

### Der totale Therapeut: institutionelle Widersprüche und Arrangementstrategien am Beispiel einer Strafanstalt

Veiel, Andres

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Veiel, A. (1990). Der totale Therapeut: institutionelle Widersprüche und Arrangementstrategien am Beispiel einer Strafanstalt. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 14(2/3), 111-121. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-266120>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

#### Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

## DER TOTALE THERAPEUT: INSTITUTIONELLE WIDERSPRÜCHE UND ARRANGEMENTSTRATEGIEN AM BEISPIEL EINER STRAFANSTALT

Andres Veiel

Zwei Jahre arbeitete ich in verschiedenen Abteilungen einer Berliner Justizvollzugsanstalt mit Behandlungsanspruch. In allen Behandlungsstätten innerhalb der totalen Institution wurde versucht, die Therapiereservate weiter zu differenzieren und auszubauen. Individualisiertes Leiden wird in Diagnoseeinrichtungen benannt und etikettiert, "therapeutisch motivierte Gefangene" in sozialtherapeutischen Anstalten "behandelt", drogenabhängige Gefangene in Isolierstationen abgesondert und mit Hilfe spezieller Programme auf eine extramurale Therapie vorbereitet, "auffällige" und im Normalvollzug nicht mehr tragbare Gefangene werden in besonderen psychiatrischen Stationen innerhalb der Anstaltsmauern verwahrt und versorgt. Für jedes Verhalten steht eine adäquate Behandlungsform als Bestandteil einer subtilen Privilegien- und Sanktionsmaschine zur Verfügung. Der Therapeut - ausgestattet mit einer umfassenden Entscheidungskompetenz über alle wichtigen Lebensbereiche des gefangenen Klienten - wird zu einem totalen Helfer. Er sieht sich jedoch durch die institutionellen Strukturen laufend mit Bedingungen konfrontiert, die den therapeutischen Bemühungen fundamental entgegenlaufen.

Die Struktur einer totalen Institution wird von ihren spezifischen Zielen bestimmt. Am Beispiel des Strafvollzugs sind dies: der Schutz der Gesellschaft, die Generalprävention (Abschreckung potentieller Erst- und Wiederholungstäter), die Sühne sowie die Besserung (Resozialisierung). Der Straf- und Sühnegeranke impliziert und legitimiert eine deprivierende Struktur des Strafvollzugs. Der Gefangene wird depriviert durch die Einschränkung der sozialen Beziehungen, die vollkommene Unterbindung heterosexueller Kontakte, durch die materielle Deprivation, die Einschränkung der Handlungsfreiheit und die Deprivation durch eine Arbeit ohne angemessene Entlohnung. Andererseits soll der Gefangene in der Haft befähigt werden, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen (§ 2 StrVollG). Er soll resozialisiert werden.

Die deprivierende Struktur hat direkte Auswirkungen auf die Rolle eines Thera-

peuten und das Verständnis von Therapie. Der totale Helfer durchlebt einen zweifachen Rollenkonflikt. Um individuelle "Therapie" innerhalb der Mauern zu betreiben, muß er die gesellschaftliche Bedingtheit individuellen Leidens weitgehend ausblenden: das Leiden wird über die totale Individualisierung operationalisierbar und einer Veränderung zugänglich. Der subjektive Faktor wird von den gesellschaftlich-institutionellen Strukturen entkoppelt. Dieser grundsätzliche Rollenkonflikt wird durch die institutionellen Anforderungen brennglasartig verschärft: Kriterium für den Erfolg ist die künftige Legalbewährung des Gefangenen. Das angestrebte normenkonforme Verhalten nach der Entlassung wird mit Heilung gleichgesetzt. Die sozialpsychologischen Untersuchungen von MILGRAM (1967) zur Frage der Autoritätshörigkeit gegenüber Vorgesetzten - auch bei offensichtlich inhumanen, aber "wissenschaftlich notwendigen Handlungen" gegenüber einer anderen Versuchsperson - haben u. a. gezeigt, als wie problematisch sich die Gleichsetzung von Normenkonformität und psychosozialer Gesundheit erweist.

