

Angela Oermann

Dialektisch-Behaviorale Therapie im forensischen Setting

Dialectical Behavior Therapy in Forensic Settings

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) von Linehan ist ein empirisch evaluiertes ambulantes Behandlungsprogramm für chronisch suizidale Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dieser Ansatz wurde für die Behandlung verschiedenster Problembereiche adaptiert, die mit einer Emotionsregulationsstörung einhergehen, einschließlich für antisoziale männliche Straftäter in der Forensik und im Strafvollzug. Hauptziel dieses Artikels ist, das Rationale für den Einsatz der DBT im forensischen Setting darzustellen und ausführlich zu beschreiben, wie der Ansatz an diese Klientel angepasst wurde. Die beschriebene forensische Version der DBT umfasst die Besonderheiten der Therapieziele, der Behandlungsaufgaben und -module, des Skilltrainings sowie der dialektischen Dilemmata.

Schlüsselwörter

Antisoziale Persönlichkeitsstörung – Dialektisch-Behaviorale Therapie – Maßregelvollzug – Strafvollzug

Linehan's Dialectical Behavior Therapy (DBT) is an empirically validated approach designed for outpatient treatment of chronically suicidal patients with Borderline Personality Disorders. This treatment has been adapted to address a variety of problematic behaviors associate with emotion dysregulation as seen for example in antisocial male offenders in forensic and correctional institutions. The primary aim of this article is to describe the rationale for considering DBT with forensic patients and outline in detail how DBT has been adapted for the treatment of this population. The forensic inpatient DBT model described here includes modification of targets, functions, modes, skills training groups, and dialectical dilemmas.

Keywords

Antisocial Personality Disorder – Dialectical Behavior Therapy – forensic and correctional setting

Einführung

In Deutschland ist ein kontinuierlicher Anstieg von Straftätern zu verzeichnen, die gemäß §§63, 64 StGB in psychiatrischen bzw. Entziehungsanstalten unterzubringen sind. Gemäß §63 StGB („Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus“) werden Straftäter

untergebracht, die aufgrund einer psychischen Erkrankung schuldunfähig bzw. vermindert schulfähig sind und von denen weitere erhebliche Straftaten zu erwarten sind. Diese Maßregel ist unbefristet. Der § 64 StGB („Unterbringung in einer Entziehungsanstalt“) bezieht sich auf suchtkranke Straftäter. Die Maßregel als solche ist grundsätzlich auf zwei Jahre befristet, wobei sich die Länge des Aufenthalts durch eine zusätzlich verhängte Freiheitsstrafe verlängern kann. Die Maßregelvollzugs-Einrichtungen sind psychiatrisch-forensische Fachkrankenhäuser oder Abteilungen an psychiatrischen Kliniken.

In den letzten Jahren kam es zu einer Zunahme von strafrechtlich angeordneten Unterbringungen und einem Rückgang von Entlassungen (Statistisches Bundesamt, 2012). Maßregelvollzugspatienten haben aktuell im Durchschnitt sechs bis acht Jahre Unterbringung hinter sich. 1987 waren im alten Bundesgebiet 3.746 Personen nach §§63, 64 StGB untergebracht, im Jahr 2011 waren es in den alten Bundesländern 9.920, wobei 6.602 (davon 497 weiblich) im psychiatrischen Krankenhaus untergebracht waren und 3.318 (davon 186 weiblich) in einer Entziehungsanstalt (Statistisches Bundesamt, 2012). Die häufigste psychiatrische Diagnose im Maßregelvollzug stellen Erkrankungen aus dem schizophhren Formenkreis (ICD-10 F20) dar sowie Erkrankungen aus der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F60.0-60.9) mit und ohne Intelligenzminderung. Unabhängig von der Primärdiagnose liegt bei ca. 60 % der forensischen Patienten zusätzlich eine Suchtproblematik vor (Seifert & Leygraf, 1997; Hax-Schoppenhorst, 2008).

Der Maßregelvollzug ist vom Strafvollzug und von der Sicherheitsverwahrung gefährlicher Hochrisikotäter mit einem dauerhaft erhöhten Gefährdungspotential abzugrenzen. 2011 gab es in der BRD rund 60.000 Strafgefängene und 504 Sicherheitsverwahrte (Skirl, 2012). Zu Beginn der 1970er Jahre wurden im Zuge der Strafrechtsreform von 1969 in den meisten Bundesländern sozialtherapeutische Anstalten eingerichtet. Sie sind den Straftätern aus dem Strafvollzug vorbehalten, die besondere therapeutische Mittel zu ihrer Resozialisierung benötigen. Sexualstraftäter mit einer Verurteilung von mehr als zwei Jahren Freiheitsstrafe haben einen Rechtsanspruch auf eine Verlegung in eine sozialtherapeutische Einrichtung.

Am 4. Mai 2011 hat das Bundesverfassungsgericht das gesamte gesetzliche Regelwerk zur Sicherungsverwahrung für verfassungswidrig erklärt. Begründet wurde dies in erster Linie damit, dass sich die Sicherungsverwahrung, die ausschließlich dem Schutz der Bevölkerung vor gefährlichen Tätern dient, nicht deutlich genug von einer Strafhaft zur Sühne der vergangenen Taten unterscheidet. Der Gesetzgeber wurde verpflichtet, die Sicherungsverwahrung bis 31. Mai 2013 grundlegend zu reformieren. Es wird ein „freiheitsorientierter und therapiegerichteter Vollzug“ vorgeschrieben, mit einer höchstmöglichen Sicherheit nach außen und einer größtmöglichen Freiheit nach innen. Die Betroffenen müssen durch qualifizierte Fachkräfte so intensiv therapeutisch betreut werden, dass sie „eine realistische Entlassungsperspektive“ haben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein großer Bedarf an qualifizierten Therapiekonzepten für den Maßregelvollzug, für sozialtherapeutische Einrichtungen des Strafvollzugs sowie hochaktuell für die Sicherheitsverwahrung besteht.

Forschungsergebnisse zur Behandlung von Straftätern

Seit Mitte der 1980er Jahre liegen empirische Daten vor, die die Wirksamkeit von kriminaltherapeutischen Ansätzen belegen. Insgesamt erfüllen nur wenige Studien höchste methodische Standards, die zudem meist nur geringe Stichprobenumfänge aufweisen. Zum überwiegenden Teil stammen die wissenschaftlichen Studien zur Erforschung der Wirksamkeit von Straftäterbehandlung aus Nordamerika. In Deutschland hat sich vor allem Lösel (2012) mit diesem Thema beschäftigt. Er wertete 16 internationale Metaanalysen aus und erhielt mittlere Effektstärken kriminaltherapeutischer Interventionen auf Rückfälligkeit zwischen $d = .14$ und $d = .37$ (Lösel, 2012). Insgesamt kann in der Straftäterbehandlung von einer mittleren Effektstärke von $d = .20$ ausgegangen werden, was deutlich niedriger ist als z.B. die Wirksamkeit bei störungsspezifischer Psychotherapie (z.B. bei Depressionen oder Ängsten).

