

Danksagung

Für die wohlwollende Unterstützung des Projektes „Psychotherapie sozialer und emotionaler Defizite bei psychisch kranken Straftätern“ möchte ich mich bei Prof. Dr. phil. Klaus-Peter Dahle und Prof. Dr. med. Norbert Konrad, auf deren wissenschaftlichen Rat ich mich in den vergangenen fünf Jahren stets verlassen konnte, sehr herzlich bedanken.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Lebensgefährten Dr. phil. Michael Richter. Ohne seine vielseitige Unterstützung, sein breites Fachwissen, seine Geduld und Beharrlichkeit wären die beiden Bände sicherlich nicht entstanden.

Für die tatkräftige Hilfe bei der Evaluation des Trainingsprogramms und bei der statistischen Auswertung der Ergebnisse danke ich meinen Kollegen Dipl.-Psych. Stefan Tydecks, Dipl.-Psych. Alexandra Koch und Dr. phil. Jörg Lemmer Schmid besonders herzlich.

Des Weiteren möchte ich mich bei der Leiterin der IL.TVA des KMV Berlin Dr. med. Liane Stahn dafür bedanken, dass sie mich zur Evaluation des SEKT ermutigt und vom ersten Moment an das Projekt geglaubt hat. Für ihren Rückhalt bei der praktischen Umsetzung der Studie in unserer Klinik danke ich außerdem dem ärztlichen Leiter des KMV Berlin Rolf Bayerl, Dipl.-Psych. Marion Anthoff, Erika Ehing und Dr. med. Karl Kreutzberg.

Moralische Unterstützung und vor allem Inspiration für neue Ideen im Rahmen von fruchtbaren Diskussionen erhielt ich von Dipl.-Psych. Hannes Sperlich, Dipl.-Ing. Arch. Michael Jansen, Kriminaldirektor Oliver Knecht, meinem Supervisor Dipl.-Psych. Andreas Bartz sowie meinen Kollegen Dipl.-Psych. Susanne Rosenbauer, Dr. med. Jürgen Beckmann, Dipl.-Soz. Harald Friedrichs, André Schäfer, Sylke Löhr und Dr. med. Winfried Reichwald. Vielen Dank dafür!

Außerdem danke ich all den Patienten, die mich in der Entstehungsphase des Trainingsprogramms begleitet haben. Von der konstruktiven Mitarbeit der Gruppenteilnehmer und ihrem wertvollen Feedback hat das Programm sehr profitiert.

Für ihre Geduld und emotionale Unterstützung in schwierigen Momenten und entbehrungsreichen Zeiten danke ich von ganzem Herzen meinen treuen Freundinnen und Freunden sowie meiner wunderbaren Familie.

Vorwort zum zweiten Band

Der psychiatrische Maßregelvollzug in Deutschland umfasst die gemäß § 63 und § 64 StGB strafrechtlich im psychiatrischen Krankenhaus bzw. in einer Entziehungsanstalt Untergebrachten. Im Längsschnitt ist seit Mitte der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts eine ständige Belegungszunahme zu registrieren, die unter anderem auf eine Verlängerung der Behandlungsdauer der insbesondere im Bereich des § 63 StGB Untergebrachten zurückgeht. Mittlerweile ist in Deutschland jedes fünfte psychiatrische Bett ein Maßregelvollzugsbett. Insoweit ist es von ganz besonderer Bedeutung, Therapieangebote zu entwickeln, die die Behandlung psychisch kranker Straftäter effektiver und nachhaltiger gestalten. Überblickt man die aktuell im deutschen Maßregelvollzug vorhandenen Therapieangebote, sind diese zum großen Teil aus der allgemeinen Psychiatrie und Psychotherapie auf die forensische Situation übertragen worden (wie z.B. die in der allgemeinen Psychotherapie üblichen psychotherapeutischen Techniken) oder für forensische Zwecke modifiziert worden (z.B. DBT-F). Evaluationen von spezifischen (Psycho-)Therapieangeboten liegen jedoch für den deutschen Maßregelvollzug bislang kaum vor. Insoweit ist es das besondere Verdienst des Buches, dass erstmals in Deutschland ein soziales und emotionales Kompetenztraining evaluiert wird, welches auf eine wichtige Untergruppe der Maßregelvollzugspopulation, nämlich psychisch Kranke mit Schizophrenie-Diagnosen und Komorbidität anwendbar ist.

Prof. Dr. med. Norbert Konrad

1 Einleitung

Das vorliegende Buch stellt eines der ersten standardisierten Trainings sozialer und emotionaler Kompetenzen für Patienten im Maßregelvollzug dar. Die durchgeführte Evaluation des Trainingsprogramms versteht sich als ein Beitrag zur forensischen Psychotherapieforschung, die wie in Band 1 ausführlich dargestellt wird, unter schwierigen Bedingungen agiert und daher noch immer auf einem unbefriedigenden Stand ist: Auch wenn die Behandlung von Straftätern und psychisch kranken Rechtsbrechern in Deutschland bereits eine lange Tradition hat, steht die Forensische Psychotherapie als Forschungsfeld noch am Anfang. Noch immer gilt die Einschätzung von Huchzermeyer und Aldenhoff (2002, S. 381), dass in Maßregelvollzug und sozialtherapeutischen Anstalten einheitliche Kriminalitätsmodelle und Behandlungsansätze fehlen, wissenschaftliche Erkenntnisse der Psychotherapieforschung oft nicht umgesetzt sind und vorhandene Behandlungskonzepte selten evaluiert werden.

Das Soziale und emotionale Kompetenztraining im Maßregelvollzug oder „SEKT im Maßregelvollzug“ wurde in den Jahren 2006 bis 2008 in der II. Teilvollzugsabteilung des Krankenhauses des Maßregelvollzugs (KMV) Berlin entwickelt. Es ist in erster Linie zugeschnitten auf schizophrene Patienten im Maßregelvollzug, welche meist noch komorbide Störungen wie Substanzmissbrauch oder Persönlichkeitsstörungen aufweisen. Als Komponente eines multimodalen Behandlungskonzepts bildet es eine wichtige Ergänzung zur medikamentösen Behandlung und zu bewährten Psychotherapieprogrammen. Das Programm dient als Rehabilitations- und Entlassungstraining für Patienten, bei denen soziale und emotionale Defizite als kriminogene Faktoren erkannt worden sind. Nach mehreren erfolgreichen Praxisdurchläufen und kontinuierlichen Verbesserungen wurde ab 2008 am Berliner KMV eine umfangreiche Evaluation der Wirksamkeit des SEKT durchgeführt, deren Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit vorgestellt werden.

Gründe für die Entwicklung des SEKT

Schizophrene Patienten als die wichtigste Zielgruppe des SEKT, aber auch zahlreiche persönlichkeitsgestörte Patienten weisen eine Vielzahl sozialer und emotionaler Defizite auf, die bei psychisch kranken Straftätern als wichtige kriminogene Faktoren anzusehen sind (s. Band 1, Kapitel 2). Das Training sozialer und emotionaler Kompetenzen stellt daher einen bedeutsamen Bestandteil der Behandlung im Maßregelvollzug dar. Andererseits – und das war der wichtigste Grund für die Entwicklung des SEKT – haben wir mit herkömmlichen sozialen Kompetenztrainings, insbesondere mit dem Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) von Hinsch und Pfingsten (2007)

in der täglichen Therapiearbeit mit unserer speziellen Patienten Klientel unbefriedigende Erfahrungen gesammelt: Die Patienten im Maßregelvollzug waren von der Fülle des Stoffes pro Trainingseinheit überfordert und die behandelten Situationen und Themen entsprachen oft nicht den konkreten Bedürfnissen der Patienten und den Anforderungen ihres Alltags. Hinzu kommt, dass verfügbare Trainings sozialer Kompetenzen, in der Regel entwickelt für Patienten der allgemeinen psychotherapeutischen Versorgung, auch die spezifischen Defizite von Patienten im Maßregelvollzug (Komorbidität, chronischer Krankheitsverlauf, kognitive Defizite, schlechte Sozialisation) nicht ausreichend berücksichtigen. Gerade bei dieser Klientel ist die Gefahr einer Überforderung etwa durch zu lange Sitzungen oder zu anspruchsvolle Übungen sehr groß. Vergleichbares gilt auch für die wenigen existierenden emotionalen Kompetenztrainings.