Der zweite Rollenkonflikt - auf den hier ausführlicher eingegangen werden soll - entsteht aus der Diskrepanz zwischen dem qua Ausbildung und Selbstverständnis entwickelten therapeutischen "Dienstleistungsideal" und den faktischen, von den Strafzielen Sühne, Abschreckung, Vergeltung bedingten Arbeitsbedingungen. In der bisherigen Therapieforschung (STELLER u. a. 1977) zeigte sich, daß verkürzt - für eine erfolgreiche Therapie mehrere Grundvoraussetzungen gegeben sein müssen: die Therapiebereitschaft, Motivation und Freiwilligkeit der Behandlung.

Unterschichtsangehörigen - und dazu zählen über 90 % der Inhaftierten - wird meist durch eine Institution der sozialen Kontrolle nahegelegt, sich einer Therapie zu unterziehen. Therapie wird als Kontroll- und Zwangsmaßnahme empfunden, die man mit möglichst wenig Eigeninitiative über sich ergehen läßt. Vor der Inhaftierung hat sich nur ein verschwindend geringer Teil der Gefängnisinsassen freiwillig in psychotherapeutische Behandlung begeben. Während des Freiheitsentzuges verstärkt sich die Therapie-Aversion, weil Therapie nun unmittelbar mit Knast und Deprivation assoziiert wird. Eine Therapiebereitschaft liegt also nur in Ausnahmefällen vor.

Die fehlende Therapiemotivation läßt sich mit dem Hinweis auf die Schichtzugehörigkeit der Klientel allein noch nicht ausreichend begründen. In den meisten therapeutischen Konzepten wird unter Therapiemotivation der Wunsch des Patienten nach Veränderung im Sinne einer aktiven Problemlösung verstanden. Für eine

Therapiemotivation werden zwei Faktoren als wesentlich bezeichnet:

- A) innerer Leidensdruck und der daraus resultierende Änderungswunsch
- B) Erwartung an einen erfolgreichen Verlauf.

Empirische Untersuchungen zeigen (CONRAD u. a. 1982), daß in einer totalen Institution wie dem Gefängnis die beiden Faktoren nicht oder kaum gegeben sind.

Die meisten Gefangenen haben zunächst weder einen Leidensdruck noch einen echten - nicht opportunistischen - Änderungswunsch. Die Straftat wird meist nicht als Ich-fremd erlebt. Häufig übernimmt sie eine elementare Funktion im subkulturellen Überlebenskampf. Sie wird damit Teil einer kollektiven Abwehr gegen die Stab- und Therapeuten-Normen.

Die Gründe, sich um eine Therapie - etwa in der sozialtherapeutischen Anstalt - zu bewerben, sind also in der Regel vorwiegend außengesteuert. Der "Klient" kann sich Hoffnung auf deutlich erleichterte Haftbedingungen machen. Dazu zählen

- a) bei den Unterbringungsbedingungen
  - offene Zellen mit großzügig gehandhabten Verschußzeiten
  - mehr privater Besitz
- b) bei den Hafterleichterungen
  - mehr Besuch
  - Ausgänge, Urlaub
- c) sowie vorzeitige Entlassung sowie u. U. Umgehen der Sicherheitsverwahrung

Nur vereinzelt läßt sich ein zunächst fremdbestimmter Behandlungswunsch in eine echte Therapiemotivation transformieren.

Auch eine Erfolgserwartung besteht in der Regel nicht. Der Unterschichtsklient erwartet entsprechend seiner Vorerfahrungen mit der rein medizinischen Behandlungsart eine aktive, konkrete, direktive Hilfe und die baldige Beseitigung der Symptome durch den Therapeuten. Der Therapeut erwartet vom Klienten Auseinandersetzung mit seinen Problemen, Selbstbeobachtung, Eigenverantwortlichkeit für

den Therapieausgang. Bei einer derartigen Erwartungsdiskrepanz kann sich eine therapeutische Beziehung nicht positiv entwickeln.

