

**Grenzen interner Therapiemodelle im „Erziehungsvollzug“
– exemplarisch dargestellt am Beispiel der Gesprächspsycho-
therapie
(Praxisbericht)**

Hildur von Schweinitz

Lehrstuhl für Sozialpädagogik / Sozialarbeit an der Universi-
tät Osnabrück

*1. Therapeutische Ansätze als Alternative zum Dilemma des
Erziehungsvollzugs*

Nach § 91 JGG sollen die Jugendlichen im Jugendvollzug zu rechtschaffenen und verantwortungsbewußten Menschen erzogen werden, d.h., es soll durch erzieherische Einwirkung eine Verhaltensänderung der Insassen des Jugendvollzugs im Sinne der Gesellschaft angestrebt werden. Daß die erzieherischen Maßnahmen in der Praxis des Vollzugs nicht zu dem erwünschten Erfolg führen, zeigen die Rückfallquoten der jugendlichen Straftentlassenen. Die Diskussion um ausbleibende positive Verhaltensänderungen und die hohen Rückfallquoten ist in der Literatur oft geführt worden. Weniger beachtet und diskutiert sind dagegen negative Verhaltensänderungen, welche bei den inhaftierten Jugendlichen erst durch die Vollzugsbedingungen, durch das Leben in einer totalen Institution mit totaler Verplanung aller Lebensbereiche ausgelöst werden. Gemeint sind die Haftschäden, die bei vielen Jugendlichen im Laufe einer längeren Haftstrafe auftreten und sich in bestimmten negativen Verhaltensänderungen manifestieren, so z.B. in einer zunehmenden Unselbstständigkeit des inhaftierten Jugendlichen im sozialen Umfeld, im Verlernen sozialer Fähigkeiten und im ständigen Abbau des Selbstvertrauens, das aus einer allmählichen Zerstörung des Selbstkonzeptes² resultiert – Entwicklungsprozesse also, welche ebenfalls die Intentionen des § 91 JGG in Frage stellen und pädagogisch kaum mehr beeinflussbar sind. Als Ausweg aus diesem Dilemma wäre eine stärkere

Orientierung des Jugendstrafvollzuges zu therapeutischen Ansätzen denkbar, z.B. in Form eines therapeutischen Alternativangebots – einmal flankierend zum erzieherischen Konzept und zum anderen zur Behebung bereits entstandener Prisonisierungseffekte.

Unter den möglichen erfolgversprechenden therapeutischen Verfahren zur Flankierung bestehender Maßnahmen und zur Behebung von Haftschäden erscheint eine Form der Gesprächstherapie besonders geeignet, welche auf Verhaltensänderungen auf der Basis einer Veränderung und Stärkung des Selbstkonzepts abzielt: die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Sie ist eine in den USA von Carl Rogers³ entwickelte Methode, die heute in der Bundesrepublik neben der Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse zu den bekanntesten psychotherapeutischen Verfahren gehört.⁴ Die Gesprächspsychotherapie hat ein breites Anwendungsspektrum⁵ und ist bei Erscheinungen wie Vollzugsschäden ebenso indiziert wie überall dort, wo Verhaltensänderungen – basierend auf einer Veränderung des Selbstkonzeptes – angestrebt werden. Sie kann im Prinzip genau das leisten, was pädagogische Maßnahmen im Jugendvollzug nach dem Indikator der Rückfallhäufigkeit nicht vermögen: den jugendlichen Gefangenen stabilisieren, ihn in die Lage versetzen, sein Selbstkonzept wieder aufzubauen, sein Sozialverhalten zu ändern und sich quasi selbst zu resozialisieren. Denn die Gesprächspsychotherapie bewirkt beim Klienten eine steigende Fähigkeit zur Konfliktlösung, läßt ihn entdecken, daß er selbst entscheiden, daß er Verantwortung tragen und sein Leben selbst in die Hand nehmen kann.

