

Der Stellenwert der Gesundheit im Strafvollzug

Autor(en): **Schuh, Jörg**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Kriminologisches Bulletin = Bulletin de criminologie**

Band (Jahr): **15 (1989)**

Heft 2

PDF erstellt am: **26.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1046915>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

DER STELLENWERT DER GESUNDHEIT IM STRAFVOLLZUG

Jörg Schuh

Neben einigen persönlichen Effekten und den unverarbeiteten Empfindungen für das, was mit ihm in der letzten Zeit geschehen ist, bringt der in die Anstalt eintretende Insasse nur wenig in seine neue Lebenssituation mit hinein. Was ihm geblieben ist, ist seine Gesundheit, die er erhalten will oder seine physische und psychische Erkrankung, die ihn weiterhin belasten wird. Ist es verwunderlich, daß der körperliche Zustand einen unerhört bedeutsamen Stellenwert erhält? Die intakte Gesundheit stärkt das angegriffene Selbstwertgefühl, und die Möglichkeit, in der Anstalt vielleicht gesund werden zu können, gibt dem Strafvollzug für viele Insassen erst einen richtigen Sinn. Diesen Fragen will der vorliegende Band nachgehen. Wenn das Vorwort sich vor allem mit der psychischen Situation beschäftigt, so deshalb, um Ausgleich zu schaffen zu den nachfolgenden Ausführungen, die vor allem den somatischen Aspekten gewidmet sind.

Alle Lebewesen – Pflanzen, Tiere, Menschen – wenden sich von schädlichen Reizen ab, greifen nach jeder Energieform, die ihren Lebenstonus erhöht. Organismen, die nicht imstande wären, Wohltätiges zu integrieren, Abträgliches auszuscheiden, mindestens in der Form des Ausweichens, der Flucht, des Krank-Werdens, des Totstellens, aber auch des Zusammenschlusses mit anderen, wenn der Kampf aussichtslos ist, gehen zugrunde. Die Strafe ahmt diese biologischen Verhältnisse nach, mögen sie sich in gegenwärtigem Schmerz oder künftiger Gefahr äußern. Die Strafe ist einfach eine von der Gesellschaft aufgerichtete, künstliche Gefahr; ein bereitgestellter, von Menschenhand gefertigter Schmerz. Die Erwartung ist, daß das Individuum vor der Drohung zurückzuscheuen und den einmal zugefügten Schmerz als Hemmung in den Mechanismus seiner Antriebe einzubauen vermag. Bei diesem Vorgang spielen körperliche und psychische Zustände eine besondere Rolle. Der Gesunde vermag in aller Regel zu integrieren und auszuscheiden. Und die Begegnung mit dem Kranken ist für den Strafvollzug eine besondere Herausforderung, aber auch eine der wesentlichen Chancen zur Resozialisierung.

Der Gesetzgeber erwartet vom Strafvollzug, daß er erzieherisch auf den Gefangenen einwirke und ihn auf den Wiedereintritt in das bürgerliche Leben vorbereite (Art. 37 StGB).

Dieser Erwartung wird auf vielseitige Weise entsprochen. Und doch sieht sich der Strafvollzug bei der Ausübung dieses Postulates vor einem grundsätzlichen Konflikt. Auf der einen Seite soll erzieherisch auf den Gefangenen eingewirkt werden und auf den Wiedereintritt in die bürgerliche Lebensform vorbereitet werden, auf der anderen Seite liegt der Verurteilung zu einer Strafe die Auffassung zugrunde, dem Rechtsbrecher solle gezeigt werden, daß er durch sein fehlbares Handeln Strafe verdient habe, um so Sühne für sein Fehlverhalten zu

üben. Repressive Übelszufügung als Vergeltung wertet den Aspekt des Vergangenen, erzieherischer Einfluß und die Vorbereitung auf den Wiedereintritt in das bürgerliche Leben blickt in die Zukunft und gibt der Hoffnung Nahrung, der fehlbar Gewordene möge den Unrechtscharakter seiner Handlung erkennen und sich nach Abbüßung der Strafe als ein brauchbares Mitglied der bürgerlichen Gesellschaft erweisen. Diesem zweifachen Anliegen kann der heutige Strafvollzug nicht ohne Mühe entsprechen.

Unzählige Anstrengungen sind unternommen worden, den Strafvollzug zu einem Instrument zu gestalten, das fähig sein soll, dem bürgerlichen Vergeltungsempfinden (,wer fehlbar handelt, muß bestraft werden') zu entsprechen, den Gefangenen selbst nicht im Unklaren zu lassen über die Reaktion, die ein solches Verhalten mit sich bringt, ihn aber auch nicht der Hoffnung zu berauben, daß sein Tun ihn nicht endgültig von der menschlichen Gemeinschaft ausgeschlossen habe.

Dies scheint in der Regel zu genügen. Wo notwendig werden aber durchaus zusätzliche Leistungen erbracht, die sich anstandslos in das Gefüge einer Vollzugsanstalt einordnen lassen. So ist für seelsorgerliche Betreuung gesorgt und in der Regel verfügt jede Anstalt über die Möglichkeit, auf Freiwillige zurückgreifen zu können, die es sich zum Anliegen gemacht haben, einem Gefangenen im Sinne der Einzelhilfe zur Seite zu stehen.

Dem Streben nach Sozialisierung entspricht es, daß die Vollzugsanstalten einen Sozialdienst errichten, dessen Aufgabe es ist, den Kompromiß zwischen Freiheitsbeschränkung auf der einen Seite und dem Streben nach Aufrechterhaltung sozialer Beziehung und der Selbstbestätigung als soziales Wesen auf der anderen Seite in einen möglichst harmonischen Einklang zu bringen. So ist der Sozialarbeiter ein Zwischenglied zwischen der Strafvollzugsanstalt und der sozialen Umwelt des Gefangenen und seine vornehmste Aufgabe ist es, diese sozialen Beziehungen, die ja einer unerhörten Kraftprobe ausgesetzt sind, nicht verkümmern zu lassen.

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 entsprechenden 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 den Experten als behandlungs- oder maßnahmebedürftig erkannt worden ist und 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 ist. So kommt es oft genug zur Konfliktsituation, daß gewisse Rechtsbrecher ihre Strafe in therapeutischem Milieu (der psychiatrischen Klinik vor allem) zu verbüßen haben, weil ihre psychische Struktur das Haftmilieu für ungeeignet erscheinen läßt. Oft aber verbringen solche Rechtsbrecher die Verbüßung in einer Strafvollzugsanstalt, entweder weil es an dem geeigneten therapeutischen Milieu fehlt oder weil der Betreffende für dieses Milieu als nicht geeignet erscheint. Relative Unheilbarkeit bei besonderen Klassen von Psychopathen oder besondere Gefährlichkeit oder Platzmangel, um nur einige Gründe zu nennen, können hierfür ausschlaggebend sein. 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 hat deshalb in der Regel den Rahmen ihrer Interventionsmöglichkeiten den Erfordernissen dieser speziellen Konstellationen anzupassen versucht. 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. Für diese Nicht-Einordnung können verschiedene Gründe geltend gemacht werden. Zu denken ist an den erwähnten Grenzfall, dessen Zuweisung in therapeutisches oder Strafvollzugsmilieu nicht ohne Mühe zu treffen ist. Häufig ist der durch lange Haftverbüßung in seiner Persönlichkeit bereits veränderte Gefangene ohne besondere Unterstützung nicht mehr haltbar. Sehr gegenwartsbezogen ist der Strafvollzug drogenabhängiger Rechtsbrecher, 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 den Einfluß bewertet, den 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, 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 – gestützt wohl auf Expertenaussagen – im Urteil verfügt, der Verurteilte habe sich einer besonderen Behandlung zu unterziehen. (So vor allem gemäß Art. 43 StGB).

