

Probleme der Therapie Drogenabhängiger im Straf-/ Behandlungsvollzug

Hans Arne Stiksrud

Fachbereich Psychologie Universität Frankfurt/Main

*Die notwendige Institutionalisierung therapeutischen Handelns im modernen „Behandlungs“-Vollzug wird paradigmatisch aufgewiesen
a) an den Problemen Drogenabhängiger im derzeitigen Strafvollzug;
b) an psychologischer Behandlungsmethodik – es handelt sich um die Verhaltensmodifikation auf lerntheoretischer Grundlage –;
c) an Divergenzen zwischen historischer Strafvollzugspraxis und anvisiertem „Behandlungs-Vollzug“.*
Die Analysen und Vorschläge sind Ergebnis der Beobachtung und Feldforschung in zwei Vollzugsanstalten und drei psychiatrischen Kliniken.

Zum sogenannten „Psychologismus“ im Strafvollzug¹

Die Psychologie legitimiert als Behandlungs-Wissenschaft nach Peters (1972, S. 126 ff.) „die Handlungen ihrer Rezipienten“, was die Deutung nahelegt, daß Peters sie im Einklang oder gar als voll akzeptiertes – um nicht zu sagen willfähiges – Instrument der im Strafvollzug aktiven Instanzen sieht. Woher diese Fiktion bezüglich psychologischer Wirksamkeit und Omnipotenz im Strafvollzug kommt, ist eine Frage, die zu beantworten sehr schwierig sein dürfte; es drängt sich die Vermutung auf, daß die Inflation vor allem psychoanalytischer Terminologie (vgl. Moser und Künzel 1969) bei den unterschiedlichen „Rezipienten von Psychologie“ einem kriminalsoziologisch orientierten Wissenschaftler jene Platzangst bereitet, daß er sich berufen fühlt, „die Psychologie zur Ordnung zu rufen“. Soziologisch orientierten Devianz-Konzepten (vgl. Sack und König 1968) kann man nur wünschen, daß sie nicht in ähnlich unkritischer, popularisierter und unverbindlicher Form in den „wissenschaftlichen“ Jargon der verschiedensten Strafvollzugs-Akteure eingehen.

Mit der Problemdiskussion bestimmter praktischer Probleme, die sich beispielsweise bei der Behandlung von

Drogenabhängigen im Strafvollzug ergeben, soll hier aufgezeigt werden, daß es eine als Wissenschaft „rezipierte und legitimierte“ Behandlungspsychologie im derzeit existierenden Strafvollzug noch lange nicht geben dürfte. Kriminologisch orientiert ist diese Problemdiskussion insofern, als es hier um wesentliche Aspekte von Behandlungsforschung geht, die nur wenig mit den überkommenen Vorstellungen mikrosozialer und dyadischer Patient-Therapeut-Beziehungen gemeinsam hat. Sie will bestimmte Aspekte der neuen therapeutischen Institution – nicht nur dem Namen nach – konzipieren und modellieren und so strafrechtskritische Funktion ausüben.

Diagnostische Problematik

Im Rahmen eines diagnostisch orientierten Forschungsprojekts (vgl. Stiksrud und Süllwold 1972) wurden innerhalb von zwei Jahren informelle Befragungen und Beobachtungen bei 72 männlichen Drogenabhängigen im Alter von 16 bis 24 Jahren durchgeführt. Die „Drogenabhängigkeit“, von der *World Health Organisation (WHO)* definiert als ein „Zustand psychischer oder psychischer und physischer Abhängigkeit von einer Substanz mit zentralnervöser Wirkung, die zeitweise oder fortgesetzt eingenommen wird“ (zit. nach Kielholz und Ladewig 1972, S. 12), war bei den einzelnen Befragten nicht nur objektiv, d.h. psychologisch und ärztlich gesichert, sondern auch subjektiv, d.h. durch die Berichte der Befragten selbst. Diesen Eigenberichten kommt insofern ein nicht unbedeutender heuristischer Wert zu, als sie an Personen gegeben wurden, die den Befragten bekannt waren als Universitäts-Angehörige, die weder mit dem Strafvollzug und der Strafverfolgung etwas zu tun hatten, noch – was für die informelle Befragung wesentlich ist – subjektive Vorteile für die augenblickliche Lage der Gefangenen bringen konnten.

Von diesen 72 Befragten konnten nur 18 in den üblichen Karteien als eindeutig „des Opiumgesetzes wegen Einsitzende“ identifiziert werden. Die Typisierung der restlichen 54 reichte von „fehlendem Wohnsitz“ bis zur „Gewalttat“, enthielt jedoch keinerlei Hinweise auf deren persönliche Problematik, die aktuell bestehende Drogenabhängigkeit. Da verständlicherweise auch der Täter ein Interesse hat, seine Drogendelikte zu verheimlichen, „schützt“ ihn dies vor weiteren therapeutischen und gezielten Resozialisierungsbemühungen, so daß oft der desolate Zustand einer Entzugs-Psychose oder massiven Unterernährung und die

vermehrte Nachfrage nach psychotropen „Heilmitteln“ erst dem Krankenpflegebeamten auffällt.