Nachfolgend stellte sich mit der Veröffentlichung der Wirksamkeitsstudien eine wesentliche Frage nach differentiellen Effekten der Straftäterbehandlung, also danach, wovon genau die Wirksamkeit abhängt. Eine Antwort auf diese Frage gibt das RNR-Modell von Andrews und Bonta (1998, 2010), die drei Grundprinzipien als Basis einer effektiven Straftäterbehandlung vorschlugen:

1. Risikoprinzip („Risk principle“): Behandlungsmaßnahmen sollten in ihrer Intensität auf die individuelle Gefährlichkeit ausgerichtet werden (intensive Behandlungsprogramme für Hochrisikotäter).
2. Bedürfnisprinzip („Need principle“): Behandlungsziele sollten auf kriminogene Faktoren (sog. dynamische Risikofaktoren) ausgerichtet sein, also auf Faktoren, die im Zusammenhang mit der jeweiligen Delinquenz stehen.
3. Ansprechbarkeitsprinzip („Responsivity principle“): Behandlungsmethoden sollten die individuelle Ansprechbarkeit der Straftäter (kognitive Fähigkeiten, Motivation, handlungsorientierter Lernstil etc.) berücksichtigen.

In verschiedenen Übersichtsarbeiten konnte gezeigt werden, dass Interventionen in Abhängigkeit von der Anzahl der verwirklichten Prinzipien unterschiedliche Effektstärken erreichten. So liegen die höchsten Effektraten von $r = .26$ (Andrews & Dowden, 2006; Andrews & Bonta, 2010) ausschließlich bei den Interventionen, die alle drei Prinzipien berücksichtigen. Erfolgreiche Programme in der Straftäterbehandlung sind multimodal, hochstrukturiert und kognitiv-behavioral ausgerichtet.

Warum DBT im forensischen Setting?

Für eine Implementierung der DBT im forensischen Setting sprechen mindestens vier Gründe:

1. Die DBT ist hoch konsistent mit erfolgreichen Behandlungsprinzipien aus der Straftäterforschung und orientiert sich an den aus Meta-Analysen abgeleiteten, oben

beschriebenen Hauptprinzipien, die eine angemessene kriminaltherapeutische Behandlung ausmachen.

2. Eine zentrale Schwierigkeit in der Behandlung von persönlichkeitsgestörten Straftätern stellen gereizt-aggressive, fremd- sowie stations- und therapieschädigende Verhaltensmuster dar. Eine Stagnation in der Behandlung sowie eine Verschlechterung der Legalprognose sind die Folge. Die DBT formuliert klare Strategien zum Umgang mit diesen Verhaltensmustern.
3. Die DBT zeichnet sich durch ein spezielles Konzept der therapeutischen Beziehungs- und Interventionsgestaltung aus, was bei forensischer Klientel notwendig erscheint.
4. Burn-out-Raten können bei Mitarbeitern im forensischen Setting durch die Implementierung von DBT signifikant gesenkt werden (McCann, Ball & Ivanoff, 2000). Hier kommt vor allem dem regelmäßigen Treffen des DBT-Consultation-Teams eine besondere Bedeutung zu, bei dem die Behandler selber explizit Berücksichtigung finden.

Die Implementierung der DBT im forensischen Setting

Die Übertragung der DBT auf Straftäter in der Forensik unterscheidet sich vielfach von der ambulanten Behandlung weiblicher Patientinnen mit autoaggressivem Verhalten, wie sie M. Linehan entwickelte (Linehan, 1993). Forensische Patienten sind zwangsweise untergebracht, zum überwiegenden Teil männlich, misstrauisch, im Denken und Handeln häufig antisozial, in ihrer Symptomatik oftmals ich-synton und damit wenig veränderungsmotiviert. Es kommt nicht selten zu entwertenden und respektlosen Verhaltensmustern seitens der Patienten sowie zu einer hohen narzisstischen Kränkbarkeit, die die Behandlung zusätzlich erschwert. Antisoziale Straftäter weisen zudem ein stark ausgeprägtes Autonomiebedürfnis auf, und viele von ihnen zeigen kein Interesse an sozialer Verbundenheit außerhalb ihrer (antisozialen) Peergroup. Diese und andere Eigenschaften erschweren den Umgang und die Therapie mit dieser Klientel erheblich und führen häufig bei den Mitarbeitern zu Ärger, Hilflosigkeit, Resignation und/oder Rückzug. Zudem handelt es sich nicht um einen zeitlich überschaubaren Behandlungszeitraum, sondern um eine sehr lange Unterbringungsdauer von mehreren Jahren.

Die forensische Modifizierung der DBT ist als störungsspezifischer psychotherapeutischer Ansatz eng mit dem übergeordneten kriminaltherapeutischen Konzept der Gesamteinstitution verzahnt und stellt einen Brückenschlag zwischen klinischer Psychotherapie und Straftäterbehandlung dar. Das Konzept wurde in den USA in enger Kooperation mit M. Linehan spezifisch zur intramuralen forensischen Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und/oder einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung entwickelt (McCann et al., 2000; McCann, Ivanoff, Schmidt & Bradley, 2007). Bei den Patienten mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung soll im deutschen Sprachraum vor allem die Subgruppe der dissozial-impulsiven Straftäter nach Cooke & Michie (2001) angesprochen werden, die sich in erster Linie durch eine ständige Suche nach Stimulation/Neigung zur Langeweile auszeichnet, einem parasitären Lebensstil, Fehlen realistischer langfristiger Ziele, Impulsivität sowie Verantwortungslosigkeit. Aggressionen und Gewalt dienen nicht der Zielerreichung (instrumentelle Gewalt), sondern können als Reaktion auf Frustration und als Ausdruck von Reizbarkeit, emotionaler Labilität und Impulsivität

verstanden werden (reaktive Gewalt). Blair, Mitchell & Blair (2005) diskutieren bei Straftätern mit reaktiver Gewalt, überreagible Neurone in Amygdala und Hypothalamus, was ein hyperreagibles Flucht-Kampf-System zur Folge hat. Bei Straftätern, die instrumentelle Gewalt zeigen, gehen sie von unterreagiblen Neuronen in der Amygdala aus, die u.a. zur Folge haben, dass emotionales Lernen nur eingeschränkt möglich ist.

Behandlungsstufen und Therapieziele in der forensischen Modifizierung

Die Behandlungsstufen mit ihren jeweiligen Therapiezielen sind in der forensischen Modifizierung an die stationäre DBT angelehnt. Ein kompletter Durchlauf unten beschriebener Behandlungsstufen mit unterschiedlichen Schwerpunkten dauert in der Regel etwa 9 Monate. Das DBT-Programmpaket besteht aus einer Vorbereitungsphase sowie drei Behandlungsstufen.