In der therapeutischen Arbeit im Maßregelvollzug fehlte uns daher ein Therapieprogramm, welches speziell auf die Bedürfnisse von schizophrenen Patienten im Maßregelvollzug zugeschnitten ist, das ihnen Fähigkeiten zur Bewältigung ihrer spezifischen Alltagsanforderungen vermittelt, dabei insbesondere ihre sozialen und emotionalen Defizite adressiert und ihre psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen berücksichtigt. Denn die psychotherapeutische Arbeit muss jeden Patienten mit seiner individuellen Vulnerabilität und seinen verschiedenen Defiziten dort abholen, wo er gerade steht. Mit dem Sozialen und emotionalen Kompetenztraining (SEKT) im Maßregelvollzug wird jetzt ein umfangreiches, spezialisiertes Therapiemanual vorgelegt, anhand dessen – mit einfachen Mitteln und zugeschnitten auf die speziellen Bedürfnisse und Behandlungshindernisse von Patienten im Maßregelvollzug (z.B. schlechte Motivation, kognitive Defizite, Schamgefühle) – soziale, emotionale und Problemlösekompetenzen vermittelt werden können.

Rahmenbedingungen für die Entwicklung des SEKT

Das SEKT ist für den Einsatz im Berliner KMV entwickelt worden und berücksichtigt daher in seiner Konzeption wesentlich auch die dort herrschenden Rahmenbedingungen. Um unter diesen Bedingungen eine optimale Behandlung zu ermöglichen, wurde das SEKT so konzipiert, dass es effizient, mit möglichst einfachen Mitteln und ohne großen materiellen und personellen Aufwand durchgeführt werden kann.

Das KMV ist seit 2001 ein Krankenhausbetrieb des Landes Berlin und eine nachgeordnete Einrichtung der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales. Die typischen Eigenheiten einer Maßregelvollzugseinrichtung, aber auch steigende Patientenzahlen und Kürzungen bei den Ausgaben für das Gesundheitswesen, insbesondere auch im forensischen Bereich, führten im Berliner Maßregelvollzug zu schwierigen strukturellen Bedingungen für die psychotherapeutische Behandlung. Gleichzeitig stellt die Patienten Klientel besonders hohe Anforderungen an das Behandlungsteam.

Zu Beginn der SEKT-Studie im Jahr 2008 hatte das KMV insgesamt 432 Planbetten in 4 Teilvervollzugsabteilungen und war bei einer Maximalbelegungszahl von 499 Betten mit 481 stationären Patienten belegt (Stichtag 31.12. 2008). Am Stichtag 31.12. 2009 lag die Belegung bei 488 und am 31.12.2010 waren insgesamt 472 Bet-

ten belegt. Auch die Anzahl der in komplementären Einrichtungen untergebrachten Patienten ist gestiegen: von 104 in 2008 auf 134 in 2009 und 177 in 2010 (Quelle: Dokumentationsstandards für Einrichtungen des Maßregelvollzugs, Kerndatensätze 2008, 2009, 2010).

Während der Entstehung des Trainingsprogramms zwischen 2006 bis 2008 kamen in der heutigen II. Teilvollzugsabteilung auf insgesamt 145 Patienten (bei 124 Planbetten bzw. Maximalbelegung von 144) 7,5 Fach- und Assistenzarztstellen und 2,5 Psychologenstellen. Demnach hatte ein Therapeut 15 stationäre Patienten zu betreuen, das entsprach in etwa dem bundesdeutschen Durchschnitt im Maßregelvollzug (vgl. Köhler & Kallert, 2009). Zusätzlich wurden bis zur Eröffnung des „Besonders organisierten Bereichs der extern in Außenstellen und offener Unterbringung behandelten Patienten“ (BoBex) im Jahr 2007 auch die extern untergebrachten Patienten von den Ärzten und Psychologen der einzelnen Abteilungen therapeutisch mitversorgt. Deren Aufgaben umfassten regelmäßige Einzelgespräche, das Verfassen der jährlichen Stellungnahme an das Gericht und nicht selten auch Kriseninterventionen vor Ort. Für die II. Abteilung betraf das im Jahr 2006 insgesamt 22 extern untergebrachte Patienten; bis heute sind im Durchschnitt zwischen 2 und 6 externe Patienten regelmäßig zu betreuen. Hinzu kommt eine hohe Fluktuation bei den ärztlichen Fachkräften und Ausfallzeiten durch z.B. Urlaub oder Arbeitszeitverkürzung¹, so dass ein Kollege manchmal über längere Zeit für mehr als 20 Patienten zuständig sein kann. Diese bis heute anhaltende Fluktuation bei den Mitarbeitern kann deshalb zum Problem werden, weil es immer wieder vorkommt, dass u.a. aus Gründen der angespannten Arbeitsmarktsituation (Fachkräftemangel) die frei gewordenen Stellen über einen längeren Zeitraum nicht neu besetzt werden. Auch die Größe der Stationen im KMV erschwert eine effektive Arbeit in Bezug auf das therapeutische Milieu und eine individuelle Betreuung. Für intensive einzeltherapeutische Gespräche bleibt dabei – auch angesichts zusätzlich abzuleistender ärztlicher Nachtdienste – wenig Zeit. Deshalb hing oftmals die Entscheidung, ob bei einem Patienten ein bestimmtes Psychotherapieverfahren eingesetzt wurde oder nicht, lange Zeit weniger von einer gezielten Indikationsstellung als von den Gegebenheiten vor Ort auf Station sowie der aktuellen Verfügbarkeit von geeigneten Therapeuten ab.

Die tatsächliche Situation in Bezug auf die Personal- und Therapeutenausstattung hängt von vielen weiteren Einflussfaktoren, z.B. der Art und Zusammensetzung der Patienten, der räumlichen Situation, der Qualifikation der Mitarbeiter oder den arbeitstherapeutischen Möglichkeiten, ab (vgl. Dahle, 1995a). In diesem Zusammenhang ist die hohe und weiter steigende Anzahl schizophrener Patienten mit Unterbringung gemäß § 63 StGB (vor allem wegen Körperverletzungs- und Tötungsdelikten) von Interesse, welche besonders hohe Anforderungen an das behandelnde Personal stellen. Ähnlich wie in anderen deutschen Einrichtungen (s. Band 1, Kapitel 1) bilden schizophrene Patienten auch im Berliner Maßregelvollzug derzeit die größte Patienten-

¹ Zwischen 2004 und 2010 wurde im Berliner Öffentlichen Dienst eine Arbeitszeitverkürzung inkl. Lohnverzicht von 12% beim Fachpersonal eingeführt, für die von den Beschäftigten sog. Arbeitsverkürzungstage (AZK-Tage) genommen wurden.

gruppe. Im Jahr 2008 litten insgesamt 68% nach § 63 StGB untergebrachte Patienten im Berliner Maßregelvollzug unter einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis, 2009 waren es 71%, 2010 waren es 72% und 2011 schon 74%. Die absoluten Zahlen haben sich in zehn Jahren mehr als verdoppelt: von 163 an Schizophrenie erkrankten Menschen in 2001 auf 390 im Jahr 2011 (Dokumentationsstandards für Einrichtungen des Maßregelvollzugs, Kerndatensätze 2008, 2009, 2010 u. 2011).

Als standardisierte und manualisierte Intervention mit klar umrissenen Inhalten und Zielen soll das Soziale und emotionale Kompetenztraining (SEKT) im Maßregelvollzug eine effektive Psychotherapie unter den beschriebenen Bedingungen ermöglichen. Denn Ziel der Behandlung im Maßregelvollzug ist es, den uns anvertrauten Patienten so weit zu fördern, dass er entlassen werden kann und nach seiner Entlassung nicht erneut strafbare Handlungen begeht. Das SEKT kann, wie die vorliegende Evaluationsstudie zeigt, hierzu einen sinnvollen Beitrag leisten.

Das SEKT zielt dabei auf die konstruktive Auseinandersetzung mit Aspekten von Delinquenz und Gewalt, die mit der Erkrankung in einem engen Zusammenhang stehen, und nach Möglichkeit auch mit dem Tathergang selbst. Nicht zuletzt soll das Programm bei uns auch den bestehenden Mangel an alternativen deliktspezifischen Angeboten ausgleichen. Darüber hinaus soll das Programm den Patienten Fähigkeiten vermitteln, um später auch die sozialen Schwierigkeiten in der offenen Unterbringung und später in der Entlassungsphase besser zu bewältigen, um Rückfälle zu verhindern und Wiederaufnahmen in den Maßregelvollzug zu reduzieren.

