

Zeitschrift: Publikationen der Arbeitsgruppe für Kriminologie
Herausgeber: Schweizerisches Nationalkomitee für geistige Gesundheit ;
Arbeitsgruppe für Kriminologie
Band: - (1981)

Artikel: Risiken der Stigmatisierung durch konventionelle
Behandlungsmethoden im Strafvollzug
Autor: Schuh, Jörg
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1050963>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 12.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Risiken der Stigmatisierung durch konventionelle Behandlungsmethoden im Strafvollzug

Jörg Schuh

Dr. phil., Dr. jur., Mitarbeiter an der Strafanstalt Bellechasse;
Lehrbeauftragter an den Universitäten von Lausanne
und Freiburg i. Ue. 102, rue Zaehringen, 1700 Fribourg.

I. Die stigmatisierende Zuweisung zur Behandlung

Nach dem: "Sei still und arbeite" der früheren Anstalten ist der Ruf nach mehr Behandlung und mehr Therapeuten unüberhörbar geworden. Und nun kommen die ersten und sagen: "Behandlung, ja, aber . . ."

Die Gestaltung der Vollzugsanstalt als so weit wie möglich erreichbares Spiegelbild der bürgerlichen Gesellschaft, die Verrichtung der Arbeitsleistung als normale, der Eigenart einer natürlichen Strukturierung Erwachsenen-Daseins entsprechende Tätigkeit und die soziale Ausgestaltung der Mit- und Umweltbezüge in einem geschlossenen Milieu sind die Grundpfeiler der Verbüssung einer Freiheitsstrafe. Der Gefangene, sofern er nicht vom Gericht oder von den Experten als behandlungs- oder massnahmebedürftig erkannt worden ist und damit einer Sonderregelung unterliegt, sollte sich in diesem Strafvollzugsrahmen zurechtfinden können.

Dies ist nun nicht immer der Fall. Zu denken ist an den "Entscheidungsnotstand des Richters", der sich nicht immer in klarer Weise darüber aussprechen kann, ob der zu Verurteilende in ein freiheitsentziehendes oder in ein therapeutisches Milieu zu verbringen sei. So sind die "Typen", die sich aufgrund einer richterlichen Entscheidung entweder im Vollzugsmilieu einer Haftanstalt oder in einer therapeutischen Institution befinden, niemals "reine Typen", was für die betreffende Anstalt besondere Probleme ergibt.

Die Anstalt weiss um diese Problematik. Sie versucht deshalb in der Regel, den Rahmen ihrer Interventionsmöglichkeiten

den Erfordernissen dieser besonderen Konstellationen anzupassen. Durch die Schaffung "besonderer" Dienste soll die normale Begegnung mit dem Strafgefangenen auch auf denjenigen ausgedehnt werden, der nicht ohne weiteres unter den Begriff des "unproblematischen Strafvollzugs" einzuordnen ist. Zu denken ist an den erwähnten Grenzfall, dessen Zuweisung in das geeignete Milieu nicht ohne Mühe zu treffen ist. Häufig ist der durch lange Haftverbüßung in seiner Persönlichkeit bereits veränderte Gefangene ohne besondere Stützung nicht mehr haltbar. Sehr gegenwartsbezogen ist weiterhin der Strafvollzug Drogenabhängiger, dessen Schwierigkeit darin besteht, dass medizinische, psychologische und sozialbedingte Annäherungen sich überschneiden und wohl nur noch vom Spezialisten an die Hand genommen werden können.

Gründe für die Nicht-Einordnung in den normalen Strafvollzug sind – losgelöst zum grossen Teil von der Persönlichkeitsstruktur des einzelnen – auch denkbar, wenn man die Einflüsse bewertet, die der konkrete Strafvollzug auf den einzelnen ausüben kann. Nicht umsonst gibt es den Begriff der "Hafterstehungsfähigkeit". Es ist tatsächlich davon auszugehen, dass in einem Menschen Konstellationen zu finden sind, die sich mit den Bedingungen einer Haft nicht vereinbaren lassen. Die sogenannte Haftpsychose – der "Haftkoller" –, die auch bei bisher psychisch durchaus unauffälligen Gefangenen beobachtet wird, ist eine reale Erscheinung, die auf diese Unverträglichkeit hinweist.

Zuweilen werden besondere Dienstleistungen aber auch unabhängig von der Persönlichkeitsstruktur und dem unmittelbaren Einfluss der Haftanstalt gefordert, dann nämlich, wenn der Richter – meist gestützt auf Expertenaussagen – im Urteil verfügt, der Verurteilte habe sich einer besonderen Behandlung zu unterziehen (Art. 43 StGB z.B.).

Diese Dienste sind im Rahmen der Vollzugsanstalt im weit umschriebenen Begriff des "medizinischen Dienstes" zusammengefasst. Dieser medizinische Dienst umfasst den ärztlichen, zahnärztlichen, psychiatrischen und psychologischen Mitarbeiter. Hin und wieder gehört ihm auch ein Sozialarbeiter an, wenn

er nicht in einem direkten Dienstverhältnis zur Institution steht. Die Eigenart dieses medizinischen Dienstes besteht darin, dass er in der Regel von der Direktion unabhängig arbeitet und so strukturiert ist, dass die Mitarbeiter nur einen Teil ihrer beruflichen Tätigkeit dem Gefängnis zur Verfügung stehen. Dies hat Vor- und Nachteile. Die Mitarbeiter sind zu wenig integriert in das Vollzugsleben und haben deshalb Mühe, die Problematik der Gefangenen, aber auch die der Anstalt, in ihrer ganzen Tragweite zu erfassen. Auf der anderen Seite kann das harmonische Verhältnis zum Personal durch dieses nur sporadische Erscheinen nicht voll ausgebaut werden und so kommt es dazu, dass die Betreuer und Behandler als die "Besserwisser von der Universität" bezeichnet werden. Der Vorteil besteht aber wohl darin, dass bei dieser Strukturierung des medizinischen Dienstes in der Regel ein grösseres Vertrauensverhältnis zwischen Gefangenen und Behandlern zustande kommt. Der Gefangene identifiziert den Mitarbeiter dieses Dienstes nicht unbedingt mit der Direktion und ist so zu einer Mitarbeit eher bereit. Dies betrifft vor allem Psychiater und Psychologen, weniger den Allgemeinpraktiker, der im Vollzugsrahmen eine eher neutrale und anerkannte Position einnimmt.

Therapeuten erhalten ihr Mandat in der Regel auf dreifachem Wege. Zum einen kann der Richter (Art. 43 StGB) verfügen, dass der Verurteilte sich einer geeigneten Behandlung zu unterziehen habe. Eine weitere Zuweisungsquelle stellt die Entscheidung der Direktion dar, den Gefangenen einem psychiatrisch-psychologisch ausgebildeten Fachmann vorzustellen. Die Ursachen hierfür sind vielfältiger Natur. Dem Gefangenen wird oft ein psychisches Problem unterstellt, wenn er Integrationsschwierigkeiten oder Renitenz an den Tag legt und es wird im Fachjargon dann von einer sogenannten "negativen Auslese" gesprochen. Die Neigung, solche Art von Anstaltsproblematik als Krankheitssymptom zu bezeichnen, ist eine erste Quelle für Stigmatisierung. Die Direktion entscheidet auch dann gern auf eine Vorstellung, wenn Ausbruchsversuche und die Andeutung eines möglichen Selbstmordversuches eine Teilung der Verantwortung als geraten erscheinen lassen. Und schliesslich gibt es Deliktsformen, die eine

solche therapeutische Hilfestellung geradezu herausfordern. Hierzu gehören in der Regel Brandstiftung (der Greuel eines jeden agronomischen Direktors!) und Sittlichkeitsdelikte.

Selbstverständlich hat auch der Verurteilte das Recht (aber nicht immer die Möglichkeit), psychologische Betreuung anzufordern. Aus welchem Grund er dies tut, ist in der Regel unerheblich. Er kann sich davon versprechen, seinen Haftdruck subjektiv zu erleichtern, er kann sein eigenes Verständnis in das Tatgeschehen erhöhen, Schuld und Strafe integrieren und vieles mehr. Vielleicht ist ihm auch daran gelegen, eine Person zu finden, die über den Rahmen der Vollzugsbedingungen hinaus den Kontakt mit der sozialen Umwelt aufrechterhalten kann. Seine Motivation kann aber auch ganz banaler Natur sein. Der Besuch beim Therapeuten unterbricht die eintönige Arbeit und stellt eine willkommene Zigarettenpause dar. Der Betreuer kann die Natur der Beziehung und die Notwendigkeit oder aber Sinnlosigkeit therapeutischen Interventions zwar werten, darf aber dem Gefangenen seine Bitte um diese Hilfestellung nicht verweigern.