Schon Rogers weist darauf hin, daß seine Methode im Umgang mit Jugendkriminalität den Vorteil hat, daß der Therapeut fest an die Stärke und die Selbstverwirklichungsmöglichkeit seiner Klienten glaubt und sie in ihrer Umgebung akzeptiert.⁶ Aber auch wenn die Gesprächspsychotherapie als eine geeignete Methode zur Behandlung bestimmter psychischer Störungen von jugendlichen Straftätern erscheint, hängt ihr Erfolg bei einer vollzugsinternen Anwendung doch wesentlich von einer Reihe von Fremdeinflüssen ab, so z.B. von der Struktur und den Zielen des Jugendvollzugs, in dessen Rahmen die Therapie ihren Platz finden muß. Weiter ist von Bedeutung, welche Therapieziele Vollzug und Therapeuten anstreben, welche Erfolgskriterien sie dabei verwenden und in welcher Weise die Vorstellungen des Vollzugs und der Therapeuten von der Durchführung der Therapie übereinstimmen. Und schließlich ist wichtig, in welchem Umfang sich ein Therapieprozeß unter ständiger offizieller und subkultureller Kontrolle überhaupt entfalten kann.

2. Abweichende Erfolgsvorstellungen des Vollzugs und der Therapeuten von einer vollzugsinternen Therapie

Trotz der pädagogischen Aufgaben des Jugendvollzugs sind die Grundregeln des Lebens in der Jugendstrafanstalt einseitig von seiten der Institution und durch gesetzliche Regelungen vorgegeben, die Insassen haben kaum eine Möglichkeit, ihre Lebensgrundlagen entscheidend mitzugestalten. Auch das Vollzugsziel, die Resozialisierung ist in etwa vordefiniert als Besserungswille, Arbeitsfähigkeit, Erfüllung legaler bürgerlicher Normen. Als Erfolge auf dem Weg zur Resozialisierung wertet der Vollzug: Sauberkeit, Arbeitswilligkeit, Wohlverhalten der Gefangenen und Anpassen an die Anstaltsordnung. Hieraus lassen sich unschwer die Vorstellungen des Vollzugs im Hinblick auf Ziele und Erfolgskriterien jeder vollzugsinternen Therapieanwendung ableiten, nämlich: die schrittweise Resozialisierung der jugendlichen Strafgefangenen im Sinne bürgerlicher Normen, ablesbar an ihrem zunehmend reibungslosen Funktionieren im Anstaltsablauf.

Natürlich arbeiten auch die Gesprächspsychotherapeuten im Hinblick auf eine Resozialisierung der jugendlichen Straftäter, nur daß sie unter Resozialisierung etwas anderes als der Vollzug verstehen. Resozialisierung im Sinne der Gesprächspsychotherapie bedeutet einmal ein Beheben der im Vollzug entstandenen Haftschäden, d.h. eine Wiederherstellung der emotionalen Funktionsfähigkeit des Gefangenen über eine Änderung oder Verbesserung seines Selbstkonzepts. Zum anderen versteht der Gesprächspsychotherapeut unter Resozialisierung die Veränderung von Verhaltensstrukturen des Gefangenen im sozialen Umfeld, d.h. eine Verbesserung seiner sozialen Funktionsfähigkeit durch Verhaltensänderungen gegenüber seiner Umwelt. Als Erfolgskriterien für eine beginnende Resozialisierung im Sinne der Gesprächspsychotherapie sind entsprechend eine Steigerung der Selbstakzeptanz und eine bessere Verarbeitung von Umwelteindrücken bei allen an der Therapie Beteiligten zu werten, d.h. eine allmähliche Erhöhung der inneren Sicherheit und Unabhängigkeit der Gefangenen und eine Minderung ihrer Angst und Aggressionen.