2 Trainingskonzept

2.1 Kurzvorstellung des SEKT

Das Soziale und emotionale Kompetenztraining „SEKT im Maßregelvollzug“ wurde von 2006 bis 2008 in der II. Teilvollzugsabteilung des Krankenhauses des Maßregelvollzugs (KMV) Berlin entwickelt und ist heute fest in den Therapieplan der Abteilung integriert. Seit Anfang 2012 wird es außerdem in einer der therapeutischen WGs der „Gesellschaft für betreutes Wohnen“ (GsbW) durchgeführt, mit der das KMV eng zusammenarbeitet. Als Komponente des übergeordneten Behandlungskonzepts im KMV Berlin bildet das SEKT eine wichtige Ergänzung zur medikamentösen Behandlung und zu bewährten Psychotherapieprogrammen. Es ist als Rehabilitations- und Entlassungstraining für Patienten konzipiert, bei denen soziale und emotionale Defizite als kriminogene Faktoren erkannt worden sind.

Das SEKT zielt ab auf das Sichtbarmachen und Hinterfragen unbewusster Denk- und Verhaltensmuster sowie das Erlernen wichtiger sozialer Verhaltenskompetenzen (z.B. Bedürfnisse wahrnehmen und kommunizieren, Kritik annehmen und äußern), auf das Lösen konkreter sozialer Probleme sowie auf die Verbesserung der Selbst- und Impulskontrolle als zentrale Merkmale einer sozial kompetenten Informationsverarbeitung und Handlungssteuerung. Damit setzt das Programm bei den wiederholt bestätigten Risikofaktoren für kriminelles und dissoziales Verhalten an (vgl. Beelmann, 2008, S. 191) und fördert die Herausbildung sinnvoller – dem Patienten nützlicher und auch das Klinikpersonal entlastender – Handlungsroutinen und Reaktionsmuster (vgl. Kröber, 2007b).

Das Trainingskonzept des SEKT basiert auf einem multimodalen, kognitiv-behavioralen Behandlungsansatz. Wichtigstes Vorbild bei der Entwicklung des Programms war das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) von Hinsch und Pfingsten (2007). Bei der Entwicklung des Trainings wurde darauf geachtet, dass seine Durchführung mit einem relativ geringen (Personal-)Aufwand und geringen Kosten verbunden ist (Ökonomieprinzip). Wie die meisten sozialen Trainings findet das SEKT im Gruppenformat statt und wird als strukturierte Abfolge von Übungen und Rollenspielen weitgehend nach Anleitung durch das mitgelieferte Manual durchgeführt.

2.2 Anforderungen

An Trainingsprogramme im Maßregelvollzug müssen ähnliche Anforderungen wie an solche im Strafvollzug gestellt werden. Denn in erster Linie haben wir es im Maße-

gelvollzug ebenfalls mit *Straftätern* zu tun, welche zudem mit der Population im Strafvollzug auch in wesentlichen soziodemografischen, personengebundenen und oft auch klinischen Merkmalen übereinstimmen (vgl. Band 1, Kapitel 1.2.2 und 2). Auch für den Maßregelvollzug gelten deshalb im Wesentlichen die von Lösel und Bender (1997) auf Basis der Behandlungsforschung formulierten Prinzipien für eine erfolgreiche Straftäterbehandlung (vgl. Band 1, Kapitel 2.2.2.2). In Bezug auf die Konzeption des SEKT sind von diesen Prinzipien die folgenden von besonderer Bedeutung:

1. Theoretisch (und empirisch) fundierter Behandlungsansatz
2. Beachtung von Risiko-, Bedürfnis- und Ansprechbarkeitsprinzip
3. Stärkung „natürlicher“ protektiver Faktoren
4. Rückfallprävention
5. Sicherung der Behandlungsintegrität.

Aus diesen Prinzipien folgen insbesondere die folgenden Anforderungen an psychotherapeutische Behandlungsprogramme im Maßregelvollzug: Sie sind theoretisch und empirisch fundiert und integriert in ein übergreifendes multimodales Behandlungskonzept. Sie setzen eine klare Indikationsstellung voraus, orientieren sich am Rückfallrisiko der Patienten und zielen entsprechend auf individuelle kriminogene Faktoren ab. Sie nutzen bewährte, den Fähigkeiten und Lernstilen von Maßregelpatienten angemessene Methoden und sie werden von ausreichend qualifiziertem Personal durchgeführt, das sich auf geeignete Materialien und Behandlungsmanuale stützen kann.

Im Zusammenhang mit den konzeptuellen Überlegungen zum vorliegenden Sozialen und emotionalen Kompetenztraining SEKT, welches hauptsächlich für *schizophren erkrankte Patienten im Maßregelvollzug* bestimmt ist, wird im Folgenden noch einmal konkret auf die genannten Prinzipien eingegangen. Dabei ist aber zu beachten, dass diese Prinzipien inhaltlich ineinander greifen: Als Bestandteil der multimodalen *Schizophreniebehandlung* auf Basis des Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Kompetenz-Modells ist das Training sozialer und emotionaler Kompetenzen als eine bewältigungs- und kompetenzorientierte Intervention für die Remissionsphase konzipiert, das direkt oder indirekt auf relevante Vulnerabilitäts- und Schutzfaktoren der Patienten einwirken soll. Soziale und emotionale Kompetenzen sind in diesem Sinne *protektive Faktoren* sowohl in Bezug auf die schizophrene Erkrankung selber als auch in Bezug auf das Delinquenzrisiko, insofern es nicht ausschließlich aus der Erkrankung folgt (vgl. Band 1). Fehlende soziale und emotionale Kompetenzen sind als Risikofaktoren für delinquentes Verhalten anzusehen, vorhandene Kompetenzen in diesen Bereichen dementsprechend als Schutzfaktoren. Als Behandlungsprogramm für psychisch kranke *Straftäter* aber stützt sich das SEKT in theoretischer Hinsicht nicht ausschließlich auf die Konzepte der Schizophreniebehandlung, sondern auch auf das Rückfallvermeidungskonzept in der Straftäterbehandlung. Im übergreifenden Behandlungskonzept des MRV Berlin fungiert das SEKT als Bestandteil der Entlassungsvorbereitung; es soll die Patienten unterstützen, im Alltag wieder Fuß zu fassen, soziale Kontakte zu knüpfen und aufrechtzuerhalten, ein supportives soziales Netz aufzubauen, sich bei Bedarf Hilfe zu holen und Risikosituationen zu meistern. Damit ist Rückfallprävention ein wesentlicher Zweck des Programms, was sich bereits in seiner Konzeption und theo-

retischen Fundierung niederschlägt. Die Themen Rückfallprävention (Prinzip 4) und Stärkung protektiver Faktoren (Prinzip 3) stehen daher in Zusammenhang mit der theoretischen und empirischen Fundierung des Trainings (Prinzip 1), mit der sich das folgende Kapitel 2.3 befasst. Risiko- und Bedürfnisprinzip gehören als Basis der Behandlungsplanung ebenfalls in diesen Kontext. Sie sind vor allem für die Erarbeitung eines individuellen Delinquenzmodells bedeutsam, das auch die Grundlage für die Indikation des SEKT darstellt (Kapitel 2.3.3). Von besonderer Bedeutung für die Konzeption des SEKT ist das Ansprechbarkeitsprinzip, auf das in einem eigenen Kapitel (2.4) ausführlicher eingegangen wird.

Außerdem aber gilt für den Maßregelvollzug ebenso wie für den Strafvollzug auch das *Ökonomieprinzip*: In einem begrenzten Zeitraum und mit knappen personellen Ressourcen sollen möglichst optimale Ergebnisse erreicht werden. Neben der Konzentration auf relevante Aspekte der Rückfallgefährdung dient dazu u.a. die möglichst ökonomische Durchführung des Programms als Gruppenmaßnahme (dazu ausführlicher in Kapitel 2.5), ein relativ kurzer Durchführungszeitraum oder die Unterteilung in Programmabschnitte für mehr Flexibilität, die bestmögliche Nutzung vorhandener (knapper) Personalressourcen sowie die Einbeziehung des Behandlungsprogramms in den Vollzugsplan mit Auswirkungen auf vollzugliche Entscheidungen (Wischka, Foppe, Griepenburg, Nuhn-Naber & Rehder, 2001). Auch das Ökonomieprinzip fordert ein möglichst evidenzbasiertes Behandlungskonzept, also nach Möglichkeit die Konzentration auf Behandlungsmethoden, die ihre Wirksamkeit bereits unter Beweis stellen konnten. Darüber hinaus hat das Ökonomieprinzip insbesondere Auswirkungen auf die Durchführung und Rahmenbedingungen des Programms, wie sie in Kapitel 2.8 beschrieben werden. Die Kapitel 2.6 und 2.7 fassen die konzeptuellen Überlegungen in einer ineinander übergreifenden Darstellung des Trainingsmodells des SEKT und der Behandlungsschwerpunkte zusammen.