In der **Vorbereitungsphase** erfolgt nach entsprechender Diagnosestellung und Indikation für das Behandlungsprogramm in erster Linie eine ausführliche Aufklärung des Patienten über das Störungsbild. Der Zusammenhang zwischen Einweisungsdelikt, psychischer Störung und kriminogenen Faktoren wird dargestellt, wobei sich zu diesem Zeitpunkt die Einschätzung der Behandler mit der des Patienten nicht immer deckt. Wenig hilfreich sind an dieser Stelle Machtkämpfe oder Beweisführungen seitens des Behandlungsteams. Der Aufbau von Therapiemotivation (Bestreben, eine Therapie aufzusuchen) gehört maßgeblich in diese Phase: Es geht darum, das DBT-Programm kurz vorzustellen, die Neugier der Patienten zu wecken, mit eigener Begeisterung anzustecken oder zumindest eine „Kann-ja-nicht-schaden-Haltung“ zu erzielen. Der Aufbau von Veränderungsmotivation (Bestreben nach Veränderung) spielt dagegen an dieser Stelle – zumindest bei der Mehrheit der antisozialen Patienten – eine eher untergeordnete Rolle. Das Prinzip „Einsichtsänderung durch Verhalten“ ist dem Prinzip „Verhaltensänderung durch Einsicht“ vorzuziehen. Eine Verhaltensänderung führt in der Regel zu weniger Problemen, einem besseren Zurechtkommen in der Klinik, zu mehr Kontrolle über das eigene Verhalten und verstärkt sich dadurch selbst (Eucker, 2005). Die Vorbereitungsphase kann auf einer vorgelagerten Aufnahmestation oder auch auf einer anderen Therapiestation stattfinden. Die „freie Wahlmöglichkeit“ als wesentliche Commitment-Strategie der DBT wird in die forensische Modifizierung übernommen: Im Zwangskontext der Unterbringung ist eine Teilnahme an den weiteren DBT-Behandlungsstufen freiwillig, und es folgen keine sanktionierenden Maßnahmen, wenn sich ein Patient gegen eine weitere Teilnahme ausspricht.

Nach Abklärung von Indikation und Motivation wird den Patienten in der **ersten Behandlungsstufe** ermöglicht, an mehreren Einführungsitzungen mit anderen potentiellen Programmteilnehmern teilzunehmen. Nun werden ausführlich die inhaltliche und zeitliche Struktur des DBT-Programms vorgestellt sowie die jeweiligen Anforderungen und Verbindlichkeiten, die eine regelmäßige Teilnahme mit sich bringen. Diese ersten Informationen und Ausarbeitungen aus der Gruppe werden von den jeweiligen Einzeltherapeuten sowie der Bezugspflege begleitet. Auch hier geht es nicht in erster Linie um Veränderungsmotivation, sondern vor allem darum, Neugier und Interesse für die nächste Behandlungsstufe zu wecken.

Die Einführungssitzungen münden in eine schriftliche Ausarbeitung, in der die Patienten angeben und begründen, ob sie am DBT-Programm teilnehmen möchten oder nicht. Diese motivationalen Gründe trägt jeder einzelne Patient mit Unterstützung der zuständigen Bezugspflege und/oder des Bezugstherapeuten dem erweiterten Behandlungsteam vor. Nachfolgend wird ein Behandlungsvertrag aufgesetzt, der die wichtigsten Regularien und Behandlungsziele enthält und in die nächste Phase überleitet.

Mit Abschluss des Behandlungsvertrags beginnt die **zweite Behandlungsstufe**, in der es um die Umsetzung der vereinbarten Ziele geht. Dabei stehen zunächst eine Verbesserung der Verhaltenskontrolle sowie eine Verbesserung der Mitwirkung in der Therapie im Vordergrund. Unter Berücksichtigung forensischen Risikomanagements, kriminaltherapeutischer Prinzipien sowie DBT-Richtlinien können verschiedene, hierarchisch gegliederte primäre Therapieziele voneinander abgegrenzt werden (modifiziert nach McCann et al., 2007):

1. Verringerung lebensbedrohlichen Verhaltens gegen andere oder sich selbst

Hier werden Problembereiche bearbeitet, die im direkten Zusammenhang mit aggressivem Verhalten stehen, wobei zwischen manifester Tötlichkeit, „verdeckter“ Tötlichkeit, aggressiver Kommunikation, Drang, aggressives Verhalten zu zeigen, und Gedanken an aggressives Verhalten unterschieden wird. Lebensbedrohliches Verhalten gegen sich selbst meint sämtliche suizidalen Verhaltensmuster, schwerwiegendes selbstverletzendes Verhalten und das Unterlassen von medizinisch notwendigen Behandlungen.

2. Verringerung stationsschädigenden Verhaltens

Verhaltensmuster, die sich ungünstig auf das Gesamtstationsklima auswirken, sind so häufig im forensischen Setting anzutreffen, dass die forensische Modifizierung explizit um diese Ebene ergänzt wurde. Zu dieser Kategorie zählen Betrug, Drogenmissbrauch, Verkauf von Drogen, Rachefeldzüge, Mobbing von Mitpatienten, Prahlern mit Delikten, sexuelle Kontakte auf der Station, Vorbereitung einer Flucht für sich selbst und/oder andere sowie andere Verhaltensmuster, die eine Erhöhung der Sicherheitsstandards zur Folge haben.

3. Verringerung therapiegefährdenden Verhaltens

Darunter sind sämtliche Verhaltensmuster zu verstehen, die eine effektive Durchführung des DBT-Programms behindern und den „Erhalt“ von Therapie gefährden, wobei drei Kategorien zu unterscheiden sind. Zur ersten Kategorie gehören Verhaltensmuster, die den Patienten daran hindern, von der DBT zu profitieren, wie z.B. Weigerung, Verhaltensanalysen zu schreiben oder Hausaufgaben zu erledigen, fortwährende Unpünktlichkeit oder auch wiederholtes Schweigen in den therapeutischen Gesprächen. In die zweite Kategorie fallen solche Verhaltensmuster, die Mitpatienten daran hindern, maximal von der Therapie zu profitieren, wie z.B. regelmäßiges Störverhalten in den therapeutischen Gruppen oder ein Verstoß gegen die Schweigepflicht der DBT-Gruppe. Die dritte Kategorie umfasst sämtliche Verhaltensweisen, die die Mitglieder des Behandlerteams überfordern und die Bereitschaft reduzieren, die Behandlung bestmöglich fortzusetzen. Grundsätzlich gilt, dass es auch aufseiten des Behandlerteams zu therapiegefährdendem Verhalten kommen kann, das im Consultation-Team ebenso zu identifizieren und zu bearbeiten ist.

4. Verringerung kriminogener Faktoren

Kriminalpräventive Interventionen sollten stets auf solche Patientenmerkmale abzielen, die nach empirischem Kenntnisstand mit der jeweiligen Delinquenz im Zusammenhang stehen (Hodgins, 2002; Müller-Isberner & Eucker, 2009). Zu den typischen kriminogenen Faktoren gehören: antisoziale Ansichten und Einstellungen; Mangel an sozialen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten; Unfähigkeit, zu planen und konzeptionell zu denken; Unfähigkeit, Schwierigkeiten vorherzusehen und zu umgehen; Externalisierung von Verantwortung, Egozentrik u.v.m (Müller-Isberner & Eucker, 2009).

Verringerung kriminogener Faktoren meint demnach alle kriminalitätsbegünstigenden, dynamischen Risikofaktoren, die mit einer erhöhten Rückfälligkeit im Zusammenhang stehen und die nicht in die ersten drei Kategorien eingeordnet werden können.

5. Verringerung von Verhaltensmustern, die die Lebensqualität einschränken

Hierunter sind Verhaltensmuster zu verstehen, die die Lebensqualität herabsetzen, wie z. B. Medikamentenabhängigkeit, Schwierigkeiten im Umgang mit Geld, mangelnde Kontakte, Panikattacken und andere den Stationsalltag belastende Verhaltensweisen.