Diese verschiedenen Ziel- und Erfolgsvorstellungen im Hinblick auf eine vollzugsinterne Therapie bedingen zwangsläufig Komplikationen im Therapie- und auch im Anstaltsverlauf. Faßte z.B. ein Insasse während der Therapie über eine gründliche Selbstexploration mehr und mehr Zutrauen zu seiner Person, so würde dieses langsam wachsende Selbstwertgefühl zwangsläufig durch die totale Verplanung des Jugendlichen im Tagesablauf – also aufgrund mangelnder Entscheidungsfreiräume, an denen sich der Jugendliche

testen könnte – immer wieder erschüttert und in Frage gestellt. Hinzu käme die oft herablassende Behandlung des Jugendlichen durch Personen mit „Schlüsselgewalt“. Die Therapie kann aus solchen Gründen unter den Bedingungen des normalen Jugendvollzugs nicht wie „draußen“ verlaufen. Sie ist erheblichen Störungen unterworfen, welche den Therapiefortschritt kontinuierlich stoppen.

Wäre die Therapie aber schließlich doch im Sinne der Therapeuten erfolgreich, so käme durch das veränderte Verhalten der therapierten Insassen erheblicher Sand ins Getriebe des täglichen Anstaltsrottes. Zum einen führte die erhöhte soziale Funktionsfähigkeit mit Sicherheit zu einer erweiterten sozialen Aktivität der therapierten Anstaltsinsassen. Sie würden sich z.B. als Vollzugssprecher, als Herausgeber einer Gefangenenzeitung, als Gründer von Insasseninitiativen, als „Therapeuten“ von Mitgefangenen und Beamten engagieren. Irgendeine unbekannte Art von Energie breitete sich dann im Vollzug aus und schaffte Unruhe. Zum anderen würde die erhöhte Selbstakzeptanz, die wachsende innere Unabhängigkeit bei manchen therapierten Insassen eine offene Verbalisierung ihrer Opposition zum Vollzug bewirken. In diesen Fällen ist dann ein klarer Erfolg im Sinne der Gesprächspsychotherapie ein Rückfall im Sinne der Anstaltsordnung.

3. Organisatorische Probleme bei der Durchführung einer vollzugsinternen Therapie

Kleinere, aber dennoch ärgerliche Probleme ergeben sich bei der Durchführung vollzugsinterner Therapie, wenn verschiedene Vorstellungen darüber, was Therapie und Therapiegruppen sind, bei Beamten und Therapeuten aufeinanderstoßen. Diese Probleme wären alle prinzipiell behebbar, sind aber lästig, Quellen ständiger Frustration und führen zu dauernden Störungen und Beeinträchtigungen des therapeutischen Klimas. Die Differenzen entspringen aus dem Zusammenprall eingefahrener alltäglicher Vollzugsgewohnheiten und bestimmten Prämissen, welche für die Therapeuten bei der Organisation einer Therapie unverzichtbar sind.⁷

So erfordert die Gesprächstherapie wie auch andere Therapieformen ein gewisses „Setting“, d.h. Erfüllung einer Grundvoraussetzung, ohne die eine Durchführung therapeutischer Sitzungen an Effizienz verliert. Wichtigste Punkte eines solchen Settings im Sinne der Gesprächspsychotherapie sind:⁸

1. freiwillige Teilnahme der Klienten an der Therapie;
2. pünktliches Erscheinen von Therapeut und Klient zu den vereinbarten Sitzungen;

3. kein Wechsel des Therapieortes, um eine stets gleichbleibende Atmosphäre zu gewährleisten;
4. keine Störungen von außen während der Therapiesitzungen;
5. Bestimmung der Inhalte und der Dauer der Therapie (d.h. auch des Zeitpunktes eines Therapieabbruchs) durch den Klienten;
6. Optimalgröße für gesprächspsychotherapeutische Gruppen: 7– 12 Klienten.

Bei Durchführung einer Gesprächspsychotherapie in einer Jugendstrafanstalt können diese Grundvoraussetzungen der Therapie nur nach langen ermüdenden Lernprozessen einigermaßen gesichert werden.