Aber wenn auch der Gefangene diese therapeutische Begegnung wünscht, so ist es durchaus denkbar, dass Therapie nicht stattfindet. Dies kann daran liegen, dass die Anstalt der Auffassung ist, dass wegen seines Verhaltens der Gefangene Behandlung nicht "verdient" habe, weil "Behandlung" irgendwie auch "Belohnung" ist. Es kann aber auch daran liegen, dass die Mitgefangenen Behandlung verhindern. Wir wissen ja, dass der Freiheitsraum des einzelnen Rechtsbrechers dadurch bestimmt wird, welchen Platz der Betreffende in der sozialen Hierarchie der Subkulturen einnimmt. Wir gehen sicher nicht fehl in der Annahme, dass diejenigen, die Behandlung am ehesten nötig haben, sich ganz unten in der Skala befinden. Sie können es sich aber in der Regel nicht erlauben, von sich aus um Behandlung nachzusuchen, weil der subkulturelle Führer dies als einen Misstrauensbeweis empfinden würde. Er selbst hält sich ja immer für den besten Therapeuten. Eine der hauptsächlichsten Stigmatisierungen – in ihrer Bedeutung nur selten erkannt – besteht also darin, dass dem Wunsch nach Behandlung das Verbot durch den subkulturellen Führer

entgegensteht. So kommt es zu der grotesken Situation, dass nur der behandelt wird, der es sich erlauben kann, den Therapeuten aufzusuchen, ohne sein Gesicht zu verlieren. Behandelt wird also der, der in der sozialen Hierarchie einen oberen Platz einnimmt. Mit anderen Worten: im augenblicklichen Strafvollzug "behandeln" wir vor allem die Gesündesten, den wirklich Kranken und Behandlungsbedürftigen begegnen wir nur sehr selten.

Wie sieht diese Hilfeleistung nun aus? Unter dem Einfluss der Haft entstehen Erscheinungsbilder, bei denen bereits vor Strafantritt in den Grundzügen vorhandene Krankheitssymptome verstärkt hervortreten. Ihnen hat der Arzt zu begegnen. In verstärktem Masse trifft man aber auf Beschwerden, bei denen nicht ohne weiteres auszumachen ist, ob seelische oder somatische Konstellationen hierfür ausschlaggebend sind. Wir reihen diese Bilder in die Klasse der psychosomatischen Erkrankungen ein, die eigentlich erst durch die Bedingungen des Strafvollzugs hervorgerufen werden. Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Appetitverlust, Schwindelgefühle – oft als Simulation abgetan – sind bekannte Beispiele. Hier ist die Abgrenzung weniger eindeutig zu treffen, ob der Somatiker oder der psychologisch Ausgebildete zu deren Heilung herbeigezogen werden solle. Im Idealfall beide, aus praktischen Gründen wird sich der eine oder aber der andere auf die Betreuung beschränken müssen. Diese Aufteilung ergibt aber nun eine Unterbewertung entweder des körperlichen oder aber des seelischen Bereichs. Die Behandlung des psychosomatisch Erkrankten stellt ja auch in anderen Lebensbereichen die Frage nach ihrer Einordnung, erhält aber eine besondere Bedeutung in einem geschlossenen Milieu, weil nicht immer abgeklärt werden kann, inwieweit der Betreffende seine psychosomatische Anlage mit in das Haftgebilde hineingebracht hat und inwieweit das Haftmilieu sie gerade ausgelöst oder zumindest verstärkt hat. Hier geraten wir an eine weitere Grenze der Betreuung unserer Gefangenen.

Die Behandlung von psycho-sozialen Erkrankungen stellt den Therapeuten vor vielfältige, nicht einfach zu lösende Aufgaben. Die Begegnung mit dem Leidenden ist dankbar, der

sich seines Zustandes bewusst ist und die Heilung von sich heraus sucht (und die Subkultur sie ihm erlaubt). Kommt die therapeutische Begegnung zustande, weil der Richter sie für notwendig erachtet oder der Direktor sie wünscht, ohne dass der Gefangene diese Auffassung teilt, so kommt es zu ungünstigen therapeutischen Ausgangslagen. Die Motivation auf der Seite des Leidenden, aber auch auf der Seite des Therapeuten ist ein Grundpfeiler der therapeutischen Intervention, der aber brüchig sein kann, wenn dieser helfenden Begegnung Zwangscharakter innewohnt. Zwangscharakter und damit Stigmatisierungspotential sind immer dann zu vermuten, wenn die Therapie von Drittpersonen "bestellt" worden ist, ohne dass der Gefangene die Möglichkeit hat, der Therapie zuzustimmen oder sie abzulehnen. Dies macht den Therapeuten zum Mandatsträger, der, ohne die ursächliche Erkrankung unmittelbar angehen zu können, zuerst einmal bestrebt sein muss, die Aggressionen abzubauen, die das Mandat entwickelt hat. So kommt es oft zu der unglücklichen Situation, dass sich der Erkrankte zwar der Behandlung unterzieht, der Therapeut aber nach kurzer Zeit seine Interventionen einstellt, weil nur allzu deutlich wird, dass in diesem gegenseitigen Verhältnis nicht reagiert, was sich aufeinander beziehen sollte.

Dass dieses Sich-aufeinander-Beziehende häufig nicht reagiert, liegt aber auch an der Natur dieses medizinischen Dienstes, der von aussen in die Vollzugsanstalt eintritt. Therapeuten fühlen sich oft "nicht wohl in ihrer Haut", weil sie sich in einem Milieu befinden, das sich von ihrem gewöhnlichen Berufsrahmen wesentlich unterscheidet. Die freie Tätigkeit in Spital und Praxis dient unumschränkt der Heilung des Patienten, mit oder ohne Einbeziehung seiner sozialen Umwelt. Bei der Behandlung des Strafgefangenen hingegen sind die Therapeuten an gesetzliche Grundvoraussetzungen gebunden, die ihnen eine unumschränkte Tätigkeit nicht erlauben. Die Verurteilung zur Strafverbüßung ist eine dieser Voraussetzungen, deren Aufhebung oder Aufschiebung nur in Sonderfällen denkbar ist. Und des weiteren stellt die Unfreiheit des Leidenden einen weiteren Hemmschuh im Heilungsprozess dar. Viele Therapeuten sind deshalb der Auffassung, dass Behandlung in Unfreiheit undenkbar sei.

II. Stigmatisierung durch herkömmliche Therapie: Stillegung des Patienten und Anpassung an die Anstalt

Es ist leicht einzusehen, dass therapeutisches Vorgehen besonderer Anstrengung bedarf, wenn schon die Ausgangslage nicht ohne Belastung ist. Um diese nicht zu sehr zu strapazieren, beschränkt sich die Therapie im Strafvollzug in der Regel darauf, den Gefangenen während seines Aufenthaltes in der Anstalt zu stützen. Diese sogenannte "korsettierende Therapie" stellt sich zur Aufgabe, dem Bedürftigen zur Seite zu stehen, um ihn vor der Isolierung zu bewahren. Sie verfolgt aber auch den Zweck, die sozialen Beziehungen zur Um- und Aussenwelt nicht verkümmern zu lassen. Stützende oder korsettierende Therapie geht von der Annahme aus, dem Individuum sei es aus eigener Kraft nicht möglich, seiner pathogenen Situation entgegenzuarbeiten, bzw. durch geeignetes Verhalten zu ersetzen. Das Prinzip besteht darin, die nicht oder nicht zur Genüge vorhandenen Selbststeuerungsmechanismen durch Fremdsteuerung zu ersetzen oder – soweit sie ansatzweise vorhanden sind – zu ergänzen.

Eine weitere Form therapeutischen Eingreifens stellt die sehr viel intensivere Kausaltherapie dar, deren zugrunde liegende Vorstellung davon aus geht, dass es für jedes konkrete Fehlverhalten – also auch Delikt – Ursachen gäbe. Diese Ursachen sollen durch eine Lerngeschichte erklärt werden können. In der Regel wird bezweckt, fehlgelaufene Lerngeschichten zu modifizieren, Traumatisierungen aufzuarbeiten, Fixierungen, Regressionen und Verdrängungen zu beseitigen. Des weiteren wird der Versuch unternommen, unangepasste Reaktionen verlernen zu lassen und Defizite aufzuholen. Hier finden also Messungen von Persönlichkeitsreifungen und Beurteilungen kritischen und aktuellen Befindens statt.

Zwischen stützender und kausaler Therapie schiebt sich ein Zwischengebilde, das als kompensierende Therapie bezeichnet wird. Hier gilt als Ausgangshypothese, dass gewisse Umweltmomente, die bei einem gewissen Problemverhalten eine wichtige Rolle spielen und zur Auslösung eines Deliktes geführt haben, durch Therapie nicht veränderbar seien. Die

kompensierende Therapie bezweckt nun das Einüben von Alternativverhalten unter Berücksichtigung irreversibler Ursachen von Problemverhalten. Ihre Schwierigkeit besteht vor allem darin, dass Alternativverhalten unter erzwungenen Laborbedingungen eingeübt wird, dessen Wert sich womöglich erst nach Jahren in Freiheit unter veränderten Bedingungen bemessen lässt. Mit anderen Worten: es bleibt unklar, auf welche Weise der Gefangene sein angelerntes Alternativverhalten in der Freiheit ausleben wird.

Und auch Kausaltherapie findet in der Strafanstalt selten statt. Sollte eine solche Therapieform erfolgversprechend sein, so wird der zu Behandelnde in eine geeignete Institution (wohl in die psychiatrische Klinik, die sich aber je länger je mehr gegen die Aufnahme von Rechtsbrechern wehrt!!) überführt.

So beschränkt sich therapeutisches Vorgehen in der Anstalt im allgemeinen auf die stützende oder korsettierende Therapie. Bei dieser Stützung des Gefangenen wirken nun aber Elemente der beiden anderen Therapieformen mit hinein. So versucht der Therapeut durchaus, Gründe für das Fehlverhalten zu finden (Kausaltherapie) und dem Gefangenen mögliche Alternativvorschläge für zukünftiges Verhalten anzubieten (kompensierende Therapie).