6. Verbesserung von Verhaltensfertigkeiten (Skills)

Die hierarchische Gliederung der primären Therapieziele bedeutet, dass die jeweils aktuell hochrangigsten Verhaltensmuster des Patienten im therapeutischen Prozess zum Fokus gemacht werden. Die Hierarchisierung der Therapieziele hilft den forensischen Mitarbeitern, den jeweiligen Fokus in der aktuellen Behandlung zu identifizieren, und beugt mit seinem klaren Algorithmus Unsicherheiten und unfruchtbaren Auseinandersetzungen diesbezüglich vor. Zudem erhöht die Therapiezielhierarchie die Kohäsion untereinander und fördert den Teamgeist, da alle am gleichen Thema arbeiten. Alle Teammitglieder haben gleichermaßen die Aufgabe, während des gesamten therapeutischen Prozesses die Therapiezielhierarchie im Auge zu behalten und die jeweils geeigneten problematischen Verhaltensmuster einzuordnen und sie zum Behandlungsfokus zu machen. Neu erlernte Fertigkeiten werden in die Therapieplanung integriert, und Veränderungsprozesse werden von den Mitarbeitern vorangetrieben, ohne die Balance für die Akzeptanz des aktuellen Zustandes zu verlieren.

Idealerweise sollte spätestens ab der zweiten Behandlungsstufe allen Mitarbeitern des erweiterten Teams die „vorläufige Deliktanalyse“ der Patienten bekannt sein. Es wird zunächst aus den Gerichtsakten und vorliegenden Gutachten eine Analyse der Straftat(en) vorgenommen, die zur Einweisung geführt hat/haben. Es werden Zusammenhänge zwischen der Störung und dem Delikt erarbeitet, die konstellativen Faktoren zum Tatzeitpunkt aufgezeigt sowie die jeweiligen kognitiven, emotionalen und behavioralen kriminogenen Merkmale identifiziert. Diese Deliktanalyse ist zum Zeitpunkt der zweiten Behandlungsstufe meist noch vorläufig, da sie in Form einer mikroanalytischen Auswertung noch nicht mit dem Patienten erarbeitet wurde. Sie bietet zunächst die vorläufige Basis für die Planung der gezielten therapeutisch induzierten Veränderungen und Lernprozesse. Voraussetzung für eine ausführliche Deliktbearbeitung mit dem Ergebnis einer hochauflösenden Deliktanalyse und einem schriftlichen Rückfallvermeidungsplan

sind eine ausreichende Stabilität des Patienten, da Problemverhalten und intramurale Zwischenfälle stets vorrangig zu behandeln sind, und außerdem die Bereitschaft, sich intensiv mit den Delikten auseinanderzusetzen. Dabei wird die im Team besprochene vorläufige Deliktanalyse mit Hilfe des Patienten und unter erneuter Hinzuziehung von Gutachten und Gerichtsakten bestätigt, ergänzt oder auch korrigiert.

Linehan (1993) beschreibt immer wieder auftretende rigide und ineffektive Verhaltensmuster seitens der Klienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die sich als dialektische Dimensionen mit zwei gegenüberliegenden Polen beschreiben lassen, zwischen denen die Patienten oszillieren, ohne eine ausgewogene Position bzw. Synthese zu finden. Diese Verhaltensmuster stehen im Zusammenhang mit den primären Therapiezielen und bestimmen die sekundären Therapieziele. Linehan (1993) beschreibt, dass sich aus verschiedenen Störungen unterschiedliche sekundäre Therapieziele ergeben. Für antisoziale Straftäter können folgende dialektische Dilemmata formuliert werden:

Scheinbare Kompetenz versus aktive Passivität (nach McCann et al., 2007)

Dieses für die Behandlung von Borderline-Störungen formulierte dialektische Dilemma kann ebenfalls auf die Antisoziale Persönlichkeitsstörung übertragen werden. *Scheinbare Kompetenz* meint die Tendenz der Patienten, den Eindruck zu hinterlassen, viele gute Fertigkeiten angesichts ihrer Bewältigung des Alltags zur Verfügung zu haben. Bei antisozialen Straftätern kommt es klassischerweise immer wieder vor, dass sie unter den strukturierenden Bedingungen der Behandlungsstation gute zwischenmenschliche Fertigkeiten und Selbstmanagement-Fertigkeiten zeigen. Sie sind in der Lage, auf einen antisozialen Lebensstil und auf antisoziale Verhaltensmuster zu verzichten, und können mit Konflikten umgehen. Dies garantiert allerdings nicht, dass sie das auch in einem anderen Setting umsetzen können. *Aktive Passivität* meint im Gegensatz dazu die Tendenz, Probleme passiv anzugehen und nicht aktiv und mit Entschiedenheit. Hinzu kommt die Tendenz, die Lösung für eigene Probleme von der Umgebung zu fordern. Die Patienten zeigen sich letztlich sehr aktiv darin, andere dazu zu bringen, ihre Probleme zu lösen und passiv bei eigenen Problemversuchen. Ross und Fabiano (1986) beschreiben, dass antisoziale Straftäter häufig Schwierigkeiten haben, Probleme überhaupt zu erkennen. Erkennen sie dann, dass sie ein Problem haben, verstehen sie es oft nicht. Sie fühlen sich angesichts des Problems überfordert und hilflos. Scham sowie eine für diese Klientel typische Angst vor Gesichtsverlust und dysfunktionale Grundannahmen („Du kannst keinem Menschen trauen“, „Schwäche zeigen bedeutet Gefahr“ etc.) interferieren an dieser Stelle mit effektivem Verhalten, wie z.B. zwischenmenschliche Fertigkeiten einzusetzen und jemanden um Unterstützung zu bitten.

Einsamer Wolf versus Fraternalisierung

Dieses Dilemma findet sich häufig bei antisozialen Straftätern im Maßregelvollzug. *Einsamer Wolf* meint, dass die Menschen im Allgemeinen und das Behandlungsteam im Besonderen als Feinde betrachtet werden und ein therapeutisches Bündnis und eine offene, aktive Mitarbeit nicht wirklich möglich scheint. Stattdessen entziehen sich die Patienten dem Kontakt und wirken undurchschaubar, oder die Behandlung wird offen boykottiert, die Mitarbeiter abgewertet, Anzeigen erstattet und Beschwerden verfasst. Der Patient nimmt „wirklichen“ positiven Kontakt nur zu seinesgleichen auf - wenn

überhaupt. *Fraternisierung* meint dagegen, dass der Patient versucht, sich mit dem Behandlungsteam zu „verbrüdern“, das heißt, auf die „Kumpel“-Ebene zu gehen und die professionelle Ebene zu überschreiten.