Entscheidend wird das Klienten-Therapeutenverhältnis durch die fehlende Freiwilligkeit der therapeutischen Behandlung gestört, die als der Grundpfeiler einer klientenorientierten, nicht bevormundenden therapeutischen Arbeit gilt. Nach § 4 StVollzG "wirkt der Gefangene an der Gestaltung seiner Behandlung und an der Erreichung des Vollzugszieles mit. Seine Bereitschaft hierzu ist zu wecken und zu fördern." Die Förderung der Mitwirkung impliziert eine Freiwilligkeit: Der Gefangene kann sich selbst für oder gegen eine therapeutische Behandlung entscheiden. Faktisch wird dennoch ein subtiler Druck auf den Gefangenen ausgeübt - will er einmal in den Genuß von Vollzugslockerung kommen. In den Ausführungsbestimmungen des § 11 StVollzG ist die Gewährung der Vollzugslockerungen an die Bedingung geknüpft, daß der Gefangene "durch sein Verhalten im Vollzug die Bereitschaft gezeigt hat, an der Erreichung des Vollzugszieles mitzuwirken".

Jedes nicht therapeutisch-konforme Verhalten kann dem Inhaftierten als "fehlende Bereitschaft" ausgelegt werden. Mehr noch: die Weigerung, sich grundsätzlich auf eine Therapie einzulassen, kann bei anstehenden Vollzugslockerungen im Hinblick auf § 11 StVollzG negativ für den Gefangenen ausgelegt werden und entsprechend sanktioniert werden. Damit erweist sich der Begriff der Freiwilligkeit als äußerst fragwürdig.

Besonders deutlich wird die Grenze eines "freien" Patienten-Therapeutenverhältnis bei der Bestimmung des Therapiezieles, das - im Sinne einer nicht-bevormundenden therapeutischen Arbeit - gemeinsam mit dem Klienten entwickelt werden soll. Das oberste Ziel der Behandlung steht jedoch schon immer bereits vor dem eigentlichen Therapiebeginn fest: der Gefangene soll zukünftig ein Leben ohne Straftaten führen. Setzt ein Klient sich offen ein anderes Ziel - im Sinne, daß er statt einem neurotischen Straftäter lieber ein gesunder werden will - greift der Therapeut ein: in der Regel wird die Therapie abgebrochen, der änderungswillige Klient gilt als "Therapie-ungeeignet".

Als weiterer Therapieantagonist erweist sich die Doppelrolle des Therapeuten: Durch die Personalunion von Therapeut und Gruppenleiter (und damit auch Gutachter) haben Therapeuten in der Regel im Vollzug eine Verordnungsvollmacht

über den Klienten. Der Therapeut entscheidet über

- die Aussetzung der Reststrafe auf Bewährung
- vorzeitige Entlassung
- Gewährung von Ausgang oder Urlaub
- Bildungsmaßnahmen außerhalb der Anstalt
- Gnadenerweis
- Vollzug von Sicherungsmaßnahmen

Die Doppelrolle nimmt dem Therapeuten die Möglichkeit, neutraler und nicht in die sonstigen Lebensverhältnisse verwickelter Helfer zu sein. Befürworter der Personalunion sehen in dem therapeutischen Eingriff in die Vollzugsgestaltung eine Möglichkeit, das damit verbundene einschränkende und ablehnende Verhalten des Therapeuten in der Beziehung zum Klienten im Sinne eines bewußten Umganges mit Frustrationen in die Behandlung einzubeziehen und therapeutisch aufzuarbeiten. Dafür muß sich aber bereits ein Vertrauensverhältnis aufgebaut haben, was in der Regel durch die Doppelrolle selbst unterminiert wird. Meist reagieren Gefangene von vorneherein auf die Doppelrolle ihres Therapeuten mit Mißtrauen und Scheinanpassung.