Aber bei all diesen Bemühungen untersteht sein Handeln einem Kriterium, das gerade in der Anstaltswelt von hoher Bedeutung ist: der Gefangene soll sich während der Verbüßung seiner Haft psycho-sozial unauffällig verhalten. "Psycho-sozial unauffällig" wird auch hin und wieder mit dem Begriff "angepasst" übersetzt. So wird der Dienst des Therapeuten als erstes diesem Ziel unterstellt. Wenngleich auch für den begreiflichen Wunsch einer Haftanstalt Verständnis aufgebracht werden muss, der Verlauf der Freiheitsstrafe der Verurteilten möge sich reibungslos vollziehen, so drängt aber doch diese Forderung den Therapeuten in eine Richtung, aus der er sich nur noch schwer lösen kann. Es besteht die Gefahr, dass der Therapeut seine Tätigkeit einer zeitlichen Begrenzung unterwirft: vom Beginn der therapeutischen Intervention bis zum Zeitpunkt des Austritts des Gefangenen aus der Anstalt. Diese zeitliche

Einengung gibt aber auch der Therapie einen ganz anderen Gehalt. Sie ist notwendigerweise weniger in die Zukunft gerichtet als viel mehr gegenwartsbezogen. Hier und heute soll der Leidende psycho-sozial unauffällig, gesund sein. Therapie soll dem Erkrankten helfen, sich dem Haftdruck zu entziehen oder ihn ertragen zu können, ohne Reaktionen hervorzurufen, die ihn in Konflikt mit dem täglichen Strafvollzug bringen können. Die Therapie soll aber auch der Anstalt helfen, den Gefangenen bis zu seiner Entlassung "über die Runden zu bringen". So steht der Therapeut häufig vor einem unlösbaren Konflikt. Er wird sich im Einzelfall zu entscheiden haben, ob er der kausalen Aufarbeitung von Konflikten und dem Angebot von Alternativverhalten in der Zukunft den Vorrang einräumen will und sich darüber hinwegzusetzen, dass bei diesem Prozess sein Patient während der Haftverbüßung psycho-sozial relevant sein kann und er damit mit den Prinzipien der Haft in Widerspruch geraten kann. Oder ob er aber der Anstaltsdisziplin den Vorrang einräumt und er seinen Patienten so "herrichtet", dass ihm Konfliktsituationen erspart bleiben, ihm seine Vergünstigungen erhalten bleiben, die ja auch irgendwie dazu dienen, seine sozialen Beziehungen aufrecht zu erhalten und er somit auf seine bedingte Entlassung hoffen kann. So wäre – aufgrund einer Umfunktionierung des Zieles – auch ein therapeutisches Resultat erreicht; aber wohl kein wünschenswertes.

Untersuchungen, aber auch persönliche Erfahrungen, zeigen, dass die heute eingesetzten Methoden bewusst oder unbewusst eher dem zweiten Ziele dienen: der relativen Unauffälligkeit während der Strafverbüßung. Dies ist ein stigmatisierender Nachteil, hat aber auch eine positive Seite. Dadurch, dass es dem Therapeuten gelingt, seinen Patienten "ruhig zu halten", können möglicherweise andere Massnahmen, die nicht-therapeutischer Natur sind, eingreifen. Diese Massnahmen hängen mit dem Versuch der Anstalt zusammen, ein möglichst getreues Bild sozialer Wirklichkeit zu erstellen. Durch die Bemühung des Therapeuten, seinen Patienten für diese Art sozialer Einwirkungen zu sensibilisieren, schafft er in ihm einen fruchtbaren Boden, der ihm nach seiner Haftentlassung dienlich sein kann.

Dennoch bleibt mehr als fragwürdig, ob das Stillegen eines Patienten eine wünschenswerte Therapie sei. Es ist ja eigentlich die Aufforderung an den Gefangenen zu resignieren – “weil er ja doch den Kürzeren ziehe” – und gewisse vitale Reaktionen zu unterdrücken, die für ihn im Augenblick eine sehr notwendige und zwingende Ausdrucksmöglichkeit darstellen. Das Unterdrücken dieses Vitalen ist eine weitere Stigmatisierung.

Stützende, zeitlich begrenzte und der Anstaltsdisziplin unterworfenene Therapie bringt den Gefangenen im Regelfall unangefochten zu seiner Entlassung. Hilft sie ihm aber darüber hinaus noch weiter?

III. Die Unfreiwilligkeit der Behandlung als Stigmatisierungsfaktor

Gefängnisse werden auf der Grundlage von zwei Hypothesen aufrechterhalten, nämlich, dass man Menschen rehabilitieren könne, obwohl sie von der Gesellschaft abgeschieden sind und dass diese Rehabilitation Menschen aufgezwungen werden könne, die sie nicht notwendigerweise wünschen.

In den Anstalten sehen wir uns vor allem zwei Zielrichtungen gegenüber, die von der Öffentlichkeit verlangt werden: zu behandeln und zu bestrafen,¹ das heisst, Verhalten zu ändern.² Sicherung und Behandlung muss also vereinbart und es muss ein Programm erarbeitet werden, das uns erlaubt, Rechtsbrecher in veränderter Form aus dem Strafvollzug zu entlassen, die mit den Strafverfolgungsbehörden nicht mehr in Konflikt kommen sollten.³ Die meisten Institutionen versuchen, diese beiden Ziele zu erreichen. Tun sie dies mit Erfolg?

Es ist immer in Zweifel gezogen worden, ob es möglich sei, einen Menschen dadurch auf ein soziales Leben in Freiheit vorzubereiten, indem man ihm eben gerade diese Freiheit entzieht.⁴ Dies scheint ein Widerspruch in sich selbst zu sein. Eine weitere Komplikation schliesst sich deshalb an, weil der Gefangene in eine Gemeinschaft kommt, die nach Waldmann⁵

ausschliesslich aus Leuten besteht, die gleichfalls in der Freiheit gescheitert sind, und von denen er kaum wird lernen können, wie man sich in die Gemeinschaft einfügt. Die Kontaktmöglichkeiten⁶ sind so vielseitig, dass eher mit dem Gegenteil zu rechnen sein wird.

Nun wird gemeinhin unter "erzieherischer Einwirkung" im Strafvollzug die Angewöhnung an ein sozial unauffälliges Verhalten verstanden (siehe oben).⁷

Wenn nun aber der Rechtsbrecher dieser Angewöhnung nicht bedarf, weil er im sozialen Verband durchaus unauffällig eingeordnet war, worin hat dann die Verhaltensänderung zu bestehen, die mit therapeutischen Eingriffen erreicht werden soll? Ist nicht die Gefahr gross, dass durch den Eingriff das Verhalten eines sozial Unauffälligen so verändert wird, dass er nun sozial auffällig wird, auch wenn sich diese Auffälligkeit nur während der Zeit des Strafvollzugs bemerkbar macht, er aber verfälschte Verhaltensmuster für die zukünftige Freiheit erhält? Stigmatisierung durch Resozialisierung am gut Sozialisierten also? So hätten wir genau das Gegenteil von dem erreicht, was wir zum Ziel hatten: am Schluss dieses Behandlungsprozesses ist der sozial Unauffällige desozialisiert worden, weil er eine Sozialisierung nicht nötig hatte, aber trotzdem eine Verhaltensänderung stattgefunden hat.

Zur Bemessbarkeit dieser Problematik gibt es ein Kriterium.⁸ Wir erwarten, dass der Patient aktiv an seiner Behandlung teilnimmt und hierzu muss er konkret auch die Möglichkeit haben.⁹ So muss es dem sozial Unauffälligen gelingen, seinen Therapeuten davon zu überzeugen, dass Resozialisierung nur einen Rückschritt bedeuten würde.¹⁰ Und so bestünde die Behandlung bei ihm darin, dass man ihm seine Lebenseinstellung und sein Wertgefüge unter allen Umständen erhält.¹¹ Therapie durch Nicht-Therapie also.

Die Verwendung des Begriffes "Therapie" im Zusammenhang mit Kriminalität begünstigt die Auffassung, Rechtsbrecher Kranken gleichzusetzen.¹² Eine solche Betrachtungsweise ist freilich für viele unannehmbar; erstens, weil sie der objektiven

Wirklichkeit nicht entspricht und zweitens, weil keine Kollektivität – wie weit sie auch entwickelt sein möge – eine Theorie der Delinquenz akzeptieren würde, die dem fehlbar gewordenen Individuum jeden Begriff von “sozialer Verantwortung” (siehe unten) entziehen würde.¹³

Dies ist eine bedauernswerte Entwicklung, weil gerade hier das wertvollste Behandlungspotential verlorengelassen wird. Hier haben wir es mit “Patienten” zu tun, die an ihre eigene Verantwortung glauben und daher ein besonderes Mass an Selbstwertgefühl entwickeln, das eben gerade nötig wäre für eine wirkungsvolle Behandlung. Es ist sicher nicht die Sehnsucht nach der “guten, alten Behandlung”,¹⁴ die man vereinzelt antrifft, sondern der Beweis einer Eigenständigkeit, die auf eine Ausgeglichenheit hinweist, die für jede Behandlung wünschenswert wäre. Und so bleiben der Therapie diejenigen fern, denen am ehesten geholfen werden könnte.¹⁵

Oft ist auch der Insasse selbst nicht davon überzeugt, dass er Behandlung benötige. Der Patient geht zum Arzt, weil er das Gefühl hat, etwas sei mit ihm nicht in Ordnung. Der Rechtsbrecher geht ins Gefängnis – gegen seinen Wunsch und ohne innere Überzeugung.¹⁶ Er kann der Behandlung zwar zustimmen, aber sein Einverständnis kann anders motiviert sein als durch die Gewissheit, dass er Behandlung brauche.¹⁷

Die Gründe hierfür liegen auf der Hand: eine therapeutische Behandlung erfordert den freiwilligen, subjektiv völlig uneingeschränkten Einsatz der betroffenen Person.¹⁸ Sie erfordert nicht nur innere Beteiligung und Bereitwilligkeit, sondern auch in gewissen Grenzen die Einsicht, dass ein krankhafter Zustand vorliegt.¹⁹

Und deshalb wird Behandlung dadurch erschwert, dass der Rechtsbrecher verpflichtet wird, eine Therapie zu erdulden.²⁰ Er wird in ein Programm eingespannt, das ihn so verändern soll, dass er das Recht kein weiteres Mal bricht.