Diese Dienste sind im Rahmen der Vollzugsanstalt zusammengefaßt im weit

umschriebenen Begriff des ‚medizinischen Dienstes‘. Dieser medizinische Dienst umfaßt den ärztlichen, zahnärztlichen, psychiatrischen und psychologischen Mitarbeiter. Hin und wieder gehört ihm auch der 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 zu einem Teil ihrer beruflichen Tätigkeit dem Gefängnis zur Verfügung stehen. Dies hat Vor- und Nachteile. Die Mitarbeiter sind zum Teil zu wenig integriert in das Vollzugsleben und haben deshalb Mühe, die Problematik der Gefangenen in ihrer ganzen Tragweite zu erfassen. Auf der anderen Seite kann das harmonische Verhältnis zum Personal durch nur sporadisches Erscheinen nicht voll ausgebaut werden und so kommt es dann, daß die Psychologen, die Psychiater und die Sozialarbeiter als die ‚Besserwisser von der Universität‘ bezeichnet werden. Der Vorteil besteht darin, daß bei dieser Struktur des medizinischen Dienstes in der Regel ein größeres Vertrauensverhältnis zustande kommt. Der Gefangene identifiziert den Mitarbeiter dieses Dienstes nicht unbedingt mit der Direktion und ist so zur Mitarbeit eher bereit. Dies trifft vor allem auf den Psychiater und den Psychologen zu, weniger auf den Allgemeinarzt, der eher eine anerkannte und neutrale Position einnimmt.

Der medizinische Dienst nimmt sich in vielfacher Weise seiner Patienten an. Wenn in folgendem vor allem der Psychiater und der Psychologe berücksichtigt wird, so deshalb, weil der Allgemeinpraktiker in allen Vollzugsbereichen tätig wird, ob der Gefangene dem ‚unproblematischen Strafvollzug‘ oder der Sonderkonstellation zugeordnet wird oder nicht.

Psychiater und Psychologen erhalten ihr Mandat in der Regel auf dreifachem Weg. Zum einen verfügt der Richter, daß der Verurteilte sich einer geeigneten Behandlung während des Strafvollzugs zu unterziehen habe (vor allem auch Art. 43 StGB). Ob diese geeignete Behandlung eine medikamentöse und psychiatrische oder aber eine psychologische sei, wird in der Regel während des Vollzugs von den beiden zuständigen Experten abgesprochen, wenn das richterliche Mandat nicht den einen oder anderen im besonderen anweist. Eine weitere Zuweisungsquelle stellt die Entscheidung der Direktion dar, den Gefangenen einem psychologisch-psychiatrisch 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 ‚negativer Auslese‘ gesprochen. Die Neigung des Verurteilten zu Ausbruchsversuchen und die Andeutung eines möglichen Selbstmordversuchs können diese Vorstellung ebenfalls bedingen. Und schließlich gibt es Deliktsformen, die eine solche therapeutische Hilfestellung geradezu herausfordern. Brandstiftung und Sittlichkeitsdelikte gehören in der Regel dazu. Und selbstverständlich hat auch der Verurteilte das Recht,

diese psychologische Betreuung anzufordern. Aus welchem Grund er dies tut, ist gemeinhin unerheblich. Er kann sich davon versprechen, den Haftdruck subjektiv zu erleichtern, sein eigenes Verständnis in das Tatgeschehen zu erhöhen, seine Schuld und Strafe zu integrieren und vieles mehr. Vielleicht ist ihm auch daran gelegen, eine Person zu finden, die über den Rahmen der Vollzugsbestimmungen hinaus den Kontakt mit den Familien aufrechterhalten kann. Seine Motivation zu therapeutischem Geschehen kann aber auch banaler Natur sein. Der Besuch beim Psychologen unterbricht die eintönige Arbeit und stellt eine willkommene Zigarettenpause dar. Möglicherweise ist zwischen dem Verurteilten und dem Psychologen eine Beziehung entstanden, die eine rein persönliche, zwischenmenschliche ist und mit Therapie nicht mehr viel zu tun hat. Der Betreuer kann die Natur der Beziehung und die Notwendigkeit oder aber die Sinnlosigkeit therapeutischen Intervenierens zwar werten, darf aber dem Gefangenen seine Bitte um diese Hilfe nicht verweigern.

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 die seelische oder die körperliche Konstellation hierfür ausschlaggebend ist. Man reiht diese Bilder in die Klasse der psychosomatischen Erkrankungen ein, die nun erst hervorgerufen werden durch die besonderen Bedingungen der Strafverbüßung. Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Appetitverlust, Schwindelgefühle und andere sind bekannte Beispiele. Hier ist die Abgrenzung weniger eindeutig zu treffen, ob der Somatiker oder der psychologisch Ausgebildete zu deren Heilung herbeigezogen werden soll. Im Idealfall beide, aus praktischen Gründen wird sich der eine von beiden auf die Betreuung beschränken müssen. Diese Aufteilung ergibt das Problem, daß notwendigerweise der körperliche oder aber der seelische Aspekt unterbewertet wird. 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, in wie weit der Betreffende seine psychosomatische Anlage mit in das Haftmilieu hineingebracht hat und in wie weit das Haftmilieu sie gerade ausgelöst oder zumindest verstärkt hat. Hier geraten wir an eine erste Grenze der Betreuung unserer Gefangenen.

Eindeutiger ist die Situation, in der nachzuweisen oder zumindest zu vermuten ist, der Eingeschlossene leide an Beschwerden, die eindeutig dem seelisch-psychischen Bereich zuzuordnen sind. Hier kommt die ‚Seelsorge‘ im weitesten Sinne zum Zuge. Sie kann verschiedene Formen annehmen, die von dem Symptom auf der einen Seite, vom Mandat aber auf der anderen Seite abhängen. Die explosionsartige Haftpsychose (häufig auch ‚Zuchthausknall‘ genannt)

bedarf einer anderen Behandlung als das Aufarbeiten einer langen psychischen Fehlentwicklung, die vom Richter und den Experten als solche erkannt worden ist und deren Behandlung ihren Niederschlag in der Disposition des Urteils findet.