An den Großteil der befragten Population kam man über den Krankenpfleger, den Sozialarbeiter und den betroffenen Personenkreis selbst. Da die „Paragraphen-Statistik“ die juristisch belangte Straftat bzw. den Untersuchungshaft-Grund wiedergibt und wesentliche Aspekte der Täterpersönlichkeit nicht aufgreifen kann, dürfte sie meist als Grundlage für therapeutische Maßnahmen irrelevant sein (vgl. Kleiner 1970; darin vor allem die Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Drogenkriminalität). Schon hier zeichnet sich der Widerspruch zwischen gesellschaftlich notwendiger Strafverfolgung und der für Gesellschaft und Individuum noch notwendigeren (und lohnenderen) Behandlung ab. Dieser wird vor allem im Zusammenhang mit der Drogenkriminalität manifest, wenn wir von einem Durchschnitt von 5 Monaten Aufenthalt in Untersuchungshaft ausgehen, wobei die Dauer von einigen Tagen bis 18 Monaten (und länger) reichen kann. Da hier die ursprüngliche Funktion der Untersuchungshaft in den Hintergrund tritt und der Antritt der Strafe vorweggenommen wird, müßte der „Behandlungsvollzug“ zeitlich schon hier beginnen; und gehen wir von psychologischen und medizinischen Gesichtspunkten aus, dann sollte er schon diagnostisch und therapeutisch – d.h. auch institutionell abgesichert – bei dem Einweisungsprozedere beginnen.

Würde der erzieherische, therapeutische und diagnostische Prozeß in den Vernehmungsräumen der Ordnungsbehörden beginnen, so könnte der Arzt beispielsweise aus der Population der Drogenabhängigen einige Personen rechtzeitig in psychiatrische Kliniken zum Entzug einweisen, andere müßten wegen akuter Leber-, Gallen- oder Ernährungs-Krankheiten einer Heilbehandlung zugewiesen werden.²

Aus der Einsicht heraus, daß eine sinnvolle, Verhaltensalternativen bietende Suicid-Prophylaxe bei akut Abhängigen beispielsweise in den derzeitigen Untersuchungsanstalten nur sehr begrenzt möglich ist – vor allem kurz nach der Einweisung, d.h. zu einem Zeitpunkt, in dem dieser Personenkreis von den Vollzugsbeamten zutreffend als „schlaff, schwach, lahm, geistesabwesend“ beschrieben wird –, stellt sich die Frage, ob nicht zuerst eine alle Unsicherheitsmomente reduzierende psychologische Diagnose erfolgen sollte, in deren Gefolge prophylaktische

Entzugsbehandlung und -kontrolle erfolgen könnten. (Unseres Erachtens müßte auch die Fähigkeit, eine Untersuchungshaft ohne psychischen Schaden zu überstehen, erst diagnostiziert werden!)

Diagnostisch-therapeutischen Aktivitäten im Rahmen der Festnahme, Vernehmung und Einweisung käme insofern auch sozialpsychologische Bedeutung zu, als modellhaft *allen* daran beteiligten Gruppen demonstriert würde, welche Dimensionen dem modernen „Behandlungs“-Vollzug zu eigen sein sollten. Diese Verfahrensweise könnte vielleicht auch zu einer Reduktion jener physischen und psychischen Kraftakte beider sich oft allzu demonstrativ gegenüberstehenden Parteien führen, in denen modellhaft (im lernpsychologischen Sinne) leider meist das „Gesetz des Stärkeren“ deutlich wird. Jenes Modell des „erfolgreich aggressiven“ Verhaltens ist es vor allem, das sich lernpsychologisch und pädagogisch als extrem verhängnisvoll erweist (Belschner 1971).

Die differenzierte Diagnose, als Fundament psychologisch-pädagogischer Entscheidungen und als empirisch einzig mögliche retrospektive Legitimation therapeutischer und umerzieherischer Aktivitäten, muß sinnvoll zu diesem Zeitpunkt angesetzt werden, anders wäre sie nur als „Leerlaufreaktion“ klassifizierbar. Ein Beispiel für diese Diagnose-Problematik: Die übervorsichtigen Attitüden gegenüber bestimmten Drogenabhängigen, die von der Polizei und Ordnungsbehörde (POB) als „gefährliche“ oder „gewalttätige“ den Strafvollzugsbeamten übergeben werden, können Resultat mangelnder Kenntnisse dieses Personenkreises sein und zu strengerer Isolation und autoritärem Auftreten im alltäglichen Umgang des Vollzugs mit diesem Personenkreis führen. Genauere anamnestiche Erhebungen gerade bei dieser Drogengruppe zeigten, daß deren Gewalttätigkeit eine typische „Kokain-Gewalttätigkeit“ war, die gewöhnlich mit erhöhtem Mißtrauen und paranoid anmutenden Schutz- und Wehr-Handlungen verbunden war. Die langfristigen und möglicherweise persönlichkeitsdeformierenden Folgen von Kokain-Abusus sind jedoch keineswegs genau abgeklärt, und entsprechend unseren Erfahrungen mit 11 Personen, die den Kokain-Entzug hinter sich hatten, neigten diese zwar noch zu zeitweiser Unruhe, jedoch nicht zu besonderer Aggressivität, die jene übertriebenen und erziehungs-fremden Vorsichtsmaßnahmen gerechtfertigt hätte. Der Schluß von der Tat auf die Behandlungs-Strategie stellt eine unangemessene

Verkürzung des diagnostischen Prozesses dar und führt damit zu falschen Entscheidungshilfen und irreführendem prognostischen Kalkül.

Therapeutische Problematik

Die Schädlichkeit der Drogen hat ihre physischen, gesellschaftlichen und psychologischen Aspekte; das Problem des „Nicht-mehr-aufhören-Könnens“ jedoch, die Sucht, stellt in erster Linie ein psychologisches Problem dar (vgl. Kielholz und Ladewig 1972, S. 12). Die Psychologie ist hier nicht nur gefordert in ihrer Funktion als deskriptive und explikative Wissenschaft vom Erleben und Verhalten des Menschen, sondern auch im Sinne einer angewandten, auf Wirksamkeit zielenden, therapeutischen Praxologie.

