftäter bilden sie einen gewissen Rückfallvermeidungsschutz, etwa wenn eine bewusste Entscheidung für konformes Verhalten und damit gegen z. B. paraphile Interessen getroffen wird. Der hoch wirksame Protektivfaktor findet sich in nur einer Falldarstellungen: Int I, 25/16–26/4.

9.3.8 Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten

Der Protektivfaktor wird von Nedopil (2001) genannt. Dabei geht es um Erfahrungssituationen individueller Selbstverwirklichung, welche ihren Ursprung in konformen Aktivitäten haben. Die protektive Wirkung aus diesem Konzept ergibt sich daraus, dass Individuen eine innere Ausrichtung an nicht delinquenten Inhalten entwickeln, wenn die Umsetzung eigener Wünsche, Impulse und Antriebe an Konformität gekoppelt ist. Dadurch kann es zu einer generellen Hinrichtung zu nicht delinquenten Aktivitäten kommen, zu einer Persönlichkeits- und Charakterstruktur, welche von der Selbstentfaltung des »Wesens einer Person« mit sozial angepassten, nicht devianten Inhalten und Aktivitäten geprägt ist. Im Erwachsenenalter spielt dieser Aspekt eine zusätzliche Rolle, wenn es um die Integration abgespaltener Persönlichkeitsanteile, etwa libidinöser Anteile, geht. Als Schutzfaktor vor erneuter Sexualdelinquenz wirkt dieser Aspekt dadurch, dass eine generelle Abkehr von delinquenten Anteilen, eine innere Anti-Haltung zur Delinquenz Rückfälle (mit) vermeiden hilft. Der Faktor findet sich in Falldarstellung 6 (Int 6, 9/–10/42) und 11 (Int 11, 6; 37–53).

DOI: 10.1486/9783884144152

9.3.9 Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln

Die »Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln« (Lamprecht & Gunkel 2004) erfasst das tatsächliche Verhalten von Personen im Erwachsenenalter, ob und in welchem Umfang soziale Regeln eingehalten wurden. Die protektive Wirkung dieses Faktors ergibt sich aus der Tatsache, dass die Fähigkeit zur Regelbeachtung in unterschiedlichen, möglichst vielgestaltigen Zusammenhängen die Wahrscheinlichkeit delinquenter Verhaltensweisen minimiert. Inhaltlich ergibt sich hier eine Nähe zum oben beschriebenen Faktor »Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten«. Voraussetzung zur Regelkonformität ist das Erkennen-Können von Strukturen und Vorgaben. Die Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln korrespondiert mit dem Faktor »Soziales Integrationsbedürfnis«, also der inneren Haltung, Teil sozialer Bezüge, Mitglied sozialer Gruppen und Aktivitäten und nicht durch abweichende Haltungen und Verhaltensweisen ausgegrenzt zu sein. Liegt eine derartige soziale Motivation im Erwachsenenalter, vor Unterbringung im Maßregelvollzug zugrunde, besteht in der Therapie und in der nachstationären Phase die Möglichkeit einer Bezugnahme auf diese Ressourcen, was die Wahrscheinlichkeit erneuter Delinquenz vermindert. Eine inhaltliche Nähe dazu weist der Faktor »Soziale Flexibilität/Anpassungsfähigkeit« auf, womit eine Subeigenschaft der »Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln« beschrieben wird. Die beiden Faktoren finden sich in Int 5, 8/36 – 9/27, Int 6, 8; 9 – 9/6, Int 7, 12/22 – 13/52 und Int 9, 10/25 – 11/19. Dass die Einhaltung sozialer Regeln nicht immer einfach gelingt, mit einem inneren Kampf verbunden sein kann, belegt eine Passage aus Interview 7. Der Proband entscheidet sicht hier für eine stationäre Suchttherapie, nachdem der Druck aus dem sozialen Umfeld, die Vehemenz der eingeforderten Regeln zu groß wird. Die »Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln« hat demnach auch etwas damit zu tun, wie deutlich diese Regeln aufgestellt und vertreten werden:

(2) dann hab ich eben das Lehrerdasein beendet und bin irgendwann auf Therapie.

I: Wie kam es zur Therapie?

T: (2) Mmh, (2) teils eigene Einsicht, teils fremde Einsicht.

I: Wer hat Sie da gedrängt?

T: Die Eltern, die eigene Mutter und auch äh, () (Name uv).

I: Und das haben Sie zugelassen?

T: Ja. So gings mir da halt.

I: Mmh, ging das dann eher schnell, oder gabs da auch einen langen Kampf, in Ihrem Umfeld?

T: Naja, es war nicht einfach, würd' ich mal sagen. Ich wollt erst nicht, war nicht einsichtig, dann doch und dann ging ich halt. (Int 7, 12; 26 – 38)

DOI: 10.1486/9783884144152

9.3.10 Fähigkeit, externe Ressourcen und soziale Stützsysteme zu nutzen

Dem Protektivfaktor »Fähigkeit, externe Ressourcen und soziale Stützsysteme zu nutzen« (Becker 1992) liegen komplexe Strukturen zugrunde: Einmal setzt die Nutzung einer externen Quelle deren Kenntnis voraus, d. h. eine Person muss sich vorab mit möglichen Hilfemöglichkeiten beschäftigen. Die Auswahl selbst bedeutet einen bewussten Entscheidungsakt, in den einmal die Bewertung einfließt, ein Problem nicht alleine (»Fähigkeit, eigene Ressourcen zu erkennen und zu benennen«), sondern mit Hilfe anderer zu lösen (= Faktor »Fähigkeit zum Erkennen und Einhalten eigener Grenzen«), d. h. Anerkennen der eigenen beschränkten, nicht ausreichenden Ressourcen. In diesen Entscheidungsprozessen steckt wiederum die Motivation, ein anstehendes Problem überhaupt lösen zu wollen, einen Sinn darin zu sehen, sich mit einer Sache auseinanderzusetzen. Inhaltlich nahe zu diesem Faktor ist die Fähigkeit eine »Realistische Einschätzung der Anforderungen durch die Umwelt und der eigenen Chancen« (Nedopil 2001) vorzunehmen. Die Ansiedlung dieses Protektivfaktors im Erwachsenenalter, also vor der Unterbringung im Maßregelvollzug bedeutet, dass diese komplexen Fähigkeitsmuster schon in einem gewissen Maß angelegt sind und damit in Therapie und Nachsorge genutzt werden können. Der Aspekt »Rückfallvermeidung« ergibt sich daraus, dass Probleme, die ungelöst bleiben würden, mithilfe externer Ressourcen und Stützsystemen bewältigt werden können, was einer generell krisenreduzierenden und deeskalierenden Wirkung gleichkommt. Die hier beschriebene Fähigkeit entspricht einem reifen Copingmechanismus. Hinweise auf diese Protektivfaktoren finden sich in Int 9, 11/20 – 14/22, Int 10, 10/39 – 12/42 und Int 11, 8/28 – 10/28.

9.3.11 Sonstige protektive Faktoren

Unter diesem Sammelbegriff erfolgt die Nennung weiterer Einzelfaktoren, welche nur selten aufzufinden bzw. nur schwach ausgeprägt waren und der Faktoren, deren protektive Wirkung als eher gering eingeschätzt werden muss. Ebenfalls erfolgt hier die Nennung weiterer »natürlicher Protektivfaktoren« bzw. der Hinweis auf Faktoren, die bereits in den Abschnitten 9.1 bis 9.3 genannt wurden oder in einem der Folgekapitel beschrieben werden. Die Faktoren im Einzelnen:

- Empathiefähigkeit (vgl. Kapitel 9.4 und 9.6)
- Durchschnittliche bzw. überdurchschnittliche Intelligenz
- Soziale Förderung durch Institutionen (vgl. Kapitel 9.1)
- Religiöse Orientierung i. S. ethisch reifer Charakterstrukturen (im Lebensabschnitt »Erwachsenenalter« als vertieftes und kontinuierliches Persönlichkeitsmerkmal)

DOI: 10.1486/9783884144152

- Gefühl von Sinnhaftigkeit (vgl. Kapitel 9.6)
- Gute Einkommensgrundlage
- Soziale Kompetenz (als Überbegriff für eine Vielzahl der bisher beschriebenen Einzelfaktoren, z. B. Fähigkeit zur Nutzung externer Hilfsquellen etc.)
- Finanzielle und materielle Unterstützung (als direkte, operative Hilfemaßnahme durch Bekannte, Verwandte, Ämter)
- Fähigkeit zur Distanzierung von negativen Einflüssen (vgl. Kapitel 9.6)
- Wahrnehmung der »eigenen guten Kindheit« (als Ausdruck von allgemeiner Lebenszufriedenheit)
- Vorübergehende Besserung deliktfördernder Symptomatik (vgl. Kapitel 9.6)
- Positive Bildungserfahrung (vgl. Kapitel 9.1)
- Abschluss einer Suchttherapie (vor Antritt der Maßregelbehandlung)
- Selbstanzeige der Anlasstat (Indexdelikt, das zur Einweisung in den MRV führte, als Ausdruck vorhandener Störungseinsicht, Verantwortungsübernahme)
- Funktionieren im Alltag (als Ausdruck der Fähigkeit, mit den einfachen Anforderungen des Alltags zurechtzukommen)

9.4 Faktoren des erfahrenen Maßregelvollzugs und der erfahrenen stationären Therapie

In diesem Abschnitt werden Faktoren in Bezug auf die Unterbringungssituation und die konkret durchlaufene Therapie beschrieben. Inhaltlich fallen diese Protektivfaktoren in zwei Gruppen, einmal die »spezifischen therapeutischen Wirkfaktoren«, zum anderen die »unspezifischen Wirkfaktoren«, also die nicht direkt durch Therapie intendierten Wirkmechanismen, Begleiterscheinungen und z. T. nicht (sofort) identifizierbaren Einflussgrößen.

9.4.1 Aufnahme und Beendigung einer spezifischen (Sexual-)Therapie

Wie in Kapitel 4.6.2 beschrieben, hängt die Stabilität von Sexualstraftätern und damit die Wahrscheinlichkeit von Rückfalltaten wesentlich davon ab, ob die Patienten in der Unterbringung Gelegenheit hatten, an einer differenzierten und störungsspezifischen Psychotherapie teilzunehmen. Ob dies im konkreten Einzelfall geschehen ist und ob die begonnene Therapie zum Abschluss gebracht worden ist, wird mit diesem Faktor erfasst. Die Einschätzung folgt dabei, wie bei der Betrachtung der Fallgeschichten generell, den Einschätzungen und Darstellungen der Patienten. Bewertet wird in diesem Zusammenhang auch die Frage der Verfügbarkeit reeller Therapiemöglichkeiten (= Faktor »Reale Therapiemöglichkeiten«) (Dittmann 1998, 2000). Als Bestandteil fließt hier der Faktor »Ab-

DOI: 10.1486/9783884144152

geschlossene Deliktarbeit«) (ebd.) in die Betrachtung ein. In einzelnen Interviews findet sich eine nur knappe Erwähnung der therapeutischen Maßnahmen (z. B. Interview 6). Andere Falldarstellungen beinhalten ausführliche Beschreibungen der therapeutischen Arbeit, wodurch eine differenziertere Betrachtung dieses Faktors möglich wird:

I: Mmh, hat es lange gedauert, bis Sie Ausgang und Lockerungen bekamen?

P: Oh ja, () eine Ewigkeit. () So kam es mir zumindest vor.

I: Hm, wie lange hat es denn gedauert?

P: Das kann ich gar nicht mehr, ich glaube ein Jahr. () Da hatte ich zuerst immer nur Ausgang im Hof, () im, äh, gezäunten, () im umzäunten Hof, da bin ich immer wie im Käfig rumgelaufen, () das hieß Freistunde machen, () komischer Name, man war ja nicht frei und nicht mal in der freien Luft, da war ja der Zaun. (Int 12, 7; 46–53)

In der Aufnahmephase setzt sich der Proband mit der Situation, untergebracht zu sein, auseinander, die Phase ist gekennzeichnet durch das »Ankommen im Maßregelvollzug«.

I: Mmh, nach einem Jahr dann die ersten Lockerungen?

P: Ja, das war dann, () ich habe das als ganz was besonderes erlebt: Ausgang im Park, im Klinikgelände, innerhalb der Mauern. Ich, () na ja, () ich habe mich total geschämt, wegen der anderen, das ist ja eine große Klinik, nicht nur Forensik.

I: Sie haben sich geschämt?

P: Ja, wenn die mich da seh'n, ich dachte, das ist doch klar, wenn man mich so sieht, in Begleitung, dann wissen alle, woher ich komme, aus der Forensik.

I: Und hat das ge-stimmt?

P: Nein, da hat ja nicht mal einer geguckt. Das ist nur im Kopf, das sagen alle, () da war ich nicht der Einzige: man sieht uns an, was wir für welche sind – Verbrecher! Das ist halt, (2) ich glaube, das kommt von den Delikten, also was man gemacht hat und so. (Int 12, 7/54–8/12)

Im ersten Jahr der Unterbringung erfolgt eine Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle als »psychisch kranker, gefährlicher Straftäter«, die intensive Begegnung mit der eigenen Scham und die Erleichterung darüber, dass auch dieser Lebensabschnitt bewältigbar erscheint.

I: Mmh, wie ging das weiter?

P: Na dann die nächste Lockerung, äh, () aber Sie wollen ja die Zeit, das, äh, na ja, nachdem ich da in der Gruppe raus durfte, dann nach zwei Monaten und ganz alleine raus dann, das war () äh, ich glaube noch mal ein halbes Jahr. (Int 12, 8; 13–16)

Grundlage für die Unterbringung und Behandlung ist ein gestuftes Vorgehen: Die Gewährung von Lockerungen geschieht in Abhängigkeit zur Stabilität und den bislang erreichten therapeutischen Zielen (hier: Identifikation mit der Unterbringung, Bindung an die Institution, Aufbau von Therapiemotivation).

P: Dann ging alles Schlag auf Schlag: Urlaub, Wochenende. Meine Frau hatte ja gesagt,

DOI: 10.1486/9783884144152

Sie bleibt bei mir, wenn ich sauber bleibe. (2) Da durfte ich nach Hause fahren, () hierher war das dann schon. Das waren dann die Lockerungen.

I: Da konnten Sie gut mit umgehen, mit den Lockerungen?

P: Ach das, (2) das war ja nie das Problem, ich bin ja froh gewesen, dass da Therapie war und ich ab und zu raus durfte. () Det kannte ich ja nich', von früher her, () vom Knast. Das war doch, () ich war richtig sauer, als die Idioten da abgehau'n sind, so was Blödes. (2) Ich hab' mir das doch nicht selber kaputt machen wollen, () das wäre mir nie in den Sinn gekommen. (Int 12, 8; 27-35)

Weitere Vollzugslockerungen werden ebenfalls in Abhängigkeit erreichter Therapieziele gewährt, wobei die Überprüfung und Erprobung dieser neuen Fähigkeiten in außerklinischen Zusammenhängen eine große Rolle spielt. Der Proband berichtet über eine große Motivation zur Einhaltung relevanter Absprachen (Therapiemotivation)

I: Was haben Sie in der Unterbringung gemacht, welche Therapien?

P: Na, () da waren die Gespräche, das war zweimal, () äh, auch mal dreimal die Woche und so Bastelein. Damit () konnte () ich aber nichts anfangen, in meinem Alter. () Ich durfte dann, () da gab es so'n Garten, den hab' ich dann gemacht, so mit Blumen pflanzen, das war mein Ding. Ich kannte das von früher, () immer wollte ich so einen Garten. Der war, () das war ein großer Garten, 100 m² und mehr. () Det war schon lange mein Wunsch, eigentlich und () komisch, da in der Unterbringung, äh, (2) nich' draußen, sondern in der Unterbringung, da bekomm' ich die Verantwortung für das ganze Stück Land. ...

P: Ja, () äh, das war dann aber schon am Ende, so das letzte Jahr, da kam eine Kunsttherapeutin. () Richtig nette Person, die hat mich, () äh, ich konnte ja nich' so mit Basteln, det kam mir irgendwie unpassend vor, aber () die hat gemeint, machen Sie doch mal, () wovor haben Sie denn Angst?

I: Ja, mmh.

P: Ja ich hatte doch keine Angst, () ich hab' das erst nicht verstanden, aber dann, ich hab' dann Seidenmalen gemacht, so () freies Malen und mit einemmal, () da, da hängt einiges bei mir, da liegt einiges im Argen.

I: Mmh, Sie konnten auch da nichts mit anfangen?

P: Nee, so würde ich das nicht sagen. () Da, da liegt meine dunkle Seite. () Ich habe da Bilder dann gemalt.

I: Sie haben dann doch gemalt?

P: Ja, () det waren Farben und Formen, () da hab' ich aber auch noch so Blumen dann später, () ich will das nicht übertreiben, aber, () ich habe da, () ich glaube ich hab' da viel von meinen Gefühlen ausdrücken können. () Später habe ich dann modelliert, mit Gips. () So was hatte ich noch nie gemacht, () mir kam das vor wie Spielen () und, und () äh, ich alter Mann, () habe ich festgestellt, das, () ja, das kann ja Spaß machen. () Da war dann auch in der Stadt so eine Ausstellung, ein tolles Ding, da kamen dann meine Werke hin. »Kunst hinter Gittern« hieß das. (Int 12, 8/36–9/28)

DOI: 10.1486/9783884144152

In unterschiedlichen kreativen Therapieformen, insbesondere der Ergotherapie erfolgt die Heranführung des Patienten an therapeutische Basisqualifikationen. So wird die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der eigenen Person gefördert, kreative Anteile und Ressourcen mobilisiert und Widerstände (Angst vor der Auseinandersetzung) bearbeitet.

I: Mmh und () die Einzeltherapie lief die ganze Zeit durch?

P: (2) Ja, das, () na ja, det waren bestimmt 150 Sitzungen, ach nee, () das waren, () ich hab' das ja nicht gezählt. ...

I: Mmh, Sie haben den Hintergrund für die Straftaten für sich herausarbeiten können?

P: Ja, () das ist vor allem meine Verantwortungslosigkeit. () Ich wollte mich ja gar nicht steuern. () Die haben mir, () det war lange Thema, dort habe ich gelernt, wie ich mich überhaupt steuern kann, in solchen Dingen. () Das war nicht so leicht, das war ja schwer. Ich hatte ja über 40 Jahre so gelebt, () einfach machen und () äh, der Knast, das war sicher nicht schön, aber () beeindruckt hat mich das doch nie.

I: Mmh, Sie haben gelernt, damit umzugehen?

P: Ja, ich kann jetzt meine Fantasien kontrollieren, gut () da hilft mir auch das Medikament, aber wenn det kommt, was tue ich dann, spreche ich mit jemandem darüber? Mache ich was, erkenne ich meine Verantwortung? () Solche Sachen, () das kannte ich vorher überhaupt nicht. (Int 12, 9/29–10/4)

Der Proband berichtet über eine hochfrequente Einzeltherapie und beschreibt die Auseinandersetzung mit zwei zentralen Aspekten forensischer Tätertherapie: »Verantwortungsübernahme« und »Kontrolle devianter Fantasien«. Diese Inhalte werden als neue Kategorien – und als Ergebnis der Therapie – als neue Fähigkeiten wahrgenommen.

In Fallbeispiel 2 wird deutlich, dass die Aufnahme einer spezifischen Psychotherapie im Maßregelvollzug nicht immer zu einem Abschluss kommen muss. Der Proband berichtet, dass es nach hartnäckiger Weigerung, die Tat als solche anzuerkennen (Leugnung) zu einem Themenwechsel in der Therapie gekommen ist, welche den biografischen Hintergrund des Probanden beleuchteten:

I: Also hatten Sie es so aufgefasst, doch bei Ihnen () da war was, geben se s mal zu. So ungefähr.

K: Nja, die ham ja auch immer das gleiche Thema gefragt so. (4) Mmh.

I: Haben Sie da Ihren Standpunkt irgendwann mal verändert, haben gesagt, ja o.k. tatsächlich: ich wars. (2) Auch die ganze Zeit der Unterbringung durch dann?

K: Nö, ich hab ja so was immer abgestritten gehabt.

K: (4) Naja, nachher bin ich ja von dieser Frau Doktor jetzt, zu die anderen hin. Und da ging es ja eher um andere Gespräche nachher weiter. () Da ham se gemerkt dass ich das Thema nicht mehr mochte und da ham se mit mir anderes, also wie es und so zu Hause, wie et mit de Geschwister und so war. Det, det, det

I: War das o.k.?

DOI: 10.1486/9783884144152

P: Gespräch war gefiel mir noch besser als det erste bei der Frau Doktor da. (Int 2, 11; 4–17).

Eine Besonderheit stellt Fallbeispiel 9 dar: Als Ergebnis der Therapie kommt der Proband hier zur Einsicht, dass er unschuldig ist (Int 9, 17/43–19/25). Zwar hatte er die Anlasstat gegenüber einer Therapeutin selbst angesprochen und eingeräumt (weswegen es in diesem Fall zum Scheidungsverfahren und im Rahmen der damit verbundenen Gerichtstermine zur Anzeige und Unterbringung im Maßregelvollzug kam), im Rahmen der Einzeltherapie kommt er jedoch zu dem Schluss, dass die Missbrauchshandlungen an der eigenen Tochter reine Fiktionen waren, die er nur als sehr reell wahrgenommen hat. Es geht an dieser Stelle nicht um die inhaltliche Bewertung eines solchen Konstrukts (vgl. dazu Kapitel 9.4.3), sondern um die Darstellung, dass es in forensischen Therapien zunächst um eine Auseinandersetzung mit der eigenen Person und den Delikten geht und in Abhängigkeit dazu in gestufter Weise der Umfang gewährter Freiheit (»Lockerungen«) ausgedehnt wird. Hinweise auf den Faktor »Aufnahme und Beendigung einer spezifischen (Sexual-)Therapie« finden sich in Int I, 31/55–32/27; Int 2, 10/26–11/25; Int 3, 5/38–6/35; Int 6, 12/31–14/26; Int 7, 19/11–20/15; Int 8, 16/37–17/48; Int 9, 16/50–17/19; Int 11, 12; 12–42 und Int 12, 7/16–10/30.

9.4.2 Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im Maßregelvollzug

Die positive Einschätzung der Unterbringung während des Maßregelvollzugs durch den Patienten selbst muss als stark wirksamer Protektivfaktor eingeschätzt werden. Die Fähigkeit, eine derart einschneidende Maßnahme wie die Unterbringung gem. §§ 63 oder 64 StGB für sich selbst als angemessen und gerechtfertigt zu bewerten und den Umstand insgesamt positiv zu erleben (auch wenn einzelne Aspekte der Unterbringung durchaus negativ erlebt werden können) ist Beleg für eine umfassende Störungs- und Krankheitseinsicht, die Einsicht in Gefährlichkeit und die eigene Behandlungsbedürftigkeit und für eine – mindestens in Ansätzen – vorhandene Therapiemotivation. Diese Einzelaspekte können als Ressource in der Behandlung genutzt werden und bilden darüber hinaus einen »natürlichen Schutz« vor neuer Delinquenz: Die Selbstbewertung als krank und hilfsbedürftig belegt die Fähigkeit zur Wahrnehmung eigener Schwächen, die Akzeptanz der Unterbringung wiederum die Einschätzung des Patienten bzgl. der eigenen Entwicklungsfähigkeit. Zusammengefasst kann der hier beschriebene Protektivfaktor auf den Begriff der »Gelungenen Sicherung durch Therapie« gebracht werden. Inhaltlich nahe und Bestandteil des hier beschriebenen Faktors sind die Sub-Faktoren »Erleben der Unterbringung als Chance für eine Auseinandersetzung mit sich selbst« und »Reden in der Therapie als Katharsis«.

DOI: 10.1486/9783884144152

Diese beiden Kategorien spielen vor allem bei Tätern eine Rolle, welche über umfangreiche Hafterfahrungen verfügen, welche eher zu einer Festigung des Störungsbildes geführt haben und wo vor allem keine sinnvollen Therapieangebote bereitgehalten wurden. Diese Protektivaspekte weisen auch deutliche Anteile von Therapiemotivation auf. In Falldarstellung 3 findet sich eine für diesen Aspekt exemplarische Textsequenz:

> S: Also, also ich hab' erst mal allet, () alles erzählt, in der Therapie, im Einzelgespräch, hab' ich alles rausgelassen, nix ausgelassen, so. Da hatte ick der also, es war so ne Ärztin, ne ganz nette, so ne wichtige Person hier, dann war das abgebrochen, weil die dann hier weg war. Dann hatte ich noch ne ganze Reihe von Therapeuten, so Psychotherapeuten, ein' nach'm andern, immer wieder von vorne angefang'n, abgebrochen, weil der eine dann wat anderes gefunden hatte, so, der hatte dann gekündigt und so, (3) bin ich von ein'm zum ander'n, einer hat sogar ne Kneipe aufgemacht, der hat mir gesagt, ja, kannste dann ja, wenn de wieder draußen bist, zu mir dann komm', dann quatschen wir weiter (Lachen).
>
> I: Mmh.
>
> S: Ich hatte ja, wie gesagt, nie längere Zeit ein und denselben Therapeuten gehabt. () Also, außer dem Sozialpädagogen hier, aber der hat gesagt, nee, det kann ich nich' mit ihnen bearbeiten. () Da hab' ich dann auch erst mal wieder zugemacht, so, da kam dann wengistens nich' wieder alles hoch. Dat war dann wieder det alte Spiel, so det alte Denken, wenn da wat hochkommt, dann tut dat weh, det lässte wieder. Det ging dann aber bis kurz vor der Entlassung so, bis dann der Dr. Z. kam, der blieb mir denn auch so und da konnt' ich dann auch gut auf machen. Da war dann auch klar, dat det viel mit mir als Kind auch schon zu tun hat, die Enttäuschung und kein Vater, der andere da n Mistkerl und dat ick ewig nich' wusste wer ick nu' eigentlich bin und solche Sachen. (3) Dat ick mir eben auch dann spüre, wenn ick zuschlage. Das war dann, det ging denn auch noch weiter nach der Entlassung, da war ich dann auch schon draußen und zum Glück gingen die Gespräche da aber auch noch weiter, bis heute. (Int 3, 7; 25–44)

Der Protektivfaktor »Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im Maßregelvollzug« findet sich in den Falldarstellungen 3, (Int 3, 10; 9–32), 4, (Int 4, 17/42–18/25), 6 (Int 6, 14; 29–50), 8 (Int 8, 15/48–16/17) und 12 (Int 12, 7/16–10/30).

9.4.3 Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im Maßregelvollzug trotz Leugnung – »Sinnvolles Leugnen«

Auffallend sind die Hinweise in einzelnen Falldarstellungen (2, 4, 7 und 9) auf völliges Leugnen der Anlasstat: Die Täter erleben und beschreiben sich als »unschuldig«. Das heißt, dass diese Täter in ihrer eigenen Wahrnehmung unschuldig,

DOI: 10.1486/9783884144152

also zu Unrecht im Maßregelvollzug untergebracht waren. Folgt man dieser Tatsache, müsste zu erwarten sein, dass diese Täter ihre Unterbringung im Maßregelvollzug keinesfalls positiv erleben und bewerten würden. Tatsächlich nehmen aber die Probanden 2, 7 und 9 bereits während der Unterbringung eine positive Bewertung vor, Proband 4 entwickelt diese Haltung sicher erst gegen Ende der Unterbringung bzw. nach Entlassung aus dem Maßregelvollzug.[4] Im Rahmen dieser Arbeit geht es nicht um eine inhaltliche Bewertung dieser Aussagen, ob diese »wahr sind« (also möglicherweise unschuldige Menschen untergebracht wurden, was nicht generell auszuschließen ist), oder Ausdruck einer besonderen Leugnungsstrategie (vgl. Kapitel 4.6.2) sind. Im Kontext der Forschungsfrage dieser Studie interessiert die Frage, welche möglichen protektiven Aspekte sich aus einer derartigen Kognition durch die Patienten ergibt. Leugnung erspart dem Täter zunächst einmal, sich mit eigenen negativen Anteilen auseinandersetzen zu müssen. Nicht bearbeitete Risikoanteile können dann zu Instabilität und möglicherweise zu devianten Verhaltensweisen führen (vgl. Kapitel 3). Lässt der Täter allerdings eine Auseinandersetzung mit der eigenen Person zu und bearbeitet dort andere Problembereiche seiner Persönlichkeit, kann es insgesamt doch zu einer Entwicklung und Verbesserung der Situation kommen. Der sexuelldeviante Anteil bleibt dabei als »Restrisiko« bestehen und möglicherweise ergibt sich eine umfassende Schutzwirkung der Identifikation mit der Unterbringung (Motto: »Ich bin zwar unschuldig, aber ich habe in der Unterbringung doch einiges Sinnvolle bewältigen können«), welche insgesamt dazu führt, dass weitere Straftaten verhindert werden. Für diesen Mechanismus verwende ich den (etwas widersprüchlichen) Begriff »sinnvolles Leugnen«. Ein Ankerbeispiel für diesen Sachverhalt findet sich in Falldarstellung 7:

> I: Wenn Sie das so heute versuchen, mal in der Gesamtheit zu sehen, wie bewerten Sie diese Maßregelvollzugszeit, in der Sie waren?
>
> T: (3) Also, (2) ich (4) man muss das, kann man vielleicht das nicht gleich auf diesen Maßregelvollzug be-, äh, () schränken. Klar ist, dass es irgendwann total eskaliert wäre, in der Beziehung, also (2) von daher, (2) ist eigentlich diese gewaltsame Trennung, mh () schon ganz günstig gewesen, soagn mer moal, im Nachhinein, ne. Äh, () gut was, () im Endeffekt, ich weiß und kann mer heut noch net erklären was und warum den Anstoß für diese Anzeige gegeben hat, also () ich hab zwar Anhaltspunkte, aber, (3) mehr auch nicht, das ist () Spekulation. Im Nachhinein sehe ich () mindestens zwei Dinge, einmal dass die ganze Geschichte wohl meine Existenz gerettet hat. (3) Zweitens, wenn man es von () rein unterbringungstechnischen Dingen sieht, ist es natürlich dieser ganze Zwang und des Wegsperren, negativ zu sehen. Was aber eigentlich meine eigene Einstellung und so weiter, in Bezug auf Alkohol, (3) meine eigenen Anteile an

4 Das Datenmaterial lässt hier keine eindeutige Festlegung auf den Zeitpunkt der Entwicklung einer positiven Haltung zur Unterbringung zu.