Die Behandlung dieser psychischen Erkrankungen stellt den Arzt vor vielfältige, nicht einfach zu lösende Aufgaben. Dankbar ist die Begegnung mit dem Leidenden, der sich seines Zustandes bewußt ist und die Heilung von sich selbst heraus sucht. Kommt diese therapeutische Begegnung zustande, weil der Richter sie für notwendig erachtet oder der Direktor der Strafvollzugsanstalt sie für geeignet hält, ohne daß der betreffende zu Behandelnde diese Auffassung teilt, so kann es zu ungünstigen therapeutischen Ausgangslagen kommen. Die Motivation auf der Seite des Leidenden, aber auch auf der Seite des Behandelnden ist ja ein Grundpfeiler der therapeutischen Intervention, der aber brüchig sein kann, wenn dieser helfenden Begegnung Zwangscharakter innewohnt. Zwangscharakter ist immer dann zu vermuten, wenn die Therapie von Drittpersonen ‚bestellt‘ worden ist, ohne daß der Erkrankte die Möglichkeit hat, der Therapie zuzustimmen oder sie abzulehnen. Dies macht den Therapeuten zum Mandatsträger, der, ohne die ursachliche Erkrankung unmittelbar angehen zu können, erst einmal bestrebt sein muß, die Aggressionen abzubauen, die das Mandat entwickelt hat. So kommt es häufig 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 und was die Grundlage einer jeden Therapie darstellt.

Daß dieses Sich-Aufeinander-Beziehende häufig nicht reagiert, liegt aber auch an der Natur dieses ärztlichen Dienstes, der von außen in die Vollzugsanstalt eintritt. Ärzte und Psychologen fühlen sich oft nicht ‚wohl in ihrer Haut‘, weil sie sich in einem Milieu befinden, das sich von ihrem gewöhnlichen Berufsmilieu unterscheidet. Die freie ärztliche Tätigkeit in Praxis und Spital dient unumschränkt der Heilung des Erkrankten, mit oder ohne Einbeziehung seiner sozialen Umwelt. Bei der Behandlung des Strafgefangenen sind auch Arzt und Psychologe an gesetzliche Grundvoraussetzungen gebunden, die ihnen eine unumschränkte Tätigkeit nicht erlauben. Die Verurteilung zur Strafverbüßung ist eine dieser Grundvoraussetzungen, deren Aufhebung oder Aufschiebung nur in Sonderfällen denkbar ist und vom Arzt verantwortet werden muß. Die Unfreiheit des Leidenden stellt eine weitere Hemmung im Prozeß der Heilung dar. Viele Ärzte sind deshalb der Auffassung, daß Behandlung in Unfreiheit undenkbar sei. Ein weiteres kommt hinzu: während der Therapie entwickelt sich in der Regel zwischen dem Erkrankten und seinem Betreuer eine zwischenmenschliche Beziehung, die die Tat und die gesetzliche Reaktion in den Hintergrund treten läßt. Dadurch entfällt zwar nicht der Rechtsgrund der Strafe, doch vielfach aber

das subjektive Empfinden über deren Rechtfertigung und Notwendigkeit. Es kommt dann zu der Erscheinung, die man als ‚Gegentherapieren‘ bezeichnen würde. Es ist nicht mehr der medizinische Betreuer, der versucht, das Fehlverhalten des Straffällig gewordenen in dessen Persönlichkeit zu integrieren, sondern es ist der Gefangene, der den Arzt zu überzeugen beginnt, daß er zum Opfer geworden sei. Jeder im medizinischen Dienst einer Anstalt Tätige wehrt sich zwar gegen diese Erscheinung, aber sie ist wohl doch der Grund für den Vorwurf, den das Volk Psychiatern, Psychologen und Kriminologen macht, sie würden immer und um jeden Preis den Angeklagten in Schutz nehmen und eine Entschuldigung für das fehlbare Verhalten suchen und auch finden.

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. Stütz- oder korsettierende Therapie geht von der Annahme aus, dem Individuum sei es aus eigener Kraft nicht möglich, seiner pathologischen Situation entgegenzuarbeiten, bzw. sie 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 psychotherapeutischen Eingreifens ist die Kausaltherapie – eine sehr viel intensivere Art des Vorgehens –, deren zugrunde liegende Vorstellung davon aus geht, daß es für jedes konkrete Fehlverhalten (Delikt im konkreten Falle) Ursachen gebe. Diese Ursachen sollen durch eine Lerngeschichte erklärt werden können. In der Regel wird bezweckt, eine fehlgelaufene Lerngeschichte rückgängig zu machen, 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. Oder aber es finden auf biologischer oder psychischer Grundlage Entwicklungen statt, die nicht voll reversibel sind. Die kompensierende Therapie bezweckt nun das Einüben von kompensierendem Alternativverhalten unter Berücksichtigung irreversibler Ursachen von Problemverhalten. Sie sieht ihre Möglichkeiten darin, größere

Auftretenswahrscheinlichkeit als das Problemverhalten selbst und Milderung und Verhinderung der negativen Konsequenzen des Problemverhaltens erreichen zu können.

Am Ende jeder therapeutischen Bemühung, sei sie kausaler, stützender oder kompensierender Natur, steht im Idealfall der völlig gesunde Mensch, der sich so fühlt und verhält wie alle Menschen, die nie als psycho-sozial auffällig in Erscheinung getreten sind.

In der Regel findet kausale Therapie in der Strafvollzugsanstalt nur selten statt. Sollte eine solche Therapieform erfolgversprechend sein, so wird der zu Behandelnde in eine geeignete Institution (psychiatrische Klinik u. ä.) überführt. Auch vor der kompensierenden Therapie scheut man sich oft, weil die Laborbedingungen während des Strafvollzugs die realitätsbezogenen Auswirkungen dieser Therapie in normalen Umweltbeziehungen nicht gestatten und so Messungen von Alternativverhalten nicht durchgeführt werden können. Mit anderen Worten: es bleibt unklar, auf welche Weise der Gefangene sein angeleitetes Alternativverhalten unter anderen Bedingungen in Freiheit ausleben wird.

So beschränkt sich im allgemeinen therapeutisches Vorgehen in der Anstalt auf die stützende oder korsettierende Therapie. Bei dieser Stützung des Gefangenen wirken aber nun Elemente der beiden anderen Therapieformen mit hinein. So versucht der Therapeut durchaus Gründe für das Fehlverhalten zu finden (kausale Therapie) 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 ‚angepaßt‘ übersetzt. So wird der Dienst des Therapeuten als erstes diesem Ziel unterstellt. Wenngleich Verständnis aufgebracht werden muß für den begreiflichen Wunsch einer Haftanstalt, 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 Betreuer seine Tätigkeit einer zeitlichen Begrenzung unterwirft: vom Beginn seiner therapeutischen Bemühung 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 sein, 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. Therapie soll aber auch der Anstalt helfen, den Gefangenen bis zu seiner Entlassung ‚über die Runden zu bringen‘. So steht der Therapeut vor einem häufig 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 hinwegsetzen will, daß bei diesem Prozeß sein Patient während der Haftverbüßung psycho-sozial relevant sein kann und er mit den Prinzipien der Haftverbüßung in Widerspruch geraten kann. Oder ob er aber der Anstaltsdisziplin den Vorrang einräumt und seinen Patienten so ‚herrichtet‘, daß ihm Konfliktsituationen erspart bleiben, ihm seine Vergünstigungen erhalten bleiben, die ja auch dazu dienen, seine sozialen Beziehungen aufrechtzuerhalten und er auf seine bedingte Entlassung hoffen kann. So wäre möglicherweise, wenn auch eher selten, ein Therapieziel erreicht.