Bevor wir auf die Institution als mögliche therapeutische Einflußgröße bei institutionalisierten Drogenabhängigen eingehen, sei hier versucht, die wesentlichen verhaltens-therapeutischen Prinzipien auf lerntheoretischer Basis gerafft zu umreißen. Wir beschränken uns dabei auf diese Therapieformen, da sie bei Suchtkranken statistisch belegbare Erfolge aufweisen konnten (vgl. Rachman und Teasdale 1969). Die den Verhaltens-Therapien zugrunde liegenden Lerntheorien verlangen zum einen formallogische Stringenz, zum anderen sind sie durch experimentelle Sachlogik abgesichert. Sie bieten prognostische Wahrscheinlichkeiten, im Gegensatz zu anderen Therapie-Verfahren, die retrospektiv und unspezifisch Erklärungen für individuelle Sucht-Schicksale – ohne jegliche prognostische Valenz – wortreich anbieten.

Das Erlernen der Abhängigkeit

„Drogenabhängigkeit kann als eine erlernte Abfolge von Verhaltensweisen aufgefaßt werden, die durch die unmittelbar erfolgende intensive Lustgewinnung durch Drogen aufgebaut wird“ (Bengelmann 1973, S. 80). Die der Drogeneinnahme unmittelbar folgenden Erlebnisse, wie z.B. Vergessen unangenehmer Lebensumstände, Erleben neuer, ungeahnter Wahrnehmungsqualitäten und Körpergefühle (vgl. z.B. Benjamin 1972), verstärken das zu diesen Erlebnissen führende Verhalten, nämlich die Drogeneinnahme. Die angenehmen Folgen stellen die Konsequenz dar, die das vorausgehende Verhalten für die Zukunft im Sinne häufigeren Auftretens steuern. Die Auftretenswahr-

scheinlichkeit des die Verstärkung herbeiführenden Verhaltens erhöht sich. Je unangenehmer der Zustand ist, der dem positiven Erleben vorausgeht – z.B. Unzufriedenheit, emotionale Labilität, Konflikte –, und je positiver das folgende Erleben ist, desto enger und stärker wird die Verknüpfung: Kummer-Drogeneinnahme-Lustgewinn. Die Intensität (Effizienz) und Anzahl (Frequenz) dieser Abfolgen bestimmen die Festigkeit und damit die Lösungsresistenz dieser fatalen Verknüpfungen (Süllwold 1974).

Brengelmann (1973) nennt drei Auslöser bzw. Motivatoren für die Drogenabhängigkeit:

- a) Meidung unangenehmer (aversiver) Ereignisse, wie Langeweile, Ängste und Schwierigkeiten (=Avoidance);
- b) Annäherungsverhalten aus Neugierde, Gruppenbeeinflussung und Experimentierlust (=Approach);
- c) Bedürfnisse nach intensiver Bewußtseinsveränderung, Euphorie, Abwechslung, „Abschalten“ und auch „Vergessen-Wollen“.

Die Befriedigung dieser Bedürfnisse, d.h. die Reduktion dieser Bedürfnisspannungen ist die eigentliche Verstärkung, die zur erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit der genannten Verhaltenssequenz führt. Zu diesen auslösenden Motivatoren kommen neue Bedürfnisse hinzu, die sich aus der Drogeneinnahme – vor allem aus der physischen und psychischen Abhängigkeit – selbst ergeben. Mit längerem und intensiverem Drogenkonsum verselbständigen sie sich und werden dominant, d.h., die oben genannten Auslöser spielen keine Rolle mehr. Den sich daraus ergebenden Folgen, wie Übelkeiten, Schlaflosigkeit, Paranoia, Fieber, Emesis, Denk- und Konzentrationsschwächen, Überempfindlichkeit etc., begegnet der Geschädigte subjektiv erfolgreich dadurch, daß er vermehrt und häufiger zu diesem Konsum neigt, da dieser ja, entsprechend dem oben angedeuteten *circulus vitiosus*, diese unangenehmen Phänomene beseitigt und reduziert, jedenfalls solange die Wirkung anhält.

Die gelernten Folgen der Abhängigkeit

Als Folge des eingeeengten Interesses und Strebens nach den „Stoffen“ kommt es zu einem extrem fokussierten, einzig auf die Beschaffung von Nachschub gerichteten Verhalten, das sich im Extrem auch in Apothekeneinbrüchen zeigt.

Dem vermehrten Vermeidungsverhalten gegenüber den

Sozialisationsgruppen entspricht ein vermehrtes Annäherungsverhalten in bezug auf Personen, Situationen, Vorstellungen, Gesellschaftsutopien, Bücher, Poster etc., die als sog. „Subkultur“ dissonanzreduzierend wirken, d.h. Unbehagen und schlechtes Gewissen beseitigen. Der mehr und mehr abhängig werdende kreierte sich eine abgeschlossene und reduzierte Stimulationswelt, in der er mittels einer drogenspezifischen Präferenz- bzw. Vermeidungshierarchie seinen eigenen Verhaltensspielraum einengt. Die oft gepriesene „Freiheit von Anpassung“ des Jugendlichen wird mit einer neuen, für den außenstehenden Beobachter noch repressionsgeladeneren Subkultur-Anpassung bezahlt. Dazu gehört selbst die kritiklose Übernahme von Einstellungsmustern und Werthierarchien, die erst das eigentliche Billett für den Eintritt in den Kern einer Gruppe gewährt.