Der Gefangene bleibt in der Stellung desjenigen, in dem andere für ihn Entscheidungen treffen. Ihm wird seine eigene Ohnmacht und Abhängigkeit immer wieder von neuem vorgeführt. Sein Beitrag wird darauf reduziert, die Entscheidungsfindung - auch mit Mitteln der (Selbst)-Täuschung - in eine für ihn günstige Richtung zu beeinflussen. Ziel ist die optimale institutionelle Stellungnahme. Der Klient versucht dabei auf der Behandlungsbühne die Scheinwerfer so auszurichten, daß er in einem möglichst guten Licht erscheint. In diesem Sinne wird der Klient zum Agieren herausgefordert - ein Problemlösungsverhalten, von dem er draußen bereits häufig Gebrauch gemacht hat. Wirklich relevante Probleme wird er verschweigen oder als "bewältigt" darstellen. Die "Therapie" gerinnt zu einer Inszenierung mit Simulationscharakter. GOFFMAN bezeichnet diese Art des Dienstleistungsmodells als institutionalisierte Parodie (1972).

Vereinzelt wird in Sozialtherapeutischen Anstalten bereits der Versuch gemacht, die Personalunion aufzuheben.

Diese setzt - so zeigen die ersten Erfahrungen - für beide Seiten einen länge-

ren Lernprozeß voraus. So stellt MECHLER (1981) fest, daß Gefangene - trotz einer klaren Trennung von den Aufgaben in Hinblick auf die Vollzugsgestaltung - ihn in seiner Rolle als "Nur-Therapeut" dennoch mit Allmachtsphantasien belegen: der Gefangene hofft, daß der Therapeut sich im Entscheidungsfall doch für ihn einsetzen werde, weil er "so gut mitgearbeitet hat...".

In einer deprivierten Umgebung fehlt ein für jede Therapie notwendiges Lernfeld. Die ausgedörrten Lebensbedingungen - in seiner Auswirkung entspricht die Institution einer Lebensversicherungsanlage - erweisen sich als ein weiterer Therapieantagonist. Der Gefangene soll in Therapie lernen, selbstverantwortlich zu handeln. Auf der anderen Seite wird ihm diese Möglichkeit durch die deprivierende Umgebung systematisch wieder genommen: Durch die Deprivationen erfolgt eine Blockierung lebensnaher Lernprozesse und damit eine Demontage der legalen sozialen Kompetenz.

Die Störung, die als Grundlage seiner Delinquenz angenommen wird (narzißtische Störungen, Beziehungsstörungen, mangelnde Frustrationstoleranz, mangelnde Impulskontrolle etc pp) werden in der deprivierten Umgebung negativ verstärkt. Der Versuch, dabei ein therapeutisches Klima mit den Grundvariablen Vertrauen, Offenheit, (Selbst)wahrnehmung, Eigenverantwortlichkeit, Entscheidungs- und Handlungskompetenz zu schaffen, erscheint damit ähnlich erfolgversprechend wie die Quadratur des Kreises. Therapeutische Ziele wie "Selbstverwirklichung", "Fähigkeit zur Liebe", "Authentizität" werden zur Farce.

Der totale Helfer sieht sich darüberhinaus mit einem weiteren - in der alltäglichen Arbeit nicht weniger gravierenden Therapieantagonisten konfrontiert: sein Therapiereservat wird ständig durch die Gebote von Sicherheit und Ordnung gefährdet. Die Hauptarbeit des Therapeuten ist die Rechtfertigung und Absicherung seiner Tätigkeit gegenüber den Kontrollorganen sowie gegenüber den Belangen von Sicherheit und Ordnung.