Ist es deshalb nicht unerhört wichtig zu wissen, wie ein Mensch reagiert, wenn ihm von aussen her seine Freiheit genommen

wird oder er in ihr beschnitten wird?²¹ Da Freiheit unserer Lebensart entspricht, bringt die gewaltsame Unterbindung Angreifer und Opfer in einen Konflikt, bei dem sich beide gegenseitig verfolgen und als Verfolgte fühlen. Zwischen beiden zu differenzieren, wird so immer schwieriger.

IV. Die Dekulpabilisierung: der untaugliche Versuch, der Stigmatisierung zu entgehen

Das Gefängnis wird als der Platz angesehen, an dem intensive Therapie des Rechtsbrechers am wirkungsvollsten durchgeführt werden könne, obwohl die meisten Therapeuten dies energisch bestreiten.²²

Deshalb ergibt sich eine nicht geringe Schwierigkeit eben auch daraus, dass die Berufsgruppe, die dazu aufgerufen ist, sowohl die Therapie an den Patienten durchzuführen als auch für ein konstruktives Anstaltsklima Sorge zu tragen, gerade hinsichtlich der hier gefragten Tätigkeit unleugbar "schwache Stellen" hat. Zunächst einmal muss der Therapeut eine wesentlich höhere Frustrationstoleranz aufbringen, was seine Motivation, im Gefängnis zu arbeiten, schon einmal dämpfen dürfte. Er muss aber auch das gewohnte "setting" aufgeben. Hier hat er eben nicht seinen träumenden, sprechenden, phantasierenden Patienten, der nicht agiert; denn Struktur und Dynamik der Tat stellen eine andere Gesetzmässigkeit dar als die der Vorstellung.²³

Wenn nun aber der Psychiater sich zu sehr den Forderungen der Gesellschaft unterstellt, so wird ihm vom Gefangenen leicht vorgeworfen, dass er sich in einer Art von Komplizität mit der Welt befinde, die sich selbstherrlich als gesund empfinde. Und nach François²⁴ führe ihn diese Tatsache dazu, mit den Kräften zusammenzuarbeiten, die Verbrecher und Geisteskranke aus der "vernünftigen Welt" herauskatapultieren möchten und so werde er den Klagen seines Patienten gegenüber taub, weil er zu sehr mit denen beschäftigt sei, die von der Welt kommen, in der er selbst seinen festen Platz habe.

So besteht eine Ungleichheit zwischen dem Therapeuten und seinem verurteilten Patienten, die die Beziehung wesentlich erschwert. Die normalen Schwierigkeiten, die eine freie Therapie mit sich bringt, sind im Gefängnis potentialisiert,²⁵ weil der Therapeut Repräsentant des Staates ist.²⁶

Wenn der Patient den Therapeuten dennoch aufsucht, um sich behandeln zu lassen, so hegt er ganz bestimmte Erwartungen, die seine Motivation bestimmen. Wer zum Therapeuten geht, der kann nach Möglichkeit seine Sanktion leugnen. So wird die Strafe verdrängt, als ob sie niemals existiert hätte. Diese Verdrängung gibt dem Rechtsbrecher nach Hochmann²⁷ die Möglichkeit, "mit beiden Beinen aus einer toten Zeit zu springen" und indem man das Stigma der Haft wegradiert, verwirklicht man das Ideal – zumal, wenn man Psyche und Organismus intakt hält – "hinauszugehen, wie man hereingekommen ist".

So dient die Behandlung durch den Therapeuten häufig als Dekulpabilisierung. Verständlich, dass folgender Syllogismus mitschwingt: "dass man mich behandelt, bedeutet, dass ich krank bin. Wenn ich krank bin, bedeutet das, dass ich für meine Tat nicht verantwortlich bin. Warum bin ich dann im Gefängnis?" Und so erlaubt die Flucht in die Krankheit²⁸ die Flucht vor der Verantwortung und der Schuld. Das Zusammensein mit dem Therapeuten ist gleichsam die Bestätigung dafür, dass diese Flucht ihre Berechtigung hat.

Die somatische Störung liegt natürlich in erreichbarer Nähe.²⁹ In der Masse, in der der Gefangene eine Benützungsquelle sieht, genügt es, sich auf sich selbst zu fixieren, in sich "hineinzuhören", um an sich selbst Dinge festzustellen, die für ihn natürlich in erster Linie somatischer Natur sind.³⁰ Gefangene hören sich gern, Einsamkeit und Isolierung helfen ihnen dabei. Es ist eine Art Unreife, die in ihnen ganz bestimmte, aber vor allem unbestimmte funktionelle Störungen hervorruft.³¹

Wenn Rechtsbrecher vom klinischen Standpunkt aus in keiner Weise kränker sind als Nicht-Delinquenten, warum wollen sie es dann in vielen Fällen sein?³² Wahrscheinlich liegt es an

der Bestimmung des Begriffes "krank". "Krank" wird oft gebraucht als "ursächlich verantwortlich". Wenn Kausalfaktoren in der Persönlichkeit des Rechtsbrechers Delikte hervorbringen, so sind Rechtsbrecher nicht kränker als andere Menschen auch.³⁵ Alle Handlungen können als Wirkungen der im Innern der Persönlichkeit liegenden Ursachen gesehen werden. Krankheit ist nicht mehr und nicht weniger durch Kausalfaktoren hervorgebracht als Gesundheit auch, kriminelles Verhalten nicht mehr als soziales.

Strafvollzugsanstalten sind in der Regel nicht darauf vorbereitet, nicht gesunde Rechtsbrecher aufzunehmen und in einem "normalen Strafvollzug" über die Runden zu bringen. Das Kranksein ist in diesem Rahmen die Ausnahme und dies zeigt die Struktur der Anstalt auch deutlich. Ärztliche und psychologische Dienste werden nur sporadisch aufrechterhalten. In der Regel werden wöchentliche Sprechstunden abgehalten, die aber zu nicht viel mehr dienen können als zur Feststellung der Symptomatik, der Stützung augenblicklicher Defizite und der Weiterverweisung, wenn sich die Krankheit als ernsthaft erweisen sollte.³⁶ Intensive Behandlung kann in diesem Rahmen nicht stattfinden.

Die psychiatrische Klinik steht vor ähnlichen Problemen. Wenn wir meinen, dass der geistig nicht gesunde Rechtsbrecher nicht in den Strafvollzug gehöre, weil es ihm an der Resozialisierungsgrundlage fehle, so implizieren wir, dass er in eine andere Anstalt gehöre und denken dabei vor allem an die psychiatrische Klinik.³⁷ Diese Klinik wehrt sich aber – je länger je mehr – gegen die Aufnahme von Rechtsbrechern und sie ist für ihre Behandlung auch nicht angemessen ausgerüstet. Psychiatrische Behandlung ist vor allem die Behandlung von psychischen Störungen. Die Rechtsbrecher aber sind Sozialerkrankte mit möglichen einhergehenden psychischen Defiziten. Ihnen ist mit Medikamenten kaum beizukommen und so sitzen sie zwischen zwei Stühlen, was einen weiteren Stigmatisierungsfaktor bedeutet.

Auch in der Behandlung des Rechtsbrechers in der Strafanstalt orientieren sich die meisten Modelle an der psychia-

trischen Klinik. Jedoch ist das vordringlichste Ziel des Gefängnisses nicht, den Insassen zu heilen, noch ihn zu erziehen wie in einer pädagogischen Anstalt. Das Gefängnis ist vor allem der Ort, an dem eine Strafe verbüßt wird, die durch die Deliktsschwere und das Tatverschulden bestimmt ist. Resozialisierung und Behandlung sind eigentlich erst später und nur zögernd hinzugekommen und erscheinen in der Praxis als sekundäre, wenn nicht gar "parasitäre" Ziele.³⁸

Die Untersuchungen über die individuellen Persönlichkeitsbehandlungen sind in sich widersprechend. Grundsätzlich besteht überall die Möglichkeit einer Aussprache im Einzelgespräch. Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter und Seelsorger kommen hierfür vor allem in Betracht. Häufig wird bei den "Audienzen" auch nach dem Direktor verlangt. Was diese Gespräche aber vor allem auszeichnet, ist ihr pragmatischer Charakter und ihre Unstrukturiertheit. Erfragt werden Sondergenehmigungen, Privilegien und ähnliches. Selten dienen die Gespräche, die sich in aller Regel nur auf wenige Minuten beschränken, dazu, innere Spannungen zu verarbeiten³⁹ oder Konflikte zu beheben.