2.3 Theoretisch fundiertes und evidenzbasiertes Behandlungskonzept

Wie bereits erwähnt, wird das soziale Training von der DGPPN-Behandlungsleitlinie Schizophrenie für die Routinebehandlung derzeit noch nicht empfohlen. Andererseits ist mittlerweile die große Bedeutung des psychosozialen Funktionsniveaus für die Prognose der schizophrenen Erkrankung unbestritten. Erfolgreiche Therapie wird heute nicht mehr nur an Symptomreduktion, sondern auch an Reintegration, psychosozialer Rehabilitation und höherer Lebensqualität gemessen. Deshalb müssen unsere therapeutischen Bemühungen verstärkt die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus ins Visier nehmen (Brüne & Juckel, 2010; Juckel & Morosini, 2008). Die Wirksamkeit sozialer Trainings – als ergänzender Baustein in einer multimodalen Behandlungsstrategie – ist belegt (siehe Band 1, Kap. 3). Auch im Rahmen bewältigungsorientierter Therapieanstrengungen und für die Rückfallprophylaxe sind soziale Kompetenzen von Bedeutung. Dieses Kapitel beschreibt den evidenzbasierten therapeutischen Grundansatz des SEKT und seine Einbettung in ein multimodales Behandlungskonzept.

2.3.1 Evidenzbasierte Methodik

In Bezug auf die Behandlung von Straftätern gilt das *Risk-Need-Responsivity*-Modell (RNR) gegenwärtig als das am besten validierte Behandlungsmodell (McGuire, 2008, S. 2591). Wie in der Straftäterbehandlung gilt auch für den MRV, dass Behandlungsprogramme auf empirisch bewährten Theorien über die Entwicklung und Aufrechterhaltung kriminellen Verhaltens basieren sollen, wobei Modelle zu bevorzugen sind, bei denen die Kontrolle spezifischer Verhaltensprobleme im Mittelpunkt steht (Lösel & Bender, 1997). Entsprechend dem RNR-Modell ist die Voraussetzung für die Indikation eines Trainings sozialer und/oder emotionaler Kompetenzen für Patienten im Maßregelvollzug die Identifikation relevanter Risikofaktoren („kriminogener Bedürfnisse“) in einem individuellen Delinquenzmodell – denn erste Aufgabe des Maßregelvollzugs ist die Verbesserung der Legalprognose. Wie das in Band 1 (Kapitel 1.3.3) vorgestellte „Evidenzbasierte Behandlungskonzept“ aus Haina geht auch die Konzeption des SEKT davon aus, dass seine Indikation jeweils aus der Anwendung eines individuellen Delinquenzmodells abgeleitet wurde, das relevante chronisch-dynamische und akut-dynamische Risikofaktoren für den betreffenden Patienten berücksichtigt. Diese Faktoren werden gemäß des inzwischen in der Straftäterbehandlung allgemein akzeptierten Rückfallvermeidungsmodells (vgl. Band 1, Kap. 2) in eine kognitiv-behaviorale Verhaltenskette eingeordnet, an deren Ende die Straftat steht. Für die Wirksamkeit des Rückfallvermeidungsmodells gibt die Behandlungsleitlinie der DGPPN für die Therapie der dissozialen Persönlichkeitsstörung die Evidenzstärke Ia an (DGPPN, 2009). Auf das zugrundeliegende Deliktmodell wird unten in Kapitel 2.3.3 näher eingegangen.

Entsprechend dem individuellen Deliktzirkel eines Patienten sollen die individuellen chronisch-dynamischen Risikofaktoren der Person positiv beeinflusst werden: Der Patient soll Kompetenzen erlernen, um seine individuelle Deliktkette zu erkennen und diese zu durchbrechen. Bei psychisch kranken Rechtsbrechern spielt innerhalb eines solchen Delinquenzmodells die psychische Erkrankung in der Regel eine bedeutende Rolle; bei schizophrenen Patienten können relevante Risikofaktoren dafür im Rahmen eines entsprechenden Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Kompetenz-Modells bestimmt werden. Soziale und emotionale Defizite können als Risikofaktoren sowohl in einem Delinquenzmodell als auch innerhalb eines Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Kompetenz-Modells für eine psychische Erkrankung in Erscheinung treten, so dass therapeutische Interventionen, die bei diesen Defiziten ansetzen, sinnvoll erscheinen. Dabei ist allerdings ein differenziertes Vorgehen auch im Hinblick auf verschiedenartige soziale Defizite notwendig: Nicht bei allen Patienten mit Beeinträchtigungen des sozialen Verhaltens/Problemlösens gehen diese auch mit sozialer Unsicherheit einher – traditionell eine wesentliche Komponente sozialer Trainings (s. Band 1, Kapitel 3). Bei bestimmten Patienten, etwa solchen mit starken antisozialen Tendenzen, wäre ein entsprechendes Training unter Umständen sogar kontraindiziert.

Konkrete Interventionen sind in das übergreifende Behandlungskonzept integriert, welches neben der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung der psychischen Erkrankung oder Störung gegebenenfalls auch Suchtbehandlung, Milieuthe-

rapie (prosoziales Stationsmilieu), Problemlösetraining, schulische oder berufliche Bildung, die Vermittlung lebenspraktischer Fertigkeiten und die Entwicklung einer Entlassungsperspektive umfasst (zur Einordnung des SEKT in das Behandlungskonzept des Berliner KMV vgl. Kapitel 2.3.2).

Bei der Reduzierung von Gewaltkriminalität haben sich insbesondere Trainings des emotionalen Selbstmanagements, interpersonaler Fertigkeiten, des sozialen Problemlösens und verwandte Ansätze als erfolgreich erwiesen (McGuire, 2008, S. 2591). Das SEKT enthält fast ausschließlich therapeutische Elemente, denen die DGPPN-Behandlungsleitlinie für die dissoziale Persönlichkeitsstörung den Evidenzgrad Ia bescheinigt (DGPPN, 2009): Es ist ein multimodales kognitiv-behaviorales Programm, trainiert soziale Fertigkeiten, Empathie und interpersonales Problemlösen und nutzt Techniken des sozialen Lernens, der kognitiven Umstrukturierung und Modifikation deliktfördernder Einstellungen und zur Verbesserung der Emotionsregulation. Behandlungsmethoden und konzeptuelle Vorgaben berücksichtigen das Ansprechbarkeitsprinzip (s.u. Kapitel 2.4) und richten sich generell nach den Empfehlungen des RNR-Modells: hoher Strukturierungsgrad, Gebrauch von Autorität, explizite Modellierung und Verstärkung antikrimineller Denkstile, Gefühle und Verhaltensweisen, konkretes und systematisches Problemlöse- und Fertigkeitentraining, Üben in überschaubaren Schritten, viele Wiederholungen, Rollenspiele, Verstärkung, die gezielte Mobilisierung oder Bereitstellung von Ressourcen und detaillierte verbale Führung, z.B. Erklärungen, Vorschläge, kognitive Umstrukturierung (Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau & Cullen, 1990; vgl. auch DGPPN, 2009).

Auch in der Schizophreniebehandlung gehören Trainings sozialer Kompetenzen zu den wenigen psychotherapeutischen Ansätzen, für deren Wirksamkeit in der Schizophreniebehandlung als Ergänzung der Pharmakotherapie empirische Belege vorliegen. Studien zeigten dafür weitestgehend übereinstimmend positive und konsistente Effekte in den Bereichen Fertigkeitenerwerb, Selbstbehauptung, soziales Funktionsniveau sowie allgemeine Psychopathologie (Pfammatter, Junghan & Brenner, 2006). Bei der Entwicklung des SEKT wurden zudem die – auch im Hinblick auf die Zielgruppe – am besten evaluierten sozialen Kompetenztrainings als Modelle herangezogen, insbesondere das *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* (Hinsch & Pfingsten, 2007) und das *Problemlösetraining* (vgl. Band 1, Kapitel 3.6), dazu in geringerem Maße das *Reasoning & Rehabilitation Program* (Ross, Fabiano & Ross, 1986) sowie in Bezug auf die zu trainierenden emotionalen Kompetenzen die *Dialektisch-behaviorale Therapie* (Linehan, 1996). Natürlich folgt aus der erwiesenen Wirksamkeit seiner Teile noch nicht, dass auch die spezifische Mischung des SEKT wirksam ist – deshalb wurde die vorliegende Evaluation durchgeführt.