Vom Ablauf des Vollzugsalltags her gesehen, kann in allen Jugendstrafanstalten Therapie nur nach der Arbeit in den Abendstunden oder am Wochenende stattfinden. Für die Institution und die Vollzugsbeamten gehört daher die Therapie zum Freizeitbereich der Insassen. Damit sehen die Beamten vor Ort die Einzeltherapie als eine zusätzliche Freizeitbeschäftigung der Jugendlichen neben Fernsehen, Radiohören etc. an. Die Therapiegruppe wird in der Vorstellung der Beamten eingereiht in die „sonstigen“ Freizeitgruppen, die noch im Vollzug laufen.

Institution und Beamte wissen aus Erfahrung, daß Freizeitgruppen ein gutes Instrument zum besseren Funktionieren des Vollzugsalltags sind. Sie bringen Abwechslung und mindern deshalb die Unzufriedenheit. Freizeitgruppen sind nach Meinung der Institution zum Vergnügen da und können dementsprechend nur insoweit stattfinden, als sie bestimmte Vollzugsabläufe nicht stören. In diesem Sinne gehen Institution und Beamte davon aus, daß

1. an einer Therapiegruppe möglichst viele Gefangene teilnehmen sollten (während 7– 12 Teilnehmer optimal für den Therapieprozeß sind);
2. Gefangene nur bei Wohlverhalten in der Anstalt teilnehmen dürfen (während im Sinne der Therapie Erscheinen zu den vereinbarten Sitzungen unabdingbar ist);
3. Gefangene an Badetagen, an Einkaufstagen oder bei Überbelastung des Schließpersonals ruhig einmal zu spät in die Therapiegruppe kommen können oder gar nicht zu erscheinen brauchen (während Pünktlichkeit eine wichtige Variable für das Ernstnehmen der Therapie ist);
4. die Therapiegruppe als Freizeitgruppe ruhig in beliebigen, gerade freiwerdenden Räumen tagen kann (während der Wechsel des Therapieortes in Wirklichkeit therapieschädlich ist);
5. die Therapiesitzungen selbstverständlich durch Beamte unterbrochen werden können, wenn der Alltagsablauf dies erfordert: z.B. Herausholen von Teilnehmern zur Anstalts-

leitung, zum Arzt etc. (während Störungen von außen das Therapieklima erheblich verändern können).

Um diese ständigen therapieschädlichen Pannen zu verhindern, müssen die Beamten gründlich über die Therapiebedingungen instruiert werden. Das ist mühsam. Jedoch bietet sich im Verlauf dieses Prozesses die positive Möglichkeit, miteinander ins Gespräch zu kommen, Mißverständnisse aufzuklären und insgesamt die Interaktion zwischen Therapeuten, Beamten vor Ort und Gefangenen im täglichen Umgang zu verbessern.⁹

Ein weiteres, schwerwiegenderes Problem bei der Durchführung der Therapie kommt anfangs auf den Therapeuten von seiten der Gefangenen zu. Es ist für Jugendliche, deren Tagesablauf total fremdbestimmt ist, sehr schwer, in der Einzeltherapie und in der Gruppe plötzlich die Initiative ergreifen zu müssen. Sie stehen dieser Situation zunächst befangen und im wörtlichen Sinne „sprachlos“ gegenüber. Hier muß der Therapeut zunächst für eine Übergangszeit mit den Jugendlichen wie in einer ganz normalen Freizeitgruppe themenzentriert vorgehen, ehe er überhaupt mit seiner Methode arbeiten kann.¹⁰

4. Therapie im Sog totaler Kontrolle von Beamtenapparat und Subkultur

Nicht nur die prinzipiellen Divergenzen in den Zielsetzungen und die Pannen bei der Organisation und Durchführung der Therapie blockieren den Ablauf und den Erfolg einer Gesprächspsychotherapie im Jugendstrafvollzug. Viel schwerwiegender erscheinen die Schwierigkeiten des Therapeuten, die in einer Gesprächspsychotherapie erforderliche warme, vertrauensvolle, akzeptierende und anteilnehmende Atmosphäre herzustellen, und die Schwierigkeiten der Gefangenen, zu einer offenen Selbstexploration zu kommen. Atmosphäre der Therapie und Öffnung von seiten des Klienten werden bei vollzugsinterner Therapie genauso fremdbestimmt wie der Verlauf der Therapie insgesamt.