DOI: 10.1486/9783884144152

der ganzen Geschichte, die ja mit Sicherheit alle da sind, die mir (2) im Endeffekt auch klar sind und von mir () auch nie bestritten worden sind, auf der anderen Seite, () im sexuellen Bereich, hab ich mir Gedanken machen müssen und Überlegen müssen, ob da unter Umständen eine Perversion vorliegt und von daher, () würd ich sagen, ist es positiv einzuschätzen.
I: Mmh, () können Sie das kurz beschreiben, was da Ihre Anteile sind?
T: Na, meine Anteile sind natürlich, äh () einerseits der Alkohol, logischerweise, () zweitens seh ich, dass ich wahrscheinlich auch eine gewisse Wesensänderung durchgemacht habe, in der ganzen Zeit, () die auch dazu geführt hat, übrigens, was ich jetzt auch noch seh, schließlich und endlich in der Sexualität ausgelebt habe. (2)
I: Mmh.
T: (2) Ja und ähm, (3)...
I: Das ist so das Schlüsselergebnis aus der Therapie heraus?
T: Ja, mh, es () ist noch mehr, es ist vielleicht, es ist wie a Rückführung, es ist wie eine Rückführung auf die ganze Geschichte, net bloß auf die Ehe, vielleicht ist es in der Therapie erstmals richtig äh, () durchgedrungen. Das Ganze ist wie eine Rückführung auf die () normalen Ursprünge und () Grundlagen im Leben, also man sich wieder, wenn ich's jetzt mal ganz krass ausdrücke, man kann sich wieder freuen über (uv) zum Beispiel, es war, es warn diese Kleinigkeiten, die ich mit Sicherheit auch vermisst habe, nicht mehr wahrgenommen habe. Es war nichts Großes. (2) (Int 7, 19; 8–41)

Dem Maßregelvollzug kommt hier die Funktion des »Lebensretters« zu. Der Proband begreift sein Leben als an einem Punkt angekommen, an dem eine weitere Verschlechterung der Lebensbedingungen wahrscheinlich ist. Die Therapie ermöglichte ihm die Auseinandersetzung mit zentralen Fragen seiner bisherigen Lebensführung und kritischen Persönlichkeitsanteilen. Dabei bleibt eine negative Bewertung einzelner Anteile der Maßregelunterbringung (z. B. Verlust der Freiheit) erhalten.

Die weitere protektive Wirkung dieses Faktors liegt in den unter 9.4.2 beschriebenen Merkmalen.

Der Faktor ist bei vier von zwölf Falldarstellungen (Int 2, 12; 5–7; Int 4, 11/37–12/7; Int 7, 19/11–20/15 und Int 9, 16/50–17/19) zu erheben und muss auch aus diesem Grund als »bedeutsamer« Protektivfaktor eingeschätzt werden.

9.4.4 Störungs- und Krankheitseinsicht

Die protektive Wirkung dieses Faktors wurde bereits in Kapitel 9.3 beschrieben. Spätestens in der Unterbringung kann sich Krankheitseinsicht entwickeln und dann als Basis für therapeutische Interventionen genutzt werden. In der poststationären Phase entwickelt dieser Faktor seine Schutzfunktion etwa im Rahmen

DOI: 10.1486/9783884144152

von Rückfallvermeidungsplänen, wenn das Ausmaß der eigenen Störung wiederkehrend (gezielte Introspektion) durch den Täter selbst eingeschätzt werden muss. Der Faktor findet sich in den Falldarstellungen 3 (Int 3, 5/38–6/36), 6 (Int 6, 14; 29–50) 7 (Int 7, 19/11–20/15), 8 (Int 8, 14/40–15/45) 9 (Int 9, 22/45–23/23) und 11 (Int 11, 10; 32–52).

9.4.5 Fortbestehen externer sozialer Kontakte während der Unterbringung

Die protektive Bedeutung sozialer Kontakte für Individuen besteht in Aspekten wie emotionale Zuwendung, operative Unterstützung, emotionaler Rückhalt, Identitätsbildung etc. (vgl. Kapitel 9.2.6 und 9.2.7). Gelingt es, solche sozialen Kontakte während der Unterbringungszeit im Maßregelvollzug aufrechtzuerhalten, bestehen die damit zusammenhängenden Schutzaspekte weiter fort und können während der gesamten Unterbringungszeit, vor allem aber auch in der Entlassphase (Stichwort: sozialer Empfangsraum, vgl. Dittmann 1998, 2000) genutzt werden. Eine Studie zu sozialen Netzwerken untergebrachter Sexualstraftäter im Maßregelvollzug (Gutiérrez-Lobos et al. 1999) belegt, dass während des Vollzugs aufrechtgebliebene Beziehungen qualitativ besser erlebt wurden und insgesamt die Erfüllung sozialer Bedürfnisse im Vergleich zu früher befriedigender erlebt wurde, wenn soziale Kontakt aufrechterhalten werden konnten. Vor allem für Patienten in der Aufnahmephase ihrer Unterbringung, ohne Vollzugslockerungen und die Möglichkeit, Verwandte und Bekannte selbst aufzusuchen, spielt dieser Faktor eine wichtige Rolle. Eng verbunden mit diesem Faktor sind die Aspekte »Soziale Beziehungen«, »Soziale Beziehungen und Unterstützung durch nicht-delinquente Personen« (womit die antikriminelle Orientierung von derartigen Sozialkontakten betont wird), »sich auf jemanden verlassen können« und »Anerkennung in der Familie« bzw. »Soziale Unterstützung durch ›Versicherung emotionaler Verbundenheit‹ durch andere«. Gut sichtbar wird diese Schutzfunktion in Falldarstellung 2, wo die Herkunftsfamilie des Täters eine zentrale Stellung bzgl. Rückfallvermeidung einnimmt:

> I: Haben Sie während der Unterbringung Besuch gekriegt, auch von der Familie?
> K: Ja, es kam meine Mutter, meine Schw... oh, und meine Geschwister kamen auch. Wenn Vater nich' fahren konnte hat mein Bruder gemacht (5)
> I: Also so, der Kontakt ist nicht abgebrochen, deswegen?
> K: Nö. Es kamen alle. (Int 2, 11; 38–44)

Der Faktor findet sich in den Interviews 2, 7, 8, 9, 10, 11 und 12 (Int 2, 11; 36–46; Int 7, 18; 16–33; Int 8, 18; 27–30; Int 9, 20; 17–20; Int 10, 20; 23–55; Int 11, 11/37–12/9 und Int 12, 6/44–7/14 und 7/16–10/30)

DOI: 10.1486/9783884144152

9.4.6 Medikamentöse Behandlung (triebdämpfend), bei guter Compliance

Die Wirkungsweise triebdämpfender medikamentöser Behandlung wurde in Kapitel 4.6.2.3 beschrieben. Erfolgt die initiale Behandlung während des Maßregelvollzugs, ist eine verlässliche Kontrolle des Behandlungserfolgs im Rahmen der Therapie möglich. Eventuelle Probleme in der Behandlungssituation (Widerstand, unerwünschte Nebenwirkungen, Nicht-Wirken der Medikation) können umfassend und direkt begleitet und bearbeitet werden. Der Schutzfaktor triebdämpfender Behandlung in der stationären Phase liegt auf der Hand: Durch die Minderung sexueller Thematik kann der Zugang zu einer tiefergehenden, psychotherapeutischen Behandlung ermöglicht werden, die einmal entwickelte Medikamentencompliance kann als Sicherheitsfaktor während der gesamten Behandlungszeit genutzt werden. Der Schutzfaktor »medikamentöse Behandlung« findet sich in den Falldarstellungen 2, 3 und 5 (Int 2, 12/31–15/3; Int 3, 10/35–11/24 und Int 5, 9/31–10/13).

9.4.7 Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase

Die stufenweise Erprobung forensischer Patienten, in Abhängigkeit zum jeweils aktuellen Entwicklungsstand ist Behandlungs- und Qualitätsmerkmal stationärer Kriminaltherapie. Dies gilt auch für die Entlassphase am Ende der Unterbringung im Maßregelvollzug.

Das Angebot einer gestuften Entlassung, etwa im Rahmen von Beurlaubungen (vgl. Hahn 2003 a) in den »sozialen Empfangsraum«, die gezielte Auswertung solcher Lockerungsmaßnahmen mit entsprechender Korrektur z. B. der Rückfallvermeidungspläne, stellt einen eigenen Protektivfaktor dar und ist mittlerweile zum Standard forensischer Behandlung geworden. Die Schutzwirkung solcher Maßnahmen liegt im rechtzeitigen Erkennen von Risikosituationen und krisenhaften Entwicklungen in der Entlassphase, auf die dann noch problemlos, schnell und differenziert eingegangen werden kann. Der Protektivfaktor findet sich in den Falldarstellungen Int 2 (19; 10–31), Int 3 (12; 10–28), Int 4 (13/53–14/15), Int 5 (9/31–10/13), Int 6 (12/31–14/26), Int 7 (20; 18–24), Int 8 (18/33–19/56), Int 9 (20/45–22/3), Int 10 (18/7–19/44), Int 11 (12; 44–50) und Int 12 (7/16–10/30).

DOI: 10.1486/9783884144152

9.4.8 Sonstige protektive Faktoren

Hier werden wieder Einzelfaktoren genannt, welche nur selten aufzufinden bzw. im Datenmaterial nur schwach ausgeprägt waren. Weiter sind hier Faktoren aufgelistet, welche bereits in den vorangegangenen Abschnitten (9.1 bis 9.3) erläutert wurden oder in einem der Folgekapitel beschrieben werden:

- Finanzielle und materielle Unterstützung
- Gute Copingmechanismen
- Gefühl von Sinnhaftigkeit (bzgl. Biografie-Deliktzusammenhang) (vgl. Kapitel 9.6)
- Gefühl von Handhabbarkeit (bzgl. Delinquenz, vgl. Kapitel 9.6)
- Religiöse Orientierung i. S. ethisch reifer Charakterstrukturen
- Emotionale Intelligenz
- Soziale Förderung durch Institution
- Empathiefähigkeit
- Durchschnittliche bzw. überdurchschnittliche Intelligenz
- Soziale Integration durch Übernahme sozialer Funktionen
- Internale Kontrollüberzeugungen
- Positive Bildungserfahrungen
- Humor (vgl. Kapitel 9.6)
- Besserung deliktfördernder Symptomatik (vgl. Kapitel 9.6)
- Gute Introspektionsfähigkeit
- Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln
- Soziales Interesse und Berührbarkeit in Beziehungen zu anderen
- Soziale Flexibilität/Anpassungsfähigkeit
- Eine in allen (Ausschluss: Sexualität) als befriedigend erlebte Partnerschaft mit adäquaten Konfliktlösungsstrategien beider Partner, keine Trennungsanzeichen

9.5 Faktoren der erfahrenen forensischen Nachsorge

In diesem Abschnitt werden die Faktoren beschrieben, welche in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Angebot einer forensischen, ambulanten Nachsorge stehen. Damit keine Überschneidung zu Abschnitt 9.6 eintritt, bleiben die hier aufgelisteten Faktoren streng im Kontext des Nachsorgetypus und der Qualität der damit verbundenen Beziehungen. Alle weiteren Aspekte werden in Abschnitt 9.6 »Aktuelle Lebenssituation«, vor allem im Unterabschnitt »Externe Faktoren« integriert. Das Angebot forensischer Nachsorgeambulanzen stellt an sich schon einen protektiven Umstand dar (vgl. Kapitel 4.5.2). Die Erkenntnis, dass ambulante Nachsorge hilft, stationäre Behandlungserfolge über die stationäre

DOI: 10.1486/9783884144152

Phase hinaus zu sichern, ist auch in der forensischen Psychiatrie (vgl. Freese 2003) angekommen.

9.5.1 Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung und Weiterführung einer ambulanten Sexualtherapie/Reale Therapiemöglichkeiten und gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase

Die ambulante Weiterführung stationärer forensischer Behandlung nach Entlassung aus der Unterbringung, entspricht dem therapeutischen Stufenmodell des Maßregelvollzugs. Die Chancen einer solchen Therapieangebots liegen in der Beziehungskontinuität (stationäre Therapeuten arbeiten mit den Tätern während und nach der Unterbringung), kennen den Patienten, die Rückfallvermeidungspläne, die Risiken und Ressourcen aus der Beurlaubungsphase etc. (vgl. Freese 2003 und Kapitel 4.5.2). Die protektive Wirkung dieser Faktoren liegt im rechtzeitigen Erkennen von Risikosituationen und krisenhaften Entwicklungen und der Möglichkeit, auf Grundlage einer vertrauensvollen Therapeuten-Patientenbeziehung notfalls sichernde Maßnahmen einleiten zu können. Die forensische Nachsorgelandschaft in Deutschland ist noch uneinheitlich geregelt,[5] erfreulicherweise findet sich dieser Protektivfaktor aber in allen zwölf Falldarstellungen: Int 1 (31/55–32/27), Int 2 (12; 20–29), Int 3 (12/45–13/3), Int 4 (14/36–15/25), Int 5 (8/36–9/27), Int 6 (12/31–14/26), Int 7 (21; 6–13), Int 8 (18/33–19/56), Int 9 (19/30–20/13), Int 10 (18/7–19/44), Int 11 (12; 44–50) und Int 12 (11; 1–45). Was der Umstand ambulanter Nachsorge für Patienten bedeuten kann, wie stark dieses Angebot auch angenommen und nicht als reine Kontrolle und Einmischung aufgefasst wird, belegt eine Sequenz aus Interview 12:

> I: Mmh, haben Sie noch Kontakt zur Klinik, gibt es da eine Nachsorge?
>
> P: Nee, zur Klinik, da is' nichts mehr an Kontakt, nur der Herr L., der kommt hier vorbei, mal so in der Woche, oder alle 14 Tage, wie er hier eben rumkommt. Der is' ja auch (), det is' ja ein netter, der kontrolliert ja nicht viel, der fragt ja so, wie' geht und wie wir so klar komm'. Der () kennt ja die Verhältnisse hier, ist ja selber einer von hier, dem brauch ich nich' lange zu erklären, der sieht ja wat hier ist. () (Int 12, 11; 1–7).

5 Vor allem die Finanzierung ist teilweise noch völlig ungeklärt.

DOI: 10.1486/9783884144152

9.5.2 Offene, vertrauensvolle Bindung an Therapeuten

Die Entlassung aus der Unterbringung bedeutet für Patienten und Therapeuten einen Rollenwechsel. Auf Patientenseite steht mit dem Wiedererlangen der Freiheit die Möglichkeit zu gesellschaftlicher Teilhabe in einem weitgehend selbstbestimmten Leben offen. Für die Therapeuten ergibt sich ebenfalls ein »Befreiungsakt«: Dadurch dass sich die Rechtsgrundlage des Therapiekontakts ändert, nicht mehr strafgerichtlich geprägt ist, kann sich auch die therapeutische Haltung öffnen. Immerhin kam es im Verlauf der stationären Therapie zur Entlassung des Patienten, sodass das gemeinsame Vertrauen in die Wirksamkeit der therapeutischen Bemühungen gewachsen ist. Diese spezifisch forensischen Merkmale drücken sich dann in der Nachsorgephase bei einigen Patienten durch eine spezifische enge Bindung mit einem hohen Maß an Offenheit an den Ambulanzmitarbeiter aus. Diese Konstellation entwickelt eine gewisse protektive Stärke, etwa wenn auf Grundlage einer offenen Vertrauensbasis frühzeitig Risikoaspekte in der Therapie angesprochen werden können, der Patient in der Lage ist, größere Änderungen in der Lebensgestaltung (Wohnungs- oder Arbeitsplatzwechsel) vorab mit dem Therapeuten abzusprechen, oder Aspekte aus einer aktuellen Partnerschaft in der Therapie thematisiert werden können. Der Protektivfaktor findet sich in Falldarstellung 1 (Int 1, 35; 16–42) und in Falldarstellung 3 (Int 3, 12; 31–42).

9.6 Faktoren der aktuellen Lebenssituation

In diesem Abschnitt werden die aktuellen Protektivfaktoren, zum Zeitpunkt des jeweiligen Interviews benannt. Wie in den Fallübersichten (vgl. Kapitel 8.2.) zu sehen ist, lassen sich die Schutzfaktoren in interne (in der Person angesiedelte) und externe Faktoren trennen. Die Darstellung der einzelnen Aspekte in diesem Kapitel folgt dieser Trennung. Die bereits in den vorangegangen Abschnitten des 9. Kapitels beschriebenen Faktoren werden hier nicht nochmals erläutert, sondern in der Sammelkategorie »Sonstige protektive Faktoren« aufgelistet.

9.6.1 Gefühl von Verstehbarkeit

Mit dem Gefühl von Verstehbarkeit hat Antonovsky (1997) die Fähigkeit eines Menschen beschrieben, neue Erfahrungen und Stimuli als geordnete, weitgehend strukturierte Informationen verarbeiten zu können und damit nicht mit Reizen konfrontiert zu sein, die als chaotisch, zufällig und weitgehend unerklärlich erlebt werden. Antonovsky hat diese Fähigkeit als kognitives Verarbeitungsmuster aufgefasst. Sexualstraftäter im Maßregelvollzug sind mit einer Vielzahl neuer,

DOI: 10.1486/9783884144152

unerklärlicher Situationen konfrontiert (Eingesperrtsein, Therapie, Resozialisierungsphase, Auseinandersetzung mit eigenen verdrängten Anteilen etc.). Die Fähigkeit, diese Informationen als konsistente Inhalte auffassen zu können, ist ein Therapieeffekt, also eine Fähigkeit, die im Maßregelvollzug erworben wurde. Das Begreifenkönnen eigener biografischer Zusammenhänge, etwa das Auftreten von Krisen und die individuelle Bewältigung dieser Krisen mit devianten Verhaltensweisen, ist Ausdruck dieser Verstehbarkeit. Ist diese in der Unterbringung zunächst retrospektiv ausgerichtet, entwickelt sich in der nachstationären Phase daraus eine prospektive Fähigkeit, welche Tätern erlaubt, die neuen, mit der eigenen Lebenssituation zusammenhängenden Erfahrungen verstehen zu können. Eine Sequenz aus Falldarstellung 3 zeigt exemplarisch, welche Bedeutung der Faktor »Verstehbarkeit« für Sexualstraftäter haben kann. Der Proband reflektiert darin seine dissoziale Persönlichkeitsstörung, deren Bewältigung und die aktuelle Ausprägung persönlicher Reife, welche sich hier in der Hinwendung zu ganz neuen Lebensthemen ausdrückt:

> S: Ja und wat wir neu jetzt machen, det hab' ich früher ja nie, dass wir rüber nach Rügen fahren uns da Sachen anschauen, am Strand langgeh'n und so.
>
> I: Ja, da ist es ja wunderschön.
>
> S: Ja, da gibt es so Ecken, da wo auch keener hinkommt, auch die Touristen, dat is' schon was, hab' ich ja früher nie, det kommt mehr von ihr, die ist da so begeistert und will immer raus, geh' ich halt mit und es gefällt mir auch, das Wetter sehen, das Meer, gerade jetzt mit dem Eisregen, das gibt ganz Stimmungen. Det war mir ja früher zu dösig, aber anscheinend werd' ich jetzt auch älter (Lachen), nee, im Ernst, da hatte ick früher überhaupt keene Augen für, mehr mit den Kumpels rumhängen und saufen, aber det is' Geschichte. Vielleicht war det aber auch notwendig, so ein Weg, dat ick da hinkomme, is' n' blöder Gedanke, aber manchmal denk' ick det so.
>
> I: Hm, Sie meinen das ist alles eine Entwicklung, mit einzelnen Schritten, die aufeinander aufbauen?
>
> S: Ja, näh, so ähnlich, so, dat ick det Gefühl habe, dat det schon ein' Sinn hat, so wie ick früher war und wie ick heute drauf bin. Wahrscheinlich könnte ick det alles gar nich' so schätzen, das ruhige Leben jetzt, mit den Sachen die ich jetzt mache, wenn ick früher nich' det andere Extrem erlebt hätte. (2) Is' doof zu erklären, aber so kommt mir det manchmal vor. (Int 3, 15; 21–38).

Der Faktor »Verstehbarkeit« findet sich in den Interviews 1 (Int I, 6; 16–48), 3 (Int 3, 5/38–6/36), 11 (Int 11, 13; 11–26) und 12 (Int 12, 7/16–10/30).

Proband 3 äußert sich in dieser Interviewsequenz auch darüber, welchen Sinn er in seinem speziellen Lebensweg entdeckt, nämlich die Notwendigkeit, unterschiedliche Entwicklungsstufen durchlaufen zu müssen, um dahin zu kommen, wo er heute steht. Mit dieser Aussage ist der Protektivfaktor

DOI: 10.1486/9783884144152

9.6.2 Gefühl von Sinnhaftigkeit

umschrieben. Antonovsky (1997) beschreibt diese Dimension des SOC-Konstrukts als das Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfinden kann, also als motivationale Komponente. Ähnlich formuliert zielt der Faktor »Erfahrung von Struktur und Sinn im eignen Leben« (Nedopil 2001) auf das Erkennen sinnvoller Entwicklungsstrukturen in der eigenen Biografie. Proband 3 benennt diesen Sinn seines Lebens in der Bewältigung der eigenen Störung, in der Hinwendung an »schöne und ruhige Dinge«, was Ausdruck eines stattgefundenen Reifungsprozesses ist. Offensichtlich besteht bei Proband 3 eine latente Wahrnehmung des eigenen SOC, er beschreibt, dass er »manchmal so denkt«. Diese Erfahrung selbst ist allerdings nicht differenziert zuordenbar, denn »vielleicht ist das ein blöder Gedanke«. Sinnhaftigkeit ist nach Antonovsky der zentrale Aspekt des SOC-Konstrukts, ohne Sinngefühl können die Aspekte Verstehbarkeit und Handhabbarkeit ihre Kraft nicht entfalten, da davon auch die Fähigkeit positive Erwartungen (siehe weiter unten: »Hoffnungspotenzial« und »Angemessene Zukunftspläne/Erwartung«) zu entwickeln abhängt. Der Faktor »Gefühl von Sinnhaftigkeit« findet sich in den Falldarstellungen 1 (Int 1, 2/39–3/44), 3 (Int 3, 15; 21–38), 7 (Int 7, 22; 25–41), 8 (Int 8, 16/37–17/48), 11 (Int 11, 13; 11–26) und 12 (Int 12, 10; 32–42).

9.6.3 Gefühl von Handhabbarkeit

Das »Gefühl von Handhabbarkeit« bzw. Bewältigbarkeit beschreibt Antonovsky (1997) als die Überzeugung eines Menschen, dass Schwierigkeiten lösbar sind, also die Einschätzung, dass die zur Verfügung stehenden inneren und äußeren Ressourcen zur Lösung einer anstehenden Aufgabe ausreichen werden. Inhaltlich und sprachlich nahe dazu ist der Faktor »Realistische Einschätzung der Anforderungen durch die Umwelt und der eigenen Chancen« (Nedopil 2001) und das Konstrukt »Control« und »Commitment« (vgl. Kapitel 5.3) von Kobasa (1979), welche aber weiter gefasst nicht nur die Bewältigung von Aufgaben beschreiben, sondern mehr auf die Aspekte der Kontrolle von Lebensbezügen und die Bedeutung und Wichtigkeit der eigenen Person abheben. Ein »Grundlagenfaktor« für das »Gefühl von Handhabbarkeit« ist die »Fähigkeit, eigene Ressourcen zu erkennen und zu benennen«. Das »Gefühl von Handhabbarkeit« richtet sich bei Sexualstraftätern auf die Aspekte »Bewältigung der eigenen devianten Anteile« und »Bewältigung der zukünftigen Anforderungen im weiteren Resozialisierungsprozess«. Beide Aspekte werden im Interview mit Proband 12 erwähnt. Die Bewältigung der sexuell-devianten Anteile formuliert er so:

P: Ja, ich kann jetzt meine Fantasien kontrollieren, gut () da hilft mir auch das Medi-

DOI: 10.1486/9783884144152

kament, aber wenn det kommt, was tue ich dann, spreche ich mit jemandem darüber? Mache ich was, erkenne ich meine Verantwortung? () Solche Sachen, () das kannte ich vorher überhaupt nicht. (Int 12, 1–4)

Das Handhaben allgemeiner Lebensanforderung, die »allgemeine Lebensbewältigung« traut sich Proband 12 auf der Grundlage einer persönlichen »allgemeinen Veränderung« zu. Dazu gehört hier ein völlig neues Lebenskonzept, die Beschäftigung mit als sinnvoll erlebten Inhalten, die Begrenzung des eigenen Lebens- und Aktionsradius und die Konzentration auf einige, wenige Sozialkontakte:

P: Tja, ich habe mich da allgemein verändert, ich ziehe mich viel mehr zurück. () Wissen Sie, das habe ich vorher nie gemacht, ich habe ja jetzt meinen Garten, () da, da finden Sie mich jetzt, das ist mein neues Ding, das ist mein Garten, mein Teich, meine Goldfische. () Das ist jetzt mein Leben, () und, ich ziehe mich halt auch sehr zurück dadurch. () Das ist nicht nur ein Hobby, das ist, () mich fasziniert das auch, da zu sehen, was ich machen kann, wie das da wächst und sich verändert. () Ich liege da am liebsten im Liegestuhl und höre Radio.

I: Klingt das nach Einsamkeit?

P: Nee, det nich'. Ich bin ja nicht alleine, da ist ja Axxxx () und da kommt ja meine Tochter, mit'm Enkel. Det reicht mir, () dicke. Ich kann ja auch gar nicht so raus, anne Ostesee oder so, det wäre auch, () da sind mir auch zu viele Leute, ich bleibe hier, da ist das übersichtlich und ich habe auch kein Verlangen. () Dat ist ja wichtig.

Inhaltlich gehört zum Protektivfaktor »Handhabbarkeit« auch der Aspekt »Autonomieerleben«. Damit ist die Fähigkeit gemeint, sich autonom zu erleben, d. h. ohne Vorgaben, Unterstützung selbst wirksam zu sein, zu »funktionieren«. Dieser Faktor ist quasi die Bestätigung des Gefühls der Handhabbarkeit: Eine Person sieht sich darin bestätigt, dass sie Anforderungen weitgehend selbstständig handhaben und bewältigen konnte.

Hinweise auf den Faktor »Gefühl von Handhabbarkeit« und weitere ähnliche Aspekte finden sich in den Falldarstellungen 1 (Int 1, 25/16–26/4), 2 (Int 2, 18; 25–43), 3 (Int 3, 15; 21–38), 5 (Int 5, 1, 3–35), 6 (Int 6, 17; 4–19), 7 (Int 7, 22; 25–41), 11 (Int 11, 13; 11–26) und 12 (Int 12, 10; 32–42).

9.6.4 Adaption relevanter Therapieergebnisse in echte Lebenszusammenhänge

Die Fähigkeit, neu erlernte Verhaltensweisen und Strategien, welche im Rahmen therapeutischer Arbeit erworben wurden, in realen Lebenszusammenhängen umsetzen zu können, weist einen hohen Protektionswert auf. Das Problem der Behandlung im Maßregelvollzug ist, dass therapeutische Strategien über einen langen Zeitraum im »luftleeren Raum« der geschlossenen Unterbringung verfolgt werden müssen. Auch wenn Erprobungsmaßnahmen eine zentrale Rolle in der stationären Behandlung spielen, zeigt sich doch erst nach der Entlassung,

DOI: 10.1486/9783884144152

ob die erworbenen skills, die Rückfallvermeidungsstrategien, die Fähigkeit zur Introspektion und Analyse der sozialen Umwelt dauerhaft und verlässlich angewendet werden können. Finden sich solche Hinweise und sind diese zahlreich und unabhängig vom Belastungskontext einer Person, also nicht nur in Zeiten der Ausgeglichenheit, sondern auch in Krisensituationen festzustellen, kann davon ausgegangen werden, dass die Kompetenz den wichtigen Therapie-Realitätstransfer zu bewältigen vor krisenhafter Zuspitzung und vor neuer Delinquenz schützt. Dabei gilt es, die relevanten Aspekte aus der Therapie in ganz unterschiedlichen Situationen zu erinnern, abrufen und umsetzen zu können. Proband 3 beschreibt diesen Adaptionsprozess anhand der Beziehungsklärung in seiner eigenen Partnerschaft, welche ihm schwerfällt, weil er sich bei Kritik schnell generell in Frage gestellt und abgewertet fühlt. Die Rückbesinnung auf Therapieinhalte wird hier am Begriff »Zuhören« festgemacht:

> I: Was für Probleme Sie eigentlich haben und Sie haben dann () auch, anscheindend gelernt, wie Sie anders mit sich umgehen müssen, dass Sie nicht mehr alles in sich reinfressen müssen.
>
> S: Ja, det hab' ich dann, nachdem ich's im Kopp hatte, umsetzen müssen, dat, wenn mir einer wat sagt, dat ich mir det anhör'n muss und damit wat anfangen muss, so, so, so, ob det jetzt hier im Haus, oder draußen ist, oder sonst wat jetzt und () ick bin jetzt zwei Jahre in einer festen Beziehung auch und det is' nich' so immer eitel Sonnenschein, () da gibt's auch Streit und so.
>
> I: Mmh.
>
> S: Aber det is' es gewesen, det is' halt so, det is' ja 'n Argument und dann könn' wir das klären, das stellt mich ja auch nich' komplett in Frage, wenn meine Freundin da mir wat vorwirft, wat se vielleicht da jetzt stört. Ne, dann nich' ducken und ja und Amen sagen. Wenn ich mir det anhör' und nachdenke und sage was ich dazu denke, dann geht's mir gut. Aber früher, da hab' ich in Wirklichkeit nie richtig hingehört, det wollt' ick gar nich', da drüber auch noch nachdenken, da, () det ging also gar nich', man hat da so eine Wut, ne auf die Welt, die einem da wat vorhält, auf die Menschen. (Int 3, 11/45 – 12/4).

Diese Adaptionsfähigkeit findet sich in den Falldarstellungen 3 (Int 3, 11/45 – 12/4), 7 (Int 7, 23; 18 – 42), 8 (Int 8, 22/45 – 23/29), 9 (Int 9, 23/27 – 24/32), 10 (Int 10, 18/7 – 19/44) und 11 (Int 11, 12; 12 – 42).