In der paramilitärischen Hierarchisierung der Mitarbeiter im Vollzug wird die Entscheidungsbefugnis des therapeutischen Personals wesentlich eingeschränkt. Dem therapeutischen Mitarbeiter ist meist ein Fachvorgesetzter, diesem wiederum ein Verwaltungsfachmann - zum Teil auch ein qualifizierter Psychologe in Form eines "Teilanstaltsleiters" - vorgesetzt, der die verwaltungs- und vollzugsrechtlichen Teilschritte einer Behandlung überwacht. Der Legitimations- und

Rechtfertigungsdiskurs wird auf zwei Ebenen zu einem grundsätzlichen Bestandteil der Therapie. Zum einen muß die alltägliche therapeutische Arbeit durch ein Netz von Zwischenberichten, Stellungnahmen und Gutachten für den Fachvorgesetzten und die Aufsichtsbehörde transparent gemacht werden. Jeder Teilschritt - etwa einer Vollzugserleichterung in der Form eines Ausganges - muß vom zuständigen Therapeuten ausführlich begründet und gerechtfertigt werden. Der Fachvorgesetzte bzw. der Teilanstaltsleiter - in besonderen Fällen auch die Aufsichtsbehörde - kann den Antrag jederzeit - ohne Angabe von Gründen - ablehnen.

Der Therapeut sieht sich gezwungen, die vorgegebenen Maßstäbe von Sicherheit und Kontrolle zu verinnerlichen - will er sich nicht zum Opfer permanenter Angriffe machen. Zwangsläufig wird er von dem Absicherungsdenken seiner Vorgesetzten infiziert.

Neben der Rechtfertigung der therapeutischen Arbeit mit dem gefangenen Klienten muß der Therapeut seine Tätigkeit auf der Ebene der Institution verteidigen.

Jeder Versuch, das therapeutische Lernfeld innerhalb der Institution auszuweiten, stellt einen potentiellen Angriff auf Sicherheits- und Ordnungsstrukturen dar. Der Therapeut steht gegenüber den Vorgesetzten - und diese wiederum der Aufsichtsbehörde - unter einem ständigen Rechtfertigungszwang, warum etwa eine Sicherheitsverfügung aufgrund eines therapeutischen Angebots eingeschränkt werden soll. Der Therapeut sieht sich gezwungen, jeden Versuch einer Verbesserung des therapeutischen Milieus durch einen Katalog von Berichten und Anträgen zunächst zu rechtfertigen, in der Hoffnung, dann - nach Monaten oder Jahren - eine Genehmigung dafür zu erhalten. Durch die damit verbundene Arbeitsbelastung tritt die eigentliche "therapeutische" Arbeit oftmals in den Hintergrund.

Der Therapeut muß mit den genannten Widersprüchen fertig werden. In der Regel geschieht dies mit einem Arrangement mit dem geschilderten System - und der damit verbundenen therapeutischen Ineffektivität. Die eigene Tätigkeit und deren Richtung wird nicht mehr problematisiert. In letzter Konsequenz heißt das, daß der Therapeut sich mit dem beschriebenen Defektzustand des Dienstleistungsmodells nicht nur abfinden, sondern sich damit identifizieren muß - will er der Gefahr entgehen, von der Widersprüchlichkeit der Rolle paralysiert zu werden. Dabei helfen verschiedene Bewältigungsmuster. Zum einen wird ihm die

Identifikation mit dem Status Quo der Institution durch die juristische Absicherung seines - wenn auch nur sehr beschränkten - Machtbereiches erleichtert. Hierin liegt eine der Gründe, warum sich einige Therapeuten so hartnäckig an das Modell der Personalunion klammern: die Institution stützt sie über die Doppelrolle mit dem legalen Mandat über das Schicksal des Patienten aus.

Eine Hilfe bei der Legitimierung des Status Quo ist auch die ausführliche Beschäftigung mit der Diagnostizierung und Ausgrenzung von kriminellen Verhalten und Verhaltensparametern der Persönlichkeit. Auswertung von Gerichtsurteilen, der Gefangenenakte, die Anwendung von Testbatterien machen den Gefangenen zu einem nachweisbar Behandlungsbedürftigen und legitimieren das Eingreifen des totalen Helfers.

Das differenzierte Diagnoseschema liefert für den Helfer die Grundlage für die Psychologisierung der Ausgangslage des Gefangenen: die Probleme, die der Gefangene mit der Anstalt, mit der Strafe und mit der Delinquenz hat, werden auf den psychologischen Anteil des Gefangenen reduziert und als Symptom der kranken Persönlichkeit diagnostiziert. Die Diagnosewerkstatt wird damit zu einem wesentlichen Bauteil der Arrangements- und Rechtfertigungsdiskurse des Helfers.