McCann et al. (2007) ergänzen zwei sekundäre Therapieziele für antisoziale Straftäter im Maßregelvollzug: Verringerung der *Identifikation als kriminelle Persönlichkeit* und Erhöhung der *Identifikation als Staatsbürger*. *Identifikation als kriminelle Persönlichkeit* meint die Bevorzugung antisozialer Lebensstile und Verhaltensweisen, die Idealisierung kriminellen Verhaltens, betrügerisch-manipulatives Verhalten, fehlende Übernahme von Verantwortung, impulsiv-aggressives Auftreten sowie prokriminelle Einstellungen und Denkmuster. Diese kriminogenen Faktoren korrelieren hoch mit Rückfälligkeit und gehen mit einem hohen Wert auf der Psychopathy-Checklist einher (Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 2006). *Identifikation als Staatsbürger* meint dagegen, sich als Teil der Gesellschaft zu erleben, der Pflichten hat, Verbindlichkeiten eingeht, der sich Mitmenschen gegenüber loyal und verantwortungsvoll verhält und dem Schutz und Absicherung durch den Staat zusteht.

In der **dritten Behandlungsstufe** geht es in erster Linie um eine Wiederholung und Zusammenfassung des bisher Gelernten. Diese Themen werden vor allem in den therapeutischen Einzelgesprächen sowie in den Bezugspflegegesprächen aufgegriffen. Im Skillstraining wird den Teilnehmern aus der Abschlussphase Zeit eingeräumt, für die Gruppe eine Zusammenfassung vorzunehmen und ihre persönlichen Skillsketten sowie ihren Notfallkoffer kurz vorzustellen. Zudem werden die Patienten ins Consultation-Team eingeladen, um gemeinsam ein Resümee zu ziehen. Verschiedene Forensiken haben unterschiedliche Rituale für diese dritte Behandlungsstufe implementiert. So können die Patienten z.B. einen Termin beim Chefarzt erhalten, der ihnen ein Zertifikat überreicht und gratuliert. Für nicht wenige Patienten in der Forensik bedeutet dies, dass sie zum ersten Mal in ihrem Leben etwas begonnen und auch abgeschlossen haben. Auch ein mit der gesamten DBT-Gruppe gemeinsam gekochtes Abendessen ist bei vielen Patienten beliebt und rundet diese Phase ab.

Nach Abschluss des DBT-Programms verbleiben die Patienten entweder auf der Station und nehmen an anderen Behandlungsangeboten teil, oder sie werden je nach Indikation auf andere Stationen verlegt. Es kann sinnvoll sein, einen zweiten Durchlauf anzuschließen. Im besten Fall wird der Patient von einem mit DBT vertrauten Team weiterbehandelt. Ein weiterführendes Skillscoaching im Alltag ist erfahrungsgemäß für eine stabile Generalisierung der Skills unbedingt notwendig.

Forensische Modifizierung der Behandlungsaufgaben

In der DBT wird zwischen Behandlungsaufgaben und Behandlungsmodulen unterschieden. Unter Modulen versteht man die einzelnen Behandlungsmodalitäten, also die Art und Weise, wie die Behandlungsaufgaben umgesetzt und verwirklicht werden. Die *Steigerung der Fähigkeiten des Patienten* ist zum Beispiel eine Behandlungsaufgabe, das *Skillstraining* ein Behandlungsmodul, das dieser Aufgabe dient. Die Behandlungsmodule im forensischen Setting sind ähnlich der in der stationären DBT, die im Vergleich zur ambulanten DBT kreativ erweitert werden mussten (Swenson, Witterhold & Bohus, 2007).

Behandlungsaufgabe 1: Strukturierung der Umgebung

Ein klar strukturierter institutioneller Rahmen wird als ein wesentliches Prinzip erfolgreicher Straftäterbehandlung von verschiedenen Experten genannt (Lösel & Bender, 1997; Andrews & Bonta, 2010). Strukturierte, hierarchisch organisierte therapeutische Gemeinschaften und sozialtherapeutische Einrichtungen sind besser geeignet als traditionelle Institutionen, die ausschließlich an der Verwahrung und Bewachung der Patienten ausgerichtet sind. Entscheidend dabei sind klare Regeln, Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten – und zwar für beide Seiten. Müller-Isberner und Eucker (2009) formulieren „strukturgebende Methoden“ zur Gestaltung des therapeutischen Milieus im Maßregelvollzug, dem aufgrund der langen Unterbringungsdauer eine besonders wichtige Bedeutung zukommt:

- a) Verbindliche *Haus- und Stationsordnungen*, deren Regularien für die Patienten nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt sind.
- b) *Tages- und Wochenpläne*, in denen wiederkehrende Aktivitäten abgebildet werden und Besuchs- und Ausgangszeiten vermerkt sind. Die Autoren schlagen vor, gezielt „Therapieferien“ einzuplanen, in denen bis auf eine Grundversorgung sämtliche therapeutische Angebote ausgesetzt werden.
- c) *Organisation von Arbeitsabläufen der Mitarbeiter*: Routinen für immer wiederkehrende Arbeitsabläufe der Mitarbeiter sowie eine klare Rollen- und Aufgabenverteilung erhöhen zum einen die Handlungssicherheit der Mitarbeiter und stellen zum anderen für die Patienten eine Verlässlichkeit und Berechenbarkeit dar.

In der stationären DBT werden zahlreiche weitere Strukturierungshilfen beschrieben (Swenson et al., 2007). Neben dem Einsatz der DBT-Tagebuchkarte, einem Behandlungsvertrag, der alle wesentlichen Regularien beinhaltet, einer klar definierten Therapiedauer für das Programm, einer Festlegung übergeordneter Therapieziele sowie Strukturhilfen für die Einzel- und Bezugspflegegespräche wird zudem noch Folgendes ergänzt:

- d) *Stationsräume*
Besonders vor dem Hintergrund der sehr langen Unterbringungsdauer sollten die verschiedenen Räume der Behandlungseinheit freundlich, ansprechend und funktional sein. In den Behandlungsräumen, Dienstzimmern und Aufenthaltsräumen werden verschiedene Themen der DBT aufgegriffen und auf Plakaten abgebildet.
- e) *Grundannahmen über die Patienten und über die Therapie*
In der forensischen Variante wurden nur geringfügige Veränderungen in den Grundannahmen über Patienten und über die Therapie vorgenommen. Erfahrungsgemäß ist eine Anwendung und Beherrschung der DBT-Grundannahmen im forensischen Alltag nicht immer einfach. Im ersten Schritt geht es nicht darum, alle Grundannahmen immer und zu jeder Zeit als Tatsachen anzunehmen. Linehan (1993) betont, dass Annahmen keine Tatsachen sind, aber dass es die Behandlung von Borderline-Patienten um einiges erleichtert, wenn diese Annahmen beherrzigt und angewendet werden. Im ersten Schritt geht es vielmehr darum, sich regelmäßig mit diesen Grundannahmen

im Team auseinanderzusetzen und sich ihrer immer wieder bewusst zu werden. Zu Beginn der DBT-Implementierung und der Diskussion über Annahmen dieser Art können einige Mitarbeiter im forensischen Kontext Unsicherheiten erleben, fehlende Identifikation und eine höhere emotionale Belastbarkeit. Dies wird jedoch durch eine zunehmende Professionalität ausbalanciert.

f) *Verzahnung verschiedener therapeutischer Maßnahmen*

Erfolgreiche psychiatrische Kriminaltherapie setzt sich aus verschiedenen therapeutisch wirksamen und miteinander verzahnten Maßnahmen zusammen (Müller-Isberner, 2004). In der Therapiephase liegt eine Aufgabe des Einzeltherapeuten darin, die Fäden dieser verschiedenen Maßnahmen, inklusive der des DBT-Programms, zusammenzuhalten. Er ist Ansprechpartner für alle anfallenden Fragen und Belange. Die wesentliche Schnittstelle nach „draußen“ (Angehörigenarbeit, Kontakt zu Arbeitsstellen, Vermietern, Sozialversicherungsträgern und Behörden) gewährleistet zudem die Sozialarbeit. In der Phase einer zunehmenden Außenorientierung des Patienten hat neben dem Bezugstherapeuten und der Bezugspflege vor allem der Sozialarbeiter die Aufgabe, an der Schaffung geeigneter Kontakte und Erprobungsfelder mitzuwirken (z.B. Werkstätten, Wohnheime, Freizeit, ambulante Anbindung).