DOI: 10.1486/9783884144152

9.6.5 Hoffnungspotenzial/Optimismus/Betonung positiver Lebensaspekte ohne Verleugnung von Risikofaktoren und Vulnerabilitäten – Lebenszufriedenheit

> Z: Ja, das seh ich so. Irgendwann wird ich in meinen eigenen vier Wänden sitzen, auch wenn ich vielleicht noch einen Betreuer habe, oder dass alle paar Wochen da unangemeldet einer hier vorbeikommt, das geht noch n paar Jahre. Ja, im Grunde, so weit das Leben eigenständig ist, bis eben mit den Einschränkungen, ich bin jetzt dreiundvierzig, aber im Grunde ist et besser, dat wird klarer. Ich bin nich mehr so bedröhnt, ob das jetzt mit Medikamenten oder früher ebend halt. Im Moment mit dem Leponex, das geht schon so. Und ich denk: mein Leben ist im Grunde einigermaßen wieder im Lot, sicher ich hab da noch Einschränkungen und Dinge, die ich jetzt momentan nicht mehr kann, aber ich hab da schon die Hoffnung, dass ich da einiges auch wieder erreichen kann, so vielleicht. (Int 4, 18; 35–43)

Hoffnung ist ein menschliches Prinzip, die Wahrnehmung möglicher Entwicklungen als Annäherung an die eigenen Wünsche, die Zukunft als das »noch nicht Gewordene« und der eigene Weg als »Zukunft des Besseren« (Bloch 2001). Diese Prinzipien sind mit den Protektivfaktoren »Hoffnungspotenzial« (Cowen et al. 1992), »Betonung positiver Lebensaspekte ohne Verleugnung von Risikofaktoren« (Strittmatter & Bengel 1996) und »Lebenszufriedenheit« umschrieben. Für Sexualstraftäter die im Maßregelvollzug behandelt worden sind, ist eine solche positive, vorwärtsgewandte Haltung oft mit einem »Dennoch« oder »Erst recht« versehen, Proband 3 ist z. B. in der Lage, seine deutlich ungünstige Sozialisation zu akzeptieren und als »schöne Zeit« zu sehen, ohne dabei jedoch die negativen Aspekte (Alkoholerkrankung der Mutter, Zerbrechen der Familie, Heimsozialisation) zu negieren (Int 3, 3; 15–20). Das Textbeispiel aus Interview 4 zeigt, dass trotz massiver Einschränkungen und einem langen Weg durch die forensische Psychiatrie, diese Hoffnungsfähigkeit erhalten blieb bzw. z. T. wieder erwachsen ist. Die protektive Wirkung dieser Aspekte ergibt sich aus der inneren Haltung, dass sich der komplizierte Weg durch den Maßregelvollzug, die schwierige Auseinandersetzung mit stark schambesetzten, verdrängten Persönlichkeitsanteilen und Themen gelohnt haben, weil dadurch ein besseres Leben erreicht werden kann. An der erwähnten Textpassage fällt auf, dass dafür auch viele Einschränkungen in Kauf genommen werden, die Belastungen nicht übersehen werden, aber insgesamt eine Zufriedenheit mit dem erreichten Status beseht: »Das Leben ist ... wieder im Lot.«

Hoffnungspotenzial, Optimismus und Lebenszufriedenheit sind die einzigen Protektivfaktoren, die sich als Schutzfaktorengruppe in allen zwölf Interviews finden: Int 1 (37; 6–36), Int 2 (18; 25–43), Int 3 (12/45–13/3 und 13; 22–30), Int 4 (18; 31–32 und 18; 35–43), Int 5 (15; 31–41 und 17; 27–35), Int 6 (17; 22–36 und 17; 40–41), Int 7 (22; 25–41 und 23; 18–42), Int 8 (16/37–17/48

DOI: 10.1486/9783884144152

und 20/25–21/30), Int 9 (22; 4–39 und 24; 37–53), Int 10 (24; 3–20), Int 11 (13; 11–26) und Int 12 (12; 36–40).

9.6.6 Besserung der deliktfördernden psychiatrischen Symptomatik

Prinzipiell ist davon auszugehen, dass es bei allen Maßregelpatienten zu einer »deutlichen Besserung deliktfördernder psychiatrischen Symptomatik« (Dittmann 1998, 2000) gekommen ist, wenn sie entlassen werden. Die vom Gesetzgeber geforderte Sicherheit bei Entlassentscheidungen ruht i. d. R. auf Symptombesserung und gutem Risikomanagement durch die Patienten. Erstaunlich ist von daher, dass nur drei Probanden von einer Symptombesserung berichten, darunter nur eine Schilderung, die darauf Bezug nimmt, dass diese Besserung auch durch den behandelnden Therapeuten wahrgenommen wurde. In einem Fall handelt es sich um die Besserung einer dissozialen Störung. Bei Proband 12 liegt der Symptombesserung die Reduktion sexueller Impulse (teilweise bedingt durch Medikation, teilweise bedingt durch den Alterungsprozess) zugrunde, wodurch es zu einem Nachlassen pädophiler Fantasien gekommen ist. Die protektive Wirkung einer Besserung psychiatrischer Symptomatik liegt auf der Hand: Sexualstraftaten sind (zumindest bei Tätern, die im Maßregelvollzug behandelt werden) als Ausdruck einer zugrunde liegenden psychischen Erkrankung zu sehen. In dem Ausmaß, in dem die Symptome dieser Erkrankung nachlassen, lässt auch die Wahrscheinlichkeit der Deliktneigung nach. Der Faktor findet sich in Falldarstellung 3, 4 und 12 (Int 3, 13; 22–30; Int 4, 13; 2–50 und Int 12, 12; 43–51).

9.6.7 Empathiefähigkeit

»Empathiefähigkeit« und »Opferempathie« (Weber 1996) beschreiben die Fähigkeit eines Menschen, sich kognitiv in einen anderen Menschen hineinzuversetzen, seine Gefühle zu teilen und sich damit über sein Verstehen und Handeln klar zu werden (Einfühlungsvermögen). Wesentlich dabei ist, dass der eigene Affektzustand dem Gefühlszustand einer anderen Person entspricht, was dadurch zustande kommt, dass man die Perspektive einer anderen Person einnimmt und so ihre (emotionalen) Reaktionen begreifen kann. Die Schutzwirkung dieses Faktors besteht darin, die eigene Position besser reflektieren zu können, diese besser mit externen Aspekten abgleichen zu können. Empathiefähigkeit ist in diesem Sinn eine soziale Kognition, die eine bessere Passung zwischen Individuum und Umwelt ermöglicht. Bezogen auf die Gruppe der Sexualstraftäter und den besonderen Aspekt der Opferempathie bedeutet dies, nachvollziehen zu können,

DOI: 10.1486/9783884144152

was die Opfer im Zusammenhang mit der erlittenen Tat erlebt haben, wodurch i. d. R. eine bessere Einschätzung der Tatfolgen durch die Täter (als wichtige Basis für Verantwortungsübernahme) erreicht wird. Der Faktor »Empathiefähigkeit« erscheint in den Interviews 1 (Int 1, 35; 16–42), 3 (Int 3,9; 1–38), 8 (Int 8, 21; 45–55) und 9 (Int 9, 17/22–19/27).

9.6.8 Fähigkeit zum Erkennen und Einhalten eigener Grenzen/Introspektionsfähigkeit und Fähigkeit zur Herstellung von sinnhaften Bezügen zwischen eigenem Verhalten und der eigenen Lebensperspektive

Die hier angesprochenen Fähigkeiten können als »protektive Basisfaktoren« aufgefasst werden. Kritische Selbstreflexion, Erkennen und Anerkennen von individuellen Beschränkungen, Herstellung der Bezüge zwischen eigenem Verhalten und Lebensperspektive (Nedopil 2001) sind Hauptthemen forensischer Psychiatrie, damit auch ein Beispiel der »Adaption relevanter Therapieergebnisse« (s. o.). Dort, wo die Installation dieser Aspekte im Verlauf der Unterbringung gelingt, können Täter diese »skills« nutzen. Therapien haben (oft) den Effekt, dass die erworbenen (neuen) Fähigkeiten im Laufe der Zeit »verblassen«, sich alte Strukturen erneut durchsetzen und gerade in Krisenzeiten durch die situationsbedingte Regression, alte Verhaltensmuster Anwendung finden. Eine selbstkritische Haltung kann diese Tendenz verhindern helfen, die regelmäßige »Selbstinspektion«, eine Technik, die in vielen Rückfallvermeidungsplänen Anwendung findet, ist ein Beispiel, wie im Alltag Grenzen und Belastungen erkannt werden können und auf ihre Wirkungen für die eigene Entwicklung überprüft werden. Proband 9 beschreibt diese Fähigkeit, eigene Grenzen zu erkennen und einzuhalten in Bezug auf seine Berufstätigkeit, die als selbstständiger Schreiner starken Schwankungen bzgl. der Auftragslage ausgesetzt ist:

S: Geschehen lassen.

I: Geschehen lassen, mmh.

S: () Es ist so, jetzt. Das was ich krampfhaft früher versucht hab', des funktioniert nicht, des ist so () esoterisch, des ist so a' bissl.

I: Mmh, das ist so die Erkenntnis, die, die so übrig bleibt, so ein bissl, von der esoterischen Vergangenheit?

S: Jaja, es () bleibt aber scho' no' a' bissl mehr übrig, () aber, aber so. Also wenn ich zurückdenk' in mein'm Leben, des was ich, was ich versucht hab' zu erzwingen so, so mit möglichst viel Power und so weiter, des hat meistens net hing'haut.

I: Mmh.

S: Sondern so, wenn ich, wenn ich sag, ey, momentan schaut's schlecht aus mit der Auftragslage, wie wär's denn, ich bräucht wieder mal was, irgendwie was zum Arbeiten und () wenn ich des dann freigeb', so innerlich also, dass ich mir keine Sorgen

DOI: 10.1486/9783884144152

mach, dann funktioniert's auch, dann ruft irgendjemand an und will, o.k. und fragt, hätten Sie nicht Zeit und könnten Sie vielleicht mal vorbeikommen und so, () des hat immer so funktioniert.

I: Mmh.

S: Wenn ich, mei' () ich hab' in mein'm Leben schon viel Werbung, Klump und Zeug g'macht und, und, und (4) des bringt alles net des. Wenn ich's frei lass' dann kommt irgendjemand mit einem Auftrag. (Int 9, 22; 9–28)

Der Schutzfaktor »Erkennen eigener Grenzen/Introspektionsfähigkeit« findet sich in den Interviews Int 1, 63; Int 3, 17; 26–34; Int 4, 18; 46–50; Int 6, 9/7–10/42; Int 7, 22/43–23/8; Int 8, 22; 4–42; Int 9; 22; 9–28; Int 10, 24/54–15/12 und Int 12, 10; 45–55.

9.6.9 Soziale Flexibilität/Anpassungsfähigkeit

Die Fähigkeit, sich an unterschiedliche soziale Situationen anzupassen, flexibel auf verschiedene soziale Anforderungen reagieren zu können, wirkt direkt als Schutzfaktor, da dadurch die Gefahr negativer Wirkung von Stressoren aktiv vermindert werden kann. Erfolgreich im Maßregelvollzug behandelte Sexualstraftäter sind nach der Entlassung aus der Unterbringung einer Vielzahl unterschiedlicher sozialer Situationen ausgesetzt: Die Suche nach einem Arbeitsplatz nach jahrelanger Unterbringung, der Umgang mit der eigenen Rolle als Sexualstraftäter in Familie, Beziehung und Arbeitsverhältnis, die unterschiedlichen Beratungs- und Betreuungssituationen (Bewährungshilfe, psychiatrischer Ambulanzbereich). Sich mit diesen Situationen und den je spezifischen Anforderungen erfolgreich auseinandersetzen zu können, sich den Erfordernissen anpassen zu können, erhöht die Chance, zu bestehen und sich weiterzuentwickeln. Proband 3 spricht über diesen Prozess, die Delinquenzgeschichte in aktuellen Beziehungen zu kommunizieren:

I: Ja, Sie haben () dann jetzt eine längere Beziehung schon, ähm war das schwierig, für Sie, das aufzubauen?

S: Nöö, überhaupt nicht, eigentlich gar nicht.

I: Die Partnerin weiß Bescheid über Ihre Vergangenheit?

S: Ja Einzelheiten, also alle Einzelheiten kennt die nicht.

I: Einzelheiten nicht.

S: Ja, aber dass ich in der Forensik war und weshalb so im Großen, ja.

I: Mh, wie war das für Sie, ihr das zu verklickern? Das ist ja nicht so einfach.

S: Ja, das war nich' so ganz einfach, aber nee, det muss die ja schon wissen, weil Bandwechsel Bandwechsel Bandwechsel

I: Ja, so jetzt geht es wieder. Wir waren bei der Beziehung.

S: Ja, das ist, dat musste die schon wissen, weil wenn det länger geh'n soll, braucht

DOI: 10.1486/9783884144152

man ja auch diese Offenheit, dat hat sie mir dann auch gesagt, dat es leichter is', wenn sie weiß, was los ist und sich d'rauf einstellen und dafür entscheiden kann, als wenn sie irgendwie rauskriegt, was ist, (3) det war mir auch selber lieber so.

I: Mmh, (3) was machen Sie jetzt im Moment, Sie sind arbeitslos, suchen Arbeit, womit beschäftigen Sie sich, wie verbringe Sie Ihren Alltag?

S: Ja, ich bin noch arbeitslos. Da hab' ich jetzt mal mehr Zeit im Haushalt, ja (Lachen) hätt' ich auch nich' gedacht, dat mich das mal so begeistert (Lachen), aber es is' ja keiner da, ich fahr' meine Frau mit dem Wagen zur Arbeit und dann wieder nach Hause. Ich suche aktiv, bin oft auf dem Arbeitsamt und hab' auch noch immer was zu tun. So ist mein Tag ausgefüllt. (Int 3, 14/39–15/7)

Beschrieben wird hier auch die Auseinandersetzung mit dem Problem »Arbeitslosigkeit« und die persönliche Bewältigung dieser sozialen Situation. Ohne individuelle Reaktionsmöglichkeiten könnte die Phase der Arbeitssuche der Beginn einer längeren Krise sein, mit starken Insuffizienzgefühlen, Hoffnungslosigkeit etc., wodurch der Anfang einer neuen Deliktkette gemacht wäre.

Der Faktor »Soziale Flexibilität« (mit »Bewältigung der Rolle Sexualstraftäter«) findet sich in den Interviews 1, 3, 4, 5, 7, 8 und 12 (Int 1, 32/29–33/17; Int 3, 14/39–15/7; Int 416; 15–25; Int 5, 8/36–9/27; Int 7, 21; 17–36, Int 8, 20; 3–21 und Int 12, 12/54–13/12).

9.6.10 Fähigkeit zur Distanzierung von negativen Einflüssen

Für Straftäter ist die Fähigkeit, negative Einflüsse zu erkennen und sich von diesen zu distanzieren (Nedopil 2001) von großer Bedeutung für den Rückfallschutz: Deliktketten, also die Entwicklungsprozesse hin zu neuen Straftaten sind gekennzeichnet durch eine Reihe negativer Einflüsse. Der Begriff »negative Einflüsse« umfasst dabei so unterschiedliche Aspekte wie das Distanzhalten zu Kindern bei pädophilen Männern (siehe auch das Beispiel aus Interview 2, weiter unten), das sich Abgrenzen gegenüber sozialem Erwartungsdruck (etwa die Negativzuschreibungen durch Mitpatienten an ihre entlassenen Kollegen: »Der schafft das eh' nicht, der kommt bald zurück«), oder soziale Erwartungshaltungen in Bezug auf Rollenerfüllung (z. B. »Um richtig stabil zu sein, braucht der doch eine Partnerin. Wenn er keine hat, stimmt da doch was nicht.«). In einigen Fällen geht es aber auch um die Distanzierung vom früheren, delinquenten Freundeskreis, oder schlicht der Verzicht pornografischer Medien. Proband 2 (der für sich das Begehen der Tat, die zur Unterbringung im Maßregelvollzug führte, leugnet) beschreibt die bewusst hergestellte Distanz zu Mädchen, mit der er weitere Straftaten verhindern möchte:

I: (Räuspern) Wenn Sie das so einschätzen sollen, der Maßregelvollzug, hat Ihnen das irgendwas gebracht?

DOI: 10.1486/9783884144152

K: Ntja, äh, n bischen schlauer is man geworden hier. Ähm, jetzt sagt man ja automatisch, nimmste n bischen Abstand von den Mädchen jetzt. Njö, na, wenn ich jetzt mit nem Mädchen zusammen wär, die kann det, det Gleiche auch mal behaupten, ob det stimmt oder nich. (3) Die mach den Eltern das sagen und Eltern rufen nachher wieder an, dann kriegste nachher wieder äh irgendwie weg. Und deshalb nehm ich erst mal Abstand davon.

I: Das ist so der Entschluss, den Sie da so gefasst haben, dass Sie da einfach vorsichtig sind, mmh.

K: Mmh. Jo. Also noch mal passiert des nich mehr. Det war ja da, da is des denen, manchen drei-, viermal passiert, dass die da immer wieder hin mussten.

I: [Also da wollen Sie nicht mehr wieder hin]

K: Nö, also so gerne nich. (Int 2, 12; 3–15)

Die hier vorgetragene Argumentationskette (kein Kontakt zu Mädchen – kein Rückfall) entspricht dem Faktor »Rationale Überzeugungen, dadurch Vermeidung belastender Bedingungen« (Becker 1992). Kritisch anzumerken ist hierzu, dass die protektive Wirkung umso geringer sein wird, je weniger rein rationale Überzeugungen emotional verknüpft sind. Die Umsetzbarkeit rein rationaler Konstrukte, vor allem in Krisensituationen erweist sich erfahrungsgemäß als schwierig, wenn diese nicht verlässlich mit anderen Persönlichkeitsanteilen verknüpft sind. Hinweise auf diesen Protektivfaktor finden sich in den Interviews 2 (Int 2, 12; 3–15), 5 (Int 5, 13; 7–17), 6 (Int 6, 9/7–10/42), 8 (Int 8, 22; 4–42), 9 (Int 9, 20; 22–41) und 12 (Int 12, 10; 32–42).

9.6.11 Geringe strafrechtliche Vorbelastung/Geringes Gewaltausmaß

Je geringer die strafrechtliche Vorbelastung und je geringer das Gewaltausmaß bei Begehung der Vorstrafen und des Indexdeliktes, das zur Unterbringung im Maßregelvollzug geführt hat, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit neuer Delinquenz (Dittmann 1998, 2000 und Nowara 2001). Die protektive Wirkung ergibt sich aus dem Umstand, dass davon ausgegangen werden kann, dass der Täter keine prinzipielle Festlegung auf deviante oder delinquente Verhaltensweisen entwickelt hat, also in der Vorgeschichte zum überwiegenden Anteil sozial angepasste Verhaltensweisen gezeigt hat. In der nachstationären Phase, nach Unterbringung in der forensischen Psychiatrie, stehen diese Verhaltens- und Lösungsstrategien als Ressource zur Verfügung, auf die in der therapeutischen Arbeit oder durch die Betroffenen selbst zurückgegriffen werden kann. Die Tatsache, dass Täter bei Begehung sexuell motivierter Straftaten ein eher geringes Maß an Gewaltanwendung aufweisen, kann als Hinweis dafür gewertet werden, dass die kriminelle Energie eher gering ausgeprägt ist, was wiederum die Wahrscheinlichkeit von Rückfalltaten minimiert. In der vorliegenden Studie weisen

DOI: 10.1486/9783884144152

acht von zwölf Probanden eine deutlich geringe strafrechtliche Vorbelastung auf, insbesondere findet sich hierunter kein Proband mit einem progredientem Verlauf der Kriminalität. Geringe strafrechtliche Vorbelastung findet sich in den Falldarstellungen 1, 3, 6, 7, 8, 9, 10 und 11.

9.6.12 Selbstwirksamkeitserleben: Control

Das Erleben von Selbstwirksamkeit und Control, also die Überzeugung und Bestätigung, dass ein Individuum die Ereignisse in seiner Erfahrungswelt durch Handlung beeinflussen kann, führt zur Auffassung, dass das eigene Handeln effektiv und die Umwelt damit kontrollierbar ist (Kobasa 1979). Wenn Sexualdelikte als »Lösungsversuche« sozialer und sexueller Problemlagen aufgefasst werden, ergibt sich in diesem Zusammenhang die protektive Wirkung des Selbstwirksamkeitserlebens: Der Lebensraum und die Beziehungen können selbst so gestaltet werden, dass eine Vielzahl eigener Bedürfnisse und Vorstellungen verwirklicht werden können. Damit entsteht eine in der sozialen Interaktion (positive Reaktion der Umwelt auf konformes Verhalten) »aufgehängte« Motivation zu angepasstem Verhalten: So lange die Effizienz der eigenen Handlungen und die Kontrolle der Umwelt (Bedürfnisbefriedigung) nicht auf negative Resonanz stößt, erfolgt keine Auswahl abweichender Verhaltensweisen, gleichzeitig reduzieren sich Häufigkeit und Ausmaß von Krisen. Am Beispiel der Falldarstellung 7 wird dieser komplexe Vorgang sichtbar:

I: (3) Mmh, () Sie haben beruflich, äh, eine Reihe von () Anläufen versucht und haben sich jetzt für eine () Lösung entschieden?

T: Naja, eine Reihe, das ist übertrieben. Es war ein Jahr eben bei der (uv) im EDV-Training, was dann ja wegen derer wirtschaftlicher Probleme aufgelöst wurde, dann war da der Versuch mit der Firma meiner damaligen Freundin, dort mit einzusteigen, es war ja die jetzige Beziehung noch nicht gegeben, oder noch nicht so gegeben, das war im April. Da hab ich dann kurz bei einer anderen Firma angefangen, nach () zwei Wochen hab ich festgestellt, dass wir im Bewerbungsgespräch aneinander vorbeigeredet haben, () es war so, dass die was ganz anderes sich vorstellten, als was mein Spektrum gewesen war, eigentlich wollten die einen Mathematiker haben, was ich ja nie war. Wir haben uns dann sehr schnell und gütlich getrennt, weil klar war, dass eben unterschiedliche Interessen bestanden. () Seitdem geh ich an die ganze Sache doch wesentlich langsamer ran, es kam dann auch der Umzug zu meiner Frau (2) und da stand dann doch eine komplett neue, eine () Neuorientierung an. Klar ist jetzt eben dass das dann die Eigenständigkeit wird.

I: Mmh, das heißt, Sie wollen dann in der eigenen Firma arbeiten?

T: Hmhm! Das ist etwas, () was ich mir jetzt nach den anderen Versuchen, im Angestelltenverhältnis auch machbar erscheint. Ich traue mir () ja, vielleicht war das dafür

DOI: 10.1486/9783884144152

auch notwendig, () diese, () diese Versuche, da habe ich einiges noch mal erfahren () und sortiert. Jetzt traue ich mir das auch zu, oder (3) schrecke nicht mehr so davor zurück, eigenständig arbeiten, voll verantwortlich. Und () äh, ja, das ist schwer zu sagen, aber () es erscheint mir jetzt auch sinnvoll, () also jetzt, nach der ganzen Geschichte, () nach dem Verfahren und der Unterbringung. (Int 7, 21/37–22/2)

Der Faktor »Control« steht hier auch im Zusammenhang mit der erlebten Unterbringung im Maßregelvollzug, der dort erlebten Unfreiheit, dem weitgehenden Verlust von »Control«. Das Wiedererlangen dieser Freiheit und das durch Therapie und in den realen Lebensbezügen aufgebaute Selbstwirksamkeitsgefühl, wirken hier deutlich motivierend: Die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten wirkt positiv auf das Selbstvertrauen. In einer Kreislaufwirkung erhöht das gestiegene Selbstvertrauen wiederum das Selbstwirksamkeitsgefühl. Für die Begleitung von Sexualstraftätern ergibt sich hier eine diagnostische Chance: Wenn diese Prozesse von »Control«, Motivation und Selbstwirksamkeit wahrgenommen werden, bedeutet dies eine günstige Aufgabenorientierung (Lösel et al. 1989) der Probanden, wodurch eine Reihe weiterer Protektivfaktoren (etwa: Hoffnungspotenzial, Zukunftsplanung, Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten) angestoßen werden können. Der Faktor »Selbstwirksamkeitserleben: Control« stellt damit einen »Basisfaktor« dar, der je nach Ausprägung weitere Schutzfaktoren beeinflusst. Hinweise auf diesen Faktor finden sich in den Falldarstellungen 1 (Int 1, 36; 45–64), 7 (Int 7, 21/39–22/2), 9 (Int 9, 20/45–22/3), 11 (Int 11, 11/37–12/9) und 12 (Int 12, 10; 32–42).

9.6.13 Verfügbarkeit externer, institutionalisierter Kontrollinstanzen, deren Akzeptanz und deren flexible Ausgestaltung (bedarfsorientiert)

Die Unterbringung im Maßregelvollzug bedeutet für die Betroffenen den Verlust der persönlichen Freiheit, bei gleichzeitiger Übernahme wichtiger Kontrollfunktionen durch die forensischen Institutionen und deren Mitarbeiter. Ziel des therapeutischen Prozesses ist, die Verantwortung für das eigene Handeln wiederzuerlangen. In Kapitel 4.4 ist ein weit verbreitetes forensisches Basiskonzept, das gestufte Lockerungen, abhängig vom jeweiligen Entwicklungsstand des einzelnen Patienten vorsieht, beschrieben. Mit der Entlassung aus der Unterbringung ist formell (juristisch) der »Zustand« (wieder)hergestellt, dass Täter eine derart günstige Prognose aufweisen, dass weitere Straftaten nicht zu erwarten sind.[6] Inhaltlich bedeutet dies i. d. R. nicht, dass auf externe Kontrollinstanzen

6 § 67d Abs. 2: »... so setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung zur Bewährung aus, wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird.«

DOI: 10.1486/9783884144152

verzichtet werden könnte. Der Gesetzgeber sieht für den Fall der Aussetzung der Unterbringung zur Bewährung »Führungsaufsicht« (§ 67 d Abs. 2) vor, aus therapeutischer Sicht ist die weitere Begleitung in der poststationären Adaptionsphase angezeigt. Oft gelingt eine sichere Entlassung nur in einen beschützten sozialen Raum (Institution), wo weitere Hilfs- und Kontrollinstanzen angesiedelt sind. Das Vorhandensein solcher Kontrollinstanzen, deren verbindliche Regelung und klare Zuständigkeiten erhöhen den Schutz vor Rückfalltaten, da u. U. fehlende Eigenkontrolle der Probanden (rechtzeitig) von externer Stelle aus ersetzt werden kann. Bereits in der Vorstufe zu krisenhaften Entwicklungen ermöglichen externe Kontrolllinstanzen eine zusätzliche Reflexionsmöglichkeit, die den Tätern ermöglicht, durch Unterstützung und Hilfestellung die Fähigkeit der Selbstkontrollmechanismen auszubauen. Dabei kommt es darauf an, dass diese Kontrollinstanzen von den Tätern akzeptiert werden und eine flexible Anpassung der externen Kontrollmaßnahmen, je nach aktuellem Bedarf in der Resozialisierungsphase möglich ist. Proband 5 beschreibt den unmittelbaren Schutz solcher externer Kontrollmöglichkeiten (»Externe Kontrolle und Strukturvorgaben«), der in diesem Beispiel anhand einer psychsichen Krise mit vermehrtem Auftreten devianter Fantasien (Gewaltfantasien) deutlich wird:

I: Mmh, was heißt aufgrund psychischer Verfassung, was, was hat sich da verändert?

K: (Schniefen) () Ja, ich konnte nicht richtig arbeiten, ne.

I: (2) Mmh, was war das Problem? Der Antrieb () war nich da, oder waren Sie zu langsam?

K: Nee, der Antrieb war nich da, nee war ich auch zwischendurch im Alex (2) ...

I: Was ist das Alex?

K: (Teller klappern) Bitte?

I: Was ist das?

I: Das ist ein Krankenhaus. Wo man, wo psychisch kranke Menschen hinkommen, genauso wie D.

I: Ging es Ihnen schlecht?

K: Da gings mir schlecht, ja.

I: Mmh, gabs da nen Auslöser für, oder wo kam das her?

K: Das weiß ich nich.

I: Das wissen Sie nicht, mmh.

B: Das ist das mit dem Elektroschocker.

K: Ja, ich hab mir da nen Elektroschocker gekauft (2), ne (Schniefen) () mit der Annahme, wenn ich das, wenn ich den mal irgendwann mal brauche, ne () dass ich den dann anwenden kann, ne. () Und wo, wo ich den hatte, da hat ich n negatives Gefühl gehabt in mir, ne. (2) Ja und das hat mich dann krank gemacht, ne, denn, den hab ich dann der Irene gegeben den Elektroschocker und hab ihr meine und hab ihr das alles erzählt, was ich dabei fühle und so, ne. Dann hat sie gesagt, ob ich nich mal für

DOI: 10.1486/9783884144152

einige Zeit in Alex möchte, ne. Dann bin da rein gegangen, bin (Schniefen) dann rein in Alex. (2) Ja und als ich
I: Was ... ja.
K: wieder rauskam, ne hat sich das immer noch nicht gelegt, ne. Da hab ich mir dann Handschellen gekauft (5) ne, (4) und wie dann mein wirklicher Betreuer gesagt hat, ne, das geht nicht so weiter, Herr K., ne, (2) sie kaufen sich immer wieder Sachen, ne (4) was sehr gefährlich ist, ne.
I: Ja, da kann man einen Haufen Sachen anstellen!
K: Ja, ich meine, obwohl ich mich fürs Kochen interessiere, hab ich mir auch große Messer gekauft und so, ne, aber () wenn man jemanden verletzen will, kann man das mit allem machen, ne. Muss jetzt nich immer n Messer sein, ne, mit allem kann man, kann man ein verletzen, ne.
...
I: Mmh, das heißt also, da hat der Betreuer ganz schön Dampf gemacht, da muss jetzt was passieren, das ist dem zu heiß geworden?
K: Ja, ich darf mir auch kein Gedanken, ich darf mir über solche Sachen auch gar nich mehr kaufen, ne. () Jetzt nich nur vonseiten meines Betreuers gesehen, ne, sondern auch von meiner Seite, ne.
I: Das macht etwas mit Ihnen, wenn Sie diese Gegenstände haben, dass ...
K: Ja, die wühlen mich negativ auf, ne.
I: Wie ist das, kommen da Fantasien, was Sie damit machen können, oder?
K: Ja, da kommen Fantasien mit, ne und () wie ich jemanden, (2) wenn ich jetzt, jetzt jemanden habe, der mich überfällt und ich wende diesen Elektroschocker an, ne, dass er eventuell nich mehr aufsteht, oder so, ne. ... Oder wenn der tödlich verunglückt, ne, das kann ja alles
I: Sind das auch sexuelle ...?
K: möglich sein, ne. Dann schiebt man mir wahrscheinlich nen Totschlag in die Schuhe, ne.
I: Ja, das kann herauskommen! Sind da auch sexuelle Fantasien damit verbunden, mit Handschellen und Elektroschocker und so?
K: (3) Tja, ich denke nicht, ne.
I: (5) Ja, Sie haben sich dann solche Gegenstände nicht mehr gekauft, waren insgesamt dreimal noch im Psychiatrischen Krankenhaus ...
K: Ja, sexuelle Gedanken habe ich immer, ne, sexuelle Gedanken (2), aber die versuch ich dann zu verdrängen, die sexuellen Gedanken.
I: Mmh, das heißt Sie haben dann auch, als Sie die eigene Wohnung hatten, keine Partnerschaft?
K: Nee, keine Partnerschaft, hatte ich nie. (Schniefen) Ja ich, () also bis jetzt haben wir es geschafft mit den sexuellen Gedanken, die zu verdrängen und nich in die Tat umzusetzen, (2) ne. Ob das jetzt mit Handschellen ist, oder mit Elektroschocker, was weiß ich denn alles, ne. (Int 5, 10/48 – 12/3)

DOI: 10.1486/9783884144152

Deutlich wird in dieser längeren Textpassage, dass es der Proband als gemeinsame Leistung von externer Instanz (hier: Betreuer) und sich ansieht, die negativen Fantasien so zu kontrollieren, dass es nicht zu neuen strafbaren Handlungen gekommen ist. Das Kontrollsystem reagiert hier mehrmals mit Einweisung in ein stationäres Setting, ist also in besonders kritischen (gefährlichen) Phasen ausreichend flexibel. Anscheinend ist die Akzeptanz dieser Maßnahmen durch den Probanden ausreichend, sodass diese Maßnahmen mitgetragen werden (auch wenn ihm diese »nicht schmecken«, wie er an anderer Stelle angibt). Die Wirksamkeit externer Kontrollinstanzen wird hier sogar im Interviewverlauf deutlich: Die anwesende Bezugsperson des Probanden, Frau B. interveniert (Seite 11, Zeile 6 des Interviews), als im Gespräch der Aspekt deviante Fantasien angesprochen wird, der Proband sich zunächst nicht darauf einlassen kann: Frau B. erinnert daran, dass sich Herr K. einen »Elektroschocker« gekauft hatte.