Ein weiterer Versuch, sich mit dem Rollenkonflikt zu arrangieren, ist das Basteln an Erfolgsstatistiken. Die mangelhaften Ausgangs- und Rahmenbedingungen für eine Therapie im Vollzug wirken sich unmittelbar auf den "Therapieerfolg" - das Legalverhalten - aus. Katamnestiche Langzeitstudien über die Rückfallhäufigkeit von therapeutisch behandelten und unbehandelten Straftätern liegen aus der Bundesrepublik derzeit nicht vor. Aus internationalen Untersuchungen wurde die anfängliche Behandlungseuphorie jedoch sehr bald gebremst. In einem Behandlungsexperiment in Washington (1971) zeigte sich, daß die behandelte Vergleichsgruppe gegenüber der unbehandelten nach einem Jahr deutlich geringer war. Jedoch bereits nach drei Jahren war die Rückfallquote bei beiden gleich. Weitere - im angloamerikanischen Raum - durchgeführte Untersuchungen kamen zu ähnlichen Ergebnissen: die sozialtherapeutischen Resozialisierungsbestrebungen haben keine wahrnehmbare Wirkung auf die Rückfälligkeit gehabt (MARTINSON 1974).

Um einer prinzipiellen Erfolglosigkeit vorzubeugen, werden inzwischen meist solche Gefangene für die Behandlung ausgewählt, bei denen - in bezug auf das künftige Legalverhalten - prognostisch gute Aussichten bestehen: Erstverbüßer,

Affekttäter, Strafgefangene aus Mittel- und Oberschicht etc.

Diese Praxis birgt die Gefahr, daß man sich auf Seiten der Therapeuten eine Klientel zusammenstellt, die den therapeutischen Fähigkeiten des Personals entspricht, jedoch nicht Therapieverfahren entwickelt, die sich nach den tatsächlichen Bedürfnissen der Klienten richten.

Zum Erfolgsnachweis der therapeutischen Tätigkeit werden - statt einer möglicherweise negativ ausfallenden katamnesticen Untersuchung - verstärkt die Gehorsamkeitserfolge innerhalb der Anstalt zur "Erfolgskontrolle" herangezogen.

Die Statistiken über Pünktlichkeit bei Ausgängen oder eines möglichen Rückfalls während der Behandlung zeigen meistens passable Ergebnisse, sagen jedoch über dauerhafte Veränderungen bei den Klienten nichts aus.

Auf weitere Anpassungsstrategien - die Identifikation mit den repressiven Strukturen - wurde bereits hingewiesen.

Versagen die bereits aufgeführten Arrangementstrategien, bleibt dem Therapeuten nur die direkte Abwehr des "allseitigen Elends". Abwehr in diesem Fall heißt: nicht zur Kenntnis nehmen, ignorieren, darüber hinweggehen, Dienst nach Vorschrift. Daß Abstumpfung und Resignation dennoch nicht zur daherhaften Lösung der Rollenkonflikte führen, zeigt die hohe Personalfuktation innerhalb der totalen Helferriege. Trotz engem Arbeitsmarkt beträgt die durchschnittliche Verweildauer innerhalb der Institution nur zwei bis drei Jahre. Nicht wenige kündigen auch ohne das sichere Sprungnetz in Form einer neuen Stelle ... .