Behandlungsaufgabe 2: Verbesserung der Fähigkeiten des Patienten

In der DBT erfolgt eine Verbesserung der Fähigkeiten des Patienten in erster Linie über ein Skillstraining, Psychoedukation und Psychopharmakologie. In der forensischen Variante werden neue Fertigkeiten ebenfalls in einem Skills-Gruppentraining erlernt sowie bereits zur Verfügung stehende Fertigkeiten gefestigt, mit deren Hilfe die Patienten Veränderungen auf der Ebene des Verhaltens, der Gefühle und der Gedanken bewirken können, die zu Schwierigkeiten und/oder zu seelischem Leid führen. Sie stellen eine Alternative zu den bisherigen selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensmustern dar. Das Training in der Gruppe findet mindestens zweimal pro Woche à 1,5 Stunden statt und kann von jedem aus dem erweiterten Team geleitet werden, im besten Fall vor allem von dem Pflegepersonal.

Neben dem Training in der Gruppe werden die Skills zudem in den einzeltherapeutischen Gesprächen sowie den Bezugspflegegesprächen aufgegriffen und gemeinsam geübt. In kritischen Situationen des Stationsalltags kommt es in erster Linie durch das geschulte Pflegepersonal zu einem spontanen „Skillscoaching“, da ein Telefoncoaching mit Anrufen beim Einzeltherapeuten außerhalb der Behandlungszeiten für forensische Patienten nicht gestattet ist. Die Patienten können sich zudem gegenseitig in der regelgeleiteten Selbsthilfegruppe, der sogenannten Bezugsgruppe, unterstützen. DBT-Experten sind sich einig, dass in der stationären DBT die Skills täglich geschult werden sollten (Swenson et al., 2007).

Um dem Zwangskontext und den Besonderheiten der Antisozialen Persönlichkeitsstörung Rechnung zu tragen, mussten zahlreiche Modifikationen im Skillsmanual erfolgen. McCann et al. (2000) adaptierten die DBT-Skills für den Einsatz im forensischen Setting mit Hilfe einer Arbeitsgruppe, die vor allem aus antisozialen Straftätern bestand, mit denen sie in einem intensiven Austausch stand – gemäß der DBT-Grundannahme: „Wir

haben genauso viel von den Patienten zu lernen wie diese von uns.“ Die amerikanische Adaptation wurde deutschen Verhältnissen angepasst und ergänzt. Das Training wurde inhaltlich stark vereinfacht, da auch solche Patienten angesprochen werden sollen und müssen, die über intellektuelle und schulische Defizite verfügen. Es kommen immer wieder Cartoons, Videosequenzen, kurzweilige Tischspiele und eingestreute Übungen mit viel Bewegung und Witz zum Einsatz. Abwechslung, Kurzweiligkeit und die Vermeidung einer Atmosphäre von „Schulunterricht“ soll der bei antisozialen Straftätern schnell aufkommenden Langeweile entgegenwirken und die Aufmerksamkeit sichern.

Das Skillstraining in der forensischen Variante besteht aus den Bausteinen „Achtsamkeit“, „Stresstoleranz“, „Zwischenmenschliche Fertigkeiten“, „Umgang mit Gefühlen“, „Moralische Urteilsfähigkeit“ und „Problemlösen“. Die ersten drei Bausteine sind eng an die Standard-DBT angelehnt, wobei sämtliche Arbeitsblätter dem Sprachgebrauch männlicher Straftäter angepasst und zudem deutlich vereinfacht wurden.

Der Baustein „Umgang mit Gefühlen“ wurde umfassender verändert, Themen wie Langeweile, die oftmals ein „Sensation-Seeking-Verhalten“ auslösen, werden aufgegriffen sowie chronische Gereiztheit, Gefühllosigkeit und ausführlich das Thema „Emotionale Verbundenheit“. Unter „Moralischer Urteilsfähigkeit“ ist das Vermögen zu verstehen, Entscheidungen und Urteile zu treffen, die auf inneren Prinzipien beruhen und in Übereinstimmung mit diesen Urteilen zu handeln (Kohlberg, 1964). In dem neu entwickelten Modul finden in erster Linie Dilemmadiskussionen in der Gesamtgruppe statt, also die durch Kohlberg sehr bekannt gewordene Diskussion moralischer Konflikte. Sie zielt darauf ab, die Teilnehmer durch Konfrontation mit einem sozialen und kognitiven Konflikt mit kognitiven Widersprüchen zu konfrontieren und sie in ein „inneres Ungleichgewicht“ zu bringen, so dass eine kognitive Restrukturierung angestoßen wird. Mit dieser Methode wird kritisches Denken gefördert, die Wahrnehmung von Diskrepanzen zwischen eigenen moralischen Werten und Handlungen, eine Auseinandersetzung mit den Standpunkten anderer Menschen sowie die Fähigkeit, Zentrales und Peripheres zu unterscheiden und Zusammenhänge zu verknüpfen. Die Auswahl der moralischen Konflikte scheint hierbei von zentraler Bedeutung. Besonders nachhaltig und wertvoll sind Dilemmadiskussionen, die tatsächliche Dilemmata der Patientengruppe aufgreifen, wie z.B. die Frage, ob ich als Patient in die Tagebuchkarte eintrage, dass ich einen Mitpatienten bei einer heftigen Auseinandersetzung gewürgt habe, mit dem ich mich sehr gut verstehe, oder die Frage, ob ich dem Team melde, dass mein Zimmerkollege kinderpornographische Zeitungen in seinem Schrank aufbewahrt.

Das Modul „Problemlösen“ ist angelehnt an das klassische Problemlösetraining von D’Zurilla und Goldfried (1971), das von Spivack, Blatt und Sure (1976) erweitert und modifiziert wurde, und greift damit ein wichtiges, oben beschriebenes sekundäres Therapieziel auf. Ross und Fabiano (1986) beschreiben, dass antisoziale Straftäter häufig Schwierigkeiten haben, Probleme überhaupt zu erkennen und/oder diese zu verstehen. Mit Hilfe eines auf acht Sitzungen ausgebauten Problemlösetrainings werden verschiedene kognitive Fertigkeiten trainiert und ein allgemeines Schema zur Lösung von Problemen vermittelt, um systematisch gegenwärtige und zukünftige Probleme überwinden zu können und eine Kontrollüberzeugung angesichts von Problemen zu erreichen.