Wir können davon ausgehen, daß wir es bei jenen Abhängigen, die wir im Strafvollzug antreffen, meist mit Menschen zu tun haben, deren ursprünglich anerzogenes Verhaltensschema im Laufe der Drogenerfahrungen zu einem großen Teil von den Verhaltensweisen der neuen Subkultur abgelöst wurde. Erst die später von der Eigengesetzlichkeit des anhaltenden und meist polytropen Drogenkonsums dem süchtigen Organismus diktierten Handlungsweisen sind es oft, die zu unvorsichtigen, unkontrollierten, meist kriminellen Handlungen ausarten. Ein nicht unwesentlicher Aspekt dieses letztgenannten Verhaltensschemas ist der Merkantilismus, der entsprechend einem außergewöhnlich harten „Dealer“-Zeremoniell abläuft.

Die zuletzt genannten Verhaltensweisen dürften es oft sein, die dem „Psychopathie“-Begriff ein partielles Revirement in der kriminal-psychiatrischen Fachliteratur einbrachten (vgl. Müller-Limmroth 1971; Hetzel 1971; Dietrich 1971). Inwiefern sich dieser oft global und unspezifisch genannte Urteilsspruch mit dem weitaus weniger wissenschaftlich klingenden Verurteilungsspruch „wegen schädlicher Neigungen“ deckt, sei hier nicht weiter problematisiert. Mehr empirisch orientierte Arbeiten setzen sich inhaltlich kritisch mit diesem Begriff in seiner Anwendung auf Drogenabhängige auseinander (vgl. Hobi und Ladewig 1972; Rüdiger und Täschner 1974).

„Die Verhaltenskonsequenzen dieser Sucht sind teuer. Die Drogen müssen unter allen Umständen besorgt werden, auch auf Kosten krimineller Handlungen. Der zwanghafte Charakter des Suchtverhaltens erfüllt nun das tägliche

Leben" (Bregelmann 1973, S. 80). Daß diese Zwänge nicht mit dem Betreten einer Haftanstalt abgelegt werden können, ist zwar trivial, die systematische Verlernung des damit einhergehenden Verhaltensdefizits überläßt man jedoch der überkommenen Institution Strafvollzug mit rein konservierender und isolierender Praxis.

Daß das in der Abhängigkeits-Biographie geprägte Verhaltens- und Einstellungsrepertoire die zukünftige individuelle Biographie vorprogrammiert, ist nicht zu unterschätzen. Die massiven Gelderfahrungen, zusammen mit zeitweisen Reisen und entsprechendem Luxus, dürften für Jugendliche und Heranwachsende aus meist unterprivilegierten und familiär unausgewogenen Verhältnissen derart beträchtliche Verstärkungsfunktionen ausgeübt haben, daß jedes therapeutische Bemühen, ohne eine intensive Verhaltensanalyse, die diese Lerngeschichte mitberücksichtigt, zum Scheitern verurteilt sein müßte. Das erlernte finanzielle Anspruchsniveau wieder auf ein realistisches zu senken, die do-ut-des-Mechanismen, die in oft dreijähriger Dealererfahrung internalisiert worden sind, die berechnenden Attitüden (oft im informellen und formellen Kontakt mit den neuen Bezugsgruppen des Strafvollzugs perpetuiert und gefördert), dies alles ist therapeutisch anzugehen. Alternative Verhaltensweisen – nicht nur verbale „Bewußtseins“-Inhalte – sind zu provozieren und modellhaft anzubieten. Die medizinisch-psychologische Entzugs- und Suchtbehandlung muß zwar zeitlich vorgeschaltet sein, kann aber keineswegs übergeordnet sein im Sinne einer Priorität.

Das Verlernen der Abhängigkeit

Wenn man davon ausgeht, daß der jetzige Strafvollzug das ist, was der Name sagt, stellt sich die Frage nach dem psychologischen Sinn des Strafens bei Drogenabhängigen. Eine sophistische Diskussion darüber, ob es sich bei der Untersuchungshaft schon um Strafe handelt, oder um etwas strafrechtlich anderes, sei hier nicht geführt; da sie aber verglichen mit dem eigentlichen Strafvollzug unter erschwerten Bedingungen (stärkere Isolierung, Reglementierung, Unsicherheitserleben bezüglich Ermittlungen, Strafmaß, Termine usw.) stattfindet und mit der „Tat“ in unmittelbarem Zusammenhang steht, ist gerade hier die Frage nach der Sinnhaftigkeit dieses Strafens bei Drogenabhängigen berechtigt.

Als negativer Akt, vor allem als extreme Freiheitsein-

schränkung wird das Einsitzen zwar erlebt, dieses Erleben ist jedoch derart diffus, daß die angestrebte Verbindung mit dem dazu führenden Tun nicht adäquat hergestellt wird. Vor allem die zeitlich-räumliche Kontinuität und Intensität der Abfolge Tat-Strafe ist es, die psychologisch sinnvoll unerwünschte Verhaltensweisen zu löschen vermag, was sich in der Reduktion ihrer Auftretenswahrscheinlichkeit manifestiert. Diese Kontinuität ist bei dem üblichen Verfolgungs-, Einweisungs- und Be-/Verurteilungs-Procedere keineswegs durchzuführen, schon gar nicht bei Suchtkranken vom Typ der Drogenabhängigkeit.