So kann von einer analytischen Annäherung keine Rede sein, aber auch wenn wir weniger anspruchsvoll sind, so stellt sich die Frage, ob dann wenigstens eine gezielte Psychotherapie stattfindet?⁴⁰ Wenn wir einmal von dem Zwangscharakter der Anstalt absehen, in der auf Freiwilligkeit beruhende Psychotherapie ja kaum durchzuführen ist, so ist auch festzustellen, dass für eine auf Dauer strukturierte Therapie kaum genügend Zeit vorhanden ist und die meisten Behandler hierfür auch nicht ausgebildet sind.⁴¹ So beschränkt sich die Therapie auf die abdeckende Verteilung von Medikamenten, auf das freundliche Fragen nach dem allgemeinen Wohlbefinden und auf die Gewährung von Privilegien.⁴²

V. Diagnose: Stigmatisierung durch Etikettierung

Der Stellung von Diagnosen und Indikationen⁴³ wird gerade in letzter Zeit eine wachsende Kritik entgegengebracht. So wird vermutet, dass der Therapeut in der Anwendung seiner Methoden an Beweglichkeit und Flexibilität verliere, je besser seine Ausbildung sei und je spezifischer seine Methoden seien. Vielleicht mag dies auch ein Grund dafür sein, dass viele gute Therapeuten ihren gewohnten Rahmen nicht verlassen wollen, um im Strafvollzug tätig zu sein, den sie als nicht besonders attraktiv empfinden. Sie werden auch wissen, dass hochspezialisierte Methoden leicht zu einer Übertherapierbarkeit führen können, denen der Strafgefangene unter den Voraussetzungen des Strafvollzugs oft nicht gewachsen ist. Und so kommt es häufig zur Indikationsstellung: nicht therapierbar, nicht behandlungsfähig, unheilbar.

Eine liberale Reaktion besteht darin, Rechtsbrecher in einem verschwommenen Sinne als "krank" zu bezeichnen. Damit aber wird die Abwehr nur auf eine andere Ebene verlagert. Auch das Etikett, "krank" dient dazu, sich von diesen Menschen abzugrenzen,⁴⁴ Gemeinsamkeiten mit ihnen zu negieren und sie damit aus der Gemeinschaft auszuschliessen.⁴⁵

Die Bezeichnung "krank" im verschwommenen Sinne bedeutet noch etwas anderes. Eigentlich glauben wir nicht so recht an ihre Krankheit und damit an ihre verminderte Verantwortung, sind aber doch aufgeschlossen genug, das absolut Böse nicht zuzulassen. So kommt es zu einer Erscheinung, bei der wir einen Teil der Rechtsbrecher als "halb-krank" und als "halb-böse" bezeichnen. Der Psychopath ist geboren. Hier haben wir eine Schublade entdeckt, in die wir all diejenigen unterbringen können, deren Sprache wir nicht verstehen und die in ihrem Handeln und Denken von uns weit entfernt sind. Psychopathie wird so zur Charakterschwäche, die ihre Wurzeln in der Anlage hat. So wird die Psychopathie oft als unbehandelbar und unheilbar bezeichnet. Wenn also der normale Strafvollzug und die zusätzliche Behandlung des Rechtsbrechers ihn nicht zu Einsicht und Vernunft bringen, so versenken wir ihn häufig in die Schublade der Psychopathie.⁴⁶ Dies

enthebt ihn aber in keiner Weise seiner Verantwortung. Er kann sich nicht – wie andere Kranke – auf eine Schutzinsel zurückziehen. Und so schreibt Tilmann Moser⁴⁷ zu den Auswirkungen des Psychopathie-Begriffes, “dass selten eine medizinisch sanktionierende Krankheitslehre wie die der Psychopathie so sehr im Dienst sozialer Grausamkeit gestanden habe wie eben diese Lehre vom Anlagecharakter kriminogener Charakterstrukturen”.

Wenn ein Mensch einmal als abnorm bezeichnet worden ist, so färbt dieses Etikett auf seine übrigen Verhaltensweisen und Charakteristika ab. Dieses Etikett ist in der Tat so wirksam, dass das normale Verhalten der “Pseudopatients” völlig übersehen und gründlich fehlinterpretiert wurde, “so dass die persönliche Vergangenheit ebenso wenig wie der gegenwärtige Zustand verändert wurden. Häufig wurden sie in Übereinstimmung mit der Diagnose gebracht oder wurde die Diagnose dahin verändert, dass sie mit den Lebensumständen des Patienten übereinstimmte”. So wurde die Wahrnehmung der Lebensumstände durch die Diagnose völlig überformt.⁴⁸

Ein-Wort-Diagnosen bringen die übergrosse Gefahr der Etikettierung mit sich. Dies macht sich in zwei Bereichen besonders bemerkbar: der Medizin und dem Strafvollzug. Es ist eine unbestrittene Tatsache, dass der Patient, der in seinem medizinischen Dossier den Vermerk einer psychischen Defizienz trägt, anders betreut wird als der Patient mit vermerkfreier Krankengeschichte. So werden eben auch Ein-Wort-Diagnosen selten revidiert. Man hat in unzähligen Konsultationen erlebt, dass die Diagnose “psychische Schwäche”, auch wenn sie vor vielen Jahren in einer Sonderkonstellation gestellt worden ist, nicht mehr überprüft und nicht mehr modifiziert worden ist. Was in anderen Gebieten der Medizin nie denkbar wäre, geschieht in diesem Bereich häufig. Die Diagnose wird unbesehen von einer Anamnese zur anderen, von einem Spitalaufenthalt zum anderen übernommen. Wie der Totenkopf auf der Giftflasche, so findet sich das Etikett im Dossier, das der Kranke mit sich herumschleppen muss, ob die Diagnose im gegenwärtigen Zustand ihre Berechtigung hat oder nicht.

Im Strafvollzug geschieht ähnliches. Anstaltsdiagnosen entstehen schnell und sind nur schwerlich wieder zu modifizieren. So ist denkbar, dass ein Gefangener dem Therapeuten vorgestellt wird, weil es sich angeblich um einen schweren Psychopathen handle. Oft genug lässt sich diese "Diagnose" nicht erhärten; es lässt sich aber leicht sagen, dass der sogenannte Psychopath durch seinen Arbeitsunwillen, seine Aufsässigkeit und seine Renitenz der Strafanstalt schwer zu schaffen macht. Die Anstaltsdiagnose nun, die noch nicht einmal einen vorwissenschaftlichen Wert besitzt, begleitet den Patienten bis zum Austritt aus der Anstalt oder bis zu dem Zeitpunkt, wo er wieder Arbeitswillen und Integrationsstärke beweist. Im letzteren Fall ist der "Psychopath" plötzlich wieder genesen.

VI. Die eigene Verantwortung als Grundlage der Entstigmatisierung

Wenn schon die physischen Erkrankungen so schwer heilbar sind, welch ungewöhnlichen Aufwand haben wir dann zu erbringen, um den Erkrankungen zu begegnen, die sehr viel komplexer und subtiler sind; die sich aus den Wechselfällen des Lebens ergeben und ihren Anforderungen, denen so viele Individuen nicht mehr gewachsen sind. So ist der Begriff der "sozialen Erkrankung" durchaus keine überflüssige Erfindung.⁴⁹ Wer des Schutzes der grösseren Gemeinschaft entbehrt und durch seine individuelle Persönlichkeitsstruktur den Anforderungen isoliert ausgesetzt ist, ist für diese Art der Erkrankung schon fast vorbestimmt.

Auch dieser Art von Erkrankung soll im Gefängnis begegnet werden. Nun unterscheidet sich aber der Behandlungsrahmen in der Anstalt wesentlich von dem in Freiheit, weil der freien Gesellschaft angehörende Faktoren in der Anstalt fehlen und weil zusätzlich unübliche Faktoren eingeführt werden, um das Anstaltsziel zu erreichen.⁵⁰

Wir glauben nun, dass die Strafvollzugsprobleme unter anderen den dramatischen Ausdruck des Mangels an Verantwortung

darstellen, der das Grundproblem aller therapeutischer Tätigkeit ist.⁵¹ Dadurch, dass sie das Recht brechen, drücken die Delinquenten ja gerade ihren Wunsch nach Unverantwortbarkeit aus, so wie die Patienten in psychiatrischen Kliniken diesem Wunsch stattgeben, indem sie sich ganz oder teilweise in eine imaginäre Welt zurückziehen. Mit unseren konventionellen Behandlungsmethoden fördern wir diesen Vorgang, weil wir dem Patienten eine Schutzinsel oder ein Rettungsboot anbieten, aus dem heraus er mit verminderter Angst das Getümmel um sich herum beobachten kann. Damit nehmen wir aber eine Selektion vor, die dem Patienten in seiner Gemeinschaft schweren Schaden zufügen kann.