Gewiß, einige Bedingungen des therapeutischen Settings werden im Regelvollzug für Jugendliche besser erfüllt als in sozialtherapeutischen Anstalten, wo die Therapie in punkto Freiwilligkeit weitgehend zur Farce, zu einer Art Zwangsübung geworden ist, an deren Erfolg Vergünstigungen oder Entlassung geknüpft werden.¹¹ So kommen – wie beschrieben – die Jugendlichen im Regelvollzug freiwillig in die Therapie, sie haben keine Vergünstigungen dafür zu erwarten, sie verschenken ein Stück ihrer Freizeit. Insoweit sind Teilbereiche des Therapie-Settings, wie sie auch in der Freizeit gelten, erfüllt. Die Gefangenen würden auch in der Regel

pünktlich und kontinuierlich zur Therapie erscheinen, wenn die zuvor geschilderten organisatorischen Hemmnisse seitens des Anstaltsablaufs entfielen und wenn die Jugendlichen das Gefühl bekämen, daß sich in der Therapie etwas ereignet. Aber eben dieses „Feeling“ kann sich unter den Bedingungen des heutigen Jugendstrafvollzugs weder in der Einzeltherapie geschweige denn in der Gruppentherapie ohne weiteres einstellen. Die Gegenwart totaler Kontrolle mit ihren zwei Gesichtern, einem offiziellen und einem subkulturellen, sowie die Angst vor dieser Kontrolle vergiften das therapeutische Klima von Grund auf. Die therapiewilligen Gefangenen und der Therapeut sitzen wie auf einem Minenfeld zwischen zwei Fronten: dem Anstaltsapparat und der Subkultur.

Der Therapeut ist dem mehr oder minder subtilen Druck der Institution ausgesetzt, welche von ihm Informationen über die Gefangenen erwartet. Auch wenn der Therapeut persönlich diesem Druck widersteht, bleibt bei ihm doch das zwiespältige Gefühl, daß dieser Druck existiert und daß die zur Therapie entschlossenen Gefangenen auch von ihm wissen. Er tritt praktisch vorbelastet in den therapeutischen Prozeß ein. Seine zukünftigen Klienten sind gegen ihn vorprogrammiert. Sie haben ein zwangsläufiges, aus ihren Erfahrungen mit der Institution berechtigtes Mißtrauen gegen den Therapeuten, das abzubauen oder gar aufzulösen sehr viel Geduld und Verständnis von seiner Seite erfordert.¹² Die Frustrationen, welche dem Therapeuten aus diesem fremdbestimmten Dilemma erwachsen, sind hoch. Er muß viel Kraft verwenden, um die Gefangenen davon zu überzeugen, daß er unabhängig und nicht Träger eines doppelten Mandates ist.

Insgesamt lassen sich die vorgenannten Ängste und das Mißtrauen der Gefangenen aber im Verlaufe des Therapieprozesses langsam abbauen und Vertrauensanteile aufbauen. Nachhaltiger und für den Therapeuten kaum erreichbar sind jedoch andere, aus echter Existenzbedrohung erwachsene Ängste der an der Therapie teilnehmenden Gefangenen: die vielfältigen Ängste vor den Repressionen der Subkultur.

Schon die Tatsache, daß einzelne Gefangene sich zu einer Therapie entschließen, läßt sie im subkulturellen Raum (dem einzigen Autonomiebereich der Gefangenen, zu dem die Institution keinen Zugriff hat) auffallen, so wie etwa ein Gefangener plötzlich in den Blickpunkt rückt, der im Knast „Kalfaktor“ wird.¹³ Welche Folgen allein die Tatsache der Therapiewilligkeit für den einzelnen Gefangenen hat, hängt im wesentlichen von seiner Position in der Subkultur ab. Hat er eine schwache Stellung in der Hierarchie¹⁴, wird es im besten Fall zu Hänseleien, unter Umständen aber auch zu Bedrohungen kommen. Ist der Gefangene in Einzel-