Die Androhung von Strafe, ausgeführt durch anonyme Institutionen eines noch anonymen und meist nur negativ vermittelten und gekannten Gesellschaftssystems, hat einen weitaus geringeren Lern-Effekt als die unmittelbare und deutlich erlebte Abfolge Drogeneinnahme-Drogen-erlebnis. Gerade jene Unfähigkeit, mit prospektiver Intelligenz die langfristigen und schädlichen Folgen für sich und andere realistisch abzusehen und zu kalkulieren, ist einer jener schädlichsten Effekte des anhaltenden und ansteigenden Drogenkonsums. Das Ergebnis ist für den leidenden, physisch und psychisch korrumpierten jugendlichen Drogenabhängigen, daß er den Sinn der Strafe, aufgrund der Haft mit ihrem Reglement usw., überhaupt nicht einzusehen in der Lage ist, auch wenn gerade diese „Einsicht“ das unbelegbare Konstrukt ist, auf dem die pädagogische Sinnhaftigkeit von Strafvollzug beruht (vgl. dazu Overbeck 1972).

Therapeutische Verfahren, die auf experimenteller Verhaltensanalyse und klinischer Erfahrung mit therapiemotivierten suchtkranken Patienten (Drogenabhängige, Alkoholiker, sexuell Abnorme) beruhen, sind zwar im praktischen Strafvollzug nicht anzuwenden, es lassen sich jedoch Regeln ableiten, die zu sinnvollen Lernstrategien verarbeitet und auf die komplexe Situation des praktischen Strafvollzugs übertragen werden können. Da die Einwilligung in eine unangenehme Therapieprozedur, wie sie die Aversionstherapie darstellt, und die Motivation, von der Sucht loszukommen, zwei psychische Größen sind, die unseres Erachtens nie in einer Zwangssituation, wie sie der Strafvollzug ist, garantiert werden können, ist von jeder Variante dieser Therapie, auch wenn sie nur durch erfahrene Psychologen mit maximalen Kenntnissen und integrierter Gesinnung (Hippokratisches Bewußtsein) anzuwenden ist, dringend abzuraten.

Prinzipiell beinhaltet das Vorgehen bei Aversionstherapie den Versuch, eine unerwünschte Verhaltensweise mit unangenehmer Stimulation („punishing stimulus“) zu koppeln bzw. die aversive Stimulation als unausweichliche, sofortige Folge des unerwünschten Verhaltens zu verabreichen. Es wird erwartet, daß die ursprünglich gelernte Verbindung, Drogeneinnahme-Lustgewinn zu einer neuen Verbindung, Drogeneinnahme-Unlust wird. So kommt es bei den meisten Fällen dann zu einer Unterdrückung des ursprünglichen Verhaltens, dem parallel der Aufbau alternativer Verhaltensweisen entsprechen muß. Dabei wird dann weniger mit negativer Verstärkung bzw. Punishment als vielmehr mit positiver Verstärkung gearbeitet (vgl. Süllwold 1974; Eysenck und Rachman 1971; Yates 1970).

Für die Behandlungsvollzugspraxis läßt sich nur ableiten, daß jede lustbetonte oder lustversprechende und lustverlängernde Beschäftigung mit Drogen und allem was dazu gehört therapeutisch sinnlos ist und nur das verstärkt, was oft der Einsitzungsgrund ist. Personzentrierte verhaltenstherapeutische Einflußnahmen wie Desensibilisierung, Selbstkontrolltraining, Modellernen, Kontakttherapie, Diskriminationstraining usw., die alle auf Verstärkungsprinzipien beruhen, sind im Vorfeld und Umfeld der Süchte auch im geschlossenen Milieu anwendbar, sofern die Institution nicht nur per Deklamation, sondern praktisch der Behandlung aufgeschlossen ist.

Institutionalisierte Behandlung

Den differentiellen Behandlungsvollzug, der sich auf verschiedenartige Problemgruppen und deren differenzierte Behandlung konzentriert, gibt es erst in Ansätzen und meist nur in Form von Postulaten und vagen Konzeptionen. Die Organisationsstrukturen der Anstalten sind sich sehr ähnlich: Eine unter den Bedingungen knapper Ressourcen arbeitende Verwaltung scheidet als Behandlungsfaktor beinahe aus; der übliche Sozialdienst (Psychologe, Fürsorger, Sozialarbeiter, Oberlehrer) müßte eigentlich der bedeutendste Behandlungsagent sein, ihm sind aber vor allem in der Untersuchungshaft die Hände durch ein Übermaß an Bürokratie gebunden, und man ist schon froh, wenn man intensivere Gruppenarbeit machen „darf“; die reduzierten Möglichkeiten, den Gefangenen beobachten zu können, in einen informelleren Kontakt mit ihm zu treten, ihn von daher zu beeinflussen, das alles sind spezifische Schwierigkeiten des Sozialdienstes.

Die Hüter der „totalen Institution“ (Goffman 1961), das obere und untere Management der Kontrolle und Aufsicht als „Behandler“ einzusetzen, mag vielen abwegig erscheinen, da man sie mit höchst formalisierten Aufträgen – dem Schutz der Gesellschaft mittels der Isolation ihrer Objekte und der Regulation des täglichen Verhaltens dieser Objekte (vgl. Kasten 1968) – betraut hat. Sie werden oft als die eigentlichen „Strafer“ be- und verurteilt; daher kommt auch oft ihr negatives Selbst- und Fremdbild.