Wenn wir von Therapie im Gefängnis sprechen, so dürfen wir folgendes nicht vergessen. Der Insasse hat die Neigung, unrichtige Ideen zu entwickeln. Seine Einstellung der Gesellschaft gegenüber, den Wächtern, den Mitgefangenen, aber auch sich selbst gegenüber, entfernt sich weit von der Wirklichkeit.⁵² Dadurch, dass nun seine Gefühle gefiltert werden und er Reaktionen von den Mitgefangenen erfährt, kann er die Wirklichkeit testen und oft wird er selbst spüren, dass seine Ideen nicht auf festen Beinen stehen.⁵³

Wenn wir also der Wirklichkeit begegnen wollen, so haben wir davon auszugehen, dass wir nie die Geschichte eines Menschen noch einmal schreiben können. Auch wenn wir noch so viel Verständnis aufbringen, so können alle Informationen für uns nicht mehr bedeuten, als dass er tatsächlich einen Grund gehabt habe, das Recht zu brechen und eine Begründung dafür anzugeben, dass er irgendwie "krank" sei. Deshalb besteht die Realitätstherapie auf der Tatsache, die andere Therapien oft leugnen wollen: was immer auch geschieht, für das, was das Individuum tut, bleibt es doch verantwortlich.^{54/55}

Der Patient sieht in der Regel die äusseren Gegebenheiten nicht so, wie sie objektiv sind, sondern so, wie er sie sich vorstellt, wie er sie gerne haben möchte. Wahrnehmung der Umwelt ist immer eine Frage der subjektiven Interpretation. Wahrgenommen wird, was man vorfinden will. Was diese Vor-

stellung stört, gehört dann plötzlich nicht mehr der Wirklichkeit an. Es entsteht eine Art bewusster oder unbewusster Verdrängung. Wenn wir das, was wir erwarten, nicht antreffen, so erschaffen wir uns die gewünschte Umwelt. Mit anderen Worten: die Umwelt, so wie sie sich uns darstellt, wird in der Regel von uns selbst erschaffen. Was die Harmonie im Verhältnis zur Umwelt stört, wird von uns entweder geleugnet oder es entsteht ein Bruch zu ihr, weil wir Wirklichkeit nur dann anerkennen, wenn sie uns angenehm und lebenswert erscheint.⁵⁶

Vom Standpunkt der Behandlung aus gesehen, ist es deshalb nicht sehr entscheidend, was der Rechtsbrecher getan hat. Viel wichtiger ist zu wissen, auf wievielen Gebieten des Lebens er Verantwortung zu tragen gehabt hat.⁵⁷ Je mehr solcher Gebiete wir finden, desto besser ist es für die Behandlung und desto günstiger ist die Prognose.

Jeder Patient muss zur Erkenntnis gebracht werden, dass seine Schwierigkeiten mit Motivationen und Einstellungen verbunden sind, die in ihm selbst begründet sind. Seine Versuche, diese Probleme seiner "feindlichen" Umwelt anzulasten, muss der verständlichen Neigung zugeschrieben werden, Schuld und Selbstverachtung zu vermeiden. Aber es muss dem Patienten die Nutzlosigkeit gezeigt werden, seiner Verantwortung dadurch zu entgehen, dass er versucht, nur seine soziale Umwelt verändern zu wollen – "und sich in diese Versuche nicht miteinschliesst".⁵⁸

Und es genügt auch nicht, dem Patienten die Wirklichkeit vor Augen zu führen.⁵⁹ Er muss auch lernen, seine Bedürfnisse in ihr zu befriedigen. In der Vergangenheit hatte er mit dieser Bedürfnisbefriedigung keinen Erfolg. Er begann, die Realität zu leugnen und suchte nun Befriedigung, als ob es einige Aspekte der Wirklichkeit nicht gäbe oder in völliger Abweichung von ihr.⁶⁰ Wir haben ihm also Verhaltensmuster zu offerieren, die seiner Wirklichkeit – nicht unserer – entsprechen und nach denen er sich nach der Entlassung aus der Anstalt richten kann.

VII. Entstigmatisierung durch Funktionsänderungen von Personal und Insassen

In der Anstalt muss man sich mit dem Problem auseinandersetzen, die Rolle des Strafvollzugsbediensteten, der für Ordnung und Sicherheit zu sorgen hat, mit der des therapeutischen Agenten in Einklang zu bringen.⁶¹ Wenn die Beamten diesen Konflikt nicht erkennen, so wird es auch ihnen nicht gelingen, in eine therapeutische Beziehung zu treten; genau so wenig wie Psychiater und Psychologen und andere Mitarbeiter, denen dieses paranoide Denken nicht geläufig ist und die zu Opfern ihrer eigenen Tätigkeiten werden.⁶²

Im Zusammenhang mit der modernen Pönologie, die in wesentlicher Weise von den Erkenntnissen der Verhaltensforschung beeinflusst worden ist, muss der Aufsichtsbeamte mehr sein als nur "Einschliesser". Wenn Menschen miteinander zu tun haben, so reagiert und geschieht etwas.⁶³ Wenn Menschen so intensiv miteinander zu tun haben, wie gerade Wärter und Insassen, so ist das Behandlungspotential enorm.⁶⁴ Wenn dieses Potential als solches erkannt und weiterentwickelt wird, so kann mit einem wesentlichen Fortschritt im Strafvollzug gerechnet werden.

Der natürlichste und sicherlich auch der wirkungsvollste Weg, Menschen in Gruppenbeziehungen zu trainieren, besteht wohl darin, ein vorsichtig und intelligent geleitetes Gruppenleben zu gestalten, in dem diese Beziehungen gestaltet werden können. Das Gefängnis hat hervorragende Gelegenheiten, dies zu erreichen, wenn sich das Personal diesem Ziel unterstellt.⁶⁵ Auf dieser Grundlage wird das ganze Anstaltsprogramm Behandlung im weitesten Sinne und jeder Teil der Anstalt wird zur Praxis.⁶⁶ Allerdings: Gefängnisse sind nur selten so organisiert.

Die Hauptaufgabe des subalternen Aufsichtspersonals bestand und besteht immer noch darin, Ordnung und Sicherheit zu gewährleisten.⁶⁷ Ohne die Wichtigkeit dieser Aufgabe in Frage stellen zu wollen, so erscheint es doch wünschenswert und auch möglich, dieses Aufsichtspersonal aktiv an den modernen Methoden der Behandlung der Gefangenen zu beteiligen.

Der Konflikt zwischen Insassen und Personal ist dadurch noch erschwert worden, dass dem schon bestehenden noch zusätzliches "Behandlungspersonal" hinzugefügt wurde, dessen Ziele eine andere Gewichtung erfahren hatten. Die Einführung neuer Ziele im Strafvollzug – nämlich die Behandlung des Verurteilten – hat die Notwendigkeit nicht berührt, für Ordnung und Sicherheit zu sorgen. So sehen wir das Hauptziel des Strafvollzugs in der "Behandlung des Verurteilten in Verwahrung".⁶⁸

Wenn nun aber das Personal selbst an einer Änderung der Sicherungsbestimmungen interessiert ist, so ist auf die Länge kein Wechsel des Systems möglich. Wünschenswert wäre also der ständige Austausch zwischen Personal und den mit der Behandlung betrauten Konsultanten.⁶⁹

Durch diesen Austausch kann die Misstrauens- und Informationsbarriere zwischen den beiden grossen, sich häufig feindlich gesinnten Machtblöcken der Beamten und Gefangenen abgebaut werden,⁷⁰ aber auch die zwischen Wärter und Behandler.

Auf beiden Seiten werden therapieorientierte Einstellungen geweckt und gefördert. Die Beamten können häufig erst jetzt verstehen, warum ein Gefangener in einer bestimmten Situation aufgelaufen ist, warum er so handelt und nicht anders. Beamte wie Gefangene sehen hier häufig erstmals den Hintergrund bestimmter delinquenter Verhaltensweisen.

Diese Annäherung erfordert aber eine neue Ausbildung für das spezialisierte Behandlungspersonal. Seine Aufgabe erfüllt sich nun nicht mehr in der ausschliesslichen Behandlung von Insassen;⁷¹ seine Beziehungsmodelle müssen nun auch dem nicht-spezialisierten Personal verständlich werden können,⁷² so dass das kurative Element nicht nur die Behandlungsstunde im Büro des Spezialisten ist, sondern im gesamten Strafvollzugsmilieu und dies den ganzen Tag über.

Nach Quensel⁷³ "fordere Behandlung das gegenseitige Verstehen zwischen Behandler und Behandeltem. Insassen und

Aufsichtspersonal könnten eine ähnliche Sprache sprechen. Das therapeutische Personal vertrete dagegen häufig eine andere Wertebene und sei nur schwer daran zu hindern, diese auch den Gefangenen zu vermitteln. Der moderne Ruf: Mehr Therapeuten in die Anstalt, gebe faktisch, da so schwer zu erfüllen, das Alibi, sonst nichts zu tun. Man solle stattdessen versuchen, nicht jede Autoreparatur durch einen Hochschulingenieur durchführen zu lassen’.

VIII. Die therapeutische Gemeinschaft: der Versuch, stigmatisierende Selektion durch die Gruppe zu verhindern

Eine Gefängnisgemeinschaft ist weder natürlich noch spontan.⁷⁴ Wenn man unter Zwang Individuen an einem gleichen Ort versammelt, so stellt dies eine organisierte Versammlung dar, aber noch nicht notwendigerweise eine Gemeinschaft. Was diese Versammlung zur Gemeinschaft machen kann, ist das Bewusstsein der Individuen, Gemeinschaft sein zu wollen und auch zu können.

Auch wenn es schwierig ist, in einer Zwangsgemeinschaft therapeutisch zu intervenieren, so sollte man doch nicht zu rasch mit der Forderung sein, Anstalten zu ersetzen.⁷⁵ Man sollte einmal darüber nachdenken, welch ein gewaltiges Potential in einer solchen Anstalt ruht, das man der Therapie zugänglich machen könnte.

Man vermutet ja, dass es auch innerhalb von Menschen Potentiale gibt, die für den Patienten in Bewegung gesetzt werden können, um ihn zu mobilisieren, aber auch zu stabilisieren,⁷⁶ dass aber die behandelte Person, wenn sie ihr eigenes Potential verwendet, therapeutisch für sich selbst, aber auch für andere werden kann.