An dieser Textpassage lässt sich noch ein anderes Phänomen gut darstellen: Es ist hier nicht ein einzelner Protektivfaktor (Verfügbarkeit externer Kontrollinstanzen) der zur Wirkung kommt, sondern die Kombination verschiedener Aspekte: Krankheits-/Störungseinsicht, Fähigkeit, sich von negativen Einflüssen zu distanzieren, Einbindung in ein soziales Netz, Fähigkeit zur Wahrnehmung eigener Emotionen). Dieser Effekt, dass protektive Faktoren unterschiedlicher Ebenen zusammen eine besondere Schutzwirkung entfalten, muss als genereller Umstand bei der Frage danach, wie Protektivfaktoren wirken, angenommen werden. Als wesentlich erscheint dabei auch die Balance externer und interner Protektivfaktoren (vgl. Kapitel 9.6.17). Die Relevanz des Faktors »externe Kontrollinstanzen« muss angesichts der damit verbundenen tatsächlichen Sicherheitsaspekte und der Möglichkeit, poststationäre Lernprozesse zu ermöglichen, als besonders hoch (Basisfaktor) eingeschätzt werden.

(Deutliche) Hinweise auf den Faktor »Verfügbarkeit externer Kontrollinstanzen« finden sich in den Falldarstellungen 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11 und 12 (Int 2, 12/31–15/3; Int 3, 14; 10–36; Int 4, 16/39–17/9; Int 5, 10/48–12/3; Int 6, 14/54–15/21; Int 7, 21; 6–13; Int 8, 21; 33–40; Int 10, 22/51–23/54; Int 11, 13; 11–26 und Int 12, 12; 1–11).

9.6.14 Soziale Kontrolle und Unterstützung: Einbindung in soziales Netz (Anerkennung durch Familie und soziale Beziehungen zu nicht delinquenten Personen)

Auf die Bedeutung sozialer Kontakte (Dross 1991), der Einbindung in ein soziales Netz wurde bereits in den vorangegangenen Abschnitten eingegangen. Für die biografische Phase »Aktuelle Lebenssituation« ist jedoch ein Aspekt besonders wesentlich: An der Qualität und Quantität sozialer Kontakte lässt sich

DOI: 10.1486/9783884144152

der Resozialisierungsfortschritt eines ehemals im Maßregelvollzug behandelten Sexualstraftäters festmachen. Die Tatsache, im gesellschaftlichen Leben wieder »angekommen« zu sein, drückt sich eben in sozialen Kontakten unterschiedlicher Ausrichtung aus: Familie, Freunde, Verein, Arbeitskollegen. Die protektive Wirkung sozialer Kontakte sei hier nochmals in Stichpunkten genannt: Soziale Kontrolle, Unterstützung durch instrumentelle Hilfen, konkrete Hilfeleistungen und »Versicherung emotionaler Verbundenheit«, nicht-delinquente Orientierung, Zugehörigkeitsgefühl, Anerkennung und Bestätigung, emotionale Zuwendung. In den Interviews 1, 2, 3, 4, 6, 7, 11 und 12[7] finden sich deutliche Aussagen zur sozialen Einbindung und Unterstützung. Diese reichen von Kontakten am Arbeitsplatz (Proband 1), über eine sehr enge Einbindung in familiäre Strukturen (Proband 2 und 12), hin zum Aufbau neuer Freundschaften (Proband 3, 6, 7, 8 und 11) und institutionelle Kontakte (Proband 4). Es ist nicht davon auszugehen, dass die Probanden 5, 9 und 10 nicht über soziale Kontakte verfügen. In den betreffenden Interviews wurden hierzu jedoch (aus welchem Grund ist unbekannt) keine Nennungen gemacht. Bei Proband 5 und 10 entsteht darüber hinaus der Eindruck einer deutlichen sozialen Isolation.

9.6.15 Stabile Partnerschaft

Auf die Bedeutung einer stabilen Partnerschaft im Kontext protektiver Faktoren wurde bereits in Abschnitt 9.3.1 hingewiesen. Für die Resozialisierungssituation, also die poststationäre Phase ergeben sich hier weitere Aspekte, welche wenigsten kurz genannt sein sollen: Die Tatsache, nach erfolgter Unterbringung und Therapie wieder eine intime Beziehung aufbauen zu können, wird von vielen Patienten (und ihren Therapeuten) als »Beweis« des Therapieerfolgs erlebt. Die Beziehungsfähigkeit kann als so weit wiederhergestellt angesehen werden, dass der komplexe Vorgang einer Partnerschaft bewältigt werden kann. Tatsächlich sind an das Vorhandensein einer stabilen, gelingenden Beziehung einige Aspekte geknüpft, die eine deutliche Abkehr devianter Beziehungsgestaltung (i. S. sexueller Delinquenz) dokumentieren, etwa »mit der Partnerin über Sexualität reden«, »Empathiefähigkeit«, »Gefühlsregulation«, »Frustrationstoleranz«, »emotionale Zuwendung«, »Vertrauen erfahren und geben« und das Erfüllen sozialer Anpassungsprozesse (eben: als Mann eine Beziehung haben). Hinweise auf diesen Protektivfaktor ergeben sich in den Falldarstellungen 1 (Int 1, 33; 45–61), 3 (Int 3, 12; 31–42/13; 6–19 und 15; 42–52), 6 (Int 6, 15/25–16/25), 7 (Int 7, 21; 17–36), 9 (Int 9, 22; 4–39) und 12 (Int 12, 12; 15–32). Für Proband 3 spielt die

7 Die Hinweise auf Bestehen sozialer Kontakte ziehen sich in den einzelnen Interviews durch alle Textpassagen, sodass hier eine Nennung konkreter Textstellen entbehrlich erscheint.

DOI: 10.1486/9783884144152

Tatsache, eine feste Partnerschaft zu haben, eine besondere Rolle, da er für sich erlebt, seine sexuellen Gewaltfantasien überwunden zu haben und in der Lage zu sein, eine reife, auf Auseinandersetzung aufgebaute Beziehung zu führen:

> I: Wie können Sie Ihr aktuelles Sexualleben einschätzen?
>
> S: Ganz normal. (2) Ich denk' mal, das unterscheidet sich von anderen Paaren in unserem Alter auch nich' groß, () also nich' irgendwas Abartiges, () also dat da nichts Abartiges is'. (2) Also abartig, det is' so n' unbestimmter Begriff, aber ich mein abartig, so dat da nix is' mit Gewalt, oder so, wie det halt früher in meinen Gedanken war, det is' da halt nich', also sexuell jetzt, mein ich, da is' da gar nix. (2) Wir haben halt mal mehr, mal weniger regelmäßig Geschlechtsverkehr, det hängt immer so ab, wie ihr is', oder auch mir, det is' nich' mehr so wie früher dat ick da ständig unter Strom stehe und immer will, det muss halt ooch passen, zwischen uns beiden. (2) Kann ja auch jeder sagen, wat er will, det geht jetzt, ging früher auch nich', hab' ich ja nie geredet über solche Sachen. (Int 3, 15; 42-52)

9.6.16 Günstige materielle Situation/Geregeltes Einkommen

Der Aspekt »günstige materielle Situation/geregeltes Einkommen« mag in der Beschreibung protektiver Faktoren vergleichsweise banal erscheinen. Dennoch: Der Umstand, über eine geregelte Einkommenssituation zu verfügen, auch wenn der finanzielle Spielraum eng sein mag, erlaubt es, Bedürfnisse der Grundsicherung zu befriedigen, wodurch existenzielle Not verhindert wird. Aus dieser Tatsache ergibt sich, dass Individuen nicht in Gefahr kommen, wirtschaftliche Notsituationen durch delinquente Handlungen zu lösen, wodurch sie generell in die Nähe deliktischen Handelns kommen. Aus der Rückfallforschung (vgl. Kapitel 4.6.3) ist bekannt, dass die Deliktzirkel von Sexualstraftätern, also die Entstehungswege erneuter Sexualdelinquenz, in der Frühphase oft von allgemeiner Kriminalität gekennzeichnet sind, über das Begehen von Eigentumsdelikten z. B. eine allmähliche »Annäherung« an eine neue Sexualstraftat geschieht.

Eine gesicherte finanzielle Situation findet sich in allen Falldarstellungen, mit Ausnahme des Interviews 5 (dort wurden keine Angaben zur wirtschaftlichen Situation gemacht): Int 1, 32/29–33/17; Int 2, 12/31–15/3; Int 3, 12; 10–28; Int 4, 15/26–16/6; Int 6, 17; 22–36; Int 7, 20/27–21/3; Int 8, 20; 3–21; Int 9, 20; 22–41; Int 10, 19/47–20/14; Int 11, 11/37–12/9 und Int 12, 10; 45–55.

DOI: 10.1486/9783884144152

9.6.17 Balance externer und interner Protektivfaktoren

Aus den bisherigen Ausführungen zu einzelnen Protektivfaktoren wird deutlich, dass diese intern, in der Person und extern, in der Lebenswelt der Probanden angesiedelt sein können. Als günstig erweist sich eine Balance zwischen internen und externen Schutzfaktoren, da so die Möglichkeiten der Selbstregulation und der sozialen Hilfe und Unterstützung angemessen verteilt sind, sich im Idealfall ergänzen. Die Erfahrung einer eigenständigen Bewältigung von Aufgaben führt zu Selbstwirksamkeitserfahrung, Handhabbarkeitsgefühl und »Control«. Die Situation, im Bedarfsfall auf externe Hilfen zurückgreifen zu können, gibt ein Gefühl von Sicherheit und sozialer Integration, was an sich schon schützend wirkt, abgesehen von den tatsächlichen (instrumentellen) Hilfen durch Externe. In Interview 7 findet sich eine Sequenz, die diesen Umstand auf den Punkt bringt:

> I: (2) Gut, wir kommen zum Ende von dem Gespräch. Gibt's noch etwas, was Sie ergänzen wollen?
>
> T: (3) Na, es ist einfach (4), was ich weiß, Halt zu haben (2) und diesen Halt auch zu empfinden, das ist das Wichtigste und (2) ... (Int 7, 27; 43–46).

Auch unter dem Kontrollaspekt erscheint eine wechselseitige Ergänzung zwischen internen und externen Schutzfaktoren günstig: Dort wo Selbstregulations- und Eigenkontrollmechanismen nicht ausreichen, neue Straftaten zu verhindern, kann dies u. U. durch externe Kontrolle und Strukturvorgabe erfolgen.

Deutliche Hinweise finden sich (in der Gesamtschau der Einzelfaktoren des jeweiligen Falls) in den Interviews 1, 4, 6, 7, 11 und 12 (vgl. grafische Übersichten in Kapitel 8.1)

9.6.18 Sonstige protektive Faktoren

In diesem Abschnitt werden wiederum Faktoren genannt, welche zum Teil nur einmal »gefunden« werden konnten, bzw. deren protektive Wirkung als eher gering eingeschätzt werden muss. Daneben werden hier unter diesem Sammelbegriff »natürliche Protektivfaktoren« aufgelistet, welche keiner Beschreibung des protektiven Potenzials bedürfen (etwa: Intelligenz). Die bereits in den vorangegangen Abschnitten des 9. Kapitels beschriebenen Faktoren werden hier nochmals gelistet, um einen vollständigen Überblick zu den Protektivfaktoren der aktuellen Lebenssituation geben zu können.[8]

8 Der Umstand, dass die bereits weiter oben beschriebenen Protektivfaktoren, die in der aktuellen Lebenssituation nochmals auftreten, hier lediglich genannt werden, bedeutet nicht, dass es sich hier um »schwache« Schutzfaktoren handelt. Überlegungen zur protektiven Relevanz der einzelnen Faktoren sind den Darstellungen in den vorangegangen Abschnitten zu entnehmen.

DOI: 10.1486/9783884144152

Bereits in den Abschnitten »Kindheit«, »Jugend/Adoleszenz«, »Erwachsnenalter«, »Maßregelvollzug/Therapie« und »Forensische Nachsorge« erfasste Protektivfaktoren:

- Durchschnittliche oder überdurchschnittliche Intelligenz
- Beruflicher Erfolg und damit Bindung an die dortigen Werte (geregeltes Arbeitsleben)
- Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten
- Störungs-/Krankheitseinsicht
- Religiöse Orientierung i. S. ethisch reifer Charakterstrukturen
- Internale Kontrollüberzeugungen
- Emotionale Intelligenz
- Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung
- Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung trotz Leugnung der Anlasstat
- Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln
- Medikamentöse Behandlung (triebdämpfend) bei guter Compliance
- Abschluss einer spezifischen Psychotherapie
- Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung
- Fähigkeit, externe Ressourcen und soziale Stützsysteme zu nutzen
- Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten
- Soziale Beziehungen
- Soziale Unterstützung durch »Versicherung emotionaler Verbundenheit« durch andere
- Soziale Integration (durch Übernahme sozialer Funktionen)
- Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase
- Medikamentöse Behandlung (triebdämpfend)
- Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung
- Eine in allen Qualitäten als befriedigend erlebte Partnerschaft, keine Trennungsanzeichen
- Soziale Unterstützung in Form instrumenteller Hilfen
- Stabiles familiäres Umfeld
- Positive Bildungserfahrungen

Weitere Faktoren der aktuellen Lebenssituation:

- Höheres Alter (statistische Abnahme der Delinquenz ab dem 50. Lebensjahr)
- Kommunikations-/Verbalisationsfähigkeit
- Fähigkeit zur offenen Selbstdarstellung
- Gute Copingstrategien (Copingstrategien als Überbegriff für unterschiedliche Schutzfaktoren wie »Fähigkeit zur Distanzierung von negativen Einflüssen, soziale Anpassungsfähigkeit/Flexibilität etc.)

DOI: 10.1486/9783884144152

- Aufbau von Hemmfaktoren
- Wahrnehmung der sozialen Unterstützung
- Positive Selbsteinschätzung (als Subfaktor zu »Control«)
- Commitment
- Verantwortungsgefühl
- Gefühl der Anerkennung durch Therapeuten
- Keine weitere Delinquenz (i. S. von nicht festgelegt sein auf delinquente Strukturen)
- Therapiemotivation
- Reflexion der aktuellen Beziehung in Therapie
- Gefühl sozialer Teilhabe und Normalität/soziales Integrationsbedürfnis
- Teilnahme an Selbsthilfegruppe
- Nachholen von Bildungsabschlüssen
- Vielseitige Interessen und Engagement (als Subfaktor zu »Control«)
- eigene (verlässliche) Tagesstruktur
- Absprachefähigkeit
- Zufriedenheit mit Wohnverhältnissen
- Günstige (sichere) materielle Bedingungen
- Auflösen eines Konfliktes zu nahem Angehörigen
- Erholungsfähigkeit und Flow
- Ethisch reife Charakterstruktur, moralische Grundsätze (günstiges Lebensprinzip)
- Hochspezifische Täter-Opfer-Beziehung (wenn Delikt aus Konflikt in sozialer Beziehung erklärbar)
- Wahrnehmung der eigenen »biografischen Privilegiertheit«
- Sozialer Status durch Tätigkeit (Beruf)
- Geplante Fortführung der Psychotherapie über das Bewährungsende hinaus
- Geregelte Tagesstruktur
- Offene, vertrauensvolle Bindung an Therapeuten (Kontrolle, Beziehung)

DOI: 10.1486/9783884144152

9.7 Falltypische Protektionsmuster

Erfolgte in den vorangegangenen Kapiteln die Beschreibung einzelner Protektivfaktoren in Abhängigkeit zu einer biografischen Phase, soll diesem Abschnitt versucht werden, die für den jeweiligen Fall typischen »protektiven Muster« zu beschreiben. Als Grundalge für diesen Auswertungsschritt dienen die Memos zu den Übersichtsgrafiken protektiver Faktoren aus Kapitel 8.1. Die Beschreibung der Fall typischen Protektionsmuster erfolgen jeweils nach folgender Struktur:

A – Besonders bedeutungsvolle Faktoren der Kindheit[9]
B – Besonders bedeutungsvolle Faktoren der Jugend/Adoleszenz
C – Besonders bedeutungsvolle Faktoren des Erwachsenenalters
D – Besonders bedeutungsvolle Faktoren des Maßregelvollzugs
E – Besonders bedeutungsvolle Faktoren der forensischen Nachsorge
F – Besonders bedeutungsvolle Faktoren der aktuellen Lebenssituation
G – Balance externer und interner Faktoren
H – Lebensabschnitt übergreifende Faktoren

Fall 1: Der Abschnitt A ist gekennzeichnet durch eine eher förderliche, »gute« Kindheit, mit enger Bindung an eine primäre Bezugsperson. Es finden sich Hinweise auf eine überdurchschnittliche Intelligenz und eine frühe Berührbarkeit durch spirituelle Erfahrungen mit religiöser Orientierung i. S. ethisch reifer Charakterstrukturen. Der Proband beschreibt eine in der Kindheit bereits angelegte Empathiefähigkeit. Es bestehen Erfahrungen von Control, Selbstwirksamkeit und Handhabbarkeit (bzgl. Schule) und Sinnhaftigkeit (Schule, Religion).

Abschnitt B weist neben den in A aufgeführten Faktoren den Abschluss einer Berufsausbildung auf.

Abschnitt C zeigt eine weitgehend ähnliche Struktur wie die Abschnitte A und B, daneben weitere Berufsabschlüsse und eine gesicherte finanzielle Situation.

In Abschnitt D finden sich die Faktoren »Therapiemotivation«, günstige Therapiebedingungen und das Gefühl von Sinnhaftigkeit (bzgl. Delinquenzgeschichte).

Abschnitt E weist auf eine ambulante Fortführung einer stationär begonnenen Sexualtherapie hin (Kontinuität).

Abschnitt F zeigt eine Vielzahl unterschiedlicher externer und interner Faktoren, darunter einzelne Faktoren aus früheren Lebensphasen.

Abschnitt G: In allen Lebensphasen findet sich eine deutliche Balance externer und interner Schutzfaktoren.

9 Die Markierung einzelner Faktoren als »besonders bedeutungsvoll« erfolgt in Auswertung des zweiten Datenbearbeitungsschrittes »Analysierende Gesprächsverlaufsbeschreibung« und der dort angefertigten Memos.

DOI: 10.1486/9783884144152

Als lebensabschnittsübergreifende Faktoren finden sich in Abschnitt H »emotionale Intelligenz«, »Empathiefähigkeit«, »überdurchschnittliche Intelligenz«, »religiöse Orientierung«, »Control«, »Gefühl von Sinnhaftigkeit«, »Gefühl von Handhabbarkeit« und »Sinnhaftigkeit«.

Proband 1 kann als *»reicher Protektionstyp«* beschrieben werden. In allen Lebensphasen stehen externe und interne Schutzfaktoren zur Verfügung.[10] Auf diese kann der Proband in der aktuellen Lebensphase zurückgreifen, bzw. können diese in der therapeutischen Arbeit genutzt werden. Einige Aspekte haben zu dauerhaften Persönlichkeitsmerkmalen geführt (z. B. Empathiefähigkeit), die eine direkte Schutzwirkung bzgl. Rückfalltaten aufweisen. Die lebensabschnittsübergreifenden Faktoren sind ausnahmlos in der Person angesiedelt. Bei Wegfall einzelner Protektivfaktoren und/oder Protektionsbereiche besteht die Chance, dass andere Schutzfaktoren ausreichende Wirkung entwickeln können.

Fall 2: Abschnitt A ist gekennzeichnet durch eine eher förderliche »gute« Kindheit und enge Anbindung an familiäre Strukturen.

Abschnitt B ist durch das Fortbestehen der familiären Strukturen und die Fähigkeit zur Nutzung sozialer Unterstützung geprägt.

In Abschnitt C finden sich ebenfalls viele Faktoren eines verlässlichen familiären Umfeldes, aus dem Unterstützung und Zuwendung erfolgen.

Abschnitt D zeigt das Fortbestehen der familiären Bindung und Unterstützung während der stationären Unterbringung. Die Unterbringung im Maßregelvollzug wird trotz Leugnung positiv bewertet.

Einziger Faktor in Abschnitt E ist der gestufte, begleitete Übergang von stationärer in ambulante Phase.

In Abschnitt F überwiegen die externen Schutzfaktoren, zum familiären Umfeld kommen hier noch weitere institutionalisierte Kontrollinstanzen aus dem forensischen Umfeld.

Zwischen externen und internen Protektivfaktoren besteht ein deutliches Ungleichgewicht (Abschnitt G), mit Betonung externer Schutzfaktoren.

Als lebensabschnittsübergreifende Faktoren (Abschnitt H) finden sich ausnahmslos externe Faktoren aus dem familiären Umfeld.

Auf Proband 2 trifft die Klassifizierung als *»familienorientierter, armer Protektionstyp (Leugnung der Anlasstat)«*. Die Schutzfaktoren sind stark im Familienumfeld, das unterstützt, kontrolliert und emotionale Zuwendung gibt, angesiedelt. Weitere Schutzfaktoren ergeben sich hier aus dem forensischen Umfeld,

10 Ein Hinweis muss hier, gültig für alle zwölf Fälle, allerdings erfolgen: Das Vorliegen von umfangreichen Schutzfaktoren konnte allerdings nicht verhindern, dass der Proband eine Paraphilie entwickelte und mehrfach straffällig wurde. Die Existenz von Schutzfaktoren bezieht sich hier auf die poststationäre Zeit nach dem Maßregelvollzug und die seitdem gezeigte Legalbewährung.

DOI: 10.1486/9783884144152

in Form institutionalisierter, flexibler Betreuungsformen. Mit dem Wegfall dieser beiden Protektionsbereiche (Familie und forensische Institutionen) besteht die Gefahr, dass keine ausreichenden Schutzfaktoren zur Verfügung stehen.

Fall 3: In Abschnitt A finden sich nur die schwach wirksamen Faktoren »Heimunterbringung« und »Förderung durch Institution«, welche als Ersatz für die Familie fungieren.

Abschnitt B weist lediglich zwei Faktoren auf: Ein starker Faktor liegt in der »Fähigkeit, intensive Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten«, daneben bestehen »positive Bildungserfahrungen«.

Abschnitt C weist keinerlei Faktoren auf.

In Abschnitt D finden sich Hinweise auf positive Wirkung des Maßregelvollzugs (»positives Erleben der Unterbringung«, »Reden in der Therapie als Katharsis«, »Opferempathie«, initiale triebdämpfende Medikation, »Störungs- und Krankheitseinsicht«).

Abschnitt E weist eine Vielzahl von Faktoren eines begleiteten Übergangs von stationärer in ambulante Behandlung auf. Es besteht eine intime partnerschaftliche Bindung.

Die aktuelle Lebenssituation (Abschnitt F) ist durch eine Vielzahl interner und externer Faktoren bestimmt. Es besteht eine partnerschaftliche Bindung, welche in der weiter durchgeführten Psychotherapie reflektiert wird. Der Proband ist in ein familiäres Umfeld integriert. Es bestehen externe Kontrollinstanzen aus dem forensischen Umfeld.

In den einzelnen Lebensabschnitten bestehen starke Schwankungen zwischen externen und internen Schutzfaktoren (Abschnitt G). Die Abschnitte A, C und E sind fast ausschließlich durch externe Faktoren geprägt. In der aktuellen Lebenssituation besteht ein Ungleichgewicht hin zur besonders starken Betonung interner Faktoren.

Abschnitt G: Es bestehen keine lebensabschnittsübergreifenden Faktoren.

Proband 3 kann als *»indifferenter, dissozial geprägter Protektionstyp«* beschrieben werden. Es stehen keine verlässlichen, überdauernden Protektivfaktoren zur Verfügung. Frühe Schutzfaktoren fehlen fast vollständig. In der aktuellen Lebenssituation dominieren interne Faktoren. Bei Störung dieses zentralen Protektionsbereichs bestehen kaum ausreichende externe Schutzfaktoren, die als externe Kräfte ausgleichend wirken könnten.

Fall 4: In Abschnitt A finden sich die zum Faktor »eher förderliche, ›gute‹ Kindheit« gehörenden Aspekte, mit Bindung an eine primäre Bezugsperson und frühe positive Bildungserfahrungen.

Abschnitt B ist geprägt von Aspekten sozialer Integration und intensiven, intimen Partnerschaften. Positive Bildungserfahrungen bestehen weiter.

DOI: 10.1486/9783884144152

In Abschnitt C finden sich ebenfalls Faktoren aus dem Zusammenhang »intime Partnerschaft« und weiter positive Bildungserfahrungen, neben dem Abschluss einer Berufsausbildung.

Abschnitt D weist die zwei Faktoren »Chance für eine Auseinandersetzung« und »gute Introspektionsfähigkeit« auf.

In Abschnitt E finden sich zwei Faktoren die auf einen gestuften, begleiteten Übergang von stationärer zu ambulanter Phase hinweisen.

Abschnitt F weist eine Fülle interner und externer Faktoren auf, darunter »positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV, trotz Leugnung der Tat«. Daneben findet sich wiederum der Aspekt »positive Bildungserfahrung« und der SOC-Wert Sinnhaftigkeit.

In Abschnitt G ist eine ausreichende Balance zwischen externen und internen Protektivfaktoren markiert, wobei es in der aktuellen Lebenssituation zu einer stärkeren Gewichtung innerer Faktoren kommt.

Abschnitt H: Zwei Faktoren (»positive Bildungserfahrung« und »Fähigkeit, intensive zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen«) sind diesem Abschnitt zugeordnet, wobei der Faktor »Beziehungsfähigkeit« in der aktuellen Lebenssituation nicht zu finden ist.

Fall 4 kann ebenfalls der Kategorie *»reicher Protektionstyp«* zugeordnet werden, allerdings muss diese Klassifikation um den Zusatz *»Leugnung der Anlasstat«* ergänzt werden. In den unterschiedlichen biografischen Phasen besteht eine Vielzahl externer und interner Protektivfaktoren. Auf diese kann der Proband und das ihn begleitende Personal zurückgreifen. Durch die Balance externer und interner Faktoren ist eine deutliche Stabilität der Schutzwirkung gegeben.

Fall 5: Abschnitt A weist keine Faktoren auf.

Abschnitt B weist ebenfalls keine Faktoren auf.

In Abschnitt C finden sich die »Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln« und Hinweise auf die Fähigkeit zur sozialen Integration.

Abschnitt D weist ebenfalls die »Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln« und die Verfügbarkeit internalisierter Kontrollüberzeugungen auf.

In Abschnitt E findet sich der Faktor »medikamentöse Behandlung (triebdämpfend)« und das Gefühl von Selbstwirksamkeitserfahrung.

Abschnitt F ist gekennzeichnet durch einige interne (»Fähigkeit zur Einhaltung sozialer Regeln«, Störungs-/Krankheitseinsicht«) und sehr wirksame externe Faktoren (medikamentöse Behandlung, externe, institutionalisierte Kontrollinstanzen, externe Kontrolle und Strukturvorgaben im Alltag, funktionierende externe Krisenintervention).

Abschnitt G: Zwischen externen und internen Faktoren besteht eine wenig stabile Balance: wenige sehr wirksame, starke externe Schutzfaktoren stehen

DOI: 10.1486/9783884144152

einigen internen Faktoren, die erst in der stationären Therapie entwickelt werden konnten, gegenüber.

Als lebensabschnittsübergreifender Faktor (Abschnitt H) steht lediglich die »medikamentöse Behandlung (triebdämpfend)« zur Verfügung.

Fall 5 kann als *»armer Protektionstyp«* klassifiziert werden. Im Sozialisationsprozess konnten kaum Schutzfaktoren entwickelt oder erworben werden. Die aktuelle Lebenssituation ist dadurch gekennzeichnet, dass einzelne stark wirksame Faktoren, mit stark strukturierenden und kontrollierenden Eigenschaften einzelnen internen Schutzfaktoren gegenüberstehen. Bei Störung oder Wegfall eines Protektionsbereichs besteht kaum die Möglichkeit zur Kompensation der dann nicht mehr zur Verfügung stehenden Protektivfaktoren.

Fall 6: In Abschnitt A finden sich die zum Faktor »eher förderliche, ›gute‹ Kindheit« gehörenden Aspekte, mit Bindung an eine primäre Bezugsperson. Daneben bestehen familienexterne soziale Protektivfaktoren und der Faktor »sicheres Bindungsverhalten«.

Abschnitt B weist ebenfalls den Aspekt »sicheres Bindungsverhalten« und Aspekte sozialer Integration und Berufsausbildung auf. Es besteht weiterhin eine »positive Beziehung zu primären Bezugspersonen«.