Gehen wir von den Beeinflussungs- und Behandlungsmöglichkeiten der Inhaftierten auf verhaltenspsychologischer Grundlage aus, dann ist es gerade dieser Personenkreis, der den größten positiven (wie negativen) Einfluß auf die verschiedensten Problemgruppen ausübt. Die Aufsichts- und Kontrollbeamten haben die häufigsten und intensivsten Kontakte mit den Gefangenen, die besten formellen und informellen Möglichkeiten der Beobachtung und des Gespräches, und so (willentlich oder unwillentlich) praktizieren sie Verhaltensformung.

Der Abhängige als Objekt des Vollzugs

Die Anpassung an die Regeln der Institution ist oberstes internes Ziel der „totalen Institution“, wobei vor allem eine maximale Kontrolle aller von außen kommenden und nach außen fließenden Einflüsse gewährleistet sein muß. Dies mag im Hinblick auf einen hochgradig süchtigen Patienten zwar nützlich erscheinen, da dieser ja von seinen „Stoffen“ abgeschnitten werden soll (man gibt sich aber seitens erfahrener Beamter nicht mehr der Illusion hin, man könne dieses realistisch bewerkstelligen). Das Ausmaß der Zwangsmaßnahmen zeigt sich in der Regulation und Organisation des Anstaltsbetriebes mittels Isolierungsmaßnahmen und der Etablierung eines Privilegiensystems entsprechend den Zielen der Institution, die sich mit „Ruhe, Ordnung und reibungsloser Organisation“ umschreiben lassen.

Den Formen der Arbeitsbeschäftigung im Sinne der Beschaffung von Geldmitteln für den „individuellen Haftluxus“ und den Vorteil der Gesamtinstitution, ist ein disziplinierender, ablenkender und beruhigender Aspekt nicht abzusprechen, vom erzieherischen soll im Gegensatz zu Patzschke (1968, S. 294 f.) hier nicht geschwärmt werden. Sofern Drogenabhängige überhaupt bereit sind, etwas zu arbeiten, sollte man ihnen nicht gerade Klebstoffe zum

Tütenkleben und „Schnüffeln“ in die Hände geben. Die typisch negativ-defensiven Zwangskontrollen und auferlegten Entbehrungen bei nur geringen Gratifikationen sind Kennzeichen jeder Anstalt konservierenden Typs, wobei die im Staatsdienst üblichen Verhaltensschemata auch auf jene angewandt werden, die Objekt und Ursache des Verwaltungsaufwandes sind (vgl. Etzioni 1964, nach Kasten 1968, S. 9).

Der Isolation des Drogenabhängigen von der Gesellschaft, der er Schaden zufügt, entspricht nur eine relative Isolation von jenen Gesinnungsgenossen, die ihn in ihrem Verhalten bestärken und mangels Zufuhr an realen Drogen psychologisch noch mehr in seiner Welt belassen und ihm die Hoffnung auf den nächsten „Schuß“ nähren. Dies ist leicht belegbar bei der Beobachtung des „Rundganges“: Eine mehrmalige Beobachtung des Verhaltens bei der Gruppenbildung in den Höfen zweier Vollzugsanstalten ergab, daß jene Personen, die als hochgradig Süchtige bezeichnet werden konnten, sich spontan zu einer geschlossenen Gruppe bildeten. Die Abhängigen mittleren Ausmaßes stellten eine ebenso zusammengehörige Gruppe zusammen, hatten aber auch Kontakte zu Personen mit nur wenig Erfahrung. Die vor dieser Beobachtung als Leichtdrogen-Abuser (Haschisch, Marihuana) klassifizierten Personen bildeten eine relativ offene Gruppe, d.h., sie zeigten Kontaktwünsche zu drogenfreien Personen, obwohl auch in dieser Gruppe eine überzufällige Klumpung von Leuten mit „Scene“-Erfahrungen feststellbar war. Die Kontaktsuche und der sich bald einstellende Erfolg entsprechen dem Aufsuchen und Finden von Verstärkern. Als Verstärker fungieren auch in der geschlossenen Gesellschaft des Vollzugs vor allem die Repräsentanten jener Erfahrungen, die den eigenen am ehesten konform sind.

Würde man auf diese Gefahr explizite bei den hierarchisch oberen Aufsichtsinstanzen hinweisen, wäre die typisch defensive Reaktion des Vollzugsmanagements der Versuch, diesen Personenkreis zu trennen. Damit wäre zum einen nur der mittels Kartei erfaßte Abhängige betroffen, zum anderen würde diese formelle Maßnahme es geradezu provozieren, sie aktiv zu umgehen, wodurch jeder unerlaubte, aber erfolgreiche Kontaktversuch eine um so massivere Verstärkung darstellen würde.

Der informelle Kontakt zwischen den Gefangenen und dem Strafvollzugsmanagement ist es vor allem, der – entformalisiert – systematisch und unauffällig für die Verstärkung gewünschten Verhaltens psychologisch eingesetzt werden kann, zumal er immer die Chance hatte, als „normaler“ Vollzug unerwünschte und langfristig schädliche Verhaltensweisen, z.B. autoritär-aggressive Reaktionen, latent zu verstärken.