Und so besteht das Ziel der therapeutischen Gemeinschaft darin, ein Klima zu schaffen, bei dem soziale Beziehungen zwischen Insassen und Personal zur Integration in eine behandlungsorientierte Anstalt werden.⁷⁷ Jede Form von Aktivität

innerhalb der Anstalt soll dem Gefangenen helfen, eine günstige Grundlage zu schaffen, um ihn als verantwortlichen Bürger in die Gesellschaft zu entlassen.⁷⁸ Wenn dieses Ziel auch nicht für jeden Insassen erreicht werden kann, so sollte zumindest eine Annäherung an dieses normale Leben verwirklicht werden.

Therapeutische Gemeinschaft ist in verschiedenen Institutionen eingesetzt worden,⁷⁹ in Kliniken und in Asylen⁸⁰ und es hat sich gezeigt, dass man als erstes das spezifische Milieu und die Patienten überprüfen muss, für die diese Art von Technik verwendet werden soll. Und bevor therapeutische Gemeinschaft erfolgreich in eine Anstalt eingeführt werden kann, muss die Natur der Anstalt – nicht notwendigerweise das Ziel – transformiert werden.

Obwohl es noch zu früh ist, die therapeutische Gemeinschaft als Technik zu bewerten, so kann doch schon Verschiedenes darüber gesagt werden: die therapeutische Gemeinschaft scheint die Spannungen zwischen Insassen und Personal zu verringern⁸² (aber die Einführung einer solchen Technik kann deshalb schwierig sein, weil sie sich mit den Anforderungen von Sicherheit und Bewachung nur schwer in Einklang bringen lässt;⁸³ des weiteren erfordert die Notwendigkeit, gemeinschaftstherapeutisch tätig zu sein, die Mobilisierung aller Ressourcen der Patienten, was zu momentanen Störungen des Gefängnislebens führen kann.

Aber es ist erstaunlich, welche Veränderungen nach Gruppengeschehen festzustellen waren. Der Archetyp des Gefangenen scheint sich zu verändern.⁸⁴ Diese neue Einstellung ist plötzlich nicht mehr das Produkt der altbekannten Gefängniskultur. Aber diese neuen und ungewöhnlichen Verhaltensformen stellen Fragen an den Strafvollzug, auf die er vorbereitet sein muss.

Ein weiteres Ziel der therapeutischen Gemeinschaft ist darin zu sehen, dass das Gruppengeschehen als verkleinerte, spiegelbildliche Gesellschaft den Patienten auf das Leben in Freiheit vorbereiten soll, und es soll ihm klar gemacht werden, dass

Beschränkungen nicht nur in seinem geschlossenen Milieu existieren, sondern eben auch in der breiteren Gesellschaft.⁸⁵ So wird er eigentlich nicht auf die Freiheit vorbereitet, sondern auf deren Beschränkungen und wie sie auf sozialem Wege zu ertragen sind.

Deshalb wird vom Patienten der therapeutischen Gemeinschaft erwartet, dass er selbst aktiv an seiner Behandlung teilnimmt, wie auch am Behandlungsprozess der anderen Patienten und an allen Tätigkeiten der therapeutischen Einheit.⁸⁶ Diese Art des Sich-selbst-mit-Einbringens unterscheidet sich wesentlich von der bisherigen passiven Rolle, die der Patient zu spielen hatte. Und so schafft die therapeutische Gemeinschaft neue Rollen, sowohl für die Insassen als auch für die Beamten und deshalb müssen auch die Begriffe von Behandlung und Sicherheit neu definiert werden.

Strafanstalten verfügen in der Regel über Personal, das für Behandlungsfunktionen zu wenig ausgebildet ist. So konzentriert sich die Behandlung meist auf die Insassen als Individuen und weniger als Glieder einer Gemeinschaft. Und deshalb versprechen die therapeutische Gemeinschaft und ähnliche Annäherungen, Barrieren zu einer erfolgreichen Behandlung zu verringern, wenn Gruppenbeziehungen ausgenutzt und gefördert werden.

Der Vorteil der therapeutischen Gemeinschaft besteht vor allem darin, dass der Patient seine Probleme verbalisieren und seine Gefühle kanalisieren kann, ohne durch individuelle Behandlungsselektionen stigmatisiert zu werden. Dies ist in einem Gefängnis, in dem Gefühle kontrolliert werden und sich niemand um die Probleme der anderen kümmert, ein wirklicher Idealfall.

Wenn es also der Therapie gelingt, die unmittelbar in der Anstalt auftauchenden Probleme zu lösen, die sich im Zusammenleben mit den anderen Gefangenen ergeben, so ist zu erwarten, dass Verhaltensmuster geschaffen werden, die nach der Entlassung erfolgreich eingesetzt werden können. Auf eine gewisse Weise nimmt so die therapeutische Gemeinschaft die Zukunft

des Patienten voraus, wenn sie ihm bereits in der Anstalt so viel an Verantwortung anvertraut, wie er selbst unbeschadet tragen kann.

Des weiteren dient die therapeutische Gemeinschaft dazu, den Patienten auf die notwendigen und unveränderlichen Frustrationen vorzubereiten, die dem Milieu inhärent sind und gegen die der Patient sich nicht abzukapseln vermag.

Die Einführung einer Gruppentherapie bedingt eine zusammengeschweisste und harmonische Behandlungsmannschaft, in der Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter, aber auch Vollzugsbeamte in gleicher Weise ihren Platz haben sollten. Nur so kann ein Mikroklima geschaffen werden, das Therapie erlaubt.

Die Teilnahme der verschiedenen Spezialisten am Gruppengeschehen hat einen weiteren Vorteil: während der Verbalisierung oder der Nicht-Verbalisierung kann man sich Rechenschaft darüber ablegen, wer darüber hinaus noch einer spezifischen, individuellen Therapie bedarf oder ob der betreffende Patient einer anderen Gruppe zugeführt werden sollte.

Bei dieser Art der Annäherung repräsentiert der Patient immer sich selbst, aber auch die Gruppe. Er kann sich der Gruppe immer als eines Spiegels bedienen. Wenn es so dem Individuum möglich sein wird, sich auf der Grundlage des Hörens und des Gehörtwerdens in eine Gruppe einzuordnen, so kann dies eine Alternative zu individueller Behandlungstechnik sein, die ihm Selektionsstigmata erspart.

So würde sich aber auch die Rolle der Therapeuten grundsätzlich wandeln. Über selten werdende individuelle Betreuung hinaus, würden sie dem Gruppenleiter behilflich sein, die Probleme zu lösen, die sie in ihrer Gruppe täglich antreffen. Hier wären sie also weniger Therapeuten, sondern eher Berater. Die spezialisierten Therapeuten müssten die Gruppenleiter vor allem über den Konflikt hinwegführen, in dem sie sich durch ihre neue Rolle als "Sozialtherapeuten" befinden. Dies stellt einen Druck dar, der gemeinsam aufgearbeitet werden muss. So müssten die Beziehungen in der therapeutischen

Gemeinschaft drei Ebenen umfassen: die Beziehungen der Insassen untereinander, die Beziehungen zwischen Insassen und Wärtern und die Beziehungen zwischen den Wärtern,⁸⁷ und so kann die therapeutische Gemeinschaft eine Struktur darstellen, deren Ziel und Handlungsmittel mächtiger und dauerhafter sind als die der Individuen, aus denen sie sich zusammensetzt.⁸⁸

Wenn eine Kontinuität zwischen der Behandlung in der Anstalt und der Betreuung nach der Entlassung aufgrund der therapeutischen Gemeinschaft erreicht werden kann, so ist zu vermuten, dass der Rückfall vermieden werden kann, der auf den Schwierigkeiten beruht, die der Gefangene in der Anstalt, aber auch nach seiner Entlassung in der Freiheit antrifft.

Diese Annäherung würde verschiedene Stigmata verhindern oder zumindest verringern. Stigmatisierende Einzelbehandlung aufgrund selektiver Auswahl würde nur noch selten stattfinden; Stillebung und Anpassung wären durch die therapeutische Gemeinschaft ausgeschlossen; stigmatisierende Ein-Wort-Diagnosen würden durch die dynamische Beschreibung eines Prozesses ersetzt werden; durch das Belassen und Verstärken von Eigenverantwortung würde das Etikett des verschwommenen "Krank-Seins" vermieden und schliesslich: therapeutische Gemeinschaft würde die soziale Hierarchie und Subkulturen – die Albträume einer jeden Anstalt – in Frage stellen. Und: die Funktionsänderungen aller im Strafvollzug Tätigen würde auch jenes Stigma berühren, das dadurch entsteht, dass die Begriffe von Sicherheit und Behandlung nicht immer klar definiert sind. Dies alles würde dem Begriff: "Resozialisierung durch Behandlung in Verwahrung" einen neuen Gehalt geben.