Das gesamte Skilltraining findet als halboffene Gruppe statt, so dass nach Abschluss eines Bausteins neue Teilnehmer aufgenommen werden können.

Behandlungsaufgabe 3: Generalisierung der Skills

Studien zu kriminaltherapeutischen Interventionen ergaben, dass ambulante Behandlung wirksamer ist als stationäre Behandlung (Lösel, 2012). Ein Grund dafür könnte sein, dass eine Generalisierung neuer Fertigkeiten im ambulanten Bereich besser zu gewährleisten ist. Im Maßregelvollzug kommt insbesondere aufgrund der langen Unterbringungszeiten der Milieuthérapie eine entscheidende Bedeutung zu, also der systematischen Nutzung des Gemeinschaftslebens für therapeutische Zwecke. Dabei sind strukturierte, hierarchisch organisierte therapeutische Gemeinschaften, die ein permanentes Lern- und Übungsfeld gewährleisten, besonders geeignet, individuelle Lernprozesse anzustoßen. Dabei sollte ein pädagogisch förderliches, zwischenmenschlich sensibles, aber zugleich normorientiertes Organisationsklima bestehen, das stets auch den Fokus auf Ressourcenaktivierung und Stärkung protektiver Faktoren legt, die zu einer Abkehr von antisozialen Verhalten und Denken beitragen. Die Behandler begegnen den Patienten kritisch-offen, engagiert, aber klar abgegrenzt und behalten stets die Autorität (Lösel & Bender, 1997; Andrews & Bonta, 2010). In einer wertschätzenden und respektvollen Grundhaltung werden die Patienten täglich dabei unterstützt, kriminelles und dysfunktionales Verhalten ab- und prosoziales und funktionales Verhalten aufzubauen. Hierbei müssen Faktoren seitens des Patienten und seitens der Umwelt identifiziert werden, die effektivere Verhaltensweisen behindern und dysfunktionales Verhalten begünstigen.

Oben beschriebenes „Skillscoaching“ im Stationsalltag, Konfrontationen mit Situationen/ Ereignissen, die starke Gefühle auslösen (Exposition), sowie Verhaltensexperimente spielen in der Milieuthérapie eine wesentliche Rolle. Eine Unterbringung im Maßregelvollzug hält grundsätzlich zahlreiche Ereignisse und Bedingungen bereit, die ohne Zutun eine Exposition darstellen. Konfliktbehaftete Situationen, Enttäuschungssituationen und Situationen, in denen Bedürfnisse aufgeschoben werden müssen, sind für forensische Patienten nahezu an der Tagesordnung. Hier bieten gut eintrainierte Skills zur Gefühlsregulation und Verhaltenssteuerung eine wichtige Hilfestellung. Gezielte Expositionen werden grundsätzlich mit dem Patienten gemeinsam erarbeitet und festgelegt.

Es ist lohnenswert, im Team gemeinsam zu erarbeiten, wie Mitarbeiter motiviert werden können, möglichst umfassend im Stationsalltag die Patienten in der Anwendung von Skills zu coachen. McCann et al. (2007) schlagen z.B. eine Art Wettbewerb vor, bei dem der Mitarbeiter beschenkt wird, der in einem bestimmten Zeitraum die meisten Skills gecoacht hat, was über eine Mitarbeiter-Tagebuchkarte nachzuweisen ist.

Behandlungsaufgabe 2 und 3 gelingen besonders gut, wenn sich alle Mitglieder des erweiterten Teams mit den DBT-Skills auskennen und geschult sind, sie zu vermitteln und die Patienten spontan darin zu coachen.

Behandlungsaufgabe 4: Erhöhung der Patientenmotivation

Letztlich erhöhen alle Interventionen die Motivation des Patienten, die es wahrscheinlicher machen, das angestrebte Ziel zu erreichen. In der ambulanten DBT ist dafür in

erster Linie der Einzeltherapeut zuständig. In der stationären DBT sind letztlich alle Mitarbeiter aus dem erweiterten Team an diesen Prozessen beteiligt. Neben den Veränderungs-, Validierungs- sowie Dialektik-Strategien, die für die forensische Klientel 1:1 übernommen werden, spielen bei der Erhöhung der Patientenmotivation zudem noch ergänzende Commitment-Strategien eine wesentlich Rolle.

Linehan (1993) beschreibt, dass aus ihrer Sicht einer der Hauptgründe für fehlgeschlagene Therapien und Therapieabbrüche in einem mangelhaften Commitment entweder aufseiten der Klienten oder des Therapeuten oder beiden liegt. Sie führt aus, dass ein Commitment eine notwendige Vorbedingung, aber auch Ziel der Therapie sein muss. Es ist als eigenständiges Verhalten zu verstehen, das immer wieder hervorgerufen, gelernt und verstärkt werden kann und muss. Es gibt in der DBT unterschiedliche Commitment-Strategien, die in der forensischen Variante ergänzt wurden. Das Commitment als Vorbedingung ist bei forensischer Klientel z.B. viel schwächer ausgeprägt als in der Standard-DBT. Wir nennen die dazugehörige Commitment-Strategie „Einsichtsänderung durch Verhalten“, weil das Programm als solches überzeugen kann und im besten Fall zu Veränderungen auf der Verhaltensebene führt. Eine Verhaltensänderung wiederum bewirkt in der Regel ein besseres Zurechtkommen in der Klinik, mehr Kontrolle über das eigene Verhalten und verstärkt sich dadurch selbst (Eucker, 2005). Eine weitere wichtige Commitment-Strategie ist, immer wieder im therapeutischen Prozess die persönliche Relevanz für den Patienten festzuhalten: „Welche Rolle könnte diese Fertigkeit bei der Bewältigung Ihrer Arbeit spielen? In welchem Zusammenhang könnte das mit dem Vorkommen in der Klinik oder mit der Erreichung anderer Ziele stehen?“ Antisoziale Straftäter sind nur dann dauerhaft interessiert und engagiert, wenn sie klar vor Augen haben, dass sich die Anstrengung und Mühe für sie selber auszahlen. Ein kontinuierliches Einbinden der Patienten in die Analyse der Programmintegrität (z.B. ob sich die Behandler und Patienten an die festgelegten Regularien halten) ist ebenfalls eine erfolgreiche Strategie, Therapiemotivation in diesem Setting zu fördern.

Funktion 5: Erhöhung der Fähigkeiten und Motivation des Teams

Ein wesentlicher Unterschied zu anderen kriminaltherapeutischen Programmpaketen besteht darin, dass die forensische Modifizierung der DBT entsprechend den Regularien der Standard-DBT explizit als Gesamtteamkonzept konzipiert ist, das verschiedene Berufsgruppen integriert und jeder spezifische Aufgaben zuweist. Das Team, das sich als sogenanntes Consultation-Team aufstellt und regelmäßig trifft, hat die Aufgabe, die Motivation und die DBT-Expertise bei den Teilnehmern zu erhöhen. Eine Checkliste, die konsequent abgearbeitet wird, gewährleistet, dass alle wichtigen Punkte Berücksichtigung finden. In der DBT spielt die gegenseitige Unterstützung bei der Entwicklung eigener Skills und bei der Erhöhung und Aufrechterhaltung der eigenen Motivation zur Durchführung der Behandlung eine zentrale Rolle. Supervision und Beratung sind nicht optional, sondern integraler Bestandteil. Linehan (1993) beschreibt, dass die DBT als Behandlungssystem definiert ist, in dem (1) Therapeuten die DBT auf Patienten anwenden und (2) der Supervisor/das Beratungsteam DBT auf die Therapeuten anwendet. Dies scheint für die Bedingungen des Stationsteams im Maßregelvollzug ideal zu sein, da sie aus der Problematik der Doppelaufgabe „Behandlung und Sicherung“ und vor allem aufgrund der extrem langen Unterbringungsdauer schwierig zu behandelnder Patienten

einem sehr hohen Risiko ausgesetzt sind „auszubrennen“. McCann et al. (2000) konnten zeigen, dass Burn-out-Raten bei Mitarbeitern im forensischen Setting durch die Implementierung von DBT signifikant gesenkt werden können.