Ein oberlehrerhafter Appell an die „Einsicht“ des Drogenabhängigen und die entsprechende Belehrung durch den Vollzugsbeamten sind hier nicht angebracht, da das Gefälle zwischen Autorität und Belehrttem eine nachhaltige Einflußnahme unwahrscheinlich macht. Gerade bei den Drogenabhängigen stellt der gut beobachtende Beamte fest, daß er es mit „unbelehrbaren, elitären und fremden Persönlichkeiten“ zu tun hat. Der zu behandelnde Personenkreis „genießt“ geradezu einen Sonderstatus im Vergleich zu den übrigen Einsitzenden, der sich in speziellen „inoffiziösen“ Verfahrensweisen niederschlägt, denn „was soll man denn mit Leuten machen, die zum Rundgang zu schwach“, „zum Gespräch mit den anderen Gefangenen zu elitär“, „an jeder Arbeit uninteressiert“ sind. Diese spezifischen Beobachtungen der Beamten werden in informellem Kontakt (mit dem Beobachter) zusammen mit folgenden Äußerungen gemacht: „Warum schickt man diese Leute zu uns?“, „was haben die denn hier zu suchen?“, „was sollen wir denn mit denen anfangen, die sind ja sogar zum Protestieren zu schwach“.

Dies sind Erkenntnisse von Personen, die man seitens der Abhängigen höchstens um eine Valiumtablette anbettelt, ansonsten links liegen läßt, deren genaue und scharfe Beobachtungen man nicht nutzt, denen man nicht genügend Hilfe bietet, die man „von oben her“ alleine läßt, obwohl sie „von unten her“ so viel sehen und auch tun könnten. Probleme gibt es für diese Beamten vor allem dann, wenn ihnen bei personeller Unterbesetzung auch noch zugemutet wird, alle Viertelstunden Kontrollen bei Suicidgefährdeten zu machen (u.a. wegen des Landtages und dem Prestige des Hauses): „sprechen kann man mit denen ja doch nicht, weil die alles besser wissen, und wenn sie mal reden, dann hören sie nicht mehr auf“, ist eine oft gehörte Aussage von jenen Beamten, die an sich am „Menschen und seiner Besserung“ interessiert sind, aber daran vor allem seitens

der direkten Vorgesetzten sich gehindert fühlen. Die Verhinderung eines Ausbruchs wird ja schließlich viel höher und nachhaltiger „belohnt“ als das ehrliche Bemühen, einen Abhängigen wieder so weit zu bringen, daß er sich täglich wäscht, daß er wenigstens beim Rundgang ungezwungen mitgeht, daß er sich um hausinterne Beschäftigung bemüht, daß er bereit ist, für den italienischen Nachbargefangenen einen Brief an eine deutsche Behörde aufzusetzen . . .

Würde in der Leistungsrangliste eine Tätigkeit erzieherischen Inhalts weiter oben stehen als eine erfolgreiche Kontrollmaßnahme, dann erhöhte sich auch die Wahrscheinlichkeit, daß der Beamte nicht nur als „Schließer“ degradiert wäre und einen sinnvolleren Platz im Behandlungsvollzug hätte. Ein Lernprogramm zum Einüben, wie man andere verstärkt, positive Verhaltensweisen selektiert und prompt mit dosiertem Lob honoriert, wie man unerwünschte Verhaltensweisen ignoriert und eigene Impulse zu Strafreizen unterdrückt, wäre eine lohnende pädagogische Aufgabe bei allen Instanzen des praktischen Vollzugs.

Als Verstärker erwünschter Verhaltensweisen auch den nichtabhängigen Häftling mit einzubeziehen, sollte nicht nur im Rollenspiel, sondern auch bei den alltäglichen Routinetätigkeiten ermöglicht und gefördert werden. Die Unterbringung von Abhängigen in Gemeinschaftszellen ist nur dann sinnvoll, wenn die Partner keine offensichtlichen Feinde von Drogenabhängigen sind, selbst aber skeptisch und gefestigt die „Drogenexperimente“ ablehnen. Alle Interessen, die der Behandlungsvollzug zu verstärken in der Lage ist (Bücher, Diskussionen, Kurse, Spiele), sollten geduldig gefördert und angeboten werden, damit sie später von selbst akzeptiert werden.

Die Trennung von der bisherigen Verstärkungsumwelt ist anfangs so sehr notwendig, daß selbst Drogen-literatur, -poster, -musik etc. als schädliche Anknüpfungspunkte ausgeschaltet werden müßten. Der Abbau des Bezugsgruppenklimas, einschließlich der Dauerdiskussion über die Drogen, ihre Arten, die „Scene“, die Reisen etc. ist notwendig. Nach medizinischem Entzug ist auch die Vergabe lindernder Tabletten nicht ratsam, zumal diese im Strafvollzug zwar beruhigen, aber eine Dauerlethargie herbeiführen, die den Patienten lernpsychologisch unbeeinflussbar machen.

Der Aufbau konstruktiver Verhaltensweisen erfordert nach Brengelmann (1973) Maßnahmen wie Angewöhnen eines Eß- und Schlafrhythmus, körperlicher Wiederaufbau mit Bewegung und regelmäßiger – selbstmotivierter – Hygiene, Wieder- oder Neuentdeckung von Interessen und Ansprüchen beruflicher, freizeitlicher und kultureller Art, die ohne Verbindungen mit der Drogenbiographie und einer fatalen Drogenzukunft im Erleben und Verhalten existieren können. Die Verbindungen mit jenen Personen, die in der Erinnerung der Patienten positiv besetzt sind, aber keinerlei Drogenkontakter darstellen, sollen wieder geknüpft werden, bzw. neue Bezugsgruppen sollten anvisiert werden.