Untersuchungen, aber auch persönliche Erfahrungen zeigen, daß heute eingesetzte Ziele bewußt oder unbewußt eher dem zweiten Ziele dienen: der relativen Unauffälligkeit während der Strafverbüßung. Dies ist ein Nachteil, aber nicht nur: dadurch, daß es dem Therapeuten gelingt, seinen Patienten ‚ruhig zu halten‘, können möglicherweise andere Maßnahmen, die nicht therapeutischer Natur sind, eingreifen. Diese Maßnahmen hängen zusammen mit dem Versuch der Anstalt, ein möglichst getreues Bild sozialer Wirklichkeit zu erstellen. Durch die Bemühung der 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 fragwürdig, ob das Stilllegen eines Patienten eine aufrichtige Therapie sei. Es ist ja im eigentlichen Sinne 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 zwingende Ausdrucksmöglichkeit darstellen.

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

Der Gesetzgeber erwartet ja vom Strafvollzug zweierlei: daß er erzieherisch auf den Gefangenen einwirke und daß er ihn auf den Wiedereintritt in das bürgerliche Leben vorbereite. Wenn man davon ausgeht, daß der Normalvollzug der Freiheitsstrafe mit der zusätzlichen Hilfeleistung der therapeutischen Intervention erzieherisch auf den Gefangenen einwirke, so wäre zumindest die eine Hälfte des Postulates verwirklicht. Dies würde allerdings erfordern, daß Therapie Erziehungszielen diene. Diese Forderung gefällt nicht jedem Therapeuten, weil Erziehung oft Anpassung an Umweltgegebenheiten bedeutet, die durchaus nicht einem subjektiven Wohlbefinden entsprechen muß, wie es ja Ziel jeder Therapie ist. Zum anderen verspricht sich die Therapie mehr als nur eine bloße Einwirkung. Sie möchte Prozesse rückgängig machen, aufarbeiten, Lerngeschichte vermitteln und alternative Verhaltensmuster anbieten, die gelebt werden können.

Wenn gesagt worden ist, daß im Strafvollzug vor allem stützende Therapie betrieben wird, so ist das zwar zu bedauern, der Therapeut befindet sich aber nicht im Widerspruch zum Gesetzgeber, der von ihm ja nur erwartet, daß er einwirke auf die Persönlichkeit des Verurteilten. Man hat sich also die Frage zu stellen, ob man nicht zu anspruchsvoll sei, wenn man der Therapie unterstellt, daß sie mehr sein könne als nur Einwirkung. Ursprünglich wollte man ja gewisse Konstellationen in der Persönlichkeitsstruktur des Verurteilten modifizieren, um ihn so in Zukunft adäquater handeln zu lassen. Diese therapeutische Freiheit räumt das Gesetz nicht ohne weiteres ein. Der Verurteilte hat an erster Stelle Strafe zu verbüßen. Es wird aber eingeräumt, daß der Vollzug dieser Strafe einen erzieherischen Einfluß auf den Betreffenden ausüben solle. Vielleicht ist der Gesetzgeber der Auffassung, daß alles, was über diese Entwicklung hinausgehe, nicht mehr Sache des Strafvollzugs sei und möglicherweise anderen Institutionen vorbehalten bleiben solle. So ist denkbar, daß die therapeutisch erstrebenswerte Modifizierung von Sonderkonstellationen in der Persönlichkeitsstruktur des Gefangenen nicht mehr im Gefängnis, sondern in der psychiatrischen Klinik zu erfolgen habe. Wenn man also dem Therapeuten vorwirft, er gehe bei der Bestrebung um Modifizierung nicht weit genug, weil er nur stütze, so muß man dem Gesetzgeber vorwerfen, daß er ja gar nichts anderes erwarte, vielleicht nicht einmal zulasse, als gerade einen erzieherischen Einfluß auf den Verurteilten.

Die Schwierigkeit entsteht aber dann, wenn man an die zweite Hälfte des Postulats des Gesetzgebers denkt: der Strafvollzug habe den Gefangenen auf den Wiedereintritt in das bürgerliche Leben vorzubereiten. (Ich erspare mir die Diskussion über die differenzierte Frage, was der Begriff des ‚bürgerlichen Lebens‘ beinhalte. Der französische Text spricht denn auch m. E. richtiger vom ‚freien Leben‘.) Geht der Gesetzgeber von der Annahme aus, erzieherischer Einfluß genüge zum Wiedereintritt in das bürgerliche Leben? Oder aber meint er, der erzieherische Einfluß sei ein Teil des Postulates, der zweite sei die Vorbereitung auf den Wiedereintritt, was mit der Erziehung nicht ohne weiteres etwas zu tun haben muß? Vielleicht ist ein Umdenken auf therapeutischer Seite notwendig. Man ist immer davon ausgegangen, Therapie sei auf der Seite der erzieherischen Einwirkung im weiteren Sinne zu suchen. Wenn man aber nun die Therapie der Seite des Wiedereintritts in das bürgerliche Leben zuordnet, so erhellt daraus eindeutig, daß rein stützende Therapie zur Erleichterung des Haftdrucks und der angefochtene Vollzug der Freiheitsstrafe im Sinne der psycho-sozialen Unauffälligkeit nicht genügen können, um diesen Wiedereintritt zu gewährleisten.

Wenn diese Annahme zutrifft, so ist die stützende Therapie zu ergänzen. In welche Richtung sie zu ergänzen ist, ergibt sich aus dem Gesetztext. Der vom Gesetzgeber gewünschte erzieherische Einfluß durch den Strafvollzug stellt die individuelle Betrachtungsweise dar. Die Forderung nach Vorbereitung auf den

Wiedereintritt in das bürgerliche Leben soll das Individuum befähigen, in einem ihm angemessenen sozialen Rahmen zu leben. Hier geht es also nicht mehr darum, daß der Gefangene mit sich selbst fertig werde, wie dies der erzieherische Einfluß bezwecken will, hier geht es vielmehr darum, daß jeder Patient mit anderen fertig werde und sie mit ihm.

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.

Die Beziehung zwischen Medizin und Strafvollzug ist durch grundsätzliche Mißverständnisse gefärbt. Die Ärzte gehören zu den heftigsten Kritikern der Kontrollen und Restriktionen im Gefängnis. Sie stimmen aber auch darin nicht überein, welcher Prozentsatz der Insassen tatsächlich einer Therapie bedarf. Allgemeine Übereinstimmung besteht nur darin, daß die psychiatrischen und psychologischen Dienste in einem groben Mißverhältnis stehen zu den tatsächlichen Bedürfnissen und den Möglichkeiten, die für eine Behandlung bestehen.

Die Betreuungsstrukturen unserer Anstalten (432) können den tatsächlichen Bedürfnissen kaum entsprechen. Die Zahl der Spezialisten ist außerordentlich gering; die Zeit, die sie zur Verfügung stellen können, ebenso, und so kann von Betreuung und Behandlung kaum gesprochen werden. Die Fachleute bleiben allzu oft auch noch während des Strafvollzugs Begutachter, weil die Behörde einen Bericht von ihnen erwartet oder sie werden zu Notfallsituationen gerufen, die sich während des Vollzugs ereignen. Zu einer dauerhaften, intensiven, therapeutischen Beziehung kommt es nur in wenigen Fällen.