2.3.2 Einbettung in ein multimodales Behandlungskonzept

Das SEKT ist strukturell in das multimodale Behandlungskonzept der II. TVA des Berliner KMV eingebettet, in welcher vor allem schizophrene, intelligenzgeminderte und persönlichkeitsgestörte Patienten untergebracht sind. Dieses Behandlungskonzept

umfasst im Wesentlichen die von Kröber und Wendt (2011) beschriebenen Abläufe (s. Band 1, Kap. 1.5). Einen Überblick über das Konzept gibt Abbildung 1.1 in diesem Band. Nach Diagnostik und Therapieplanung inkl. Entwicklung eines individuellen Delinquenzmodells – bzw. teilweise parallel dazu – erfolgt zunächst die Akutbehandlung mit den Schwerpunkten Psychopharmakotherapie und Psychoedukation, außerdem werden in dieser Phase orientierende Gruppengespräche durchgeführt. Ebenfalls von Anfang an erhalten alle Patienten Milieuthérapie, Sport- und Ergotherapie sowie regelmäßige Visiten und notfallpsychiatrische Angebote, insbesondere stützende Einzelgespräche. Diese vier Standardbausteine der Behandlung werden – ebenso wie die Medikation – über alle Phasen des Behandlungsverlaufs hinweg angeboten, wobei die Ergotherapie in Arbeitstherapie übergeht, sobald die Fähigkeiten des Patienten dies zulassen.

In der zweiten Phase der stationären Behandlung – bei schizophrenen Patienten die Phase der postremissiven Stabilisierung, die in der Regel nach einigen Monaten einsetzt – beginnen die psychotherapeutischen Einzelgespräche, in denen schwerpunktmäßig der individuelle Deliktzirkel der Patienten bearbeitet wird. Alle Patienten sollen zudem Entspannungsverfahren (Progressive Muskelentspannung) erlernen – dies wurde allerdings erst in letzter Zeit im Behandlungskonzept fest verankert, so dass während der Evaluation des SEKT noch nicht alle Patienten Erfahrungen damit hatten. Vor allem für die Psychosepatienten werden außerdem weitere psychoedukative Maßnahmen angeboten.

In der zweiten oder gegebenenfalls auch erst in der dritten Phase der stationären Behandlung, also während der Stabilisierungs- oder Rehabilitationsphase (die sich ohnehin nicht scharf voneinander abgrenzen lassen) nehmen schizophrene Patienten indikationsabhängig an spezifischen Behandlungsprogrammen wie dem Integrierten Psychologischen Therapieprogramm für schizophrene Patienten IPT (Roder, Brenner & Kienzle, 2008) oder dem Metakognitiven Training MKT (Moritz, Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt & Woodward, 2010) teil. Der therapeutische Fokus verschiebt sich jetzt schrittweise hin zu rehabilitativen Maßnahmen. Dazu gehören neben der kognitiven Remediation auch Interventionen zur Behandlung von Abhängigkeitsstörungen. Die erfolgreiche Absolvierung des MKT gilt in vielen Fällen auch als Voraussetzung für die Teilnahme am SEKT.

Schwerpunkte der Rehabilitationsphase sind die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus und die Rückfallprophylaxe. Dem dient einmal das gezielte Training sozialer und emotionaler Kompetenzen im SEKT, so weit wie möglich entsprechend des individuellen Delinquenzmodells, zum anderen werden mit Patienten, welche mindestens den Lockerungsstatus Stufe 2 erreicht haben, regelmäßige Ausgängergesprächsgruppen durchgeführt. Einzelgespräche, Sport- und Milieuthérapie konzentrieren sich in dieser Phase immer stärker auf Fähigkeiten zur eigenständigen Tages-, Freizeit- und Lebensgestaltung und zur Selbstversorgung als Vorbereitung auf das Leben außerhalb der Vollzugseinrichtung.

Dem SEKT wiederum kommt in diesem Behandlungskonzept eine Doppelrolle zu, insofern es einerseits ebenfalls bereits der langfristigen Entlassungsvorbereitung und andererseits vor allem der Rückfallprophylaxe dient. Es soll also zum einen Fähigkei-

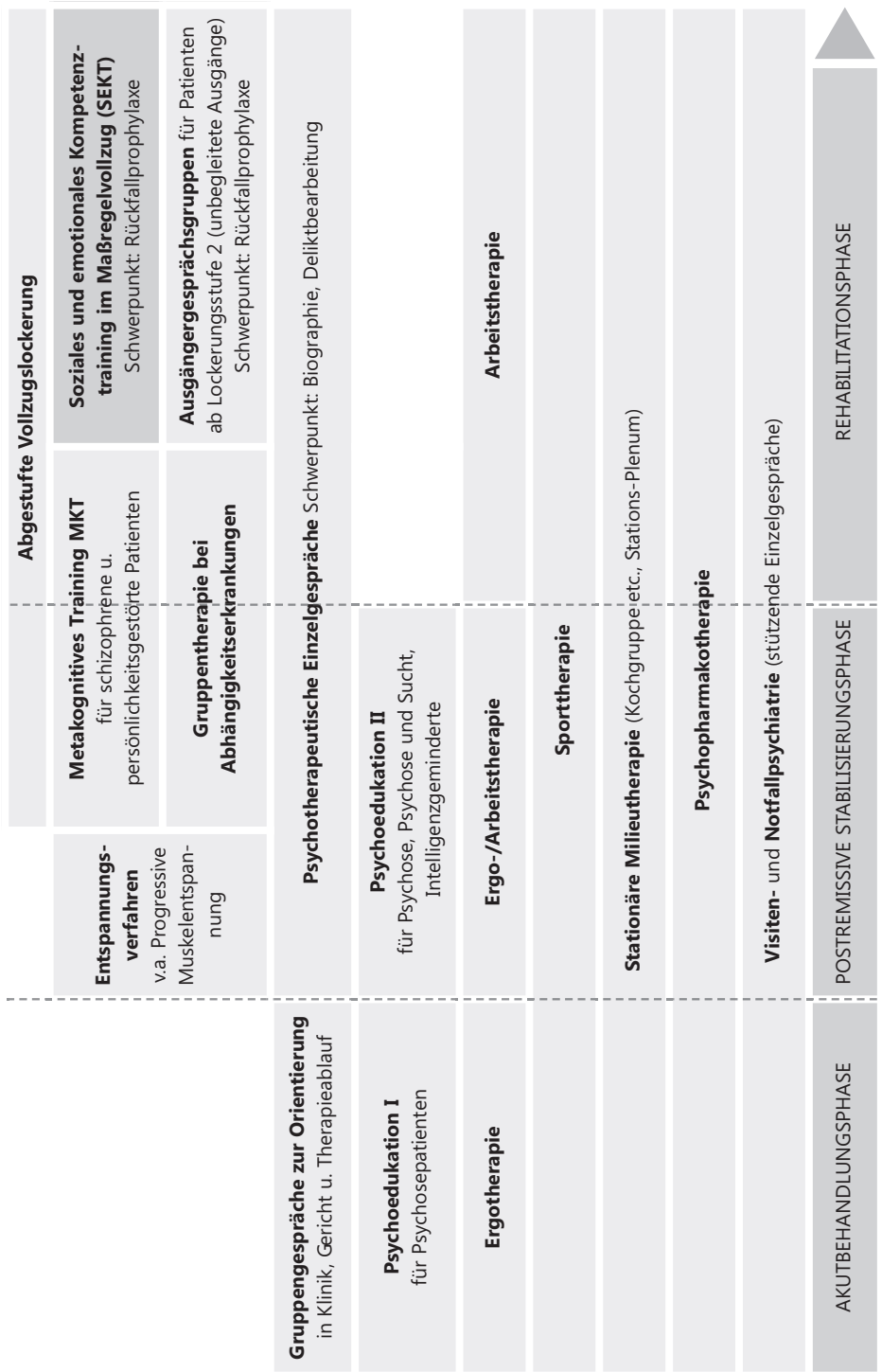


Abbildung 1.1: Einbettung des SEKT in das Behandlungskonzept der II. Teilvollzugsabteilung des KMV Berlin