therapie und öffnet er sich dem Therapeuten, kann er den Mitgefangenen schnell suspekt werden. Wenn er z.B. durch Zufall in den Verdacht gerät, im Rahmen der Therapie zu „singen“, geht es ihm schlecht.¹⁵ Noch schwieriger wird die Stellung der therapiewilligen Gefangenen in der Gruppentherapie. Hier erscheint Selbstexploration fast unmöglich, weil kein Gruppenmitglied sicher sein kann, daß aus der Gruppe nichts in die Subkultur dringt. Die Angst vor körperlichen Strafen im subkulturellen Bereich ist hoch, das Vertrauen in die Therapiegruppe lange gering. So brauchen Gesprächstherapiegruppen im Jugendstrafvollzug eine sehr lange Anlaufzeit, ehe ihre Mitglieder auch nur äußere Fassaden ablegen.¹⁶

5. Kriminalpolitische Folgerungen

Der vorliegende Bericht sollte am Beispiel der Probleme bei der Durchführung einer vollzugsinternen Gesprächspsychotherapie zeigen, daß die Vorstellung einer flankierenden Therapie als letzter Rettungsanker zur Aufrechterhaltung der Idee eines erfolgreichen Erziehungsvollzuges nicht weiter führt. Bei den zur Zeit bestehenden Strukturen im Jugendstrafvollzug – und damit sind nicht nur die Strukturen des Institutionsapparates, sondern auch durchaus die in offiziellen Diskussionen gern verharmlosten Strukturen der Gefängnissubkultur gemeint – muß jede für die speziellen Probleme der jugendlichen Straftäter indizierte Therapiemethode in den ersten bemühten Ansätzen steckenbleiben.

Was bei Anstrengungen und „good will“ von seiten der Beamten, der Therapeuten und der therapiewilligen Gefangenen bei einem Therapieangebot im Vollzug bestenfalls erreicht werden kann, bewegt sich im Vorfeld und in den Anfängen einer Therapie. Einige Gefangene können in der Einzeltherapie individuell die Chance haben, Teile ihrer Vergangenheit aufzuarbeiten und sich etwas freier zu fühlen. Und in der Gruppentherapie ist es – falls der Therapeut eine große Frustrationstoleranz hat – immerhin möglich, die einzelnen Mitglieder gruppenfähig zu machen. Der Therapeut hat bei einer vollzugsinternen Therapie viel geleistet, wenn die Gruppenmitglieder gelernt haben, sich nicht gleich bei jeder Gelegenheit zu verprügeln, sich verbal auseinanderzusetzen, andere ebenfalls reden zu lassen und sich gegenseitig zu tolerieren.

Insgesamt gesehen gleicht der Kampf des Therapeuten um das Entstehen eines therapeutischen Klimas in der Einzeltherapie und in den Gruppensitzungen unter den institutionellen und subkulturellen Bedingungen des Jugendstrafvollzuges dem Kampf des Herakles mit der Medusa. Kaum hat der Therapeut ein Hindernis abgebaut, wachsen zwei neue

Hemmnisse nach. Es gilt endlich zu begreifen, daß eine ausgewählte vollzugsinterne Therapie unter den Prämissen der heutigen Jugendstrafanstalten nicht das leisten kann, was von ihr erwartet wird – nämlich die Behebung von Haft- und Primärschäden.

Wenn demnach trotz Einsatz erzieherischer und flankierender therapeutischer Modelle der Jugendvollzug nicht seiner Aufgabe nach § 91 JGG gerecht werden kann, so ist die Frage zu stellen, welche Funktion der Jugendstrafvollzug (von der Verwahrung einiger weniger „gemeingefährlicher“ Täter einmal abgesehen) vor dem Hintergrund unseres kriminologischen Wissens in der heutigen Gesellschaft überhaupt noch hat. Zum anderen ist es sinnvoll, über praktische Alternativen zum Jugendstrafvollzug in seiner jetzigen Form nachzudenken: sei es über „therapeutische“ Alternativen in der Bewährungshilfe oder im Vorfeld des Jugendvollzugs oder sei es über sonstige Alternativmodelle, für die uns ausländische Vorbilder genügend Anregungen geben. Bei diesem vielschichtigen und durchaus kreativen Denkvorgang sollten Reformen immer eine Grundvoraussetzung vor Augen haben: nämlich, daß straffällig gewordene Jugendliche, die einen neuen Weg suchen, mit ihren sozialen und psychischen Schwierigkeiten besser fertig zu werden, in diesem Veränderungsprozeß nicht einem autoritären System unterworfen werden dürfen.