Eine nicht geringe Schwierigkeit wird sich, wie zu befürchten steht, speziell ergeben, weil die Berufsgruppe, die von ihren Kenntnissen her am meisten aufgerufen ist, sowohl die Therapie der Patienten auszuüben wie auch für ein konstruktives Anstaltsklima Sorge zu tragen – die Therapeuten nämlich – gerade hinsichtlich der hier gefragten Tätigkeit unleugbar ‚schwache Stellen‘ hat. Zunächst einmal muß der Therapeut hinsichtlich der zu behandelnden Patienten, in die sich einzufühlen zweifellos schwerer ist, eine wesentlich höhere Frustrationstoleranz aufbringen, als er das sonst muß, was seine Motiviertheit, hier zu arbeiten, schon einmal dämpfen dürfte. Er muß aber auch das ihm gewohnte Setting aufgeben, was als lästig empfunden werden und verunsichern kann. Er muß auf das klassische Zeremoniell des Behandlungszimmers, eines phantasierenden, träumenden, sprechenden Patienten, der nicht agiert, verzichten können, denn Struktur und Dynamik der Tat stellt eine andere Gesetzmäßigkeit dar als die der Vorstellung.

Viele Psychiater fühlen sich unbehaglich in einer Situation, in der sie gezwungen sind, sich einer Sprache zu bedienen, die nicht ihre eigene ist und die sie entweder für vorwissenschaftlich halten oder die sie – zu Recht oder Unrecht – verdächtigen, mit unklaren metaphysischen Implikationen beladen zu sein.

Diese metaphysischen Implikationen in der Anstalt widersprechen oft der psychiatrischen Terminologie. Was der Psychiater in Syndrombegriffen oder Krankheitsbildern sieht, sieht die Anstalt anders. So ist eine Depression für den Psychiater oft eine Arbeitsscheu für den Beamten.

Der Hauptkontakt zwischen Psychiater und Rechtsbrecher findet in der erzwungenen Atmosphäre des Gefängnisses statt. Die Position des Psychiaters wird nur selten in der Anstalt geschätzt. Er wird häufig als Agitator betrachtet, als ein unwirksamer ‚Guttuer‘, dessen Ziele mit der der Anstalt nur selten vereinbar sind. Und trotzdem werden die Psychiater nicht müde, ihre Stellung im Strafvollzug zu behaupten.

Worin besteht die Aufgabe und der Status des Therapeuten in einer Strafvollzugsanstalt? In diesem Rahmen – der Anstalt nämlich – repräsentiert er mehr Autorität als in jedem anderen, wo Psychotherapie betrieben wird. Von ihm wird vermutet, daß er ein Agent der Verwaltung sei, der aber dennoch dann zum Helden wird, wenn er etwas tut oder sagt. Er wird als omnipotent betrachtet, der auf alles eine Antwort weiß, aber auch als jemand, der sich nicht in die Haut der Insassen versetzen kann, der ihre Gefühle nicht kennt und für den die Arbeit im Gefängnis eher Forschung als Behandlung sei.

In seinem normalen Berufsleben treten dem Psychiater Menschen als zu behandelnde Patienten gegenüber. Wenn er den Auftrag erhält, einen Kriminellen zu begutachten, mag er diesem folglich in der gleichen Gesinnung begegnen, das heißt, als einem Patienten, der ärztlicher Behandlung bedarf. Es kann vorkommen, daß dem Psychiater die Tatsache nicht hinreichend bewußt ist, daß das Gesetz nicht nur und nicht einmal in erster Linie auf das Seelenheil des Gesetzbrechers abzielt, sondern auch die Aufrechterhaltung von Mindestnormen des Verhaltens in der Gesellschaft sichern will. Überdies leugnet eine zwar kleine, aber sehr hörbare Gruppe von Psychiatern die abschreckende Wirkung der Strafandrohung überhaupt – ‚eine radikale Behauptung angesichts der täglichen Erfahrung eines jeden im Büro und in der Werkstatt, im Wohnzimmer und am Markt, auf dem Sportplatz und im Straßenverkehr‘.

Nicht notwendigerweise muß die Behandlungsmethode der juristischen Konzeption von Freiheit-Tat-Strafe widersprechen, selbst dann nicht, wenn in Ausnahmefällen der Therapeut den Schuldbegriff übernimmt. Aber für ihn ist Strafe eher ein Mittel zum Zweck. Eine in ein durchsichtiges Behandlungsprogramm integrierte Strafe kann den Rechtsbrecher durchaus dazu führen, Ordnungen als sinnvoll zu begreifen und kann ihn – gestützt durch begleitende Behandlung – auch dazu motivieren, ihnen in wirksamer Weise nachzuleben.

Die modernen Pönologen kämpfen mit dem Konflikt zwischen einem medizinischen Modell, das das Verbrechen als Produkt individueller Defekte und Störungen betrachtet, dem aber in einem medizinisch-psychiatrisch und sozialen Behandlungsprogramm begegnet werden kann und dem juristischen Modell,

das sich eher auf die Doktrin vom freien Willen und der Selbstbestimmbarkeit des Menschen für sein Tun und Handeln abstützt. Der Streit wird durch die Reformen nur noch komplizierter: die einen möchten die Gefängnisse abschaffen und wenn nicht, sie wenigstens human gestalten und das Rehabilitationsprogramm wirkungsvoller machen und die anderen bestehen darauf, daß die Gesellschaft ein Recht darauf habe, sich selbst vor kriminellen Elementen zu schützen, indem sie Rechtsbrecher verwahrt, gleichgültig, ob dies zu ihrer sozialen Besserung führe oder nicht.

Im übrigen ist die Anleihe, welche das Strafrecht bei der Psychiatrie macht, recht zweifelhaft. Während der juristische Schuldbegriff die Ansicht miteinbezieht, daß eine kriminelle Tat entweder schlechten Motiven oder der Krankhaftigkeit des Täters entspringt, ist für den Psychiater jeder Mensch, der selbst leidet oder andere leiden läßt, ein Kranker. Wenn also der Arzt die Frage beantworten soll, ob die Willensbildung aufgrund einer beeinträchtigenden geistigen Gesundheit erfolgt sei, so wird implizit gleich mitgefragt, ob der Täter krank oder nicht einfach ‚schlecht‘ gewesen sei. Hierauf kann der Arzt kaum eine Antwort geben, weil für ihn auch der ‚schlechteste Rechtsbrecher‘ ein Kranker ist, zumindest ein Sozialerkrankter. Jede Schlechtigkeit ist somit also eine Ausstrahlung der Beeinträchtigung der geistigen Gesundheit. Damit soll nicht unbedingt gesagt sein, daß jegliche Art von Erkrankung schon an sich die Verantwortung des Rechtsbrechers tangiere. Aber die sogenannte Schlechtigkeit hat eine Umhüllung erfahren, die sich im Begriff der ‚Psychopathie‘ niederschlägt. Dies ist eine Krankheitsdefinition, in die die sogenannten Schlechten eingereiht werden, weil zur Begriffsbestimmung vor allem die Verstöße gerechnet werden, die sich gegen die Gesellschaft im allgemeinen und eine spezifische soziale Umwelt im speziellen richten. Und so gilt, daß die Psychopathie um so schwerer wiegt, je schlechter die einzelnen sind. Daß dies mit der Beeinträchtigung der geistigen Gesundheit nichts zu tun haben kann, sollte einleuchtend sein. Dies wäre ein Entschuldigungsmotiv, das an der vom Strafrecht zu beurteilenden Wirklichkeit weit vorbeigehen würde. Wenn die Psychopathie eines Täters, die nur in einer Schlechtigkeit besteht, eine Einschränkung der geistigen Gesundheit bedeuten würde, dann wären nur noch charakterlich anständige Täter dem Strafgesetz unterworfen und der schlechte Täter würde um so milder behandelt, je schlechter er sei. Voll bestraft würde damit nur der moralisch hochstehende Rechtsbrecher, was vom Strafgesetz so nicht gewollt sein kann.