Weitere Methoden, um die Motivation des Teams zu steigern, können regelmäßige Supervision durch einen externen Supervisor, die Teilnahme an DBT-Netzwerktreffen und Fortbildungen, Einbeziehung in Forschungsprojekte und Hospitationen in und aus anderen Einrichtungen sein.

Wirksamkeit und Ausblick

Wenngleich bis heute kontrolliert randomisierte Studien fehlen und damit die Effektivität der forensischen Modifizierung der DBT nicht ausreichend beurteilt werden kann, konnten McCann und Ball (1996) zeigen, dass sich Straftäter, die mit DBT behandelt wurden, im Vergleich zu Straftätern ohne DBT weniger depressiv, feindselig und paranoid zeigten und geringere Werte auf der Psychotizismus-Skala aufwiesen, weniger Vermeidung und Anschuldigungen zeigten und sich mehr um soziale Unterstützung bemühten. Trupin, Stewart, Beach und Boesky (2002) wiesen nach, dass mit intensivem Training in der DBT aggressives Verhalten reduziert werden kann. Ein erfolgreicher Anschluss der Jugendlichen an wichtige rehabilitative Dienste wie Drogenprogramme oder Arbeitsvermittlungsdienste waren ein weiteres wichtiges Ergebnis. Zudem war eine Reduktion von restriktiv bestrafenden zugunsten therapeutischer Maßnahmen seitens der Mitarbeiter unter diesen Bedingungen möglich. Evershed et al. (2003) gelang es, die Schwere der gewalttätigen Vorfälle sowie Feindseligkeiten bei männlichen Forensikpatienten, die mit DBT behandelt wurden, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne DBT deutlicher zu reduzieren. Drake und Barnoski (2006) konnten bei 63 Jugendlichen eine Reduktion der Rückfälligkeit um 14% zeigen.

Im deutschen Sprachraum werden demnächst die Ergebnisse der ersten Studien zur Praktikabilität und Wirksamkeit der DBT im Maßregelvollzug erwartet. Zudem laufen aktuell erste Projekte an, die forensische Variante der DBT auf die Behandlung Sicherheitsverwarhter anzuwenden, die mit einer intensiven Begleitforschung einhergehen werden.

Literatur

- Andrews, D. & Bonta, J. (1998). *The Psychology of Criminal Conduct* (2nd edition). Cincinnati, Ohio: Anderson.
- Andrews, D. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, Anderson. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39-55.
- Andrews, D.A. & Dowden, C. (2006). Risk Principle of Case Classification in Correctional Treatment: A Meta-Analytic Investigation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50 (1), 88-100.
- Blair, J., Mitchell, D. & Blair, K. (2005). *The psychopath: emotion and the brain*. Malden: Blackwell Publishing.
- Cooke, D.J. & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy. Towards an hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13, 171-188.

- Drake, E.K. & Barnoski, R. (2006). Recidivism findings for the juvenile rehabilitation administration's Dialectic Behavior Therapy program: Final report. WA, Washington State Institute for Public Policy; Olympia.
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem Solving And Behavior Modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Eucker, S. (2005). Persönliche Mitteilung.
- Evershed, S., Tennat, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M. & Watson, A. (2003). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13 (3), 198-213.
- Hax-Schoppenhorst, T. (2008). Zur aktuellen Situation im Maßregelvollzug. In F. Schmidt-Quernheim & T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug* (S.67-90). Bern: Hans-Huber.
- Hodgins, S. (2002). Research Priorities in Forensic Mental Health. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 7-24.
- Kohlberg, L. (1964). Development of moral character and moral ideology. In M.L. Hoffman & L.W. Hoffmann (Eds.), *Review of child development research* (Vol I, pp. 381-431). New York: Russel Sage Foundation.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Lösel, F. & Bender, D. (1997). Straftäterbehandlung: Konzepte, Ergebnisse, Probleme. In M. Steller & R. Volbert (Hrsg.), *Psychologie im Strafverfahren: ein Handbuch* (S.-171-204). Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Lösel, F. (2012). Offender treatment and rehabilitation: what works? In M. Maquire, R. Morgan & R. Reiner (Eds.), *Oxford Handbook of Criminology* (pp. 996-1017). Oxford University Press.
- McCann, R.A. & Ball, E.M. (1996). Unveröffentlicher Artikel.
- McCann, R.A., Ball, E.M. & Ivanhoff, A. (2000). DBT with an inpatient forensic population: The CMHIP model. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 447-456.
- McCann, R., Ivanoff, A., Schmidt, H. & Bradley, B. (2007). Dialectical Behavior Therapy in Residential Forensic Settings with Adults and Juveniles. In L. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice* (pp. 112-144). New York: Guilford Press.
- Müller-Isberner, R. (2004). Therapie im psychiatrischem Maßregelvollzug (§ 63 StGB). In U. Venzlaff & K. Foerster (Hrsg.), *Psychiatrische Begutachtung* (4. Aufl., S. 417-435). Heidelberg: Gustav Fischer.
- Müller-Isberner, R. & Eucker, S. (2009). *Therapie im Maßregelvollzug*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftlich Verlagsgesellschaft.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E. & Cormier, C.A. (2006). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington: American Psychological Association.
- Ross, R.R. & Fabiano, E.A. (1986). *Reasoning and Rehabilitation: A cognitive Skills Program*. Ottawa: Center for cognitive Training and Research.
- Seifert, D. & Leygraf, N. (1997). Straftaten während und nach einer Behandlung im Maßregelvollzug gemäß §63 StGB. *Deutsche Richter Zeitung*.
- Skirl, M. (2012). *Wegsperrten? Ein Gefängnisdirektor über Sinn und Unsinn der Sicherungsverwahrung*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Spivack, G., Platt, J. & Sure, M. (1976). *The Problem Solving Approach to Adjustment: A Guide to Research and Intervention*. San Francisco: Josey-Bass, Inc.

- Swenson, C., Witterhold, S. & Bohus, M. (2007). Dialectical Behavior Therapy on Inpatient Units. In Dimeff L, Koerner K (eds.), *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice* (pp. 145-173). New York: Guilford Press.
- Trupin, E.W., Stewart, D.G., Beach, B. & Boesky, L. (2002). Effectiveness of a Dialectic Behavior Therapy program for incarcerated juvenile female offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(3), 121-127.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Angela Oermann
44289 Dortmund
angela.oermann@freenet.de