ten fördern, die zur Bewältigung des stationären Alltags und später zur Erfüllung der Anforderungen in den Erprobungs- bzw. Bewährungsphasen der offenen Unterbringung gebraucht werden. Zum anderen dient es direkt der Deliktvermeidung, insofern es bei den kriminogenen Faktoren vieler Maßregelpatienten ansetzt: der mangelnden Fähigkeit, soziale Beziehungen aufrechterhalten, soziale Rollen auszufüllen, den Tagesablauf sinnvoll zu gestalten, (soziale) Problemsituationen zu bewältigen und die eigenen Emotionen und Handlungen zu kontrollieren. Das SEKT zielt darauf ab, Risiken zu reduzieren und gleichzeitig Schutzfaktoren gegen eine erneute Delinquenzentwicklung zu fördern und zu stärken, darunter die Fähigkeiten, Kontakt zu prosozialen Bezugspersonen aufzunehmen und zu halten, soziale Unterstützung zu erlangen und in sozialen Situationen angemessen und erfolgreich zu agieren. Die erlernten Kompetenzen sollen dann im Stationsalltag, aber auch draußen, etwa beim Ausgang, in vivo trainiert werden – auch die schrittweisen Lockerungen sind als wichtiger Teil des Behandlungskonzeptes anzusehen, die nicht zuletzt auch die Gefahr von Hospitalisierungsschäden reduzieren können (Leygraf, 2006a).

Im Berliner Maßregelvollzug muss das SEKT allerdings noch insofern eine Sonderrolle ausfüllen, als aufgrund der beschriebenen personellen Engpässe die psychotherapeutische Betreuung oft gewissen Einschränkungen unterliegt. So ist über Jahre die Durchführung des IPT nicht möglich gewesen, und psychotherapeutische Einzelgespräche können auch nicht immer in der Häufigkeit stattfinden, die wir uns wünschen würden. Als das inhaltlich umfassendste Modul der Behandlung und aufgrund der positiven Erfahrungen mit dem Programm wird das SEKT als zentrale Komponente der Behandlung angesehen und soll daher in Zukunft nach Möglichkeit (die erforderlichen Ressourcen vorausgesetzt) allen Patienten angeboten werden. Dass ein gezielt zusammengestelltes Training sozialer und emotionaler Kompetenzen auch unabhängig vom Ökonomieprinzip als ein zentrales Element des Behandlungskonzeptes im Maßregelvollzug fungieren kann, zeigt die folgende Aufzählung. Sie ordnet Module des SEKT den wesentlichen, Inhalten bzw. Zielen eines kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsansatzes für den Maßregelvollzug zu, wie sie Müller-Isberner (1998) charakterisiert hat:

1. *Selbstkontrolle*: Denken, bevor man handelt; Konsequenzen abwägen, bevor man eine Entscheidung trifft; Pläne formulieren; Strategien anwenden, um Emotionen und Verhalten zu kontrollieren (Module 4, 5, 11, 13).
2. *Meta-Kognitionen*: Kritische Bewertung des eigenen Denkens (Module 1, 9, 10, 13, 14).
3. *Verbesserung sozialer Fertigkeiten*: Fähigkeiten erwerben, um in sozialen Situationen eher belohnt als abgelehnt zu werden (Module 1, 4, 5, 6, 7, 11, 12).
4. *Verbesserung der interpersonellen Problemlösefähigkeiten*: Meint hier insbesondere Fähigkeiten, die Werte, Gefühle und Verhaltensweisen anderer zu verstehen, sie zu berücksichtigen und zu erkennen, wie das eigene Verhalten das Verhalten anderer beeinflusst (Module 1, 4, 5, 6, 7, 8, 11).
5. *Erlernen kreativen Denkens*: Offensives In-Frage-Stellen der Starrheit des eigenen Denkens bei Problemen und die Entwicklung von Alternativen und prosozialeren Denkweisen (Module 6, 8, 11, 13).

6. *Beförderung kritisch-rationalen Denkens*: Die Fähigkeiten verbessern, logisch, rational und objektiv zu denken, ohne die Fakten zu verdrehen und Schuld und Verantwortung auf andere zu schieben (Module 1, 8, 9, 10, 11).
7. *Lernen, die soziale Perspektive zu übernehmen*: Wahrnehmen und berücksichtigen, was andere denken und fühlen (Module 2, 4, 5)
8. *Entwicklung von Werten*: Ersetzen der bisherigen egozentrischen Weltsicht durch das Berücksichtigen der Bedürfnisse anderer (Module 1, 4, 5, 7, 11, 14).
9. *Emotionsregulation*: Techniken erlernen, mit denen man intensive, unangenehme Emotionen vermeiden kann (Module 2, 3, 4, 5, 12, 13)
10. *Förderung der Empathie mit dem Opfer*: Denn nirgends wird die fehlende Fähigkeit des Täters, sich in andere hineinzuversetzen, so deutlich wie im Umgang mit dem eigenen Opfer (Module 2, 4, 5, 12, 14).
11. *Compliance-Verbesserung*: Wissen über die eigene Erkrankung und deren medikamentöse Behandlungserfordernisse erwerben, die Notwendigkeit von Medikamenteneinnahme anerkennen und akzeptieren (wird in allen Modulen immer wieder aufgegriffen).
12. *Suchtmittelkontrolle*: Lernen, wie Suchtmittel wirken und die Verhaltenskontrolle fördern. Abstinenter Lebensstil entwickeln (Module 6, 7, 13).
13. *Deviante Sexualität beherrschen*: Lernen, deviante sexuelle Fantasien zu modifizieren und legale Coping-Strategien zu entwickeln und anzuwenden. (SEKT unterstützt zwar indirekt die Entwicklung legaler Coping-Strategien, kann und will aber spezielle Programme für Sexualstraftäter nicht ersetzen).

Diese Zuordnung von SEKT-Modulen zu den entsprechenden Behandlungszielen nach Müller-Isberner (1998) behauptet nicht, dass das Programm stets die entsprechende Problematik umfassend adressiert – das wäre im vorgegebenen Rahmen gar nicht möglich. Dennoch stellen sich die Übungen in den Modulen in jeweils verschiedener Weise in den Dienst dieser wesentlichen Inhalte einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung im Maßregelvollzug. Das ist deshalb möglich, weil der Entwicklung des Programms ein *situationszentriertes* Konzept zugrunde lag. Die Grundannahme lautet, dass alle die genannten Kompetenzen im Umgang mit Anderen und mit sich selbst in erster Linie dazu dienen, in sozialen Situationen (einschließlich potenzieller Risikosituationen) angemessen zu handeln. Die Übungen des SEKT zielen ebenfalls letztlich immer auf die Bewältigung von sozialen Problemsituationen. Denn erst hinreichend viele Erfahrungen erfolgreich bestandener sozialer Situationen werden auch eine dauerhafte Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus ermöglichen.

2.3.3 Risikoprinzip, Bedürfnisprinzip und individuelles Delinquenzmodell

Ein Beispiel eines individuellen Delinquenzmodells als Grundlage der Behandlungsplanung geben Nedopil, Müller, Müller-Isberner und Eucker (2011): In diesem Modell führen sogenannte „chronisch-dynamische Risikofaktoren“, zu denen Persönlichkeits-

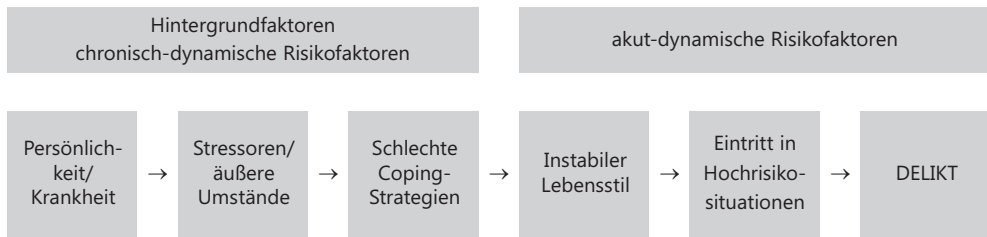


Abbildung 2.2: Delinquenzmodell nach Nedopil, Müller, Müller-Isberner & Eucker (2011, S. 357)

faktoren, krankheitsbedingte Merkmale, Stressoren sowie schlechte Coping-Strategien zählen, zu einem „instabilen Lebensstil“ als „Nährboden“ des delinquenten Verhaltens. Dieser Lebensstil erhöht die Wahrscheinlichkeit des Eintritts in „Hochrisikosituationen“. In diesen sind „akut-dynamische Risikofaktoren“ wirksam (darunter wiederum soziale und andere Stressoren, Impulsivität, aggressive Erregung, Substanzeinfluss, dissoziale Handlungsmuster und fehlende Bewältigungskompetenzen), aufgrund derer der Täter inadäquat und gewaltsam reagiert (s. Abbildung 2.2).