In Abschnitt C ist der Faktor »Wahrnehmung einer ›eher förderlichen, guten Kindheit‹« vermerkt. Es bestehen positive Bildungserfahrungen, eine erfolgreiche berufliche Situation mit Bindung an die dortigen Werte. Auch hier findet sich der Faktor »sicheres Bindungsverhalten«.

Der Maßregelvollzug, Abschnitt D ist geprägt von positivem Erleben und Bewertung der Unterbringung und dem SOC-Wert »Sinnhaftigkeit« in Bezug auf den eigenen Krankheitsweg.

Abschnitt E beinhaltet Aspekte des Faktors »gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase«.

Abschnitt F weist eine Fülle interner und externer Protektivfaktoren auf. Darunter mehrere Aspekte zum Bereich »soziale Integration«, der Faktor »sicheres Bindungsverhalten«, der SOC-Wert »Handhabbarkeit« und Aspekte positiver Zukunftsorientierung. Es bestehen externe, institutionelle Kontrollinstanzen, welche akzeptiert werden und flexibel ausgestaltet werden. Neben anderen Aspekten findet sich der Faktor »beruflicher Erfolg«, wodurch eine nicht delinquente Orientierung erfolgt. Der Proband lebt in einer stabilen heterosexuellen Partnerschaft.

In Abschnitt G ist eine sehr gute Balance externer und interner Protektivfaktoren, bezogen auf alle biografischen Phasen, zu verzeichnen.

In Abschnitt H sind die drei Faktoren »sicheres Bindungsverhalten«, »soziale Integration« und »Erfahrung der Selbstverwirklichung in nicht delinquenten Aktivitäten« vermerkt.

DOI: 10.1486/9783884144152

Fall 6 kann ebenfalls als *»reicher Protektionstyp«* beschrieben werden. Der Proband verfügt in allen biografischen Phasen über umfangreiche externe und interne Protektivfaktoren, die er in der aktuellen Lebenssituation auch nutzt. Die Balance zwischen externen und internen Faktoren ist so stabil, dass auch bei Wegfall einzelner Ressourcen ausreichende Schutzfunktionen zur Verfügung stehen. Die lebensabschnittsübergreifenden Faktoren weisen auf Integration in soziale Bezüge, hohe Beziehungsfähigkeit und generell nicht delinquente Orientierung.

Fall 7: In Abschnitt A finden sich die zum Faktor »eher förderliche, ›gute‹ Kindheit« gehörenden Aspekte, mit Bindung an eine primäre Bezugsperson und mehrere Aspekt aus dem Bereich »positive Bildungserfahrung«.

Abschnitt B weist Faktoren zu den Bereichen »Beziehungsfähigkeit«, »religiöse Orientierung« und »Bildungsabschluss« auf.

In Abschnitt C finden sich Faktoren zur »Beziehungsfähigkeit«, »Berufsabschluss« und »soziale Integration«.

Abschnitt D ist gekennzeichnet durch das »Fortbestehen sozialer Beziehungen während der Unterbringung« und »positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV ›trotz Leugnung‹«.

Abschnitt E beinhaltet Aspekte des Faktors »gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase«.

Abschnitt F weist eine Vielzahl interner und externer Protektivfaktoren auf. Darunter: »Beziehungsfähigkeit«, »positives Erleben und Bewertung der Unterbringung ›trotz Leugnung‹«, die SOC-Werte »Handhabbarkeit« und »Sinnhaftigkeit«, eine nicht delinquente Orientierung bei guter »sozialer Integration«, »stabile heterosexuelle Beziehung« und »verfügbare externe Kontrollinstanzen«.

Abschnitt G: In allen Lebensphasen und bei den lebensabschnittsübergreifenden Faktoren ist eine sichere Balance externer und interner Protektivfaktoren festzustellen.

In Abschnitt H sind die Faktoren »Beziehungsfähigkeit«, »soziale Integration« und »soziale Flexibilität« vermerkt.

Auch Fall 7 kann als *»reicher Protektionstyp (Leugnung der Anlasstat)«* klassifiziert werden. Der Proband verfügt in allen Lebensabschnitten über umfangreiche Protektivfaktoren, welche als Ressourcen zur Verfügung stehen. Die Balance zwischen internen und externen Faktoren ist so stabil, dass auch bei Wegfall einzelner Aspekte von einer weiter günstigen Protektivwirkung auszugehen ist. Protektivfaktoren aus den Bereichen »Beziehungsfähigkeit«, »soziale Integration« und »soziale Flexibilität« haben sich in Lauf der Biografie als feste, protektive Persönlichkeitsmerkmale etabliert, was zusätzlichen protektiven Schutz bietet.

Fall 8: Abschnitt A weist keinen protektiven Faktor auf.

In Abschnitt B finden sich Faktoren zu früher Beziehungs/Partnerschaftsauf-

DOI: 10.1486/9783884144152

nahme und positive Bildungserfahrungen, sowie ein »soziales Integrationsbedürfnis«.

Abschnitt C ist ebenfalls durch das Bestehen partnerschaftlicher Bindung, geprägt. Daneben finden sich eine »abgeschlossene Berufsausbildung« sowie (poststationär) »Krankheits- und Störungseinsicht«.

Abschnitt D weist im Vergleich zu den Abschnitten A, B und C deutlich mehr protektive Faktoren auf. Darunter u. a.: soziale Integration, den SOC-Wert »Sinnhaftigkeit« (in Bezug auf Delinquenz), »positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV« und »soziale Flexibilität«.

Abschnitt E enthält u. a. Aspekte aus dem Bereich »gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase«, »soziale Flexibilität« und »berufliche Orientierung«.

Die aktuelle Lebenssituation, Abschnitt F ist von einer Vielzahl interner und einigen externen Protektivfaktoren geprägt. Darunter u. a. »Störungs- und Krankheitseinsicht«, »positives Erleben und Bewertung der Unterbringung«, »Optimismus«, »Adaption relevanter Therapieergebnisse in echte Lebenszusammenhänge«, »soziale Flexibilität«, positive Zukunftsorientierung sowie externer Kontrollinstanzen aus den Bereichen Maßregelvollzug und Arbeitswelt.

Abschnitt G: Mit Ausnahme der aktuellen Lebenssituation besteht in allen Lebensphasen eine gute Balance zwischen externen und internen Protektivfaktoren. Gegenwärtig dominieren interne Faktoren, wobei wichtige externe Faktoren (z. B. institutionalisierte Kontrollinstanzen, ambulante Therapie, Arbeitsverhältnis) verfügbar sind.

In Abschnitt H sind die Beziehungsfähigkeit, mehrere Faktoren aus dem Bereich »Arbeitswelt«, die »soziale Flexibilität« und »günstige materielle Bedingungen« genannt.

Fall 8 stellt eine eigene Protektionskategorie dar: »*frühgestörter, differenzierter, unsicherer Protektionstyp*«. Auffallend ist das Fehlen protektiver Faktoren in der Kindheit,[11] dem weitestgehend differenzierte Faktoren in den weiteren Lebensabschnitten folgen. Als Besonderheit fällt die frühe Krankheitseinsicht auf, die vor der Unterbringung im MRV bestanden hat. Die aktuelle Lebenssituation ist von einer Vielzahl internern Protektivfaktoren und einer Reihe wichtiger externer Faktoren bestimmt, wobei die Balance zwischen den beiden Bereichen als nur bedingt stabil eingeschätzt werden muss. Lebensabschnittsübergreifen stehen einige zentrale Aspekte (Beziehungsfähigkeit, berufliche [Aufgaben-]Orientierung, soziale Flexibilität) zur Verfügung, wobei die Verankerung dieser Faktoren in der Kindheitsphase fehlt. Bei Störung eines Protektivbereichs (etwa Wegfall externer

11 Dieser Befund mag verwundern. Ausschlaggebend sind nicht die realen (objektiven) Lebensbedingungen, sondern die subjektive Bedeutungszuschreibung durch den Probanden im Interview: dort werden keine Protektivfaktoren genannt, die diesem Lebensabschnitt zuzuordnen sind.

DOI: 10.1486/9783884144152

Kontrollinstanzen) ist nicht auszuschließen, dass die protektive Kraft anderer Ebenen nicht ausreichend ist.

Fall 9: In Abschnitt A finden sich die zum Faktor »eher förderliche, ›gute‹ Kindheit« gehörenden Aspekte, mit Bindung an eine primäre Bezugsperson und mehrere Aspekt aus dem Bereich »positive Bildungserfahrung«.

Abschnitt B ist durch spirituelle Orientierung, »positive Bildungserfahrungen« und »Beziehungsfähigkeit« gekennzeichnet.

In Abschnitt C finden sich weitere wichtige Faktoren, darunter u. a. »Beziehungsfähigkeit«, »abgeschlossene Berufsausbildung«, »soziale und emotionale Intelligenz« sowie den Aspekt »Selbstanzeige der Anlasstat«.

Abschnitt D ist geprägt durch »positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV ›trotz Leugnung der Anlasstat‹« und »Weiterbestehen sozialer Beziehungen während der Unterbringung«.

Die Nachsorgesituation (Abschnitt E) ist geprägt durch Aspekte des »gestuften, begleiteten Übergangs von stationärer in ambulante Phase«.

Abschnitt F weist eine Vielzahl interner und externer Protektivfaktoren auf, darunter »Störungs-/Krankheitseinsicht«, »berufliche Orientierung«, »nicht delinquente Orientierung«, »soziale Integration«, eine »stabile intime Beziehung« und »ambulante Kriminaltherapie« sowie »günstige materielle Bedingungen«.

Abschnitt G: In allen früheren Lebensphasen besteht eine stabile Balance zwischen externen und internen Protektivfaktoren. Die aktuelle Lebenssituation weist einen leichte Überbetonung interner Faktoren auf, wobei zentrale externe Faktoren (ambulante forensische Behandlung) zur Verfügung stehen.

Abschnitt H: Als lebensabschnittsübergreifender Faktor besteht die Beziehungsfähigkeit des Probanden, welche sich zu einem festen Persönlichkeitsanteil entwickelt hat. Fall 9 ist ebenfalls als *»reicher Protektionstyp (Leugnung der Anlasstat)«* zu klassifizieren. Der Proband verfügt in allen Lebensabschnitten über umfangreiche Protektivfaktoren, welche als Ressourcen zur Verfügung stehen. Die Balance externer und interner Faktoren ist ausreichend stabil, sodass Veränderungen in den Protektionsbereichen und -aspekten wahrscheinlich ausgeglichen werden können.

Fall 10: In Abschnitt A finden sich Faktoren, die dem Aspekt »eher förderliche, ›gute‹ Kindheit« mit »guter Bindung zu mindestens einer primären Bezugsperson« zuzuordnen sind.

Abschnitt B weist lediglich die Faktoren »Bildungsabschluss« und »Control« (bezogen auf die Trennung von den Eltern) auf.

Abschnitt C ist durch lediglich drei Faktoren (»Control«, »Selbstregulation« und »Funktionieren im Alltag«) geprägt.

DOI: 10.1486/9783884144152

Abschnitt D enthält lediglich den Faktor »Forbestehen externer sozialer Kontakte«.

Abschnitt E beinhaltet Aspekte zum Faktor »gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase«.

In Abschnitt F findet sich eine Reihe interner Protektivfaktoren (u. a. »Störungs-/Krankheitseinsicht«, »Bewältigung der Rolle ›Sexualstraftäter‹«, »Adaption relevanter Therapieergebnisse«, »spirituelle Orientierung«) und einzelne, hochwirksame externe Faktoren (»triebdämpfende medikamentöse Behandlung« und »Verfügbarkeit externer institutionalisierter Kontrollinstanzen«).

Abschnitt G: Zwischen internen und externen Faktoren besteht kaum eine Balance, generell dominieren interne Faktoren.

Abschnitt H weist keine Faktoren auf.

Fall 10 muss als *»armer Protektionstyp«* klassifiziert werden. Im Sozialisationsprozess konnten kaum Schutzfaktoren entwickelt oder erworben werden. In der aktuellen Lebenssituation dominieren interne Faktoren, welche wahrscheinlich auf eine intensive Therapiephase zurückgehen. Dadurch fehlt eine ausreichende Balance externer und interner Faktoren, mit der Gefahr einer grundlegenden Störung der allgemeinen Protektionswirkung. Diese Situation wird dadurch verstärkt, dass keine lang andauernden, lebensabschnittsübergreifenden Faktoren verfügbar sind.

Fall 11: In Abschnitt A finden sich die zum Faktor »eher förderliche, ›gute‹ Kindheit« gehörenden Aspekte, mit Bindung an eine primäre Bezugsperson sowie »positive Bildungserfahrungen«.

Abschnitt B weist weitere Faktoren wie »erreichter Bildungsabschluss«, »abgeschlossene Berufsausbildung«, »nicht delinquente Orientierung und »Beziehungsfähigkeit« auf.

In Abschnitt C finden sich weitere externe (»stabile Freundschaften«, »intime Partnerschaft«) und interne (»nicht delinquente Orientierung«, »Beziehungsfähigkeit« und »Selbstregulation«) Faktoren.

Abschnitt D ist u. a. geprägt durch »Störungs-/Krankheitseinsicht« und die SOC-Werte »Sinnhaftigkeit«, »Verstehbarkeit«, »Handhabbarkeit« und »Fortbestehen sozialer Kontakte«.

Abschnitt E enthält den Faktor »gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase«.

In Abschnitt F finden sich eine Reihe externer (z. B. »stabile Freundschaften«, »Verfügbarkeit externer, institutionalisierter Kontrollinstanzen«, »soziale Beziehungen«) und interner (u. a. »nicht delinquente Orientierung«, »positives Erleben und Bewertung der Unterbringung«, »internalisierte Kontrollüberzeugungen«).

Abschnitt G: In allen Lebensphasen besteht eine gute Balance zwischen externen und internen Protektivfaktoren.

DOI: 10.1486/9783884144152

Als lebensabschnittsübergreifende Faktoren (Abschnitt H) sind die »nicht delinquente Orientierung«, »berufliche (Aufgaben-)Orientierung«, »Beziehungsfähigkeit« und »günstige materielle Versorgungssituation« vermerkt.

Fall 11 kann als *»reicher Protektionstyp«* beschrieben werden. In allen Lebensphasen wurden umfangreiche Protektivfaktoren entwickelt und erworben, welch in der aktuellen Lebenssituation genutzt werden können. Die Balance externer und interner Faktoren ist so stabil, dass Störungen des Protektionsmusters kaum zu erwarten sind. Als lebensabschnittsübergreifende Faktoren haben sich besonders starke Aspekte (z. B. generelle nicht delinquente Orientierung) zu festen Persönlichkeitsanteilen entwickelt.

Fall 12: In Abschnitt A finden sich die zum Faktor »eher förderliche, ›gute‹ Kindheit« gehörenden Aspekte, mit Bindung an eine primäre Bezugsperson.

Abschnitt B weist die Faktoren »abgeschlossene Berufsausbildung « und »Bildungsabschluss« auf.

In Abschnitt C finden sich einige Faktoren wie »Beziehungsfähigkeit« und »Bestehen einer engen Beziehung«.

Abschnitt D: Dort finden sich externe (»Fortbestehen sozialer Beziehungen während Unterbringung«, »intakte soziale Netzwerke«) und interne (»positives Erleben und Bewertung der Unterbringung«, »Beziehungsfähigkeit«, SOC-Wert »Verstehbarkeit«) Faktoren.

In Abschnitt E finden sich der Faktor »ambulante Weiterführung stationärer Behandlung«.

Abschnitt F weist eine Fülle externer und interner Protektivfaktoren auf, u. a. »partnerschaftliche Bindung«, »stabile heterosexuelle Beziehung«, »Verfügbarkeit externer, institutionalisierter Kontrollinstanzen«, die SOC-Werte »Handhabbarkeit« und »Sinnhaftigkeit«, »Selbstregulation« und »höheres Lebensalter« etc.

Abschnitt G: In den biografischen Abschnitten findet sich eine ausreichende Balance zwischen internen und externen Protkektivfaktoren. Vor allem die aktuelle Lebenssituation weist hier eine deutliche Stabilität auf.

Als lebensabschnittsübergreifender Faktor (Abschnitt H) ist eine »vertrauensvolle, enge Beziehung zu mindestens einer Person« genannt.

Auch Fall 12 kann (noch) als *»reicher Protektionstyp«* klassifiziert werden. Auch wenn in einzelnen Lebensabschnitten nur einzelne Protektivfaktoren erworben werden konnten, stehen insgesamt ausreichend Ressourcen zur Verfügung. Zwischen den Protektionsbereichen besteht eine stabile Balance, sodass ein genereller protektiver Schutz auch bei Wegfall einzelner Faktoren gewährleistet erscheint. Als übergreifender Faktor hat sich die Verfügbarkeit einer vertrauensvollen engen Beziehung etabliert. Dieser Faktor korrespondiert mit dem mittlerweile hohen Lebensalter (über 70 Jahre) des Probanden.

DOI: 10.1486/9783884144152

10 Zusammenfassung und Diskussion

In Kapitel 8 und 9 erfolgte die zusammengefasste Darstellung des Datenmaterials und der Forschungsergebnisse. Im vorliegenden Abschnitt sollen diese Inhalte in zusammengefasster Form mit den in Abschnitt 7.2 inhaltlichen Vorannahmen verglichen und diskutiert werden.

1.[12] Die im Mannheimer Kohortenprojekt beschriebenen Protektivfaktoren, welche sich auf »psychogene Erkrankungen der Normalbevölkerung« (Schepank 1990) bezogen, finden sich auch in der Gruppe psychisch kranker Sexualstraftäter, welche im Maßregelvollzug behandelt wurden. Allerdings fiel auf, dass Patienten, welche ein »armes Protektionsmuster« aufwiesen, über nur rudimentäre Ansätze protektiver Faktoren der Frühsozialisation verfügen. Bei zwei Probanden finden sich im Datenmaterial keinerlei Hinweise auf protektive Prozesse/Faktoren in diesem Lebensabschnitt. Eine Gruppe von Tätern entwickelte sich dagegen im biografischen Verlauf bis zum Eintritt in das Erwachsenenalter unauffällig (Kategorie »reicher Protektionstyp) und weist fast alle von Tress (1986), Reister (1986) und Schepank (1990) genannten Protektivfaktoren (»Vorhandensein wenigstens einer stabilen, positiven Bezugsperson während der frühen Kindheit«, »Aufwachsen unter Geschwistern«, »gute frühkindliche, stabile und zugängliche Bezugsperson«, »eine in allen Qualitäten als befriedigend erlebte Partnerschaft, mit adäquaten Konfliktlösungsstrategien beider Partner, keine Trennungsanzeichen«, »enge Freundschaft zu einer weiteren Person außerhalb bestehender Partnerschaft«) auf. In einem Fall tritt anstatt familiärer Sozialisationsprozesse eine Heimunterbringung, welche vom Probanden als sinnvolle Alternative erlebt wurde und retrospektiv positiv bewertet wird.

2. In der untersuchten Gruppe von Sexualstraftätern finden sich spezifische Protektivfaktoren, welche nur bei diesen Probanden anzutreffen sind. Insbesondere sind dies: »Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im Maßregelvollzug«, »Reflexion der aktuellen intimen Beziehung in Therapie«, »Beenden einer spezifischen Sexualtherapie« und »medikamentöse Behandlung (triebdämpfend)«. Bezogen auf die Sexualdelinquenz ließen sich die Faktoren »höheres Lebensalter (> 50 Jahre)«, »hochspezifische Täter-Opfer-Beziehung« und »geringe strafrechtliche Vorbelastung« finden. Diese Faktoren beziehen sich ausschließlich auf den Schutz vor weiterer Sexualdelinquenz, ein Umstand der eben nur auf die hier beforschte Patientengruppe zutrifft. Weitere, im Rahmen

12 Die Nummerierung folgt der Untergliederung in Kapitel 7.2.

DOI: 10.1486/9783884144152

der vorliegenden Studie identifizierte Protektivfaktoren sind am Ende dieses Kapitels in tabellarischer Form dargestellt.

3. Die Gruppe rückfallfreier Sexualstraftäter der Kategorie »reicher Protektionstyp« unterscheidet sich kaum von der Protektionsstruktur der sog. Normalbevölkerung. In allen Lebensabschnitten finden sich reiche protektive Faktoren und Protektionsmuster. Ebenso ist die aktuelle Lebenssituation dieser Täter durch eine differenzierte und umfangreiche »Protektionslandschaft« geprägt. Rückfallfreie Täter der Kategorien »armer Protektionstyp«, »indifferenter, dissozial geprägter Protektionstyp« und »frühgestörter, differenter, unsicherer Protektionstyp« weisen ein deutliches Ungleichgewicht zwischen in frühen Sozialisationsphasen erworbenen Protektivfaktoren und Schutzfaktoren, welche erst im Maßregelvollzug und später erworben wurden, auf. Insbesondere handelt es sich hier um Aspekte wie »Störungs-/Krankheitseinsicht«, »SOC-Wert: Sinnhaftigkeit (bzgl. Delikt- und Krankheitsgeschichte«), SOC-Wert: »Handhabbarkeit (bzgl. Deliktverhalten)« und SOC-Wert: Verstehbarkeit (bzgl. Delikt- und Krankheitsgeschichte)« sowie weitere Faktoren welche sich unter dem Begriff »Copingstrategien« zusammenfassen lassen. Bei den letztgenannten Faktoren handelt es sich offensichtlich um Therapie- und Unterbringungseffekte aus der stationären forensischen Behandlung. Eine Besonderheit sind Protektivfaktoren, welche dem Aspekt »externe Kontrollinstanzen« zuzuordnen sind. Diese sind typische Merkmale der forensischen Versorgungsstruktur und immer (im Rahmen der Nachsorgeangebote) im jüngsten Lebensabschnitt angesiedelt.

4. Die Bewältigung dissozialer Muster mit Aufbau spezifischer Protektivfaktoren ließ sich in nur einem Fall stichhaltig nachweisen. Der Proband verfügt über nur lückenhafte Schutzfaktoren in den biografischen Phasen Kindheit, Jugend/Adoleszenz und Erwachsenenalter. Im Rahmen der Unterbringung im Maßregelvollzug kam es hier zum Aufbau von Basisfaktoren (z. B. »positive Bildungserfahrungen«, »Selbstwirksamkeit: Control«), die üblicherweise in früheren Lebensabschnitten aufgebaut werden. Die Fähigkeit dieses Probanden, die Unterbringung im Maßregelvollzug positiv zu werten, als Chance für eine Auseinandersetzung mit sich selbst zu sehen und das Reden in der Therapie als Katharsis zu erleben öffnet hier den Zugang zu Prozessen, in denen eine Fülle weiterer Faktoren entwickelt werden konnte (z. B.: »Therapiemotivation«, »Deliktarbeit«, »Opferempathie«, »Akzeptanz ungünstiger Sozialisation und Bewertung als ›schöne Zeit‹«, »partnerschaftliche Bindung«, »Reduktion deliktfördernder Symptomatik«, »Lebenszufriedenheit«).

5. Die Ausgangsthese, dass sich bei den interviewten Probanden Reste alter Leugnungsmuster finden lassen, hat sich bestätigt. Bei vier der zwölf Probanden findet sich der Umstand, dass das Indexdelikt, das zur Unterbringung im Maßregelvollzug geführt hat, vollständig geleugnet wird. In einem Fall wird die Leugnung als Ergebnis und Erkenntnis der Psychotherapie dargestellt. Die Annahme,

DOI: 10.1486/9783884144152

dass sich im Datenmaterial »Leugnungsreste« finden, hat sich damit nicht bestätigt, es handelt sich vielmehr um komplette Leugnung. Dennoch hatten diese vier Probanden kein Problem damit, die erlittene Unterbringung im Maßregelvollzug als sinnvoll und positiv zu bewerten. Dieser Umstand wurde in Abschnitt 9 als »sinnvolles Leugnen« beschrieben. Die Leugnung der Anlasstat(en) geschieht hier vor dem Hintergrund, dass eine Integration der eigenen Sexualdelinquenz (trotz Therapie) nicht möglich war (ich-dystone Verarbeitung), das Ausmaß der selbst eingestandenen Gestörtheit und/oder Hilfsbedürftigkeit jedoch als so umfangreich eingeschätzt wurde, dass der Maßregelvollzug insgesamt als positive Maßnahme erlebt wurde. Stabilisierend und damit sinnvoll ist dieses Leugnungsverhalten dadurch, dass die destabilisierende Wirkung des »Sexualstraftäter-Seins« nicht zum Tragen kommt, die Täter sich nicht (mehr) auseinandersetzen müssen. Für diesen Faktor gilt allerdings, dass die Schutzwirkung nur so lange anhält, bis durch externe Bedingungen (Therapie, Konfrontation) oder psychodynamische Prozesse das Leugnungskonstrukt nicht zu sehr angegriffen und hinterfragt wird.

6. Neben den therapiespezifischen Faktoren »abgeschlossene Deliktarbeit«, »Opferempathie«, »Verantwortungsübernahme« oder »Copingstrategien« fanden sich im Datenmaterial Schutzfaktoren, die im Zusammenhang mit der Unterbringungsrealität entstanden waren. Insbesondere die erfahrene soziale Unterstützung (»Fortbestehen sozialer Beziehungen während der Unterbringung« und »soziale Unterstützung durch Versicherung emotionaler Verbundenheit«) dürfen in ihrer protektiven Wirkung nicht unterschätzt werden.

7. Die These, dass rückfallfreie Täter über Schutzfaktoren verfügen, welche die negative Wirkung sozialer Etikettierung mindern, ließ sich nur zum Teil belegen. Nur zwei Probanden berichteten über diese Fähigkeit, negative Erwartungshaltungen (»der schafft das doch eh' nicht, der kommt bald zurück in die Forensik«) abzuwehren. Ein Proband berichtete über seine Strategien, sich gegen sozialen Erfolgsdruck (»du brauchst doch eine Partnerin, alleine geht's dir doch nur schlecht und dann geht's bergab«) abzugrenzen. Damit hat sich dieser Faktor, der von den Probanden selbst auch nicht als wichtiger Faktor beschrieben wurde, als weniger starker Aspekt erwiesen.

8. Die vorhandenen Risikofaktoren der einzelnen Probanden erschienen in den Interviews eher »am Rande«. Dabei handelt es sich um chronisch pädophile Verläufe mit dauerhaftem Fortbestehen pädophiler Fantasien und Tendenzen, dissozial-sadistische Tatmotive (welche eine generell schlechte Prognose haben), Verantwortungsabwehr und starkes Leugnungsbedürfnis (was als Hinweis auf nicht abgeschlossene Deliktarbeit gewertet werden muss). Für den Verfasser dieser Arbeit stellte dieser Umstand, dass deutliche Risikofaktoren aufzufinden waren, in den unterschiedlichen Phasen der Untersuchung (vom Interview bis zur Datenauswertung) teilweise eine erhebliche Belastung dar. Immerhin befanden sich die Protektiv- und Risikofaktoren der Probanden zum Interviewzeitpunkt in

DOI: 10.1486/9783884144152

einem stabilen Gleichgewicht, sodass es über Jahre hinweg (seit der Entlassung der Täter) zu keinen neuen Straftaten gekommen war.

9. These neun wurde durch die Auswertungsergebnisse des Datenmaterials weitgehend widerlegt. Bei der Mehrzahl der Probanden fand sich eine stabile Balance zwischen internen und externen Protektivfaktoren. Diese Balance zwischen Persönlichkeits- und Umfeldfaktoren konnte als eigenständige Ressource und besonders stabiles Protektionsmuster identifiziert werden. Lediglich bei Patienten der Kategorie »armer Protektionstyp« besteht ein deutlicher Überhang hin zu externen Protektivfaktoren, welche i. d. R. hohe Kontrollfunktionen haben (Strukturvorgaben, medikamentöse triebdämpfende Behandlung).

10. Die Mehrzahl der Probanden berichteten über die Teilnahme an spezifischen, sexualtherapeutischen Behandlungsprogrammen. Die dazugehörigen Protektivfaktoren (»abgeschlossene Deliktarbeit«, »Opferempathie«, »Verantwortungsübernahme« und verschiedene Faktoren aus dem Bereich »social skills«) waren bei fast allen Probanden (Ausnahme: Interview 5) zu finden. Bezogen auf das SOC-Konstrukt Antonovskys (1997) fanden sich deutliche Hinweise auf den Aufbau der SOC-Kategorien »Sinnhaftigkeit«, »Verstehbarkeit« und »Handhabbarkeit«, jeweils bezogen auf die zugrunde liegende Delikt- und Krankheitsgeschichte, i. S. der Integration der delinquenten Anteile in das Selbstbild der Probanden (»Störungseinsicht«). Darüber hinaus fand sich bei allen Probanden der Hinweis auf das Durchlaufen gestufter Entlassungsschritte, mit begleitetem Übergang in eine ambulante Nachbetreuungssituation. Dieser Aspekt konnte ebenfalls als eigener Protektivfaktor definiert werden (»Beziehungs- und Kontrollkonstanz«).

Im letzten Auswertungsschritt (Kapitel 9) konnten vier unterschiedliche Protektionstypen beschrieben werden. Damit sind vier Klassifikationen spezifischer Protektionstypen erstellt, welche eine strukturelle Beschreibung der Protektionsmuster, also das jeweils spezifische Zusammenwirken einzelner, für den Typus charakteristischer Schutzfaktoren, ermöglicht.

Als »reicher Protektionstyp« sind hier die Probanden beschrieben, die in allen Phasen der Biografie über umfangreiche protektive Faktoren verfügen bzw. diese erwerben, sodass in der aktuellen Lebenssituation ein differenziertes Tableau protektiver Faktoren zur Verfügung steht und auch genutzt werden kann. Hinsichtlich der Verteilung zwischen internen und externen Faktoren ist bei dieser Gruppe eine deutliche Ausgewogenheit festzustellen. In der Regel verfügen Patienten dieser Protektionskategorie über protektive Faktoren, die über mehrere Lebensabschnitte verteilt wiederkehrend verfügbar sind (»feste Faktoren«).

Die Kategorie »armer Protektionstyp« fasst die Patienten zusammen, welche im Sozialisationsprozess nur wenige Schutzfaktoren aufweisen bzw. erworben haben. In der aktuellen Lebenssituation dominieren externe Schutzfaktoren, welche v. a. über ihre Kontrollfunktion (soziale Kontrolle durch enge Famili-

DOI: 10.1486/9783884144152

enanbindung, bzw. institutionalisiert über Einrichtungen der Bewährungshilfe, forensische Nachsorge etc.) wirksam werden. Die Patienten verfügen kaum über lebensabschnittsübergreifende Protektivfaktoren.