So kommt es notwendigerweise zu einer Hypostasierung der ursprünglichen Begriffe. Dies ist bedingt durch eine Klassifizierung der geistigen Störungen in ein Begriffssystem aufgrund psychologischer Erkenntnisse. Psychiatrische Begriffe waren und sind ja immer abgekürzte Beschreibungen dessen, was man beobachten konnte. Diese Beschreibung wird aber allzu leicht eine Sache, die der Kranke angeblich hat. Man sah in ihm einen Kranken, weil man feststellte,

daß er von uns abweichend handelte und dachte. Je weiter wir uns nun von ihm entfernt fühlen, desto weniger waren wir auf ihn bezogen und so wurde das, was man zu beobachten glaubte, zu einem Krankheitssyndrom. Dies trifft in besonderer Weise auf die Psychopathie und auf die Schizophrenie zu. Je weniger wir auf den Kranken bezogen waren, desto eher wurde er mit einem solchen Etikett belegt. Dies betrifft aber auch das Erkennen von anderen Mentalstörungen.

Es ist somit davon auszugehen, daß in der derzeitigen Situation des Strafvollzugs der Arzt, Psychiater oder Sozialpädagoge in erster Linie eine Diagnose erarbeiten soll und kann, daß er weiterhin zur Frage der Prognose Stellung nehmen muß, daß ihm jedoch für eine Behandlung (im engeren Sinne des Wortes) in der Regel weder genügend Mittel noch Erfahrungen zur Verfügung stehen. Und so wird zu Recht gefordert, daß die multifaktorielle Genese der Kriminalität wie auch die trotz aller Unzulänglichkeit vorhandenen, unterschiedlichen Einwirkungsmöglichkeiten in dem sozialen Feld des Vollzugs eine Zusammenarbeit mit anderen Fachleuten notwendig mache.

Wenn die medizinische Auskunft über den Rechtsbrecher nicht ausreichend ist, so sollte das Gericht die Möglichkeit haben, den zu Verurteilenden in eine Klinik zu senden, um dort entscheiden zu lassen, ob er an einer Störung leide, die einer Behandlung zugänglich ist und welche Anstalt – Klinik oder Gefängnis – diese Behandlung an die Hand nehmen solle.

In diesem System könnte der Arzt einen Hauptbeitrag für die Entscheidung des Gerichts leisten. Er wäre nicht gezwungen, zugunsten eines Gutachtens aufgrund von Lehrmeinungen zweifelhaften Inhaltes und fragwürdiger Relevanz auf das Wissen, welches die Medizin gegenwärtig über das menschliche Verhalten gewonnen hat, zu verzichten, sondern könnte aus den Hilfsquellen seines Wissens dazu beisteuern, die Folgen der unterschiedlichen und rivalisierenden Dispositionen abzuschätzen. So wären bei der Beurteilung die berühmten Regeln von M'Naghten zu ersetzen und es wäre zu fordern, daß man dem Psychiater Fragen stelle, die sowohl für ihn als auch für eine angemessene Disposition des Falles gleich sinnvoll sind und die er mit vernünftiger Einschätzung beantworten kann: die Frage nach der Gemeingefährlichkeit und der Wahrscheinlichkeit, daß der Täter das gleiche oder ein anderes Verbrechen erneut begehen würde, die Frage nach der Abschreckung, d. h. ob die Triebfeder seines gesetzwidrigen Handelns so beschaffen sei, daß er durch ein Absehen von Folgen beeinflußt werden könne und ob er medizinisch oder erzieherisch heilbar sei und wenn ja, wo: im Gefängnis oder in der Klinik?

Wenn diese medizinischen Maßnahmen in der psychiatrischen Klinik durchgeführt werden, so wird man sich im klaren sein müssen darüber, daß sie im Strafsystem in der Regel nur eine Zwischenstation darstellt. Dieser Aufenthalt genügt jedoch, um den Rechtsbrecher von seiner Andershaftigkeit zu überzeugen und

dient zu einer Stigmatisierung, weil zum Etikett ‚kriminell‘ zusätzlich das Etikett ‚psychisch abnorm‘ komme, was seine Chancen weiter beeinträchtigt.

Es ist klar geworden, daß man in psychiatrischen Krankenhäusern psychisch Gesunde nicht von Kranken unterscheiden kann. Das Krankenhaus stellt eine spezifische Umgebung dar, in der die Bedeutungen von Verhaltensweisen leicht mißverstanden werden können. Die Konsequenzen für Patienten sind zweifellos antitherapeutisch.

Ein Grund für ungleiche Behandlung liegt auch darin, daß ein Rechtsbrecher eher als ein Sozialkranker gesehen wird als ein psychisch Erkrankter. Insofern fristet er in der Klinik ein Sonderdasein. Dies führt zu seiner eigenen Verunsicherung, aber auch zu einer Unbeholfenheit bei der Auswahl der geeigneten Behandlungsmittel. So wird der Rechtsbrecher je länger je mehr in der Klinik nicht behandelt, sondern nur verwahrt, aber durch Medikamente ruhiggehalten.

Es scheint, daß – trotz der wesentlichen Unterschiede der Insassen in Gefängnissen und der Patienten in psychiatrischen Kliniken – diese beiden Anstaltstypen einander immer ähnlicher werden. Dies liegt daran, daß man sich auf beiden Gebieten immer mehr Rechenschaft darüber ablegt, welche Bedeutung die soziale Umwelt für beide Populationsgruppen hat. Sowohl in der Psychiatrie wie in der Pönologie brauchen wir effektivere Behandlungsmethoden, aber bis wir diese entwickelt haben, müssen wir uns mit denen abfinden, die uns im Augenblick zur Verfügung stehen. Nur dann sind wir in der Lage, geeignete Trainingsprogramme zu entwickeln, die sowohl das Personal wie auch die Insassen einschließen.

In der Zwischenzeit wird der bestmögliche Gebrauch der sozialen Umwelt den Weg für eine humane Behandlung und eine Steigerung der Erfolgsmöglichkeiten ebnen.