Dieses Therapieprogramm mag trivial klingen und deckungsgleich mit dem erscheinen, was schlagwortartig mit „Anpassungs-Psychologie“ belegt wird; es aber in den Tagesrhythmus einer für Therapie offenen Untersuchungshaftanstalt zu integrieren, dürfte unter optimalen Bedingungen die vorfindbare Strafvollzugspraxis – Konzeptionen gibt es allzuvielen – sprengen.³

Summary

The necessary institutionalization of therapeutic measures in modern „treatment expeditions“ is paradigmatically given evidence by

- a) problems of drug addicts in punishment expeditions;*
- b) psychological treatment strategies based on empiry-related theory – dealing with behavior modification on the grounds of learning theory;*
- c) conflicts between historical punishment orientation and modern „treatment orientation“.*

Analysis and propositions are the results of investigation and observation at two penitentiaries and three psychiatric hospitals in West-Germany.

Anmerkungen

- (1) Mit diesem Artikel soll u.a. das den Häftlingen, Beamten und Patienten gemachte Versprechen eingelöst werden, auf ihre desolaten Behandlungsbedingungen hinzuweisen.
- (2) Nach unseren Informationen muß in Norwegen schon vor der Einweisung ein Arzt über die physische „Haftfähigkeit“ des Betroffenen entscheiden.
- (3) Bei der praktischen und theoretischen Arbeit für diesen Beitrag waren mir dankenswerterweise behilflich: Stud.soz. M. Baldauf, Prof. Dr. L. Süllwold, Dipl.-Psych. M.C. Overbeck, Dr. T. Eisenhardt, Reg.-Rat S. Franke, stud.psych. U. Gerhard.

Literatur

BELSCHNER, W., Das Lernen aggressiven Verhaltens, in: SELG, H. (Hrsg.), Zur Aggression verdammt? Stuttgart 1971, S. 55–90

- BENJAMIN, W., Über Haschisch, Frankfurt 1972
- BRENGELMANN, J.C., Die Therapie der Rauschmittelabhängigkeit, in: BRENGELMANN, J.C., und TUNNER, W. (Hrsg.), Behaviour therapy – Verhaltenstherapie, München 1973, S. 75–85
- DIETRICH, H., Sucht und Haschisch – aus der Sicht des Psychiaters, in: Münchner Medizinische Wochenschrift, 113. Jahrg., Heft 4, 1971, S. 109–116
- ETZIONI, A., Modern Organizations, New York 1964
- EYSENCK, H. J., und RACHMAN, S., Neurosen – Ursachen und Heilmethoden, Berlin 1971
- GOFFMAN, E., Asylums, New York 1961
- HETZEL, H., Zusammenhang zwischen Medikamenten-, Drogen- und Alkoholmißbrauch bei Jugendlichen, in: KRYSPIN-EXNER, K. (Hrsg.), Die modernen Formen des Suchtmittelmißbrauchs, Wien 1971, S. 41–54
- HOBİ, V., und LADEWIG, D., Persönlichkeitsmerkmale und Drogenverhalten jugendlicher Toxikomaner, in: Pharmakopsychiatrie 4, 12, 1971
- KASTEN, H., Hypothesen zum Einfluß der Anstaltsorganisation auf die Resozialisierung schizophrener Patienten, Diplomarbeit am Seminar für Soziologie (Prof. Habermas) der Universität Frankfurt 1968
- KIELHOLZ, P., und LADEWIG, D., Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen, München 1972
- KLEINER, D., Die strafrechtliche Behandlung Drogenabhängiger aus der Sicht des Gutachters, in: KNISCHEWSKI, E. (Hrsg.), Drogenproblem – kritisch betrachtet, Kassel 1970
- MOSER, T., und KÜNZEL, E., Gespräche mit Eingeschlossenen, Frankfurt 1969
- MÜLLER-LIMMROTH, P., Gefahren und Schädigungen psychischer und physischer Art bei Haschisch-Konsumenten, in: Aktion Jugendschutz, Kath. Landesarbeitsstelle Rheinland-Pfalz, Mitteilungen Sondernummer, Oktober 1971
- OVERBECK, M., Psychologische Untersuchungen im Jugendarrest. Zur Wirkung herkömmlicher und neuer Behandlungsmethoden auf die Persönlichkeit jugendlicher Arrestanten, Diplomarbeit am Institut für Psychologie (Prof. Süllwold) der Universität Frankfurt 1972
- PATSCHKE, W., Pädagogischer Jugendarrestvollzug, in: SCHAFFSTEIN, F., und MIEHE, O. (Hrsg.), Weg und Aufgabe des Jugendstrafrechts, Darmstadt 1968, S. 277–296
- PETERS, H., Psychologie als Legitimation, in: KrimJ, 4. Jahrg., Heft 2, 1972, S. 126–130
- RACHMAN, S., und TEASDALE, J., Aversion therapy and behaviour disorders: An analysis, London 1969
- RÜDIGER, D., und TÄSCHNER, H., Untersuchungen zur Problemstruktur jugendlicher Rauschmittelkonsumenten, in: Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie, 1974 (im Druck)
- SACK, F., und KÖNIG, R., Kriminalsoziologie, Frankfurt 1968
- STIKSRUD, H. A., und SÜLLWOLD, L., Objektive und subjektive Aufmerksamkeitsstörungen nach polyvalentem Drogenabusus, in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 216, 1972, S. 267–300
- SÜLLWOLD, L., Verhaltenstherapeutische Prinzipien bei der Behandlung von Drogenkonsumenten, Frankfurt 1974 (im Druck)
- YATES, A. Y., Behavior therapy, New York 1970

Februar 1974

6 Frankfurt am Main, Kettenhofweg 128