Die Protektionskategorie »frühgestörter, differenzierter, unsicherer Protektionstyp« beschreibt Patienten, bei denen v. a. in der Frühsozialisation eine Störung des Erwerbs protektiver Faktoren festzustellen ist, welche aber in den nachfolgenden Lebensabschnitten umfangreiche Schutzfaktoren aufbauen konnten. Die aktuelle Lebenssituation ist hier durch eine deutliche Dominanz interner Schutzfaktoren gekennzeichnet, was zu einer insgesamt schwachen Gesamtsituation führt, da interne Störungen (Verlust innerer Ressourcen, akute Krisen) kaum durch externe Ressourcen gestützt und aufgefangen werden können.

Die vierte Gruppe »indifferenter, dissozial geprägter Protektionstyp« beschreibt Patienten, die in allen wichtigen biografischen Phasen nicht in der Lage waren, Protektivfaktoren aufzubauen. Es bestehen keine lebensabschnittsüberdauernden Schutzfaktoren. Die aktuelle Lebenssituation ist zwar durch eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren gekennzeichnet (welche als Ergebnis der durchlaufenen stationären Psychotherapie angesehen werden müssen), jedoch dominieren hier interne Faktoren, sodass im Krisenfall interne Regulationsmechanismen für einen ausreichenden Schutz sorgen müssen.

In Kapitel 5.2.2 sind in einer synoptischen Darstellung die in der Literatur auffindbaren Protektivfaktoren aufgelistet worden. Zusätzlich konnten im Datenmaterial weitere Protektivfaktoren identifiziert werden, welche hier in tabellarischer Form dargestellt werden.

Tab. 38: Im Rahmen der Studie »Rückfallfreie Sexualstraftäter« erhobene Protektivfaktoren

Nr.	Faktor
1	Kritische Selbstreflexion als Ergebnis abgeschlossener Therapie
2	Gefühl von menschlicher Anerkennung durch Therapeuten
3	Verantwortungsgefühl
4	Fähigkeit, eigene Ressourcen zu erkennen und zu benennen
5	Auflösung eines Konfliktes zu nahem Angehörigen
6	Erleben einer hierarchiefreien therapeutischen Kommunikation
7	Eher förderliche, »gute« Kindheit
8	Hohe Bedeutung einer spirituellen Orientierung für die eigene Lebensführung i. S. günstiger moralischer Grundorientierung
9	Mehrere Berufsabschlüsse
10	Verbalisationsfähigkeit
11	Introspektionsfähigkeit
12	Durchgehend vorhandene und verfügbare Ressourcen in unterschiedlichen Lebensabschnitten
13	Abgeschlossene tiefgreifende Auseinandersetzung mit der Tat
14	Soziale Flexibilität und Anpassungsfähigkeit
15	Soziale Integration durch Übernahme sozialer Funktionen
16	Funktionierendes soziales Sicherungssystem

DOI: 10.1486/9783884144152

17 Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV
18 Positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im MRV + »trotz Leugnung der Tat«
19 Gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase (Versorgungskontinuität, Kontrollaspekt)
20 Verfügbarkeit externer, institutioneller Kontrollinstanzen + deren Akzeptanz + deren flexible Ausgestaltung (bedarfsorientiert)
21 Geregelte, sichere Tagesstruktur
22 Akzeptanz ungünstiger (Früh-)Sozialisation und Bewertung als »schöne Zeit«, ohne negative Aspekte zu negieren
23 Positive Bildungserfahrungen
24 Erleben der Unterbringung als Chance für eine Auseinandersetzung mit sich selbst
25 Erleben des Redens in der Therapie als »befreiende Katharsis«
26 Ambulante Weiterführung einer stationären forensischen Behandlung
27 Integration in Selbsthilfegruppe
28 Geplante Fortführung der Psychotherapie über das Bewährungsende hinaus
29 Akzeptanz des MRV als adäquate Behandlungsform
30 Offene Selbstdarstellung
31 Adaption relevanter Therapieergebnisse in echte Lebenszusammenhänge
32 Gefühl sozialer Teilhabe/Normalität
33 Reflexion aktueller Beziehung/Partnerschaft in Therapie
34 Angemessene Zukunftsplanung/Erwartung
35 Bewältigung der sozialen Rolle »Sexualstraftäter«
36 Nachholen von Bildungsabschlüssen
37 Überwindung dissozialer Symptomatik
38 Vielseitige Interessen und Engagement
39 Absprachefähigkeit
40 Balance externer und interner Protektivfaktoren
41 Kognitive Fähigkeiten: Merkfähigkeit
42 Erkennen komplexer sozialer Zusammenhänge
43 Externe Kontrolle und Strukturvorgaben im Alltag
44 Funktionierende, sichernde Krisenintervention durch Externe
45 Soziales Integrationsbedürfnis
46 Selbstgenügsamkeit: Fähigkeit zum Erkennen und Einhalten eigener Grenzen
47 Guter sozialer Status durch Tätigkeit (Beruf)
48 Fortbestehen externer sozialer Kontakte während der Unterbringung
49 Selbstanzeige der Anlasstat
50 Günstiges Lebensprinzip (»große Fehler darf man nicht zweimal machen. Anlasstat war ein großer Fehler«)
51 Wahrnehmung einer »biografischen Privilegiertheit«
52 Reduzierte sexuelle Impulse
53 Besonders positive Bewertung der Unterbringung im MRV

DOI: 10.1486/9783884144152

11 Bedeutung der salutogenetischen Faktoren für die Behandlung von Sexualstraftätern

Wie in Kapitel 1 ausgeführt, war die Prognose- und Therapieforschung im Bereich Sexualstraftäterbehandlung durch eine starke Risikoorientierung dominiert. Dadurch kam es zur (meist) alleinigen Fokussierung auf Risikofaktoren, die Therapiemaßnahmen in der Sexualstraftäterbehandlung verstanden (und verstehen) sich als Risikomanagementmaßnahmen. Die Folge aus dieser Ausrichtung ist bis heute ein weitgehendes Fehlen ressourcenorientierter Behandlungsansätze in der forensischen Psychiatrie. Die Kenntnis der Struktur und Beschaffenheit protektiver Faktoren bei rückfallfreien Sexualstraftätern ermöglicht eine Neuorientierung in der therapeutischen Arbeit. Dabei geht es nicht um eine Abkehr von den risikozentrierten Behandlungsansätzen (diese haben ohne Frage ihren Sinn und ihre Berechtigung, sind wesentlicher Bestandteil von Tätertherapien), sondern um eine Ergänzung und Vervollkommnung der therapeutischen Angebote. Grundsätzlich ermöglicht die genaue Kenntnis protektiver Faktoren eine ressourcenorientierte Therapie von Sexualstraftätern. Dafür steht das »Empowerment« (Stark 1996, Fiedler 1981) zur Verfügung. Empowerment zielt darauf ab, Patienten dahingehend zu unterstützen, zu Therapeuten ihrer selbst zu werden, indem sie, unterstützt durch Informationen und ausgestattet mit Kompetenzen, aktiv von sich aus Veränderungen vornehmen können. Derartige »unterstützende« therapeutische Interventionen werden in ihrer Wirkung günstiger als stark »konfrontative« Verfahren bewertet (etwa die Studie zum Wirkungsvergleich von »konfrontierenden« vs. »positiv unterstützenden« Interventionen bei Sexualstraftätern von Marshall et al. 1999). Einzelne Autoren diskutieren eine fehlende Ressourcenorientierung als Grundlage für vorzeitigen Therapieabbruch (Fiedler 2004). Persönlichkeitsgestörte Patienten brechen häufiger als andere eine Behandlung vorzeitig ab, weil die Therapeuten auf Patientenseite Phänomene wie fehlende Therapiemotivation und Abwehr wahrnehmen, die Patienten wiederum Zweifel an der Fachkompetenz ihrer Therapeuten entwickeln (ebd., 8). Die hier genannten Aspekte können auch darauf zurückgeführt werden, dass in den Therapien zu sehr auf »Unzulänglichkeiten« fokussiert wurde und die (motivierende) Benennung von Ressourcen vernachlässigt wurde (ebd.). Fiedler (ebd.) empfiehlt den weitgehenden Verzicht auf Konfrontation der Patienten mit ungünstigen Persönlichkeitsstilen. Dies scheint im Maßregelvollzug kontraindiziert, immerhin geht es hier um Risikoverminderung und Rückfallvermeidung. Eine Integration beider Therapieansätze (Konfrontation + Ressourcenorientie-

DOI: 10.1486/9783884144152

rung) im Sinn einer integrierten Therapie könnte eine angemessene Synthese für diesen besonders schwierigen Bereich »forensische Psychiatrie« darstellen.

Gleiches gilt für den Bereich Prognoseverfahren. Die im Maßregelvollzug gängigen Prognoseinstrumente sind bis auf wenige Ausnahmen auf Risikofaktoren zentriert. Hier böte die Integration von »Protektiv-Checklists« in diese Instrumente eine sinnvolle Ergänzung der Prognosearbeit, wodurch sich letztlich die Sicherheit dieser Aussagen erhöhen lässt und damit den betroffenen Patienten, als auch den Anforderungen der Gesellschaft nach mehr Sicherheit in der Behandlung psychisch kranker, gefährlicher Straftäter gerecht wird. Mit der Einführung einer Ressourcenorientierung in Behandlung und Prognostik ist von einem erhöhten Forschungsbedarf auszugehen, beispielsweise um die weiterhin ungeklärte Frage nach dem Zusammen- (besser: Gegeneinander-)wirken von Risiko- und Schutzfaktoren besser beantworten zu können.

Einschränkend ist an dieser Stelle festzustellen, dass die Fokussierung auf protektive Faktoren nicht dazu führen darf, bestehende Risikofaktoren zu vernachlässigen. In der vorliegenden Arbeit wurden diese Aspekte, die sicher auch auf alle zwölf Interviewpartner zutreffen, bewusst ausgeklammert. In der Praxis wird es um eine sinnvolle Integration von Protektiv- und Risikofaktoren gehen.

11.1 Therapie- und Behandlungsplanung im Rahmen des MRV

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit ermöglichen eine konsequentere Einbeziehung ressourcenorientierter Ansätze in die Behandlung von Sexualstraftätern. Derartige Konzepte wurden bislang für einzelne Zielgruppen entwickelt. Lazarus und Bosshard (2005) formulieren unter dem Titel »Bildung als Chance« eine ressourcenorientierte Biografiearbeit mit chronisch psychisch kranken und drogenabhängigen Menschen. Dabei steht die Hinwendung zu Bildungsressourcen, welche als geglückte Lernprozesse aufgefasst werden, deren Erinnerung und Reaktivierung im Mittelpunkt der Arbeit mit dieser Personengruppe. Wie in Kapitel 9 gezeigt wurde, liegt der Schwerpunkt positiver Bildungsphasen bei der Gruppe der Sexualstraftäter nicht in der Kindheit und Adoleszenz, sondern beginnt oftmals erst mit dem Erwachsenenalter. Oft stellt die widersprüchliche Welt des Maßregelvollzugs, mit ihrem Spannungsverhältnis von Zwang und Hilfe eine erste kontinuierliche positive, förderliche Phase im Erwachsenenalter dar. Neben die Bearbeitung von persönlichen Risikofaktoren und negativen/gefährlichen Persönlichkeitsanteilen muss in forensischen Therapien eine stärkere Bildung und Förderung von gesundheitsfördernden Behandlungsansätzen erfolgen. Viehhauser (2000) entwickelte und evaluierte ein gesundheitspsychologisches Trainingsprogramm, bei dem es in erster Linie um einen »direkten, symptomunspezfischen Aufbau euthymer Ressourcen, um die Verbesserung somatopsychischer

DOI: 10.1486/9783884144152

Regulationskompetenzen und um die Entwicklung einer gesundheitsbewussten psychosozialen Fürsorglichkeit und Selbstmanagementkompetenz« (ebd., 339) geht. Das Konzept fokussiert auf die Aspekte »Entspannung«, »Genusstraining«, »Psychosomatische Ressourcen«, »Kognitive Ressourcen« und »Soziale Ressourcen« (ebd., 428) und scheint in weiten Teilen, als Ergänzung zur klassischen Sexualtherapie, direkt auf die Arbeit mit Sexualstraftätern übertragbar.

Mit einer solchen Ressourcenorientierung lässt sich auch auf einer viel zentraleren Ebene der Grundwiderspruch des Zwangssystems Maßregelvollzug (»Hilfe und Kontrolle« – »Besserung und Sicherung«) überwinden. Durch die konsequente Benennung der internen Ressourcen der Patienten gelingt eher eine Integration schwieriger Tätergruppen in die therapeutische Arbeit. Psychisch kranke Straftäter sehen sich einer Reihe kränkender und abwertender Erfahrungen ausgesetzt, bis sie in einer forensischen Klinik eine Therapie antreten können. Dazu zählt das Gerichtsverfahren mit seiner schonungslosen Offenlegung der Tatsachen und Hintergründe (welche von den Tätern zu diesem Zeitpunkt i. d. R. meist nicht verkraftet werden können), die Begutachtung (welche oft als »psychische Fleischbeschau« und »Abwiegen der Deformationen« erlebt wird), als auch die mediale Berichterstattung, welche v. a. im Bereich der Sexualdelinquenz eine sachliche Orientierung und Ausgewogenheit – weiter – vermissen lässt. Die Benennung von Ressourcen, von »guten Eigenschaften« im Täter mag hier als »schwache Waffe« im Bemühen um Therapiewilligkeit und Motivation wirken. Gelingt es aber, die Benennung von Ressourcen als ernst gemeinten Hilfezugang zu formulieren, ist dadurch ein Freiraum geschaffen der – zunächst – die wiederholte Benennung von Risiken und negativen Anteilen verhindert und damit Entwicklungschancen eröffnet. Die Benennung »guter Anteile« bei einer so schwierigen Patientengruppe stellt allerdings auch eine Herausforderung für die Angehörigen der therapeutischen Berufsgruppen dar und wird eher als »unprofessionelle Überidentifizierung«, also als Phänomen der Gegenübertragung gewertet. Um ressourcenorientierte Behandlung mit Sexualstraftätern sinnvoll anwenden zu können, ist deswegen zunächst eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den tatsächlichen Fakten salutogener Faktoren unumgänglich.

Die Beschäftigung mit protektiven Faktoren während der Phase der stationären Unterbringung hat gezeigt, dass durch die Patienten der Umstand besonders entlastend wahrgenommen wurde, dass externe soziale Kontakte (Angehörige, Freunde) weiter fortbestanden. Die dort erfahrene Zuwendung, die Unterstützung durch materielle, instrumentelle und emotionale Zuwendung (»Soziale Unterstützung durch Versicherung emotionaler Verbundenheit«) bietet oft den »Teppich« für eine spätere Resozialisierung. Die Erfahrung, während der Unterbringung nicht völlig von der sozialen Welt »draußen« abgeschnitten zu sein, kann helfen, die Ängste vor Resozialisierungsphasen und Entlassung zu beheben. Oft bietet sich die Chance, unter den externen Sozialkontakten der Patienten verlässliche

DOI: 10.1486/9783884144152

Kooperationspartner für Vollzugslockerungen und Beurlaubungen zu finden. Um dies fachlich fundiert umsetzen zu können, bedarf es der Integration dieser wichtigen »sozialen Ressourcen« in die stationäre Therapie, etwa im Rahmen von Angehörigenarbeit, oder wenn es um die verlässliche Implementierung von Rückfallvermeidungsplänen im »sozialen Empfangsraum« geht. Machbar erscheint z. B. der Weg, neben professionellen Unterstützern wie Bewährungshilfe oder Mitarbeitern der Nachsorgeeinrichtungen, auch nahen Angehörigen die Rückfallprophylaxepläne zu eröffnen. Die Kenntnis von Risiko- und Schutzfaktoren im privaten Umfeld der Patienten erhöht die Chance, Rückfälle zu vermeiden.

Für die gesamte Behandlungsplanung bedeutet die Relevanz externer sozialer Kontakte, dass diese von Beginn der Unterbringung zu unterstützen sind, etwa durch geeignete Regelungen bei Besuchszeiten.

Ein wesentlicher Baustein moderner Sexualstraftätertherapien sind Rückfallprophylaxepläne, welche die Besonderheiten der Deliktentwicklung (»Deliktkette«), des Tatablaufs und möglicher auslösender Risikofaktoren beinhalten. Die Integration vorhandener Protektivfaktoren in diese Prophylaxepläne ist hier nur logisch: Dort wo Risiken benannt werden, darf die Arbeit mit Ressourcen nicht fehlen. Rückfallschutz heißt nicht nur Risikomeidung, sondern eben auch Ressourcenförderung. Dieser Aspekt ist sicherlich nicht neu, findet z. B. in der Suchtkrankenbehandlung seit langem Anwendung (vgl. Olm 2004), bedarf aber noch der konsequenten (datenbasierten) Anwendung in forensischen Therapien.

Für die in der forensischen Psychiatrie ständige Notwendigkeit, Prognoseaussagen zu treffen, bedeutet die Integration protektiver Faktoren einen Zuwachs an Differenziertheit und Sicherheit. Dort, wo nicht nur Risiken benannt, sondern auch mögliche Schutzfaktoren berücksichtigt werden, kann die Treffgenauigkeit solcher Aussagen enorm gewinnen (vgl. Nedopil 2001). Urbaniok (2004) hat mit FORTRES ein »Forensisches operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaltuations-System entwickelt, dass zumindest den Anspruch erhebt, »auch« ressourcenorientiert zu sein (vgl. Exkurs: Prognose). »FORTRES« fokussiert stark auf die bekannten Faktoren des Deliktrisikos: Delinquenznahe Persönlichkeitsdisopositon, spezifische Problembereiche mit Tatrelevanz (etwa Suchtproblematik), die Bedeutung der Tatmuster, den Therapieverlauf, aber auch Ressourcen. Urbaniok nennt als mögliche Ressourcen bestimmte Qualitäten des Aussageverhaltens der Täter im Rahmen von Strafverfahren (z. B. das Benennen von zusätzlichen, bisher nicht verhandelten Delikten im Rahmen von Geständnissen), den Aspekt Verantwortungsübernahme (der in der vorliegenden Studie ebenfalls berücksichtigt wurde) und Distanzierung von der Tat, den »Offenheitsfokus« eines Täters (in der vorliegenden Studie beschrieben als »offene Selbstdarstellung«, die »Motivation zur Veränderung (i. d. Studie als »Therapiemotivation« berücksichtigt), »Ressourcen für Veränderbarkeit« (in der vorliegenden Studie differenziert dargestellt als »kognitive Fähigkeiten«, »emotionale und soziale Intelligenz« etc.), »Krankheits- und

DOI: 10.1486/9783884144152

Störungseinsicht« (dito) und »Opfeempathie« (dito). Als »aktive ›veränderungsfördernde Faktoren‹« werden weiter »Auseinandersetzungsfähigkeit«, verschiedene Selbstkontrollfähigkeiten und die »Beziehungsfähigkeit« berücksichtigt (alle drei Faktoren werden auch in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt). Speziell für die Prognostik in Therapiesituationen bezieht Urbaniok (ebd., 394) frühere Therapien eines Täters als mögliche Ressourcen in die Einschätzung mit ein (dieser Aspekt erschien als Ressource nur in einem Fall, die Therapieerfahrungen der anderen Probanden waren deutlich negativ besetzt, positive Inhalte ließen sich im Interview nicht erheben). Aus welchen Gründen sich das Autorenteam um Urbaniok auf speziell diese, einzelnen Protektivfaktoren/Ressourcen beschränkt hat, wird aus dem umfangreichen Werk nicht ersichtlich. Als konkretes Projekt bietet sich hier die Integration weiterer interner und vor allem der externen Schutzfaktoren (die in »FOTRES« vollständig fehlen) an. Neben der inhaltlichen Integration müsste dann allerdings die Operationalisierung der Schutzfaktoren erfolgen, also deren qualitative Einschätzung und Verknüpfung mit einem »Wirkfaktor« (Ausprägungsgrade in »FOTRES« sind als »sehr stark«, »deutlich«, »moderat« und »gering« gestuft). Vor einer derartigen Operationalisierung müsste allerdings geklärt werden, wie sich die einzelnen Protektivfaktoren untereinander in ihrer »Grundwirkung« unterscheiden (vgl. Kapitel 11.2). Insgesamt bietet »FOTRES« die konkreteste Chance in der forensischen Psychiatrie, an einer konsequenten Umsetzung der Integration protektiver Faktoren in Therapieverlaufseinschätzungen und Prognoseaussagen zu arbeiten.

Die Integration protektiver Faktoren in andere Prognoseinstrumente (vgl. Exkurs: Prognoseverfahren) erscheint dagegen problematischer: Diese Instrumente sind alleine auf Risikofaktoren fokussiert. Die Beschreibung der Rückfallwahrscheinlichkeit baut alleine auf dem individuell festgestelltem (»gemessenen«) Risiko-»ensemble« auf. Das Vorhaben, in diese Instrumente mögliche Ressourcen zu integrieren, würde bedeuten, diese Instrumente völlig neu strukturieren zu müssen. Bei einzelnen Instrumenten (etwa: PCL-Checklist) erscheint dieses Vorhaben völlig unmachbar zu sein: Das Risiko erneuter Straffälligkeit wird hier bewusst mit dem Ausprägungsgrad einzelner riskanter Persönlichkeitsvariablen verknüpft. Die einzige Möglichkeit, hier »Ressourcen« zu konstruieren, liegt darin, das Nicht-Vorhandensein von Risiken als »Schutzfaktor« zu verstehen. Mit Antonovsky gesprochen, ist einer solchen Vorgehensweise jedoch kritisch gegenüberzustehen: Gesundheit ist eben nicht (nur) die Abwesenheit von Krankheit, oder (im hier behandelten Zusammenhang): Protektion ist nicht die Abwesenheit von Risiko. Integrierende Prognoseinstrumente müssten von einem »Risiko-Protektions-Kontinuum« ausgehen, einer Skala, auf der dynamisch das aktuelle Verhältnis von Risiken und Schutzfaktoren angesiedelt und abgebildet ist.

Eine direkte Umsetzungsmöglichkeit der hier vorliegenden Forschungsergebnisse ergibt sich für die mittlerweile entwickelten Präventionsprojekte im Bereich der

DOI: 10.1486/9783884144152

forensischen Psychiatrie. Lempert (2005) beschreibt die positiven Erfahrungen des EU-Projekts »Täterhotline«. Damit ist ein niedrigschwelliges Telefon-Beratungsangebot gemeint, an das sich Täter in Risikosituationen wenden können, um Möglichkeiten zur Delinquenzvermeidung zu erarbeiten. Die vorliegenden Beratungsergebnisse machen Mut: Knapp die Hälfte der Täter, die sich an die Telefonberatung gewandt hatten, ließen sich in eine andere Beratungseinrichtung vermitteln, wodurch sich letztendlich neue (Gewalt-)Straftaten verhindern ließen. Für die Arbeit in solch einem Beratungssetting ist die genaue Kenntnis der Persönlichkeitsdynamik straffälliger und gewalttätiger Menschen wichtig, die Integration von Risiko- und Schutzvariablen in der Täterperson und deren Umwelt. Klare Interventionen der zunächst meist kurzen Beratungsintervalle (Lempert gibt den Durchschnittswert von acht [!] Minuten an, in dem es entweder zur Vermittlung in ein weitergehendes, vertieftes Beratungsangebot kommt, oder eben zum Abbruch) sind hier notwendig, um einen schnellen Zugang zu den Hilfesuchenden zu bekommen und mögliche Veränderungspotenziale zu erfassen.

Das Berliner Projekt »Kein-Täter-werden« (vgl. Kapitel 5.1) setzt bzgl. Prävention noch eine Stufe früher an und versucht Männer zu erreichen, die noch nicht straffällig in Erscheinung getreten sind. Auch hier erscheint die Integration möglicher Schutzfaktoren zwingend notwendig: Immerhin wenden sich hier Männer an das Beratungs- und Therapieangebot, die aus Sorge darum, straffällig zu werden, selbst den Kontakt aufgenommen haben, Verantwortung übernommen haben. Hier kann davon ausgegangen werden, dass eine breite Basis von Ressourcen zur Verfügung stehen (u. a.: Therapiemotivation, Veränderungswille, Krankheits- und Störungseinsicht, Empathiefähigkeit, emotionale Intelligenz – also all die Faktoren, die einen Menschen bewegen, sich selbst in Therapie zu begeben) und damit eine prinzipiell ressourcenorientierte Arbeit angezeigt erscheint. Die umfassende Kenntnis solcher Schutzfaktoren ist dann eine Grundvoraussetzung gelingender therapeutischer Hilfe.

Für die forensische Nachsorgeplanung ist ein ressourcenorientierter Ansatz die Chance, den Übergang von stationärer Behandlung, die risikoorientiert und auf Sicherheitsfragen fokussiert ausgerichtet ist, zu ambulanter Betreuung zu gestalten. Geht man davon aus, dass mit Abschluss der Unterbringung die relevanten Risikofaktoren bearbeitet wurden und in Form von Rückfallprophylaxeplänen ausgearbeitet wurden, kann die weitere Verselbstständigung der Patienten am ehesten durch Empowerment-Prozesse (Stark 1996) begleitet werden, wobei die gezielte Förderung vorhandener Ressourcen im Vordergrund steht. Dabei geht es um die genaue Kenntnis von Ressourcen, die bekannt sein müssen, »entdeckt« werden müssen wie Stark (ebd., 42) schreibt, um dann Prozesse zu gestalten, welche die Stärken und Fähigkeiten von Menschen für sie selbst und für soziale Zusammenhänge nutzbar machen. Dabei spielt eine große Rolle, auf welche Weise individuelle und soziale Probleme und Fähigkeiten mit gesellschaftlichen

DOI: 10.1486/9783884144152

Bedingungen zusammenhängen, wie diese sich gegenseitig beeinflussen. Die Lebensrealität entlassener Sexualstraftäter aus dem Maßregelvollzug ist durch komplexe soziale Situationen und Zuständigkeiten geprägt, wo verschiedene soziale Akteure, in abgegrenzten Zuständigkeitsbereichen dafür sorgen, dass die Probanden in einer möglichst sicheren, also straffreien Verfassung bleiben. Diese externe Zuständigkeit mag in bestimmten Fällen die tragende Ressource eines Täters sein. Wo dies der Fall ist, wird die Nachsorgeplanung rechtzeitig dafür sorgen müssen, verlässliche Versorgungsstrukturen langfristig zu gestalten, also auch über den Rahmen der gesetzlichen Bewährungsfrist hinaus. Dort, wo sich ein umfassendes Ensemble interner Ressourcen abbildet, muss die Nachsorgeplanung einen anderen Weg gehen: die schrittweise Auflösung institutionalisierter Kontroll- und Hilfsfunktionen mit dem Ziel einer möglichst eigenständigen Daseinsbewältigung und sozialen Teilhabe.

11.2 Weitere Forschungsaspekte

Mit den vorliegenden Ergebnissen dieser Studie ist ein erster differenzierter Blick auf die Qualität und Struktur protektiver Faktoren rückfallfreier Sexualstraftäter möglich geworden. Es konnten spezifische Protektionstypen beschrieben werden und es wurde verdeutlicht, in welchen biografischen Phasen sich bestimmte Schutzfaktoren entwickeln. Das Verhältnis externer und interner Schutzfaktoren wurde nur in Grundzügen deutlich. In welchen Fällen die Präsenz interner Protektivfaktoren ausreicht, um von einer günstigen Prognose ausgehen zu können, bleibt als (Forschungs-)Frage offen. Hierzu wäre weitere Forschung notwendig, etwa unter dem Gesichtspunkt, ob ein dauerhafter Schutz durch interne Schutzfaktoren gegeben ist, oder ob Täter im Langzeitverlauf auf externe Ressourcen (zeitlich begrenzt) zurückgreifen müssen. Eine solche Untersuchung müsste als Längsschnittstudie konzipiert sein, da davon auszugehen ist, dass im Langzeitverlauf unterschiedliche Belastungs- und Gleichgewichtssituationen auftreten, welche durch die üblichen (risikofokussierten) Katamnesestudien nicht erfasst werden.

Unklar bleibt (vorerst) auch, welche Schutzfaktoren einen hohen protektiven Charakter haben, welche einen nur schwachen. In den Interviews fanden sich einige Hinweise, welche Ressourcen als bedeutsam für die eigene Stabilität angesehen werden. Ob es sich dabei um tatsächlich relevante Aspekte handelt, konnte im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht erfasst werden und ist weiterer Forschungsaktivität vorbehalten.

Gleiches gilt für das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren. Hier wäre zu erforschen, wie vorhandene Schutzfaktoren angesprochen und genutzt werden (z. B. in einer konkreten Krisensituation), wie sich die Schutzwirkung konkret entfaltet (als »Gefühl«, als »materieller Umstand«, als »soziale Inter-

DOI: 10.1486/9783884144152

aktion«). In diesem Zusammenhang wäre auch die Frage zu klären, wie sich Protektivfaktoren in Zeiten der Ausgeglichenheit verhalten, ob diese etwa als »Hintergrundeffekt« wirksam sind und so eine gewisse »Grundstabilität« (i. S. von Delinquenzferne) mit begründen.

Im Rahmen von Therapieverlaufs- und -outcomeforschung stellt sich die Frage, ob protektive Faktoren durch therapeutische Prozesse verändert werden können. In der vorliegenden Arbeit finden sich deutliche Hinweise, dass wesentliche internale Schutzfaktoren im Kontext von Therapiefortschritten zu sehen sind (Empathiefähigkeit, Krankheitseinsicht etc.). Relevante Forschungsfragen sind hier die Stabilität solcher Schutzfaktoren, die ja immerhin relativ spät im biografischen Ablauf erworben wurden und von daher z. T. instabil sein können, sowie deren Ausmaß an protektiver Wirkung.