Im Rahmen des skizzierten Kriminalrechts wäre es erforderlich, daß im kriminalrechtlichen Aburteilungsverfahren nach der Feststellung der eigentlichen strafbaren Handlung des Angeklagten, aber vor der Bestimmung von Art und Maß der kriminalrechtlichen Sanktion, ein Gremium aus psychiatrischen und anderen Gutachtern untersucht, welche Maßnahmen erforderlich sind, um ein Rückfälligwerden des Rechtsbrechers zu verhindern. Diese Begutachtung könnte evtl. auf die Fälle beschränkt werden, in denen Freiheitsentzug oder sonst eine erhebliche Rechtsfolge in Frage kommt.

Diese Forderung nach Begutachtung hat freilich die Angst genährt, daß das Strafrecht dadurch eine Verpsychologisierung oder eine Medizinalisierung erfahren würde, was in Anbetracht der jetzigen Strafpraxis eher eine Verheißung denn eine Gefahr darstellen würde, weil ein Strafrecht, das dem einzelnen Straftäter gerecht werden soll, nicht so vollzogen werden kann wie zur Zeit, wo es psychologisch nicht ausgebildeten Juristen überlassen blieb, ob sie Gutachter zuziehen oder ihre eigene Sachkunde für ausreichend hielten.

Das vermehrte Hinzuziehen von Gutachtern hat dazu geführt, daß die Medizin im Rahmen der Sanktionierung eine erhebliche Bedeutung bekommen hat. So wird hin und wieder bemängelt, daß die Überwindung des Strafrechts in Gange sei und dies betreffe vor allem die Schwerstkriminellen. Als Beispiel hierfür wird angeführt, es käme vor, daß Mörder als unzurechnungsfähig erkannt in die psychiatrische Klinik eingewiesen worden seien und nach relativ kurzer Zeit entlassen wurden. Kritik wird in diesem Zusammenhang nicht etwa geübt an der raschen Wirksamkeit der Behandlung, die vom medizinischen Standpunkt durchaus begründet sein mag und im Sinne der Resozialisierung auch von der Gesellschaft durchaus begrüßt werden sollte. Es erscheint unbefriedigend, daß der Täter zu gut weggekommen sei und so ‚eine im sozialen Raum stehengebliebene Untat keine angemessene Ausgleichshandlung gefunden habe‘.

Daß dies ein echtes Problem ist, wird nicht immer von allen gesehen. So hat sich – vor allem aufgrund der M’Naghten’schen Regeln – der Psychiater zu entscheiden, ob die im sozialen Raum stehende Untat als solche zu bestätigen sei oder worin die angemessene Ausgleichshandlung zu bestehen habe. Seine Rolle wäre von der Gesellschaft sehr viel eher akzeptierbar, wenn er vor Gericht sagen würde, die Dauer der notwendigen Behandlung habe der Dauer einer möglichen Strafe zu entsprechen. So hätte niemand das Gefühl, der Rechtsbrecher werde durch die Verpsychologisierung privilegiert. Da dies aber dem Psychiater nicht zuzumuten ist und die zeitliche Gleichsetzung von Behandlung und Strafe eine unerträgliche Fiktion darstellt, so wird dem Psychiater – wenn er bei der Beurteilung zögert – oft Obstruktion vorgeworfen: sie würden das Gesetz sabotieren, weil sie es mißbilligen. Dies führt zu Mißverständnissen.

In dem Maße, in dem die Medizin die Gewalttätigkeit der Gesellschaft auf den Rechtsbrecher überträgt, tut sie sich selbst Gewalt an. Sie reproduziert durch ihre Diagnose und in der Behandlung den anomalen Zwang der Gesellschaft, der den logischen Ablauf des Prozesses vom defekten zum normalen Zustand unmöglich gemacht hat. Weil sich die Medizin oft den Forderungen der Gesellschaft unterstellt, gefährdet sie jede ‚therapeutische‘ Annäherung an den Patienten.

Wenn der Psychiater sich aber zu sehr den Forderungen der Gesellschaft unterstellt, so wird ihm vorgeworfen, daß er sich in einer Art von Komplizität mit der Welt befinde, die sich selbstherrlich als gesund empfinde. Und diese Tatsache führe ihn dazu, mit den Kräften zusammenzuarbeiten, die den Geisteskranken aus der sogenannten vernünftigen Welt herauskatapultieren möchten und so werde er taub den Klagen seines Patienten gegenüber, 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 eine gute Beziehung zwischen ihnen fast unmöglich oder zumindest sehr schwer macht. Die normalen Schwierigkeiten, die eine freie

Psychotherapie unter gleichberechtigten Teilnehmern mit sich bringt, sind im Gefängnis potentialisiert, weil der Therapeut Repräsentant des Staates ist.

Der Therapeut investiert einen spezifischen Charakter in der Gefängnissituation, etwas, was er eigentlich fürchtet, weil es ihm in der Regel nicht vertraut ist, aber auch etwas, was sein Patient in dieser Situation von ihm erwartet.

Die Beihilfe zum Verständnis geschieht durch die therapeutische Beziehung – oder die therapeutische Situation – in der das Individuum versucht, sein Wert- und Einstellungsverhalten zu modifizieren. Dies wird ihm nicht ohne weiteres sofort gelingen und hier ist es wichtig, daß der Patient sich in diesen Situationen nicht als hilfloses und nutzloses Wesen empfindet.

Therapie ist mit dem festen Wunsch verknüpft, ein besseres Leben zu gewährleisten. Dieser Wunsch und seine Verwirklichung haben sich nur allzu oft zu bewähren. Hier ist die Beziehung zum Therapeuten wohl von ausschlaggebender Bedeutung. Es ist durchaus wahrscheinlich, daß der einsitzende Patient sehr gut beurteilen kann, ob sein Therapeut glaubwürdig, konsequent und kompetent sei, so wie wir ja auch vom Therapeuten erwarten, daß er unterscheiden könne zwischen einer bewußt-gewollten und einer fingierten Therapieerwartung.

Es ist also nicht nur die aktuelle verzweifelte Lage der Patienten und nur die reduzierte Selbstheilungsfähigkeit und -bereitschaft, die diverse Zivilisationskritiker der überindustrialisierten Gesellschaft anlasten, die die Anspruchshaltung der Patienten provozieren, sondern diese ist auch ein Reflex der übersteigerten Professionalisierung der medizinischen Problemlösung.

Die ‚Kommunikationskrankheit‘, die mehr oder weniger die Beziehung zwischen Therapeut und Insassen berührt und die vielen Klagen diesen theatralischen Charakter verleiht, ist nur ein Symptom einer allgemeinen Modifizierung der menschlichen Beziehungen im Gefängnis. Weil die Isolierung den Austausch mit den anderen stört oder hemmt, so verbirgt sich der Gefangene hinter einer organischen Krankheit, er ‚übertreibt‘ aus Angst, nicht gehört zu werden. Weil er anderer Mechanismen entbehrt und in eine regressive Welt getaucht ist, geht er zum Therapeuten, um sich bemerkbar zu machen.

Die Institution verurteilt ihn zu einem ständigen Kampf, weil sie in ihm und in den anderen das Verlangen nach Würde leugnet; dadurch fördert sie infantile Verhaltensweisen, aus denen dieser utilitäre Theatralismus entsteht.