Die Behandlung zielt entsprechend darauf ab, erstens relevante chronisch-dynamische Risikofaktoren zu reduzieren, um das erneute Abgleiten der Patienten in einen „instabilen Lebensstil“ zu verhindern, und zweitens relevante akut-dynamische Risikofaktoren zu reduzieren, um den Patienten das Bewältigen von Risikosituationen zu erleichtern. Dabei können einige Faktoren offenbar sowohl zu den chronisch-dynamischen als auch zu den akut-dynamischen Risikofaktoren gezählt werden. In unserem Zusammenhang sind dabei vor allem soziale und emotionale Kompetenzen, interpersonale Problemlösefähigkeiten und Bewältigungskompetenzen relevant, denn ihr Fehlen kann sowohl das Realisieren eines stabilen, prosozialen und nichtdelinquenten Lebensstils als auch die Bewältigung problematischer Situationen beeinträchtigen.

Ein bedeutsames Element bei der Konzeptualisierung all dieser Faktoren ist die *problematische Situation*, in der bestimmte soziale oder emotionale Kompetenzen, Problemlöse- oder Bewältigungsfähigkeiten benötigt werden. Insofern kann die Herausbildung eines instabilen Lebensstils wesentlich als eine Kette problematischer und schlecht bewältigter sozialer Situationen konzeptualisiert werden. Dazu gehören sowohl alltägliche Situationen, in denen z.B. wiederholte Erfahrungen des sozialen Scheiterns und fehlender Selbstwirksamkeit zu immer stärkerem sozialem Rückzug führen können, als auch besondere, unmittelbar zukunftsrelevante Situationen, z.B. die Begegnung mit alten Bekannten aus der antisozialen Peergroup, ein Drogenangebot oder eine delinquenznahe „Hochrisikosituation“, in denen eine falsche Entscheidung, eine indäquate Reaktion den Patienten wieder stärker in seine Deliktette verstrickt. Deshalb stellt innerhalb einer bewältigungsorientierten Planung rehabilitativer Interventionen die „problematische Situation“ einen wichtigen Aspekt dar, und auch das SEKT ist stark auf diesen Aspekt ausgerichtet. Abbildung 2.3 zeigt eine entsprechend erweiterte Modifikation des zitierten Modells von Nedopil, Müller, Müller-

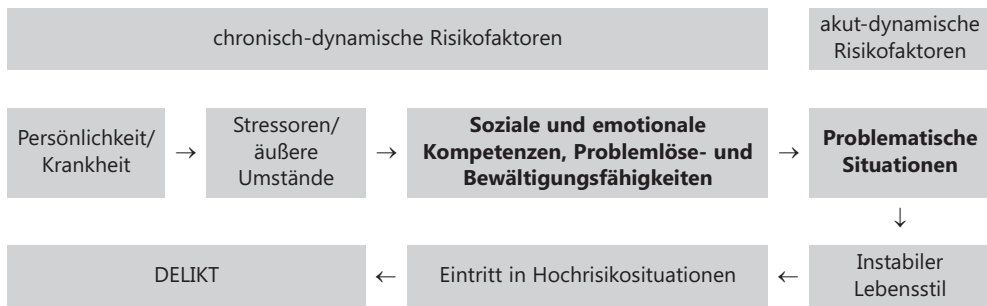


Abbildung 2.3: Situationszentriertes und bewältigungsorientiertes Deliktmodell

Isberner und Eucker (2011) zu einem situationszentrierten und bewältigungsorientierten Deliktmodell, das der Behandlungsplanung und insbesondere der Anwendung des SEKT zugrunde liegt.

2.3.4 Soziale Situationen als Problemsituationen

Kernbegriff des SEKT ist „Kompetenz“. Kompetenzen aber beziehen sich immer auf konkrete Anforderungen, die ihrerseits stets in konkreten Situationen auftreten und von situativen Merkmalen wesentlich bestimmt werden. Soziale Kompetenzen sind also Handlungskompetenzen bezogen auf soziale Situationen. Menschliches Verhalten ist nicht allein durch personale Merkmale der handelnden Personen determiniert, sondern realisiert sich vielmehr stets vor dem Hintergrund situativer Faktoren; es kann als eine Folge der Interaktion zwischen der agierenden Person mit ihren Eigenschaften – ihren Fähigkeiten, Stärken und Schwächen – und der sie umgebenden Situation als Handlungsfeld mit all den Gelegenheiten, die sie bietet, und den Anforderungen, die sie stellt, angesehen werden (Dahle, 2006). Wenn in einer gegebenen Situation eine Diskrepanz zwischen den gestellten Anforderungen und den verfügbaren Bewältigungsreaktionen bzw. -kompetenzen gegeben ist, dann besteht ein „Problem“ im Sinne eines Ungleichgewichts oder einer Diskrepanz zwischen adaptiven Anforderungen und der Verfügbarkeit wirksamer Bewältigungsreaktionen (so die Definition von D’Zurilla und Nezu, 2010, S. 199). Die Kompetenzen, die im SEKT trainiert werden, sollen dem Trainingsteilnehmer helfen, relevante soziale Situationen erfolgreich zu bewältigen. Das SEKT ist demnach seiner Grundintention nach eine Art Problemlöse-training, unterscheidet sich aber dennoch in vielem von den gegenwärtig verbreiteten PST-Programmen (vgl. Band 1, Kap. 3.6).

Modifizierter Problemlöseansatz

Gerade im Maßregelvollzug stehen wir vor dem therapeutischen Dilemma, dass einerseits soziale Situationen für viele (schizophrene) Maßregelpatienten wirklich *Problem-*

situationen darstellen und ihnen wesentliche Fähigkeiten zur Lösung solcher Probleme fehlen, dass aber andererseits das in Problemlösetrainings allgemein gebräuchliche Stufenmodell analytisch-rationalen Problemlösens nicht unbedingt das tatsächliche Vorgehen zur Lösung natürlicher Probleme beschreibt (Klein, 2003) und dass zudem auch die kognitiven Defizite vieler Maßregelpatienten die Anwendung dieses Modells erheblich erschweren. Eine Möglichkeit, dieses Dilemma zu entschärfen, besteht in Anlehnung an D’Zurilla und Nezu (2007, 2010) darin, den Fokus der therapeutischen Bemühungen zu verschieben – weg von der bloßen Vermittlung der Fertigkeiten, die ein rationaler Problemlösestil erfordert, in Richtung auf die stärkere Förderung einer positiven *Problemorientierung* und auf die Reduzierung dysfunktionaler Einstellungen, Reaktionsmuster und Verhaltensweisen. In PST-Wirksamkeitsstudien hatten Studien, in denen Problemorientierung trainiert wurde, größere Effektstärken als jene ohne solches Training (Malouff, Thorsteinsson & Schutte, 2007). Allerdings war die Problemorientierung ein Faktor unter mehreren, so dass kein individueller Beitrag dafür signifikant nachgewiesen werden konnte. Für die Bedeutsamkeit der Problemorientierung spricht nicht zuletzt der wenig selbstbewusste, passiv-vermeidende und emotionale Coping-Stil schizophrener Patienten im Umgang mit stressbesetzten (sozialen) Problemsituationen. Der wenig adaptive „emotionsorientierte Bewältigungsstil“ steht mit Angst, Depression, geringer Selbstwirksamkeit, verminderter Lebensqualität und fehlender sozialer Unterstützung in Zusammenhang, während sich „aufgabenorientierte Bewältigungsstrategien“ (Probleme lösen, neue Sichtweisen entwickeln, Auswirkungen von Stress aktiv mindern) häufiger dann finden, wenn sich die Patienten sozial mehr unterstützt fühlen, weniger emotional belastet sind und sich mehr zutrauen (Vauth & Stieglitz, 2008, S. 22).