Ein konkretes Forschungsprojekt könnte die Evaluation relevanter Protektivfaktoren in forensischen Prognoseinstrumenten sein. Dafür müsste eine Operationalisierung der einzelnen Faktoren erfolgen, d. h. deren konkrete Benennung bezüglich »Protektionswert« und Unterscheidung einzelner Faktoren. Konkret könnte dies durch Integration der im Rahmen der vorliegenden Arbeit erhobenen Faktoren in das Therapie-Risiko-Evaluations-System »FOTRES« geschehen, um die Qualität dieses Instruments weiter auszubauen. »FOTRES« erhebt diesen Anspruch, möglichst umfangreich kriteriengeleitet zu prognostizieren, explizit:

> »Geht man von der Annahme aus, dass die im FOTRES vorkommenden Merkmale für die legalprognostische Beurteilung relevant sind, dann kann die Konsequenz nicht lauten, sie wegzulassen, wenn die entsprechenden Informationen fehlen. Die Konsequenz kann daher nur sein, die Informationen zu beschaffen, die zur Beurteilung der Merkmale und damit zur sachgerechten Einschätzung der Legalprognose notwendig sind. ... Wenn ein Fall nicht kriteriengeleitet analysiert wird, fällt es dem Beurteiler möglicherweise gar nicht auf, dass ihm bestimmte, relevante Informationen fehlen.« (Urbaniok 2004, 62)

Offensichtlich fehlen in »FOTRES« relevante Aspekte, eben eine umfassende Berücksichtigung vorhandener Protektivfaktoren, welche die Prognose vielleicht nicht komplett verändert, aber doch deutlich differenzieren könnte. Eine Überprüfung dieser These müsste durch Anwendungsforschung unter Berücksichtigung operationalisierter Protektionsitems erfolgen.

Ein anderer Weg zur Überprüfung der Relevanz protektiver Faktoren, wäre die Entwicklung einer »Protektiv-Faktoren-Skala« und deren Validierung, analog zur Anwendungsforschung im Bereich der Risiko-Variablen-Skalen (etwas PCL, oder HCR-20). Ein Forschungsansatz könnte hier eine Ratingskala sein, welche Risiko- und Schutzfaktoren rückfallfreier Täter mit den Werten Rückfälliger vergleicht (dieses Vorgehen wird auch von Bohnsack et al. 2003, 72 vorgeschlagen). Aus den Unterschieden zwischen den beiden Gruppen könnten dann Aussagen zur Relevanz einzelner Schutzfaktoren gewonnen werden.

DOI: 10.1486/9783884144152

12 Zusammenfassung

Mit der vorliegenden Arbeit wird ein Einblick in die Faktoren und Zusammenhänge gegeben, die dazu führen, dass im Maßregelvollzug behandelte Sexualstraftäter rückfallfrei bleiben. Forschungshintergrund ist das Konzept der Salutogenese von Antonovsky (1997), einem Erklärungsansatz für Gesundheit und Gesundungsprozesse, der gezielt und in Abgrenzung zu bio-medizinischen Fragestellungen danach fragt, warum Menschen gesund sind, bzw. trotz ungünstiger Verhältnisse gesund bleiben. Das Konzept »Salutogenese« hat sich in unterschiedlichen Bereichen (Psychotherapie, Gesundheitspsychologie und -förderung, Sozialpsychiatrie) stark verbreitet (vgl. Bengel 1999). Im Mittelpunkt steht dabei das Konzept des Kohärenzgefühls (SOC), das als dispositionelle Bewältigungsressource betrachtet wird, wodurch Menschen widerstandsfähiger gegenüber Stressoren gemacht werden. Erste Forschungsergebnisse zur Evaluation eines normierten Tests zum SOC-Konstrukt (vgl. Schumacher, Gunzelmann & Brähler 2000) weisen auf eine gewisse Verlässlichkeit des SOC-Konstrukts hin. Jedoch liegen bislang keine Werte und Aussagen für spezielle Bevölkerungsgruppen vor, sodass eine Anwendung in subkulturellen Populationen (etwa: psychisch kranke Sexualstraftäter) nicht möglich ist. Problematisch ist auch, dass in den vorliegenden Studien zur Anwendung der SOC-Skala als diagnostisches Instrument zur Messung der Widerstandsfähigkeit, die Relevanz der Subaspekte »Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit« nicht belegen ließ (vgl. Hannöver et al. 2004). Entsprechend bot sich für die vorliegende Studie ein qualitativer Zugang zur Beantwortung der Fragestellung »Rückfallfreie Sexualstraftäter – salutogenetische Faktoren bei ehemals im Maßregelvollzug behandelten Sexualstraftätern am Ende einer positiv verlaufenen Eingliederungsphase« an.

Soziale Therapie bildet den wissenschaftlichen Hintergrund für das Forschungsprojekt. Kennzeichen dieser noch jungen wissenschaftlichen Disziplin ist die parallele Fokussierung auf innerpsychische und soziale Bedingungsgrundlagen und Auswirkungen von individuellen Leidenszuständen. Die Betonung der Gleichzeitigkeit gesellschaftlicher und psychischer Ursachen bestehender Leidenserfahrungen bietet sich für das hier bearbeitete Thema in besonderem Maße an: Protektive Faktoren sind in zwei Hauptgruppen angesiedelt, internen und externen Ressourcen, also in psychischen und sozialen Strukturen verankert.

Bezüglich der Forschungsmethodologie erfolgte die Bezugnahme auf den Ansatz der »Grounded Theory«, einer Methode gegenstandsnaher Theoriebildung (Glaser & Strauss 1998). In der Tradition des symbolischen Interaktionismus

DOI: 10.1486/9783884144152

stehend, fasst diese qualitative Forschungsmethode die soziale Welt in einem Prozess bestehend auf, in dem die darin enthaltenen sozialen Objekte, sich ständig verändern, wobei es zu permanent ablaufenden Interaktionen über deren Bedeutungen kommt. Diese Symbolbedeutungen bilden das gemeinsame Wissen der Akteure um die soziale Realität wodurch ermöglicht wird, intersubjektiv handlungsfähig zu sein. Damit weist sich die »Grounded Theory« als geeignete Forschungsmethode im Kontext sozialer Therapie aus, da der Forschungskontext soziale Prozesse, deren individuelle Wahrnehmung und soziale Interaktion sind. Als Datenerhebungsverfahren wurde das »Narrative Interview« (Schütze 1983), in einer modifizierten Form als strukturiertes, biografisches narratives Interview gewählt.

Die Auswertung des Datenmaterials ergab Hinweise auf eine Vielzahl protektiver Faktoren, welche in allen biografischen Abschnitten der Täter entstanden waren. Die in der Resilienzforschung bekannten Protektivfaktoren (z. B. »dauerhafte, gute Beziehung zu mindestens einer primären Bezugsperson«, »Aufwachsen unter Geschwistern«, »emotionale Intelligenz« etc.) fanden sich auch bei der untersuchten Stichprobe. Darüber hinaus konnten weitere, nur für die Population »rückfallfreie Sexualstraftäter« gültige Faktoren gefunden werden (z. B. »positives Erleben und Bewertung der Unterbringung im Maßregelvollzug«, »gestufter, begleiteter Übergang von stationärer in ambulante Phase«, »Verfügbarkeit externer, institutionalisierter Kontrollinstanzen« etc.). Die im Salutogenese-Konzept enthaltenen Faktoren »Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit« fanden sich bei der untersuchten Tätergruppe ebenfalls, hier in Bezug auf die Akzeptanz und Integration der bestehenden Delinquenz in das Selbstbild der Täter. Weiter konnten vier Protektions-Hauptgruppen identifiziert werden, welche deutliche Unterschiede in Bezug auf Verteilung der Ressourcen in den biografischen Lebensabschnitten und in der Balance zwischen internen und externen Protektivfaktoren aufweisen. Als »reicher Protektionstyp« sind Probanden beschrieben, die im gesamten Lebensverlauf umfangreiche protektive Faktoren erwerben und (lebensabschnittsübergreifend) darüber verfügen konnten, sodass aktuell ein differenziertes Ensemble protektiver Faktoren zur Verfügung steht, wobei die Balance interner und externer Faktoren stabil ist.

Die Kategorie »armer Protektionstyp« fasst Probanden zusammen, welche im biografischen Verlauf nur wenige Schutzfaktoren erworben haben und in deren aktueller Lebenssituation eine Dominanz externer Schutzfaktoren zu beobachten ist. Zwei weiterer Protektionskategorien (»frühgestörter, differenzierter Protektionstyp« und »indifferenter, dissozial geprägter Protektionstyp«) weisen Störungen im Erwerb protektiver Faktoren in unterschiedlichen Lebensphasen auf. Die aktuelle Lebenssituation beider Gruppen ist durch eine deutliche Dominanz interner Schutzfaktoren geprägt.

Vor dem Hintergrund der Forschungsergebnisse konnten Anwendungsbei-

DOI: 10.1486/9783884144152

spiele in der kriminaltherapeutischen Praxis beschrieben werden. Eine hohe Relevanz ergibt sich für die differenzierte Ausgestaltung unterschiedlicher Prognoseinstrumente, wo die Integration protektiver Faktoren, in Ergänzung zu den (dort) dominierenden Risikofaktoren (z. B. Psychopathie-Check-List von Hare 2004) eine verlässlichere Prognosebeurteilung erlauben dürfte, bzw. integrative Prognosemethoden (z. B. »FOTRES« von Urbaniok 2004) weiter ausdifferenziert werden können.

Für die stationäre und ambulante forensische Behandlung erlaubt die Integration protektiver Faktoren eine deutlichere Ressourcenorientierung und -aktivierung, was als erheblicher Beitrag zur Effizienzsteigerung forensischer Psychiatrie und Psychotherapie aufgefasst werden muss.

DOI: 10.1486/9783884144152

Literatur

Altmeyer, M./Thomä, H. (2006). Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt

Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (1976). Kommunikative Sozialforschung. München: Fink

Athen, D./Böcker, F. (1987). Maßregelvollzug in Bayern – Ergebnisse einer Stichtagsanalyse, Forensia Bd. 8, Heft 3, 125–137

Atteslander, P. (1993). Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: de Gruyter

Baier, H. (1967). Die Wirklichkeit der Industriegesellschaft als Krankheitsfaktor. In: Mitscherlich, A. et al. (Hrsg.). (1967), 37–50

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifiying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191–215

Bandura, A. (1986) Social foundations of thought and action. New York: Prentice Hall

Bauhofer, S., Bolle, P.-H., Dittmann, V. (Hrsg.) (2000). »Gemeingefährliche« Straftäter. Chur: Ruegger

Becker, H. S. (1973). Außenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens. Frankfurt: Suhrkamp

Becker, P. (1992). Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 21 (1), 64–75

van Beek, D., Bullens, R. (2004). Manualisierte Gruppentherapie für pädosexuelle Straftäter. Recht & Psychiatrie, 22 Jg., Heft 2, 84–95

van Beek, D., Kröger, U. (2004). Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter in einer forensisch-psychiatrischen Klinik. Recht & Psychiatrie, 22. Jg, Heft 2, 74–84

Beier, K. (1995) Dissexualität im Lebenslängsschnitt. Theoretische und empirische Untersuchungen zu Phänomenologie und Prognose begutachteter Sexualstraftäter. Berlin: Springer

Bender, D./Lösel, F. (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen. In: Margraf, J./Sigrist, J./Neumer, S. (Hrsg.). Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen, 117–145

Benesch, H. (1981). Wörterbuch zur Klinischen Psychologie. Band I und II. München: DTV

Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. (1999). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BZgA

Berner, W. (1997). Therapie bei sexueller Delinquenz unter institutionellen Bedingungen. In: Sigusch, V. (Hrsg.). Sexuelle Störungen und ihre Behandlung, 288–299

Berner, W. (2000). Zur Differenzierung des Behandlungsangebotes bei paraphilen Störungen. In: Egg, R. (2000)

DOI: 10.1486/9783884144152

Berner, W., Bolterauer, J. (1995). 5-Jahres-Verläufe von 46 aus dem therapeutischen Strafvollzug entlassenen Sexualdelinquenten. Recht & Psychiatrie, 13, 114–118

Berner, W., Karlick-Bolten, E. (1986) Verlaufsformen der Sexualkriminalität. 5-Jahres-Katamnesen bei 326 Sexualdelinquenten unter Berücksichtigung von Frühsozialisation, vorausgegangener Delinquenz, psychiatrisch-psychologischer Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Enke

Berner, W., Kleber, R., Lohse, H. (1998). Psychotherapie bei sexueller Delinquenz. In: Strauß, B. (Hrsg.). Psychotherapie der Sexualstörungen, 122–138

Besch, D. (1991). Theoretische und methodische Aspekte der Sozialtherapie mit Bezug auf die Curriculaentwicklung des Diplomstudienganges Sozialtherapie. Schriften zur Sozialen Therapie, Bd. 4/1991

Bildungswerk Irsee (2005). Der schwierige Beginn der Rehabilitation. Beurlaubung forensisch-psychiatrischer Patienten aus der Klinik. Internet-Text: www.bildungswerk-irsee.de/eBook/ForensRe.pdf (letzter Zugriff am 24.02.2006)

Billmann-Mahecha, E. (1996). Wie authentisch sind erzählte Lebensgeschichten? Ein Interpretationsproblem. In: Strobl, R./Böttger, A. (Hrsg.). Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews, 111–129

Blau, G./Kammeier, H. (Hrsg.) (1984). Straftäter in der Psychiatrie. Situation und Tendenzen des Maßregelvollzugs. Stuttgart: Enke

Bloch, E. (2001). Prinzip Hoffnung, 3 Bde. Frankfurt: Suhrkamp

Blocher, D. et al. (2001). Symptome aus dem Spektrum des hyperkinetischen Syndroms bei Sexualdelinquenten. Fortschritte Neurologie und Psychiatrie, 69, 453–459

BMJ (2005). Mehr Flexibilität im Maßregelvollzug. Internet-Text: www.bmj.bund.de

Böker, W., Brenner, H. (Hrsg.) (1986). Schizophrenie als systemische Störung. Die Bedeutung intermediärer Prozesse für Theorie und Therapie. Bern: Huber

Böllinger, L. (1979). Psychoanalyse und die Behandlung von Delinquenten. Heidelberg: C.F.Müller

Böllinger, L. (1994). Forensische Psychiatrie und Öffentlichkeit. WsFPP, 1994/1; 89–104

Boer, D.P. et al. (1997). Manual for the Sexual Violence Riskt – 20. Professional Guidlines for Assessing Risk of Sexual Violence. Burnaby: Mental Health, Law and Policy Institut. (dt.: Müller-Isberner, R. Gonzales, C., Eucker, S. (2000). Die Vorhersage sexueller Gewalttaten mit dem SVR-20. Haina: Institut für Forensische Psychiatrie

Boetticher, A. (2000) Kann die Strafjustiz die erhöhten Anforderungen des »Gesetz zur Bekämpfung von Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten« erfüllen? In: Egg, R. (2000)

Bohnsack, R. (1991). Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung. Opladen: Leske + Budrich

Bohnsack, R. et al. (Hrsg.) (2003). Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch. Opladen: Leske + Budrich

Bopp, J. (1982). Antipsychiatrie. Theorien, Therapien, Politik. Frankfurt: Syndikat

Bowlby, J. (2006). Bindung. München: Ernst Reinhardt

Bruns, G. (1993). Ordnungsmacht Psychiatrie? Psychiatrische Zwangseinweisung als soziale Kontrolle. Opladen: Wesdeutscher Verlag

Brusten, M. (Hrsg.) (1986). Kriminologie im Spannungsfeld von Kriminalpolitik und Kriminalpraxis. Stuttgart: Enke

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1993). Modellverbund »Psychiatrie«:

DOI: 10.1486/9783884144152

Erprobung eines neuen Versorgungskonzeptes durch eine mobile forensische Ambulanz. Baden-Baden: Nomos
Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1995). Reintegration forensisch-psychiatrischer Patienten in eine mit komplementären Versorgungseinrichtungen gut ausgestattete städtische Region. Baden-Baden: Nomos
Bundesrats-Drucksache 666/90 vom 10.09.1990 – Soziotherapie
Bundschuh, C. (2001). Pädosexualität. Entstehungsbedingungen und Erscheinungsformen. Opladen: Leske + Budrich
Charcot, J.-M./Richer, P. (1988). Die Besessenen in der Kunst. Göttingen: Steidl
Charitè (2005). Kein Täter werden (Projektbeschreibung). Internet-Text: www.kein-taeter-werden.de (letzter Zugriff 25.02.2006)
Ciompi, L. (1978). Wie können wir die Schizophrenen besser behandeln? Eine Synthese neuer Krankheits- und Therapiekonzepte. Der Nervenarzt, 49, 1978; 332–351
Ciompi, L. (1982) Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart: Klett-Cotta
Clausen, J. (1990). Eine Chronik? Ein Klettergerüst! Die Geschichte der DGSP. Soziale Psychiatrie, 49/1990; 4
Cohen, A.K. (1961). Kriminelle Jugend. Reinbek: Rowohlt
Cornel, H. et al. (Hrsg.) (2003). Handbuch der Resozialisierung. Baden-Baden: Nomos
Cornu, F. (1973). Case histories of castrated sex offenders from a forensic psychiatric viewpoint. Bibl. Psychiatr, 149, 1–132.
Cowen, E. et al. (1992). Test comparison among stress-affected, stress-resilient an non-classified fourth-through sixth-grade urban children. Journal of community psychologie, 20, 3
Dahle, K.-P. (1998). Therapiemotivation und forensische Psychotherapie. In: Wagner, E., Werdenich, W. Forensische Psychotherapie. Wien: Facultas
Davidson, J.C. (2002). Community Treatment Programmes for Convicted Child Sexual Abusers in England And Wales. In: Eher, R., Pfäfflin, F. (Hrsg.) (2002)
Deegener, G. (1995). Sexueller Missbrauch: Die Täter. Weinheim: Beltz
Deneke, F.-W. (1999). Neurobiologische Aspekte von Strukturbildungs- und Regulationsprozessen – speziell bei Borderline-Patienten und unter besonderer Berücksichtigung sexuell-traumatischer Erfahrungen. Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie, PTT 1999, 3, 119–131
Dessecker, A. (1997). Straftäter und Psychiatrie. Eine empirische Untersuchung zur Praxis der Maßregel nach § 63 StGB im Vergleich mit der Maßregel nach § 64 StGB und sanktionslosen Verfahren. Wiesbaden: KrimZ
Deutscher Bundestag (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Psychiatrie-Enquéte. Drucksache 7/4200. Bonn
Devereux, G. (1998). Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Frankfurt: Suhrkamp
DGSP – Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (2006). Komplementäre Nachsorge für psychisch kranke Straftäter. Internet-Text: www.psychiatrie.de/dgsp/article/Komplementaere_Nachsorge.html (letzter Zugriff am 24.02.2006)
Dilling, H./Mombauer, W./Schmidt, M.H. (2004). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-Diagnostische Leitlinien. Bern: Huber
Dimmek, B. (Hrsg.) (1995). Modellprojekt ambulante Nachsorge für forensisch-psy-

DOI: 10.1486/9783884144152

chiatrische Patienten im Rahmen der Beurlaubung oder Entlassung auf Bewährung: Im Modellverbund »Psychiatrie«. Baden-Baden: Nomos
Dimmek, B., Duncker, H. (1996). Zur Rückfallgefährdung durch Patienten des Maßregelvollzugs. Recht & Psychiatrie, 14, 50–56
Dittmann, V. (1998). Die schweizerische Fachkommission zur Beurteilung »gemeingefährlicher« Straftäter. In: Müller-Isberner, R., Gonzalesz-Cabeza, S. (1998), 173–183
Dittmann, V. (2000). Was kann die Kriminalprognose heute leisten? In: Bauhofer, S., Bolle, P.-H., Dittmann, V. (Hrsg.) (2000), 66–95
Dörner, K., Plog, U. (1996). Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag
Dörr, M. (Hrsg.) (2002). Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren
Dorst, B., Leffers, C. J. (1980). Sozialtherapie – ein neues Handlungsmodell? Anmerkungen zum Begriff Sozialtherapie. Ztschr. f. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, Band 15, 1 + 2 1980, 91–109
Dross, M. (1991). Warum bin ich trotz allem gesund geblieben? Subjektive Theorien von Gesundheit am Beispiel psychisch gesunder Frauen. In: Flick, U. (Hrsg.). Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen, 59–69
DSM-IV: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (1998): übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association/dt. Bearbeitung und Einführung von Henning Sass. Göttingen: Hogrefe
Driebold, R. et al. (1984). Die sozialtherapeutische Anstalt: Modell und Empfehlungen für den Justizvollzug. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
Egg, R. (1998). Zur Rückfälligkeit von Sexualstraftätern. In: Kröber/Dahle (Hrsg.). Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz, 57–70
Egg, R. (Hrsg.) (2000 a). Behandlung von Sexualstraftäter im Justizvollzug. Folgerungen aus den Gesetzesänderungen. Wiesbaden: KrimZ
Egg, R. (2000 b). Rückfall nach Sexualstraftaten. Sexuologie 7 (1), 2000, 12–26
Egg, R. (Hrsg.) (2004). Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug. Wiesbaden: KrimZ
Eher, R., Pfäfflin, F. (Hrsg.) (2002). Sexual Violence and Sexual Abuse: From Understanding to Protection and Prevention. Lengerich: Pabst
Eicke, D. (1979). Vom psychiatrischen Krankenhaus zur sozialtherapeutischen Station. Probleme, Konflikte, Einsichten. Ztschr. f. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, Beiheft 7–1979
Eicke, D. (1985). Sozialtherapie. In: Thomann, W., Egg, R. (1985), 234–239
Elsner, K. (2001). Gruppenbehandlung von Sexualstraftätern im Maßregelvollzug. In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, 1/2001, 153–183
Elz, J. (2004). Exhibitionisten. Täter, Taten, Rückfall. Wiesbaden: KrimZ
Engel, G. (1979). Die Notwendigkeit eines neuen, medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In: Keupp, H. (1979), 63–86
Faltermaier, T. (1994). Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Weinheim: Beltz
Fiedler, P. (1981). Psychotherapieziel Selbstbehandlung. Grundlagen einer kooperativen Psychotherapie. Weinheim: VCH-Verlag

DOI: 10.1486/9783884144152

Fiedler, P. (2004). Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeutenjournal, 1 (2004), 4–12
Fiedler, P. (2004). Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung. Weinheim: Beltz
Finkelhor, D. (1984). Child Sexual Abuse. New Theory and Research. New York: Free Press
Flick, U. et al. (Hrsg.) (1995²). Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Weinheim: Beltz
Foucault, M. (1975). Der Fall Rivière. Materialien zum Verhältnis von Psychiatrie und Strafjustiz. Frankfurt: Suhrkamp
Foucault, M. (1977). Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt: Suhrkamp
Frank, J.D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 25, 350–361
Frankl, V. (1975). The unconscious god. New York: Simon & Schuster. Deutsche Ausgabe: Frankl, V. (1991). Der unbewusste Gott. München: DTV
Franz, M., Lieberz, K., Schepank, H. (2000). Seelische Gesundheit und neurotisches Elend. Der Langzeitverlauf in der Bevölkerung. Berlin: Springer
Franzkowiak, P., Wenzel, E. (1982). Risikoverhalten und Gesundheitsförderung. In: Hygie. Internationales Journal der Gesundheitsförderung, 1, 33–40
Freese, R. (2003). Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter. Entstehung, Entwicklung, aktueller Stand und Zukunft der 63er-Nachsorge in Hessen. Ein Nach-Lese-Buch. Lengerich: Pabst
Freud, S. (1905). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Gesammelte Werke, Bd. V; 27–145. Frankfurt: S. Fischer (1952)
Friendship, C., Mann, R., Beech, A. (2003). The prison-based Sex Offender Treatment-Programme. An Evaluation. In: Findings 205, Forschungsberichte des Communication Development Unit. London
Fromm, E. (1970). Zur Psychologie des Verbrechens und der strafenden Gesellschaft. In: Fromm, E.: Analytische Sozialpsychologie und Gesellschaftstheorie, 115–144. Frankurt: Suhrkamp
Gaertner, A. (Hrsg.) (1982). Sozialtherapie. Konzepte zur Prävention und Behandlung des psychosozialen Elends. Neuwied: Luchterhand
Gebauer, M., Jehle, J.-M., (1993). Die strafrechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Probleme und Perspektiven. Wiesbaden: KrimZ
Geißler-Piltz, B. (2005). Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit. Münster: LitVerlag
Geißler-Piltz, B., Mühlum, A., Pauls, H. (2005). Klinische Sozialarbeit. München: Reinhardt
Geyer, S. (2000). Antonovsky's sense of coherence – ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konzept? In: Wydler/Kolip/Abel (Hrsg.). Salutogenese und Kohärenzgefühl, 71–83
Gildemeister, R. (1989). Institutionalisierung psychosozialer Versorgung. Eine Feldforschung im Grenzbereich von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Deutscher Universitäts Verlag
Gildemeister, R. (1991). Inszenierung von Gemeinschaft – Sozialtherapeutische Arbeit im Spannungsfeld von Individualisierung und sozialer Integration. Schriften zur Sozialen Therapie, Band 4/1991
Gildemeister, R., Robert, G. (1995). Aus soziologischer Sicht. Vortrag für die

DOI: 10.1486/9783884144152

Arbeitstagung »Soziale Therapie aus interdisziplinärer Perspektive, dargestellt am Beispiel multiprofessioneller Zusammenarbeit. Kassel: n. V.
Glaser, B. G., Strauss, A. L. (1998). Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Hans-Huber
Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2002). Klinische Sozialarbeit. Eine Positionsbestimmung. Münster: LIT
Goffman, E. (1973). Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt: Suhrkamp
Goffman, E. (1975). Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt: Suhrkamp
Gottlieb, B. (1983). Social support strategies. Beverly Hills: Sage
Gottschalch, W. (1981). Sozialisationsforschung. Frankfurt: Fischer
Goudsmith, W. (1986). Delinquenz und Gesellschaft. Wege zum Verständnis und zur Therapie von Straftätern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
Graminga, R. (2004). Psychotherapie im Spannungsfeld zwischen Patientenbehandlung und Tätertherapie. Recht & Psychiatrie, 22 Jg. Heft 2, 56–62
Gretenkord, L. (1994). Gewalttaten nach Maßregelvollzug. Zur Rückfälligkeit der aus der Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina von 1977 bis 1985 entlassenen Patienten. In: Steller et al. (Hrsg.). Straftäterbehandlung. Argumente für eine Revitalisierung in Forschung und Praxis. Pfaffenweiler: Centaurus
Groth, A. N. (1978). Patterns of Sexual Assault against Children and Adolescents. In: Burgess et al. (1978). Assault oft Children an Adolescents, 3–24.Toronto: Lexington Books
Groth, A. N. (1979). Men who rape. The psychology of the offender. New York: Plenum Press
Gunkel, S., Kruse, G. (Hrsg.) (2004). Salutogenese, Resilienz und Psychotherapie. Was hält gesund? Was bewirkt Heilung? Hannover: Hannoversche Ärzte-Verlags-Union
Gutièrrez-Lobos, K./Eher, R./Grünhut, Ch./Schmidl-Mohl, B. (1999 a). Die Bedeutung der sozialen Unterstützung bei gewalttätigen Sexualstraftätern. Recht & Psychiatrie (1999), 4, 164–169
Gutièrrez-Lobos, K./Eher, R./Grünhut, Ch./Holzinger, A./Bankier, B. (1999 b). Soziales Netzwerk und soziale Bedürfnisse von Sexualstraftätern. Psychiatrische Praxis 26, 85–88
Haag, F. (1979). Sozialtherapie. In: Hahn, P. (1979), 929–932
Hahn, G. (1996 a). Aspekte der Einstellung ehemals strafgerichtlich untergebrachter psychisch kranker und suchtkranker Straftäter eines Bayer. Bezirkskrankenhauses zu ihrer Unterbringung. Unveröffentlichte Forschungsarbeit aus dem Fachbereich Sozialwesen Gesamthochschule Kassel. Kassel: ./.
Hahn, G. (1996 b). Reintegration Forensisch-Psychiatrischer Patienten. Ein Sozialtherapeutisches Konzept zur Wiedereingliederung von Maßregelvollzugspatienten im Großraum Nürnberg – Fürth – Erlangen. Unveröffentlichte Diplomarbeit aus dem Fachbereich Sozialwesen Gesamthochschule Kassel. Kassel: ./.
Hahn, G. (2003a). Resozialisierung psychisch kranker Straftäter. In: Cornel, H. et al. (2003), 445–460
Hahn, G. (2003 b). Sozialtherapie – Der Grundgedanke klinischer Sozialarbeit. Vortrag beim Fachtag »Sozialtherapie und Psychoedukation in der Klinischen Sozialarbeit« an der Fachhochschule Coburg am 19.12.2003. Internet-Text: www.klinische-sozialarbeit.de/forschungundwissenschaft (letzter Zugriff: 26.02.2006)

DOI: 10.1486/9783884144152

Hahn, G. (2004). Ambulante Gruppentherapie für Sexualstraftäter der Klinik für forensische Psychiatrie Erlangen – Konzept. Erlangen: unveröffentlichtes Manuskript
Hahn, G. (2005 a). Klinische Sozialarbeit in der forensischen Psychiatrie. Die Kunst der Zwangsbehandlung. Psychosozial, 28. Jg. (2005), 101, Heft III, 67–73
Hahn, G. (2005 b). Sozialarbeit im Maßregelvollzug. Auf dem Weg zur forensischen Sozialarbeit? Forensische Psychiatrie und Psychotherapie – Werkstattschriften (Ws-FPP), 12. Jg., 3, 23–47
Hahn, G., Wenske, Th. (2003). Erlanger Gruppentherapie für Sexualstraftäter im Maßregelvollzug. Handbuch für die sozialtherapeutische Gruppenarbeit. Coburg: IPSG
Hahn, P. (1979). Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band IX – Ergebnisse für die Medizin (1). Zürich: Kindler
Hannöver, W. et al. (2004). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Ergänzungen zu den deutschen Normwerten aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. Psychother. Psych. Med. 54, 179–186
Hanson, K., Harris, A. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. Criminal Justice and Behavior, 27, 6–35
Hanson, K., Thornton, D. (1999). Static 99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada
Hare, R.D. (1991). Manual for the Hare Psychopathy-Checklist – Revised. Toronto: Multi Health Systems
Hare, R.D. (2004). Hare Psychopathy Checklist – Revised (2. Auflage). Toronto: Multi Health Systems
Hax-Schoppenhorst, Th., Schmidt-Quernheim, F. (2003). Professionelle forensische Psychiatrie. Das Arbeitsbuch für Pflege- und Sozialberufe. Bern: Hans-Huber
Heigl-Evers, A., Ott, J. (Hrsg.) (1995). Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
Heinz, G., Keweloh, H., Schlichtig, M. (1996). 25 Jahre offene Maßregelbehandlung in Göttingen – Klinische Erfahrungen und Ergebnisse. Recht & Psychiatrie, 14, 38–44
Heinz, W., Jehle, J.-M. (Hrsg.) (2004). Rückfallforschung. Wiesbaden: KrimZ
Henning, J. (1998). Psychoneuroimmunologie. Verhaltens- und Befindenseinflüsse auf das Immunsystem bei Gesundheit und Krankheit. Göttingen: Hogrefe
Hönmann, H., Schepank, H. (1983). Life-Events in der Allgemein-Bevölkerung. Voräufige Ergebnisse aus einer psychosomatisch-epidemiologischen Feldstudie. Zeitschrift für psychosomatische Medizin, 29, 110–126
Holmes, Th., Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. In: Journal psychosom. Research. 11, 213–218
House, J.S. (1981) Work, stress an social support. Reading/MA: Addison Wesley
Hoyer, J. (2001). Psychodiagnostische Kategorisierung von gefährlichen Sexualdelinquenten. In: Hoyer, J./Kunst, H. (Hrsg.). Psychische Störungen bei Sexualdelinquenten, 13–31
Hoyndorf, S./Reinhold, M./Christmann, F. (1995). Behandlung sexueller Störungen. Ätiologie, Diagnostik, Therapie: Sexuelle Dysfunktionen, Missbrauch, Delinquenz. Weinheim: Beltz
Jacobsen, H. (1985). Führungsaufsicht und ihre Klientel. Köln: Heymann
Jacobsen, H. (1987) Bedingt aus § 63 StGB entlassene Probanden. Eine besonders