Dieser Theatralismus ist eine Form des Abwehrkampfes. Eine andere ist die der übertriebenen Darstellung von Beschwerden und die Kritik an ungenügender Behandlung. Diese beiden Formen sind seine Waffe.

Für den Insassen ist der Arzt das ‚Bild von draußen‘. Er ist jemand, zu dem man höfliche Beziehungen haben kann. Er ist jemand, von dem man akzeptiert, gesehen zu werden, während der Blick des Haftmilieus eisig und stahlhart ist. Und er ist jemand, den man nicht ‚gegen sich‘ haben möchte.

Wenn der Patient den Therapeuten aufsucht, um sich behandeln zu lassen, so hegt er ganz bestimmte Erwartungen, die seine Motivation bestimmen. Dies geschieht beim Rechtsbrecher im Strafvollzug ebenso wie beim Spitalpatienten. Er erwartet, daß er bedient, gehört und verstanden wird und daß er untergebracht und ernährt wird. Der Therapeut wird aber auch aus einem anderen Grunde aufgesucht. Wer zum Therapeuten geht, um behandelt zu werden, der kann nach Möglichkeit seine Sanktion leugnen. So wird die Strafe verdrängt, als wenn sie niemals existiert hätte. Diese Verdrängung gibt dem Rechtsbrecher die Möglichkeit, ‚mit beiden Beinen aus einer toten Zeit zu springen‘ und indem man das Stigma der Haft wegradiert und den Organismus und die Psyche intakt hält, verwirklicht man das Ideal, ‚hinauszugehen, wie man hereingekommen ist‘.

So dient die Behandlung durch den Therapeuten aber auch für den Rechtsbrecher als Dekulpabilisierung. Verständlich, daß folgender Syllogismus im Unterbewußtsein des Insassen mitschwingt: ‚daß man mich behandelt, bedeutet, daß ich krank bin und wenn ich krank bin, bedeutet das, daß ich für meine Tat nicht verantwortlich bin; warum bin ich dann im Gefängnis?‘ Die Flucht in die Krankheit erlaubt die Flucht vor der Verantwortung und der Schuld. Das Zusammensein mit dem Therapeuten ist gleichsam die Bestätigung dafür, daß diese Flucht ihre Berechtigung hat. So dient Behandlung auch zur Leugnung der Sanktion.

Die somatische Störung liegt natürlich in erreichbarer Nähe. In dem Maße, in dem der Insasse eine Benützungsquelle sieht, genügt es an sich, sich auf sich selbst zu fixieren, in sich ‚hineinzuhören‘, um an sich Dinge festzustellen, die für ihn natürlich in erster Linie somatischer Natur sind.

Gefangene hören sich gern, Einsamkeit und Isolierung helfen ihnen dabei. Es ist dies eine Art biologischer Unreife, die in ihnen ganz unbestimmte funktionelle Störungen hervorruft.

Wenn Rechtsbrecher vom klinischen Standpunkt aus in keiner Weise kränker sind als Nicht-Rechtsbrecher, warum wollen sie es dann in so vielen Fällen gerne sein? Wahrscheinlich liegt es an der Bestimmung des Begriffes ‚krank‘. ‚Krank‘ wird oft gebraucht als ‚ursächlich verantwortlich‘ (‚caused‘). Wenn Kausalfaktoren in der Persönlichkeit des Rechtsbrechers Delikte hervorbringen, so sind Rechtsbrecher nicht kränker als andere Menschen auch. Alle Handlungen können als Wirkungen der im Inneren 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.

Dies erklärt, daß die therapeutische Gemeinschaft und Institution sich von der sozialen Wirklichkeit entfernen. Sie bereiten den Patienten eher auf einen Kompromiß vor als auf eine direkte Begegnung mit den Erfordernissen des sozialen Lebens. So ist die Antipsychiatrie entstanden, die von einer Welt träumt, die unproblematisch ist und die mit der vergleichbar ist, die sie in ihren

Gemeinschaften aufrichtet, von einer Welt ohne Konflikte und ohne jegliche Frustrierung.

Ein anderes Problem taucht dann auf, wenn das Gefängnis den Arzt zur Wahl zwingt, ob er sich selbst mit den kurzfristigen oder den langfristigen Interessen seines Patienten identifizieren will. Viele Reaktionen der Patienten sind in einem normalen sozialen Wertesystem durchaus zu rechtfertigen, in einer Vollzugsanstalt aber durchaus nicht zulässig. Der Arzt hat nur allzu oft Verständnis für die rebellierende Haltung seines Patienten, aber er muß sich fragen, ob er dieses Verhalten unterstützen soll.

Er wird erkennen, daß auf lange Sicht gesehen es im Interesse des Patienten sein muß, sich – wenn auch nur oberflächlich – anzupassen, solange er sich in Haft befindet. Wenn der Gefangene ihm hier nicht zustimmt, so wird der Arzt ihm klarmachen, daß er ‚besser wisse, was gut für ihn sei‘ und wird sich dafür entscheiden, gegen die unmittelbaren Interessen des Insassen zu arbeiten zugunsten wichtiger Interessen – der Freiheit zum Beispiel. Diese Entscheidung ist immer gefährlich. In den Augen des Patienten handelt der Arzt mit Mitteln der Unterdrückung, was die therapeutische Beziehung in Frage stellen kann.

Während der Behandlungszeit bleibt natürlich der zu behandelnde Insasse in engem Kontakt mit seinen Mitgefangenen, die in der Regel den Therapeuten als Abgesandten des Staates nur mit großem Mißtrauen betrachten, weil sie von ihm vermuten, daß er die Insassen manipuliere.

Es mag Situationen geben, in denen der Arzt fühlt, daß Strafe vollständig unangebracht sei, aber wenn man den Insassen auffordert, es ‚durchzustehen‘, so wäre der Schaden geringer als die Alternative, ihn in die psychiatrische Klinik zu überführen. Der gewiegte Mediziner wird hier eine Reihe von Möglichkeiten ausschöpfen können, um dem Patienten den Haftdruck zu erleichtern.

Man weiß heute, daß die Behandlungsdauer sehr viel länger sein wird, wenn auch Psychopharmaka eingesetzt werden. Sobald sie eingestellt werden, erscheinen die Symptome wieder, was deutlich zeigt, daß sie die Persönlichkeit als solche eigentlich gar nicht berührt haben. Das Problem der Behandlungsdauer ist natürlich sehr eng mit dem der strafrechtlichen Situation verknüpft. Jeder Ehrgeiz, einen Insassen wirkungsvoll zu behandeln, hängt wohl auch davon ab, wie lange dieser Prozeß verläuft. Es muß dem Patienten die Zeit bleiben, seine Tendenzen in Harmonie zu bringen.

Und doch besteht eine Schwierigkeit: Der Reife- und Behandlungsprozeß kann abgeschlossen sein und doch muß noch weiterhin Strafe verbüßt werden. Oder umgekehrt: der Behandlungsprozeß zeigt erste Erfolge, aber die Verbüßung der Strafe ist beendet. Mit der Entlassung endet auch die Behandlung. Welcher Weg muß eingeschlagen werden, um beide Imperative miteinander in Einklang zu bringen?