Das lineare Stufenmodell selbst hat dennoch Vorteile in didaktischer Hinsicht, nämlich für die Vermittlung von Informationen zum Problemlöseprozess und für die Strukturierung des Trainings. Selbst wenn dieses Modell tatsächlich nicht reale, „natürliche“ Problemlöseprozesse in sozialen Situationen adäquat wiedergibt, besteht die Hoffnung, dass die dazu von den meisten Problemlösetrainings angebotenen Übungen dennoch (quasi auch indirekt) einen positiven Effekt haben könnten. Denn solche Übungen zur Problemerkennung und -beschreibung anhand hypothetischer Situationen, zur Generierung von Verhaltensalternativen (im Brainstorming oder im Dialog, mit Fokus auf Kreativität, kognitive Umstrukturierung und das Aufbrechen von Denkblockaden), die Diskussion der zu erwartenden Konsequenzen einer Lösungsmöglichkeit oder die Planung ihrer Umsetzung stärken letztlich jede für sich auch nicht-analytische Fähigkeiten wie die zur „mentalen Simulation“, zur mentalen Manipulation von Situationsmodellen, die etwa Klein (2003) als wesentliche Voraussetzung erfolgreichen Problemlösens herausstellt. Vielleicht könnte dies auch teilweise die referierten empirischen Befunde zur Wirksamkeit von Problemlösetrainings nach dem klassischen analytischen Stufenmodell erklären.

Liberman, Eckman und Marder (2001) führen noch ein weiteres Argument für die Nutzung des klassisch strukturierten Problemlöseansatzes bei der Arbeit mit schizophrenen Patienten an: Auch wenn gesunde Personen bei ihren Problemlöseversuchen die vermittelten Schritte gar nicht anwenden, kann für schizophrene Patienten die Aneig-

nung einer Behelfsmethode des sozialen Problemlösens doch nützlich sein: Da die kognitiven Defizite vieler schizophrener Patienten ihnen den flexiblen Umgang mit Problemen schwer machen, kann die Beherrschung einer passenden Lösungsmethode für sie ähnlich hilfreich und konstruktiv sein wie das genauso „künstliche“ Hilfsmittel eines Rollstuhls für den Querschnittsgelähmten. Und ähnlich wie dieser müssen schizophrene Patienten Gelegenheiten und Anleitung erhalten, diese Methode bzw. Fertigkeiten in immer neuen Situationen anzuwenden und einzuüben.

Dennoch: Es gibt erfahrungsgemäß nicht wenige schizophrene Patienten, die gerade aufgrund ihrer neurokognitiven Defizite durch den analytischen Problemlöseansatz überfordert werden. Für das SEKT folgt daraus die Konsequenz, dass dieser Ansatz zwar in einem entsprechenden Modul vermittelt wird, generell aber vor allem an der Problemorientierung gearbeitet wird, und zwar über das gesamte Training hinweg, von emotionalen Kompetenzen über Selbstsicherheitsübungen bis hin zur Einübung konkreter Haltungen und Techniken für bestimmte Situationsziele (z.B. Lob und Kritik annehmen und äußern, Gewalt verhindern). Wichtige Ziele dabei sind die Verbesserung der Problemwahrnehmung, die Förderung einer rationalen und lösungsorientierten Haltung gegenüber Problemen und eines mögliche Konsequenzen berücksichtigenden Denkens sowie letztlich die Erhöhung der Wahrscheinlichkeit tatsächlichen Problemlöseverhaltens in sozialen Situationen: „Die Erarbeitung realitätsgerechter Problemperspektiven und realisierbarer Problemlösungen (auch unter Einbezug des Aspekts der emotionalen Belastung) ist folglich das eigentliche, explizite Ziel des „Interpersonellen Problemlösens““ (Roder, Brenner & Kienzle, 2008, S. 103f).

Generalisierung

Die Einbeziehung des sozialen Problemlösens in soziale Trainings verfolgt explizit auch das Ziel, eine Generalisierung erlernter Fähigkeiten von der trainierten Situation auf neue, davon verschiedene Situationen zu befördern und ihre Anwendung auch in echten Alltagssituationen wahrscheinlicher zu machen (Bellack, Mueser, Gingerich & Agresta, 2004, S. 96; Liberman, Eckman & Marder, 2001, S. 31). Denn Wirksamkeitsstudien für soziale Trainings zeigen in der Regel eher enttäuschende Ergebnisse, wenn es um die Frage der Generalisierung des Erlernten geht. Schlussfolgerung daraus war, dass der Stimulus-Gradient niedrig gehalten werden muss: Je ähnlicher sich Trainingssituationen und natürliche Umgebung sind, desto wahrscheinlicher ist die Anwendung des erworbenen Verhaltens im Alltag (Kopelowicz, Liberman & Zarate, 2006).

Die meisten neueren Trainings nutzen zur Förderung von Generalisierung insbesondere zwei Methoden: die Vergabe von Hausaufgaben, bei denen die Fertigkeit im Alltag geübt werden soll, sowie das Training unter Alltagsbedingungen (In-vivo-Übungen). Neben dem Training der Problemorientierung gehörten auch Hausaufgaben zu den Faktoren, die in der oben zitierten Metastudie von Malouff, Thorsteinsson und Schutte (2007) mit höheren Wirksamkeitswerten korrelierten. Kopelowicz und Kollegen (2006) nennen darüber hinaus gemeindebasierte Unterstützungsmethoden und -programme (z.B. Einbeziehung von Case-Managern, Familienmitgliedern und anderen

Unterstützern und organisierte In-vivo-Trainings wie das „In Vivo Amplified Skills Training“ (IVAST). Bedauerlicherweise stehen aber solche gemeindebasierten Methoden für Maßregelpatienten in geschlossenen Einrichtungen nicht bzw. im Optimalfall erst nach Entlassung zur Verfügung, und auch In-vivo-Übungen sind nur eingeschränkt – etwa im Rahmen von Ausgängen – möglich.

Für das SEKT ergeben sich daraus die Schlussfolgerungen, dass

1. besonderer Wert auf die sorgfältige Auswahl geeigneter Problemsituationen gelegt wird (s. nächstes Kapitel),
2. dabei möglichst realitätsnahe Übungssettings zu bevorzugen sind und
3. grundsätzlich mit Hausaufgaben und so oft wie möglich auch mit In-vivo-Übungen gearbeitet werden soll.

Passendes Situationsmenü

Um dem Ansprechbarkeitsprinzip zu genügen, legt das SEKT (ähnlich wie z.B. das *Integrierte Psychologische Therapieprogramm* (IPT) in seinem Unterprogramm „Interpersonelles Problemlösen“) in der Auswahl seiner Übungssituationen besonderen Wert auf einen unmittelbaren Bezug zum Alltag des Patienten. Für Patienten im Maßregelvollzug sind allerdings andere Problemsituationen relevant als für (schizophrene) Patienten in allgemeinspsychiatrischer Behandlung. Auch soziale Kompetenztrainings wie das *Gruppentraining sozialer Kompetenzen* (GSK), die ebenfalls situative Kompetenzen in den Mittelpunkt stellen, wurden hauptsächlich für Personen entwickelt, die in ihrem Alltag einem „normalen Situationsmenü“ gegenüberstehen (vgl. Hinsch & Pfingsten, 2007, S. 18) und sind damit nicht ausreichend für die speziellen Anforderungen im Maßregelvollzug. Die von Hinsch und Pfingsten (2007) vorgeschlagenen drei Situationstypen „Recht durchsetzen“, „Beziehungen“ und „Um Sympathie werben“ wurden für das Soziale und emotionale Kompetenztraining SEKT im Maßregelvollzug modifiziert und ein viertes Element, „Versuchungen widerstehen“, hinzugefügt. Entsprechend trainiert das SEKT die „Problemtypen“

- Kontakte pflegen
- Bedürfnisse ausdrücken
- Recht durchsetzen
- Versuchungen widerstehen.

Begriffe wie „Beziehungen“ und „um Sympathie werben“ wurden bei früheren Anwendungen des GSK im KMV Berlin von den Gruppenteilnehmern oft nicht ohne weiteres akzeptiert bzw. hinreichend offen verstanden. Es kam regelmäßig zu nicht zielführenden Diskussionen darüber, warum man z.B. bei anderen „um Sympathie werben“ müsse, und der Begriff „Beziehungen“ hatte bei den Teilnehmern häufig eine zu enge Konnotation. Die Erweiterung des Situationsmenüs geht ebenfalls auf einen Vorschlag von Hinsch und Pfingsten (2007) zurück. Die Autoren betonen die Wichtigkeit, bei der Anwendung des GSK bei speziellen Klientengruppen die besonderen Situationsanforderungen dieser Teilnehmer zu analysieren und das GSK entsprechend anzupassen. Bei drogengefährdeten Klienten – wie auch bei Maßregelpatienten mit