Anmerkungen

- (1) Siehe Goffmann: Über die Merkmale totaler Institutionen (1977, S. 13-123, vor allem S. 17, S. 29 ff. und S. 49 ff.).
- (2) Vgl. ders., 1977, a.a.O., S. 65 ff.
- (3) Die entscheidenden Anregungen für die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie gingen von folgenden Veröffentlichungen von Carl Rogers aus: „Counseling and psychotherapy“, Boston 1942 and „Client-Centered Therapy“, Boston 1951. In der BRD haben Reinhard und Annemarie Tausch die Ideen Rogers als erste verbreitet.
- (4) Einen guten Überblick über den Stand der Forschung und Praxis in der BRD gibt die Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (1977) sowie Pavel (1978).
- (5) Die Breite des Anwendungsspektrums der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie ist dem Bericht des Arbeitskreises „Indikation und Anwendungsbereiche der Gesprächspsychotherapie“ auf dem 1. Europäischen Kongreß für Gesprächspsychotherapie 1974 zu entnehmen, veröffentlicht in: Jankowski u.a. (1976, S. 237-270).
- (6) Vgl. Rogers 1976 (Originalausgabe Boston 1951), S. 67. Neben Rogers verweist bereits frühe deutschsprachige Literatur zur Gesprächspsychotherapie auf die positive Wirkweise dieser Methode bei jugendlichen Straftätern. Vgl. Steller (1972), Minsel (1973), Doll u.a. (1974).
- (7) Kristine Schneider beschreibt in ihrem Praxisbericht einer Gruppenpsychotherapie, die sie klientenzentriert in der Jugendstrafanstalt Siegburg durchführte, diese Differenzen. Sie kommt dabei zu dem Schluß, daß es sinnvoll wäre, alle Einzelheiten der Organisation einer Therapiegruppe mit den Anstaltsbeamten zusammen schriftlich festzulegen (1976, S. 347 f).

- (8) Zum therapeutischen Setting einer Einzeltherapie vgl. Tausch, Reinhard und Annemarie, a.a.O., S. 13-15; zu den Bedingungen und der Größe einer Gesprächsgruppe, siehe diess., a.a.O., S. 16 ff. Pavel (1976, S. 284), Pavel/Sander (1975, S. 243) sowie Mente/Spittler (1975, S. 265/7).
- (9) Daß die geduldige Abklärung aller organisatorischen Fragen im Hinblick auf eine therapeutische Vollzugsgruppe das Kommunikationsklima zwischen den einbezogenen Beamten und Gefangenen verbessern kann, zeigt ein Praxisbericht der Verfasserin; vgl. v.Schweinitz/Lindner, (1978, S. 235 und S. 237 f.).
- (10) Vgl. hierzu auch Minsel (1973) und Steller (1977, S. 37).
- (11) Hierauf verweisen z.B. Baulitz u.a. (1978, S. 4-11).
- (12) Diese Erfahrung machte z.B. auch Tilmann Moser bei einer psychoanalytisch orientierten Gruppentherapie in einer Jugendstrafanstalt (1974, S.8).
- (13) Zur Stellung des Kalfaktors, der vom Vollzugsstab ausgewählt wird, vgl. Harbordt (1972, S. 66) sowie Kaufmann (1977, S. 32).
- (14) Die vielleicht eindruckvollste Schilderung der Subkulturhierarchie gibt Burkhard Driest (1974).
- (15) Es würde an dieser Stelle zu weit führen, Zustände und Ausschreitungen in der Subkultur unserer Jugendstrafvollzugsanstalten zu beschreiben. Sie sind viel schlimmer, als es sich Richter, welche Freiheitsentzug gegen Jugendliche verhängen, vorstellen können.
- (16) Diese Erfahrung schildert u.a. Kristine Schneider in ihrem schon erwähnten Praxisbericht. Es dauerte in ihrer Psychotherapiegruppe ca. 8 Monate „ehe ein ehrlicher Austausch von Erfahrungen, Gedanken und Gefühlen begann“.