#### LITERATUR:

BASAGLIA, F., u.a., 1980: Befriedungsverbrechen. Frankfurt

CONRAD, P., 1982: Empirical Study of the Concept of Psychotherapeutic Success, Journal of Consulting Psychology, S. 92-97

GOFFMANN, E., 1972: Asyle. Frankfurt

MARTINSON, R., 1974: What works? Questions and answers. About prison reform. Journal of Public Interest, 26, S. 22-54

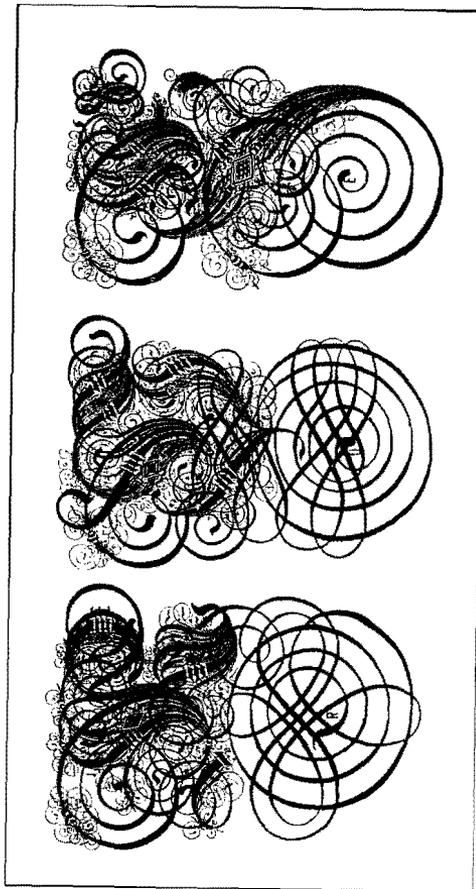
MEHLER, A., 1981: Psychiatrie des Strafvollzugs. Stuttgart

MILGRAM, S., 1967: Behavioral study of obedience. Journal of Abnormal & Social Psychology (4), S. 371-378

STELLER, M., 1977: Zur Behandlungsmotivation von Delinquenten. MschrKrim, S. 279-285

WIERTZ, A., 1982: Strafen-Bessern-Heilen? München

Andres Veiel  
Grünwaldstraße 10  
1000 Berlin 62



## ANGST, EIN VERSCHWIEGENES GEFÜHL IM STRAFVOLLZUG

Jörg C. Rathert

Von Psychologen, die im Strafvollzug arbeiten, wird die Belastung durch diagnostisch - prognostische Aufgaben häufig sehr pointiert beklagt (LÜSEL, BLIESENER 1987).

Nicht zuletzt liegt das am Selbstverständnis der Strafvollzugspsychologen, die überwiegend am Berufsbild des Klinischen Psychologen orientiert, sich in erster Linie um die Betreuung und Behandlung der Gefangenen kümmern wollen (WEINERT 1986).

Das erscheint auf den ersten Blick auch plausibel. Merkwürdig ist allerdings, daß nur der geringere Teil der beispielsweise im Strafvollzug NRW arbeitenden Psychologen über eine abgeschlossene therapeutische Zusatzausbildung verfügt.

Der Wunsch nach mehr Therapie macht auch stutzig, wenn man bedenkt, daß explizite Therapiekonzepte für Straftäter überhaupt noch nicht entwickelt sind, bzw. sich in einem mittleren Stadium kritischer Prüfung befinden. Letzteres gilt insbesondere für die sog. "Sozialtherapie" (KAHLAU, DENIGUA, oJ).

Außerhalb des Strafvollzugs erprobte Therapieverfahren, mit denen eine weitgehende Persönlichkeitsentwicklung und/oder -veränderung angestrebt wird, zielen vorrangig auf Patienten der Mittelschicht und weit weniger auf inhaftierte Straftäter ab (BAUMANN 1981).

Man sollte von daher deutlich größere Zurückhaltung vor therapeutischen Aufgaben erwarten, zumal die tatsächliche oder vermeintliche strukturelle Therapiefeindlichkeit der Institution Strafvollzug bestens bekannt ist (KÖHNE 1983, BRASCH 1988).

Für diese wird der autoritäre Charakter der Binnenstruktur der Haftanstalten und die organisatorische Machtlosigkeit der Psychologen als ursächlich angesehen. Manche halten genau das aber sogar für eine besonders günstige Konstellation (SIMON 1988). Mit welcher Argumentation auch immer, Therapietätigkeit wird als in erster Linie erstrebenswertes Ziel angegeben.