ANMERKUNGEN

- 1 Plawski, S.: Droit Pénitentiaire, Villeneuve d'Arcq., 1977, 123.
- 2 Zur Verhaltensänderung auch: Eckenrode, Ch.J.: Education's Contributions to Institutional Treatment Modules, in: Readings in Prison Education, Springfield, Ill., 1973, 252.
- 3 Ähnlich auch Schwander, V.: Colloque International sur les nouvelles méthodes psychologiques de traitement des détenus, ZStrR, 78, 1962, 265.
- 4 Wir können Menschen nicht auf eine Freiheit vorbereiten unter den Bedingungen einer Gefangenschaft. (Fitzgerald, V.J.: Criminal Law and Punishment, Oxford, 1962, 243).
- 5 Waldmann, P.: Zielkonflikte in einer Strafanstalt, Stuttgart, 1968, 24.
- 6 Friday, P.C./Peterson, D.M.: Shock of Imprisonment, in: International Journal of Criminology and Penology, vol. 1, no. 4, Nov. 1973, 322.
- 7 Das Wort "angemessen" ist das Schlüsselwort im Anpassungsprozess (Wilmot, R.: What is rehabilitation? in: The International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, vol. 20, no. 3, 1976, 247.
- 8 Wenn der Patient nicht gute Miene zu bösem Spiel macht und sich auf eine Pseudobehandlung einlässt.
- 9 Dupreel, J.: La version européenne de l'ensemble de règles minima pour le traitement du détenu, in: Bulletin de l'administration pénitentiaire, janv.-févr. 1975, 8.
- 10 Göppinger, H.: Kriminologie, 3. Aufl. München, 1976, 313, stellt denn auch fest: "Wenn eine psychisch und sozial unauffällige Persönlichkeit in der Haft zu leben versuchte, so drängte es sie sehr bald in frühere Lebensbereiche zurück."
- 11 Ihm also jede Behandlung erspart: Hirschi, T.: Causes of Delinquency, Berkely and Los Angeles, 1969, 54.
- 12 IVE Congrès Français de Criminologie, 14.
- 13 Cormier, B.M.: Deprivation of Liberty, Institutional Treatment and the Persistent Offender, (unpl. paper), 6.
- 14 Zu dieser "Sehnsucht": IVE Congrès Français de Criminologie, 191.
- 15 Ähnlich Waldmann, P.: 37.
- 16 Bei: Jonson, E.H.: Crime, Corrections and Society, 1968, 1974.

- 17 Ancel, M.: Les méthodes modernes des traitements pénitentiaires, Fond. Intern. pénale et pénitentiaire, Paris, 1955, 47.
- 18 Mathé, A.G.: Psychothérapie en prison, Paris, 1976, 63.
- 19 Eine Einsicht, die nach Redlich, F.C./Freedman, D.X.: 212, den meisten Rechtsbrechern fehlt.
- 20 Nach Gibbons, Don, C.: Changing the Law-Breakers, Englewood Cliffs, N.J., 1965, 132, eine ganz aussergewöhnliche Ausgangslage für eine Behandlung.
- 21 So auch Cormier, B.M./Williams, P.J.: 451.
- 22 So vor allem: Eftihiades, T.D.: Study regarding the Value of Psychotherapy in Prison, in: Annales Internationales de Criminologie, 1er sem., 1968, 10.
- 23 Siehe auch: Bräutigam, W.: Individuum und Gesellschaft, Stuttgart 1973, 78.
- 24 François, J.: Folie, Déliquance et Institution, Louvain, 1974, 138.
- 25 Eftihiades, T.H.: 10.
- 26 So auch: Corsini, P.J.: Group Therapie in Correctional Rehabilitation, in: The British Journal of Criminology, vol. 4, no. 3, January 1964, 273.
- 27 Hochmann, J.: Quelques aspects de la médecine pénitentiaire, in: Aktuelle Kriminologie, Hamburg, 1969, 264.
- 28 Es liegt an der mangelnden Definition des Begriffes "Behandlung", der die Rehabilitation so erschwert. (Wilmot, R.: 250)
- 29 Hall Williams, J.E.: Changing Prisons, London, 1975, 127.
- 30 Mathé, A.G.: 84.
- 31 IVE Congrès Français de Criminologie, 17.
- 32 Whitlock, F.: Criminal Responsibility and Mental Illness, London, 1973, 5.
- 33 Zu den Kausalfaktoren: Van den Haag, E.: Punishing Criminals, New York, 1975, 121.
- 34 siehe Anmerkung 24.
- 35 siehe Anmerkung 18.
- 36 Zur Organisation siehe: Weiss, I.: Schw. Straf- und Massnahmenvollzug der Gegenwart in der Perspektive moderner Behandlungsmethoden, Zürich, 1970, 117 ; 131.

- 37 Oder an sozialtherapeutische Institutionen, die aber an Bedeutung wieder zu verlieren scheinen oder – wie bei uns in der Schweiz – nicht bestehen.
- 38 Mathé, A.G.: 56/57.
- 39 Dechene, H.Ch.: Verwahrlosung und Delinquenz, München, 1975, 297.
- 40 Die meisten Psychotherapeuten sind der Auffassung, dass intensive Psychotherapie in spezifischem Milieu stattfinden sollte.
- 41 Psychotherapie des psychisch Leidenden entspricht nicht notwendigerweise der des Rechtsbrechers.
- 42 Die Gewährung von Privilegien glättet manches Unbehagen zwischen Therapeut und Patient.
- 43 Der Begriff der Indikation wird zusehends ersetzt.
- 44 Fierz, H.K.: Klinik und analytische Psychologie, Zürich und Stuttgart, 1973, 196.
- 45 Siehe auch: Schorsch, E./Becker, N.: 15.
- 46 Wir bekommen eine gewisse Vorstellung davon, was der Begriff "Psychopathie" oder "Soziopathie" bedeutet, wenn wir erkennen, dass er oft abwechselnd mit dem Begriff "moralisch Schwachsinniger" gebraucht wird. (Eysenck, H.J.: Kriminalität und Persönlichkeit, Wien, 1977, 64.
- 47 Moser, T. zit. nach Aebersold, P./Blum, A.: 19.
- 48 François, J.: 141.
- 49 Obwohl der Begriff so nahe liegt, stösst man in der Literatur nur sehr selten darauf.
- 50 So auch: Haley, H.L.: Social Environment Therapy: A Treatment Approach for Correctional Institutions, 1974, 256.
- 51 "Nicht nur psychiatrischer Tätigkeit", nach: Glasser, W.: Reality Therapy, 1964, 136.
- 52 Ähnlich auch: Ferdinand, T.N.: An Evaluation of Milieu Therapy and vocational Training as Methods for Rehabilitation of Youthful Offenders, 1973, 54.
- 53 Auch wenn er an diesem Test nicht interessiert ist (Corsini, P.J., 1964, 276).
- 54 Glasser W.: 137.
- 55 Glasser W.: 138.

- 56 Nicht nur der Patient erschafft seine Wunschwirklichkeit. Der Patient tut dies genau so; nur hat er hierfür in der Regel eine Begründung.
- 57 Zur Definition dieser "Verantwortung" siehe: Glasser, W.: 138.
- 58 Hochmann, J.: 311.
- 59 Scott, E.M.: Treatment Successes with Criminals, 1977, 16.
- 60 Mathé, A.G.: 55.
- 61 Haley, H.L.: 268.
- 62 Hierzu auch: Cormier, B.M./Williams, P.J.: 450.
- 63 So auch: Stratenwerth, G./Aebersold, P.: Der Schweizerische Strafvollzug, 1976, 27.
- 64 Carney, L.: 281.
- 65 Burns, H.: The Education of Adult Prisoners, New York, 1976, 213.
- 66 Bei Burns, H.: 208, die "Akademie der Kriminellen".
- 67 Nach Van Wingham, J.: 331: die einzige Aufgabe.
- 68 Mathé, A.G.: 62.
- 69 Landerholm, E.A.C.: On Change in Prison, Stockholm, 1967, 34.
- 70 Eftihiades, T.H.: 14.
- 71 Mathé, A.G.: 66, fordert ja schon lange, dass auch das Personal behandelt werde.
- 72 Kassebaum, G./Ward, D./Wilner, D.: Group Treatment by Correctional Personal. A Survey of the California Department of Corrections; California Board of Corrections, 3, January, 1976, 26.
- 73 Quensel, S.: 248.
- 74 Mathé, A.G.: 59.
- 75 Haley, H.L.: 257.
- 76 Cormier, B.M.: Therapeutic Community in a Prison Setting, in: Annales Internationales de Criminologie, 1970, 419.
- 77 Zur Behandlungsorientierung ebenfalls: Johnson, E.H.: 591.

- 78 Homant, R.J.: Therapy Effectiveness in a Correctional Institution, in: Offender Rehabilitation, 1976, 101.
- 79 Therapeutische Gemeinschaft kann nicht unbesehen und in der gleichen Form psychisch Erkrankten und Gefangenen als Therapie dienen: Haley, H.L. 257.
- 80 Im Falle der psychiatrischen Klinik beschrieben bei: Cormier, B.M.: The Watcher and the Watched, 1975, 47.
- 81 Neben anderen auch bei: Mays, J.: Crime and its Treatment, London, 1975, 124/25.
- 82 Vgl. Brink, O.A.: Von der kriminellen zur sozialen Gruppe durch Gruppentherapie in Gefängnissen, MSchrKrim. 1964, 121.
- 83 Neben vielen anderen: Wick, R.J.: Correctional Psychology, Theme and Problems in Correction the Offender, New York, 1974, 45.
- 84 Näher zum Archetyp: Gouin, D.: Psychothérapie de groupe du délinquant adulte en milieu pénitentiaire, Lyon, 1967, 140.
- 85 Zu den Beschränkungen in der Freiheit: Stephenson, R./Scarpitti, F.: Group Interaction as Therapy: The Use of the small Group in Corrections, Westport, Conn., 1974, 15.
- 86 Lyle, W./Horner, T.: Behavioral Science and Modern Penology, Springfield, Ill., 1973, 122.
- 87 Und alle drei in Beziehung zum Direktor!! Mathé, A.G.: 65.
- 88 Näheres über die überindividuelle Gemeinschaft bei Mathé, A.G.: 53.