Literatur

- BAULITZ, U. / FLÖTTMANN, U. / LOHSE, H., Gesprächspsychotherapie bei Delinquenten in der sozialtherapeutischen Anstalt. Indikation, Organisationsbedingungen und Erfolg, in: Informationsblätter der Gesellschaft für wiss. Gesprächspsychotherapie 33, 1978, S. 4-11
- DOLL, G. / FEINDT, K. / KÜHNE, A. / LANGER, I. / STERNBERG, W.D. / TAUSCH, A., Klientenzentrierte Gespräche mit Insassen eines Gefängnisses über Telefon, in: Zeitschrift für klinische Psychologie 3, 1974, S. 39-56
- DRIEST, B., Die Verrohung des Franz Blum, Reinbek 1974
- GESELLSCHAFT FÜR WISSENSCHAFTLICHE GESPRÄCHS-PSYCHOTHERAPIE (Hrsg.), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, München 1977
- GOFFMANN, E., Asyle, Frankfurt 1977
- HARBORDT, S., Die Subkultur des Gefängnisses, Stuttgart 1972
- JANKOWSKI, P. u. a., Die klientenzentrierte Psychotherapie heute, Göttingen 1976
- KAUFMANN, H., Strafvollzug und Sozialtherapie, Stuttgart 1977
- MENTE, A. / SPITTLER, H., Ambulante klientenzentrierte Gruppentherapie, in: Gruppendynamik 6, 1975, S. 260-270
- MINSEL, W. R., Gesprächspsychotherapie bei dissozialen Jugendlichen, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 22, 1973, S. 131-135
- MOSE, T., Gespräche mit Eingeschlossenen, Frankfurt 1974
- PAVEL, F. G., Die klientenzentrierte Psychotherapie - Entwicklung - gegenwärtiger Stand - Fallbeispiele, München 1978
- PAVEL, F. G. / SANDER, K., Erfahrungen und Ergebnisse mit psychotherapeutischen klientenzentrierten Selbsterfahrungsgruppen, in: Klientenzentrierte Psychotherapie heute, hrsg. v. Jankowski, Peter, u. a., Göttingen, Toronto, Zürich 1976, S. 281-290
- PAVEL, F. G. / SANDER, K., Psychotherapeutische klientenzentrierte Selbsterfahrungsgruppen, in: Gruppendynamik 6, 1975, H 4, S. 237-250

ROGERS, C., Die nicht direkte Beratung, München 1976(2)
 ROGERS, C., Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, München 1976(2)
 SCHNEIDER, K., Das Gesprächspsychotherapiekonzept als Kommunikationsmedium des Erziehungsgedankens im Jugendstrafvollzug, in: Klientenzentrierte Psychotherapie heute, hrsg. v. Jankowski, u. a., a.a.O., S. 346–350
 v. SCHWEINITZ, H. / LINDNER, F.-W., Realitätstherapie im Vollzug, in: Neue Praxis 8, 1978, H. 3, S. 226–238
 STELLER, M., Zum Versuch der empirischen Überprüfung psychologischer Behandlungsmethoden im Strafvollzug, in: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform 55, 1972, S. 357–365
 STELLER, M., Sozialtherapie statt Strafvollzug, Köln 1977
 TAUSCH, R. / TAUSCH, A., Gesprächspsychotherapie, Göttingen, Toronto, Zürich 1979(7)

3.3.1980

Heinrichstraße 46, 45 Osnabrück