DOI: 10.1486/9783884144152

schwierige Klientel für Bewährungshilfe und Führungsaufsicht, in: Kammeier/Schumann (1987). Wiedereingliederung psychisch kranker Rechtsbrecher, 59–72
Janet Shwa Clinic (Hrsg.) (1998). Sex offender Treatment Programme. Adapted programme manual. Birmingham: hektographiertes handout
Jork, K., Peseschkian, N. (2003). Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben. Bern: Hans-Huber
Kammeier, H./Schumann, V. (Hrsg.) (1987). Wiedereingliederung psychisch kranker Rechtsbrecher. 1. Lippstädter Fachtagung zur forensischen Psychiatrie 1986. Lippstadt: Tagungsband
Kardorff, von E. (1995). Qualitative Sozialforschung – Versuch einer Standortbestimmung. In: Flick (1995)
Kelle, U., Kluge, S. (1999). Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleichung und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich
Kernberg, O. (1981). Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta
Kernberg, O. (1988). Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt: Suhrkamp
Kernberg, O. (1997). Wut und Hass. Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen. Stuttgart: Klett-Cotta
Knoll, A. (2000). Sozialarbeit in der Psychiatrie. Von der Fürsorge zur Sozialtherapie. Opladen: Leske + Budrich
Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1–11
Kobbé, U. (1999). No cure, but control. Resozialisierungsunwillige und therapieresistente Straftäter als Adressaten des Zwangs heute? In: Nickolai, W./Reindl, R. (1999), 71–90
Kobbé, U. (2005). ... und tschüs! Marginalien gen Ende des Diskurses. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie – Werkstattschriften (WsFPP), 12. Jg., Heft 3, 107–109
Kober, E.-M. (1993). Wer hilft der Bewährungshilfe? Über die Zurückhaltung von Wissenschaft und Psychotherapie. In: Leygraf, N. et al. (1993), 227–232
Krause Jacob, M. (1992). Erfahrungen mit Beratung und Therapie. Veränderungsprozesse aus der Sicht von KlientInnen. Freiburg i. B.: Lambertus
Krebber, W. (1999). Sexualstraftäter im Zerrbild der Öffentlichkeit. Fakten – Hintergründe – Klarstellungen. Hamburg: Konkret Literatur Vlg.
Kröber, H.-L./Dahle, K.-P. (1998). Sexualstraftaten und Gewaltdelinquenz. Verlauf – Behandlung – Opferschutz. Heidelberg: Kriminalistik Verlag
Kröger, U. (1997). No cure, but control. Die Behandlung von Sexualdelinquenten in einer forensisch-psychiatrischen Klinik. Zeitschrift für Sexualforschung 10/1997, 138–146
Kröniger, S. (2004). Sozialtherapie im Strafvollzug 2004: Ergebnisübersicht zur Stichtagserhebung zum 31.3.2004, 65–73. Wiesbaden: KrimZ
Kürzinger, J. (1986). Kar von Eckartshausen (1752–1803) und die Anfänge der Kriminalpsychologie in Deutschland. In: Ders. (Hrsg.). Festschrift für W. Middendorf (177–187). Bielefeld: Gieseking
Langevin, R. et al. (1989). Identifying violence-proneness in sex offenders. In: Annals of Sex Research 1989/1, 48–66
Lamprecht, F., Gunkel, S. (2004). Salutogenese: Psychische Vulnerabilitäs- und pro-

DOI: 10.1486/9783884144152

tektive Faktoren im Kontext von Krankheit und Gesundheit. In: Gunkel & Kruse (2004), 171–198
Lauch, M., Esser, G., Schmidt, M. (1997). Wovor schützen Schutzfaktoren? Anmerkungen zu einem populären Konzept der modernen Gesundheitsforschung. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie, 29 (3), 260–270
Lautmann, R. (2002). Soziologie der Sexualität. Erotischer Körper, intimes Handeln und Sexualkultur. Weinheim: Juventa
Lazarus, H., Bosshard, M. (2005). Bildung als Chance. Ressourcenorientierte Biografiearbeit mit chronisch psychisch kranken und drogenabhängigen Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag
Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research. Past, present and future. Psychosomatic Medicine, 55, 234–247
Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer
Lempert, J. (2005). Täterhotline. In: Saimeh, N. (Hrsg.) (2005), 167–179
Leppert, N. (1999). Von der Schwierigkeit, einen Stoff aus dem Maßregelvollzug im im Fernsehen zu platzieren. In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 1/1999 6. Jg., 17–24
Leygraf, N. (1988). Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Berlin: Springer
Leygraf, N./Heinz, G., (1984). Stationäre psychiatrische Behandlung psychisch kranker Straftäter, in: Blau/Kammeier (1984), 27–43
Leygraf, N./Windgassen, K. (1988). Betreuung oder Überwachung. Was benötigen entlassene Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs? Bewährungshilfe – Fachzeitschrift für Bewährungs-, Gerichts und Straffälligenhilfe. (1988) 3, 341–350
Leygraf, N./Volbert, R./Horstkotte, H./Fried, S. (Hrsg.) (1993). Die Sprache des Verbrechens – Wege zu einer klinischen Kriminologie. Festschrift für Wilfried Rasch. Stuttgart: Kohlhammer
Linehan, M. (1996). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien
Liszt, F. v. (1898). Das Verbrechen als sozialpathologische Erscheinung. In: Ders., Strafrechtliche Aufsätze und Vorträge, 230–250. Berlin: Guttentag
Lombroso, C. (1894). Der Verbrecher in anthropologischer, ärztlicher und juristischer Beziehung (Band 1). Hamburg: Verlagsanstalt und Druckerei AG
Lösel, F. (2000). The efficacy of sexual offender treatment: A brief review of german and international evaluations. In: van Koppen, P.J., Roos, N. (Hrsg.). Rationality, information and progress in law and psychology. In honour of Hans Crombag. 145–170. Maastricht: Metajuridica Publications
Lösel, F. (1999). Behandlung und Rückfälligkeit von Sexualstraftätern. In Höfling/Drewes/Epple-Waigel (Hrsg.). Auftrag Prävention: Offensive gegen sexuellen Kindesmissbrauch. Augsburg: Atwerb-Verlag, 279–304
Lösel, F./Bliesener, T./Köperl, P. (1989). On the concept of Invulnerability evaluation and first results of the Bielefeld Project. In: Children at risk: assessments, longitudinal research and intervention, 186–219. Berlin: De Gruyter
Lösel, F./Kolip, P./Bender, D. (1992). Stress-Resistenz im Multiproblem-Milieu. Sind seelisch widerstandsfähige Jugendliche »Superkids«? Zeitschrift für klinische Psychologie, 11, 48–63

DOI: 10.1486/9783884144152

Loch, U., Schulze, H. (2002). Biografische Fallrekonstruktion im handlungstheoretischen Kontext der Sozialen Arbeit. In: Thole, W. (2002), 559–576

Lutz, R./Herbst, M./Iffland, P./Schneider, J. (1998). Möglichkeiten der Operationalisierung des Kohärenzgefühls von Antonovsky und deren theoretische Implikationen. In: Margraf/Siegrist/Neumer (Hrsg.). Gesundheits- oder Krankheitstheorie? 171–185

Mann, R., Thornton, D. (1998). The evolution of a multi-site sexual offender treatment programme. In: Marshall, W. et al. (1998)

Margraf, J./Siegrist, J./Neumer, S. (Hrsg.) (1998). Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin: Springer

Marshall, W. (1998). Sourcebook of treatment programms for sexual offenders. London: Plenum Press

Marshall, W./Anderson, D./Fernandez, Y. (1999). Cognitive behavioral treatment of sexual offenders. Chickester: Wiley

Matthes, J. et al. (Hrsg.) (1981). Biografie in handlungswissenschaftlicher Perspektive. Nürnberg: Verlag der Nürnberger Forschungsvereinigung

Mauch, G., Mauch, A. (1971). Sozialtherapie und sozialtherapeutische Anstalt. Stuttgart: Enke

Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz

Mead, M. (1981). Jugend und Sexualität in primitiven Gesellschaften. Band 1 – Kindheit und Jugend in Samoa. Band 2 – Kindheit und Jugend in Neuguinea. Band 3 – Geschlecht und Temperament in drei primitiven Gesellschaften. München: DTV

Merton, R.K. (1995). Soziologische Theorie und soziale Struktur. Berlin: de Gruyter

Mika, J. (2004) Sexualstraftäterbehandlung. Kasuistik einer psychodynamischen Einzeltherapie. Recht & Psychiatrie, 22. Jg. Heft 2, 51–56

Mittelalterliches Kriminalmuseum Rothenburg (Hrsg.) (1984). Justiz in alter Zeit. Rothenburg: Museumsverlag

Mitscherlich, A. et al. (Hrsg.) (1967). Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Köln: Kiepenheuer & Witsch

Morgenthaler, F. (1974) Die Stellung der Perversionen in Metapsychologie und Technik. Psyche (28); 1077–1092

Moser, T. (1971). Repressive Kriminalpsychiatrie. Vom Elend einer Wissenschaft. Eine Streitschrift. Frankfurt: Suhrkamp

Mühlum, A. (2002). Klinische Sozialarbeit – Stationen einer Kontroverse. In: Gödecker-Geenen, N., Nau, H. (2002), 18–56

Müller, C.W. (1992). Frühe Fallberichte als Beitrag zur Professionalisierung in der Sozialen Arbeit. »Soziale Therapie« als Versprechen auf Zukunft«. Soziale Arbeit 3/92, 78–93

Müller-Isberner, R. et al. (1993). Ambulante Kriminaltherapie. Bewährungshilfe – Zeitschrift für Bewährungs-, Gerichts- und Straffälligenhilfe (Bewhi) 2/93, 27–43

Müller-Isberner, R., Gonzalez-Cabeza, S. (Hrsg.) (1998). Forensische Psychiatrie – Schuldfähigkeit – Kriminaltherapie – Kriminalprognose. Möchengladbach: Forum-Verlag

Müller-Isberner, R., Gretenkord, L. (2002). Psychiatrische Kriminaltherapie. Lengerich: Pabst

DOI: 10.1486/9783884144152

Narr, W.-D. (1999). Die Faszination von Zwang(smitteln) in der Kriminalpolitik – gesellschaftliche Hintergründe. In: Nickolai, R., Reindl, R. (1999),13–26
Nedopil, N. (2001). Rückfallprognose bei Straftätern. In: psycho 27/2001, Nr. 7, 363–369
Nedopil, N. (2005). Prognosen in der Forensischen Psychiatrie. Ein Handbuch für die Praxis. Lengerich: Pabst
Nedopil, N./Müller-Isberner, R. (1995). Psychiatrischer Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB, Der Nervenarzt (1995) 66, 793–802
Nellessen, L. (1982). Soziale Therapie als Kritik der institutionellen Therapieformen. In: Gaertner (1982)
Nickolai, W., Reindl, R. (Hrsg.) (1999). Renaissance des Zwangs. Konsequenzen für die Straffälligenhilfe. Freiburg: Lambertus
Nowara, S. (2001). Sexualstraftäter und Maßregelvollzug. Eine empirische Untersuchung zu Legalbewährung und kriminellen Karrieren. Wiesbaden: Kriminologie und Praxis – Schriftenreihe der Kriminologischen Zentralstelle e. V. (KrimZ)
Oheler-Klein, S. (1990). Die Schädellehre Franz Joseph Galls in Literatur und Kritik des 19. Jahrhunderts. Zur Rezeptionsgeschichte einer medizinisch-biologisch begründeten Theorie der Physiognomik und Psychologie. Stuttgart: G. Fischer
Ohlmeier, D. (1991). Über Zielsetzung und Anwendung der sozialen Therapie. Schriften zur Sozialen Therapie, Band 4/1991, 62–80
Olm, P. (2004). Soziale Therapie in der Suchtkrankenhilfe. Gegenwärtige Situation – Erfolgreiche Modelle – Perspektiven. Kassel: Kassel University Press
Pauls, H. (2004). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Weinheim und München: Juventa
Pauls, H., Mühlum, A. (2004). Klinische Kompetenzen. Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit. Onlinetext: www.klinische-sozialarbeit/forschungundwissenschaft. (Letzter Zugriff: 20.02.2006)
Peters, U. H. (1990) Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. München: Urban & Schwarzenberg
Pfäfflin, F. (1995). Rückfallprognose bei Sexualdelinquenz. Recht & Psychiatrie, 13/95, 106–113
Pfäfflin, F. (2000). Sexualstraftaten. In: Venzlaff, U., Foerster, K. (2004), 241–266
Pfäfflin, F. (2003). Haft – Klinik – Ambulante Therapie? Zur Behandlung von Sexualtätern. In: Steinböck, T./Berger, H. (Hrsg.). Ist die Psychiatrie der richtige Ort?, 79–100
Piaget, J. (1974). Theorien und Methoden der modernen Erziehung. Frankfurt: Fischer
Pithers, W. D. et al. (1983) Relapse prevention with sexual aggressives: A self-control model of treatment and maintenance of change. In: Greer, J. G./Stuart, I. R. (Hg.). The sexual aggressor: Current perspectives on treatment. New York: Van Nostrand Reinhold
Pörksen, N. (1978). Kommunale Psychiatrie. Reinbek: Rowohlt
Pörksen, N./Scholz, W. (2003). Wer hat den Schwarzen Peter? Zur (Un)-Verbindlichkeit in der Nachsorge forensischer Patienten. Recht & Psychiatrie 21. Jg., (2003), 2, 47–51
Porsch, R. (1991). Zur Konzeption des Aufbaustudiengangs Soziale Therapie. Schriften zur Sozialen Therapie, Band 4/1991, 7–13

DOI: 10.1486/9783884144152

Preus, W./Lietz, K. (2004). Gruppendynamik und individuelle Psychodynamik im Hamburger Modell der Gruppenpsychotherapie für pädosexuelle Männer. Recht & Psychiatrie, 22. Jg. (2004), 2, 67–73
Prystav, G. (1981). Psychologische Coping-Forschung: Konzeptbildungen, Operationalisierungen und Messinstrumente. Diagnostica, Bd. 27/3, 189–214
Quensel, S. (1970). Wie wird man kriminell? Verlaufsformen fehlgeschlagener Interaktion. Kritische Justiz 4, 375–382
Rasch, W. (1982 a). Angst vor der Abartigkeit. Neue Zeitschrift für Strafrecht, 177–189
Rasch, W. (1982 b). Behandlungsvollzug oder Sozialtherapie. In. Gaertner (1982)
Rasch, W. (1986/1999). Forensische Psychiatrie. Stuttgart: Kohlhammer
Rasch, W. (1989). Sozialtherapie im Maßregelvollzug, Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 72/1989, 115–127
Rasch, W. (1994). Grundlagen und Rahmenbedingungen der Behandlung. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, 1/1994, 9–26
Rasch, W./Schmidt, B./Kühl, K.-P. (1974). Diagnostische und therapeutische Differenzierung in der Bewährungshilfe. Bewährungshilfe. Fachzeitschrift für Bewährungs-, Gerichts- und Straffälligenhilfe, 21 (1974), 28–37
Rauchfleisch, U. (1981). Dissozial. Entwicklung, Struktur und Psychodynamik dissozialer Persönlichkeiten. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht
Rauchfleisch, U. (1999). Außenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
Reister, G. (1995). Schutz vor psychogener Erkrankung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
Reister, G./Tress, W./Franz, M. (2000). Protektion und Salutogenese. In: Franz/Lieberz/Schepank (Hrsg.) (2000), 134–139
Reuber, D./Oliva, H./Jaschke, H. (2005). Ergebnisse der externen Evaluation des Projektes »Ambulante Nachsorge« des Westfälischen Zentrums für Forensische Psychiatrie Lippstadt. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie – Werkstattschriften (WsFPP), 12. Jg. (2005), 1, 121–141
Reumschüssel-Wienert, Ch. (2002). Soziotherapie. Recht & Psychiatrie, 20 Jg., Heft 3/2002, 156–161
Richardson, S. A./Goodmann, N./Hastorf, A. H./Dornbusch, S. M. (1967). Kuturelle Übereinstimmung in der Reaktion auf Körperbehinderungen. In: Mitscherlich, A. et al. (Hrsg.). Der Kranke in der modernen Gesellschaft, 234–242
Riemann, G. (1987) Das Fremdwerden der eigenen Biographie. Narrative Interviews mit psychiatrischen Patienten. München: Fink
Roder, V./Brenner, H. D./Kienzle, N./Hodel, B. (1995³). Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (ITP). München: Psychologie Verlags-Union
Rösch, T. (2000). Organisation einer Sexualtätertherapie in einer Regelvollzugsanstalt (Langstrafenvollzug). In: Egg, R. (2000)
Ross, U. H. (2000). Die praktische Umsetzung des Salutogenesekonzeptes bei chronischem Tinitus als systemischer Hörwahrnehmungsstörung. In Wydler et al. (2000), 161–172
Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: Rolf, A. S. et al. (Hrsg.). Risk and protective factors in the development of psychopathology (181–214). New York: Cambrige University Press

DOI: 10.1486/9783884144152

Sachsse, U., Arndt, F.-P. (1994). Die chronische schizophrene Erkrankung und ihre Behandlung als »narzisstische Dauerkatastrophe«. Krankenhauspsychiatrie, Bd. 5, Heft 1 (Sonderdruck)
Saimeh, N. (2005). Was wirkt? Prävention – Behandlung – Rehabilitation. Bonn: Psychiatrie-Verlag
Saß, H. (1987). Psychopathie, Soziopathie, Dissozialität. Zur Differentialtypologie der Persönlichkeitsstörungen. Berlin: Springer
Scheff, T. J. (1973). Das Etikett »Geisteskrankheit«. Soziale Interaktion und psychische Störung. Frankfurt: Fischer
Schepank, H. (1987). Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Berlin: Springer
Schepank, H. (Hrsg.) (1990). Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankung heute. Berlin: Springer
Schepank, H. et al. (1984). Das Mannheimer Kohortenprojekt – Die Prävalenz psychogener Erkrankungen in der Stadt. Zeitschrift für psychosomatische Medizin, 30, 43–61
Schmucker, M. (2004). Kann Therapie Rückfälle verhindern? Metaanalytische Befunde zur Wirksamkeit der Sexualstraftäterbehandlung. Herbolzheim: Centaurus
Schöch, H., Zur Situation des Patienten nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug, in: Gebauer/Jehle (1993), 145–150
Schorsch, E. (1988). Affekttaten und sexuelle Perversionstaten im strukturellen und psychodynamischen Vergleich. Recht – Psychiatrie, Bd. 6, 10–29
Schorsch, E. (1993). Perversion, Liebe, Gewalt. Aufsätze zur Psychopathologie und Sozialpsychologie der Sexualität 1967–1991. Stuttgart: Enke
Schorsch, E. et al. (1996). Perversion als Straftat. Dynamik und Psychotherapie. Stuttgart: Enke
Schott, M. (2004). Unzerstörbare Liebesfähigkeit oder die Macht früher Erfahrungen. Eine psychoanalytisch orientierte Langzeitbehandlung. Recht & Psychiatrie, 22 Jg., Heft 2, 62–66
Schütze, F. (1976). Zur Hervorlockung und Analyse von Erzählungen thematisch relevanter Geschichten im Rahmen soziologischer Feldforschung. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen: Kommunikative Sozialforschung, 159–260
Schütze, F. (1981). Prozessstrukturen des Lebenslaufs. In: Matthes, J. et al. (Hrsg.) (1981), 67–156
Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. In: Neue Praxis, 3, 283–293
Schulte-Closs, C./Baisch, A. (1996). Lebenskraft – Ressourcen im Umgang mit Belastung. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 28, 3, 421–440
Schumacher, J., Gunzelmann, Th., Brähler, E. (2000). Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Diagnostica, 46, Heft 4, 208–213
Schwarzer, R./Leppin, A. (1989). Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Meta-Analyse. Göttingen: Hogrefe
Schwendter, R. (1991). Anmerkungen zu Therapie und Politik. Schriften zur Sozialen Therapie, Band 4/1991
Schwendter, R. (2000). Einführung in die Soziale Therapie. Tübingen: dgvt-Verlag
Seeger-Müller, K. (1989). Reader zur »Sozialen Therapie«. Kassel: n. V.
Seifer, R. et al. (1992). Child and family factors that ameliorate risk between 4 an 13 years of age. Journal of American Academic Child Adolescence Psychiatrie, 31, 893–903

DOI: 10.1486/9783884144152

Seifert, D./Leygraf, N. (1997). Die Entwicklung des psychiatrischen Maßregelvollzugs (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. Vergleich der aktuellen Situation mit der vor Einführung des Maßregelvollzugsgesetzes (MRVG-NW) vor 10 Jahren. Psychiatr. Praxis, 24, 237–244

Siegrist, J. (1995). Medizinische Soziologie. München: Urban & Schwarzenberg

Sigusch, V. (Hrsg.) (1997). Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Stuttgart: Thieme

Simkins, I. et al. (1990). Predicting treatment outcome for child sexual abuser. In: Annals of Sex Research 3 (1), 21–57

Sohn, W. (2004). Will they do it again? Angloamerikanische Untersuchungen zur Rückfälligkeit gewalttätiger Sexualstraftäter. Wiesbaden: KrimZ

Specht, F. (2000). Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug. In: Egg, R. (2000), 19–26

Stark, W. (1996). Empowerment. Neue Handlungskonzepte in der psychosozialen Praxis. Freiburg i. B.: Lambertus

Statistisches Bundesamt (2005). Maßregelvollzugsstatistik 2004/2005. Wiesbaden

Steeg, K. (1990). Die sozialwissenschaftliche Biographieanalyse als Grundlage für die sozialtherapeutische Arbeit mit psychiatrischen Patienten – Eine exemplarische Fallanalyse. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Kassel

Stein-Hilbers, M./Bundschuh, C. (1998). Zur Propagierung und Entkriminalisierung von Pädosexualität. Krim. Journal, 30. Jg., (1998), H. 4, 299–313

Steinböck, H., Berger, H. (Hrsg.) (2003). Ist die Psychiatrie der richtige Ort? Zum Verhältnis von forensischer und sozialer Psychiatrie. Freiburg: Lambertus

Steinböck, H. et al. (2004). Ambulante Betreuung forensischer Patienten – vom Modell zur Institution. Recht & Psychiatrie, 22 Jg., Heft 4, 199–207

Stiels-Glenn, M. (2000). Verleugnung bei Sexualstraftätern. Diagnostik, Interventionen, Wirkungen. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (WsFPP), 7. Jg. (2000), 211–225

Stolpmann, G. (2001). Psychiatrische Maßregelbehandlung. Eine Einführung. Göttingen: Hogrefe

Straus, F., Höfer, R. (2000). Kohärenzgefühl, soziale Ressourcen und Gesundheit. Überlegungen zur Interdependenz von (Widerstands-)Ressourcen. In: Wydler et al. (2000), 115–128

Strauss, A. L. (1998²). Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der Empirischen soziologischen Forschung. München: Fink

Strauß, B. (Hrsg.) (1998). Psychotherapie der Sexualstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – Störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart: Thieme

Streeck-Fischer, A. (2004). Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. Stuttgart: Klett-Cotta

Strittmatter, R./Bengel, J. (1996). Alltagswissen über gesundheitliche Protektivfaktoren – eine qualitative Studie. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 46, 2, 68–75

Strobel, R., Böttger, A. (Hrsg.) (1996). Wahre Geschichten? Zu Theorie und Praxis qualitativer Interviews. Baden-Baden: Nomos

Südmersen, I. (1983). Hilfe, ich ersticke in Texten! – Eine Anleitung zur Aufarbeitung narrativer Interviews. Neue Praxis, 13 (1983), 294–306

Thole, W. (2002). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. Opladen: Leske + Budrich

DOI: 10.1486/9783884144152

Thomann, W., Egg, R. (1985). Psychotherapie – Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer
Tondorf, G. (1984). Möglichkeiten und Schwierigkeiten anwaltlicher Vertretung von Mandanten im Maßregelvollzug. In: Blau/Kammeier (1984), 121–137
Tress, W. (1986). Das Rätsel der seelischen Gesundheit. Traumatische Kindheit und früher Schutz gegen Psychogene Störungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
Truschkat, I., Kaiser, M., Reinartz, V. (2005). Forschen nach Rezept? Anregungen zum praktischen Umgang mit der Grounded Theory in Qualifikationsarbeiten. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research [Online Journal], 6 (2), Art. 22. Verfügbar über: www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-05/05-2-22-d.htm (letzter Zugriff: 27.02.2006)
Urbaniok, F. (1995). Das Langenfelder Modell: Stationäre Behandlung »persönlichkeitsgestörter« Patienten. Krankenhauspsychiatrie 6 (1995), 160–164
Urbaniok, F. (2004). FOTRES. Forensisch operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System. Oberhofen: Zytglogge
Venzlaff, U. (1984). Psychiatrisch-psychologische Begutachtung bei der Unterbringung von Straftätern in einem psychiatrischen Krankenhaus und bei bedingter Entlassung. In: Blau/Kammeier (1984)
Venzlaff, U., Foerster, K. (2004). Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. München: Urban & Fischer
Viehhauser, R. (2000). Förderung salutogener Ressourcen. Entwicklung und Evaluation eines gesundheitspsychologischen Trainingsprogramms. Regensburg: S. Roderer
Volckart, B./Grünebaum, R (2002). Maßregelvollzug. Das Recht des Vollzuges der Unterbringung nach §§ 63, 64 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt. Neuwied: Luchterhand
Wagner, E., Werdenich, W. (Hrsg.) (1998) Forensische Psychotherapie. Psychotherapie im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle. Wien: Facultas
Ward, T./Siegert, R. J. (2002). Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective. In: Psychologie, Crime & Law, 8, 319–351
Weber, F. (1996). Gefährlichkeitsprognose im Maßregelvollzug. Pfaffenweiler: Centaurus
Webster, C.D. et al. (1997). HCR-20. Asessing Risk for Violence. Version 2. Burnaby: Law and Policy Institute. (dt.: Müller-Isberner et al. (1998). Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20. Haina: Institut für forensische Psychiatrie
Weizsäcker, v. V. (1947). Psyche. Stuttgart: Marquart
Wendt, W.R. (1995). Die klinische Sozialarbeit braucht ein Profil. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 142 Jg., 10, 256–257
Wendt, W.R. (1998). Behandeln können. Klinische Kompetenzen in Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Blätter der Wohlfahrtspflege, 147. Jg.; 9 + 10, 173–175
Wendt, W.R. (2002). (2002) Fachsozialarbeit als plurales Konzept. Professionelle Sozialarbeit auf dem Weg in die Spezialisierung. Blätter der Wohlfahrtspflege, Jg. 149, Heft 4, 51–152
Werner, E., Smith, R. (1982), Vulnerable but invincible. A study of resilient chidren. New York: McGraw Hill
Wiederholt, I. (1989). Psychiatrisches Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter in der Justizvollzugsanstalt München. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe (38), 231–237

DOI: 10.1486/9783884144152

Wienberg, G. (1997). Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. In: Wienberg, G./Sibum, B., Psychoedukative Therapie schizophren Erkrankter – Einordnung und Überblick, 196–218. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Will, F. (1993). Die Last der Selbstbestimmung. Widersprüche in Sozialarbeit, Strafjustiz und Psychiatrie. München: Fachhochschulschriften Sandmann

Wittchen, H.-U. et al. (1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. SKID I + II. Göttingen: Hogrefe

Witzel, J. G./Northoff, G./Köhne, R. (2004). Resozialisierung von Maßregelvollzugspatienten – Ergebnisse der Unterbringung im Offenen Maßregelvollzug. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie – Werkstattschriften (WsFPP), 11. Jg. (2004), 3, 39–52

Witzel, J. G./Northoff, G./Diekmann, K./Bogerts, B. (2005). Sexualstraftäter im Maßregelvollzug des Landes Sachsen-Anhalt: statistische Bestandsaufnahme aus den Jahren 1992–2004 und Schlussfolgerungen. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (WsFPP), 12. Jg. (2005), 2., 23–32

World Health Organization (1948). Präambel zur Satzung. Genf: WHO

Wydler, H. (Hrsg.) (2000). Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim und München: Juventa

Zürn, Ch./Möllhoff-Mylius, M. (2004). Zur Entstehungsgeschichte und Konzeption der Berliner Forensisch-Therapeutischen Ambulanz für Sexual- und Gewaltstraftäter. In: Egg, R. (Hrsg.) Ambulante Nachsorge nach Straf- und Maßregelvollzug, 223–230

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt habe und andere als die in der Dissertation angegebenen Hilfsmittel nicht benutzt habe.
Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichen Schriften entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Kein Teil dieser Arbeit ist in einem anderen Promotions- oder Habilitationsverfahren verwendet worden.

Fürth, 15.04.2006
Gernot Hahn

DOI: 10.1486/9783884144152

Der Autor

Gernot Hahn, Jahrgang 1963, studierte bis 1987 zunächst Sozialarbeit/Sozialpädagogik in Nürnberg, 1993 – 1997 schloss sich ein Studium der Sozialtherapie an der Universität Kassel an. Promotion 2007. Arbeitsgebiete: Sozialtherapie von Sexual- und Gewaltstraftätern und Drogendelinquenten, Resozialisierung psychisch kranker Straftäter, ambulante Nachsorge/Therapie psychisch kranker Straftäter. Seit 1997 Lehrtätigkeit an der Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule Nürnberg, seit 2001an der FH-Coburg/Alice-Salomon-FH Berlin (Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit). 2. Vorsitzender des Kuratoriums der »Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit – ZKS (Coburg/Berlin)«.

DOI: 10.1486/9783884144152