

Dialektisch-Behaviorale Therapie -Forensik-

DBT-F

Angela Oermann

DBT-F

- entwickelt von McCann, Ball & Ivanhoff (1996)
- in der KffP Haina an dt. Verhältnisse angepasst und seitdem in Entwicklung begriffen
- Gesamtteamkonzept
- zur Behandlung von Frauen und Männern
- die straffällig wurden
- zwangsweise untergebracht sind
- und die Schwierigkeiten mit der Affektregulation haben oder Impulskontrollstörungen aufweisen (BPS, ASP und andere)

Warum DBT für Straftäter mit
einer Antisozialen
Persönlichkeitsstörung?

Warum DBT für Antisoziale Persönlichkeitsstörungen?

DBT ist konsistent mit erfolgreichen
Behandlungsprinzipien aus der
Straftäterforschung

Risiko-Prinzip

- DBT(-F) ist für schwer behandelbare Patienten konzipiert, die lebensbedrohliche Verhaltensweisen zeig(t)en
- Menschen mit einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung sind schwer behandelbare, meist multi-diagnostische Patienten

Bedürfnisprinzip

- Antisoziale Ansichten und Einstellungen
- Impulsivität
- Mangel an zwischenmenschlichen und sozialen Fertigkeiten
- Selbstschädigende Anpassungsstrategien
- Unfähigkeit zu Planen und konzeptionell zu Denken
- Störungen der Selbstkontrolle
- Störung des Selbstmanagements
- substanzgebundene Abhängigkeiten
- Hochrisikoverhalten u.v.m

Ansprechbarkeits-Prinzip

Berücksichtigung der allgemeinen und der kognitiven Fähigkeiten der Ptn, Lernstile, kultureller Hintergrund und vor allem die Motivation und Bereitschaft für eine Behandlung

DBT-F

Brückenschlag: Konzepte aus
störungsspezifischen Ansätzen und aus
Straftäterbehandlung.

Zielgruppe der DBT-F

Heiße Aggression =

- Reaktion auf Frustration
- Ausdruck von
 - ◇ Reizbarkeit
 - ◇ Emotionaler Instabilität
 - ◇ Impulsivität
- Gefördert durch geringe
 - ◇ geringe Reflexionsfähigkeit
 - ◇ verbale Fertigkeiten
 - ◇ zwischenmenschliche Fertigkeiten
 - ◇ kognitive Fertigkeiten

Zielgruppe der DBT-F

3- Faktoren-Modell von Cooke & Michie, 2001

Arroganter interpersoneller Stil

(glatter oberflächlicher Charme, grandios, betrügerisch-manipulativ, pathologisches Lügen)

Fehlendes emotionales Erleben

(keine Reue, Mangel an Gewissen und Schuldgefühlen, keine Verantwortungsübernahme für das eigene Handeln, oberflächlicher Affekt)

Dissozial-impulsiver Verhaltensstil (ständige Suche nach Stimulation/Neigung zur Langeweile, parasitär, Fehlen realistischer, langfristiger Ziele, impulsiv, verantwortungslos)

Zielgruppe der DBT-F

- Bei den antisozialen Straftätern steht der dissozial-impulsive Verhaltensstil im Zentrum der Problematik
- Aggressionen und Gewalt können als Ausdruck affektiver Regulationsstörung oder Impulsivität verstanden werden
- Diese Problematik wird häufig noch durch eine geringe Reflexionsfähigkeit sowie durch geringe kognitive, verbale und zwischenmenschliche Fertigkeiten gefördert

DBT-F: Rationale

Das Programm basiert auf 2 Annahmen

1. Die antisozialen Straftäter haben aufgrund ihrer Sozialisation bestimmte Fertigkeiten nicht entwickeln können, die für eine prosoziale Anpassung erforderlich sind
2. Diese Fertigkeiten können gelehrt werden

Allgemeines Vorgehen

- Versuch, eine wohlwollende Grundhaltung einzunehmen (z.B. wird das Verhalten korrigiert, nicht die Person als solche)
- Therapie-Optimismus
- Ziel ist nicht Einsicht in eigene Unzulänglichkeit, sondern die konstruktive Entwicklung neuer Handlungsmuster
 - ⇒ Weniger Konfrontation denn Wertschätzung
 - ⇒ Kein Moralisieren!

Allgemeines Vorgehen

- Eine Teambesprechung ohne den Patienten ist immer auch eine Besprechung mit dem Patienten
- Wir haben mindestens soviel von den Patienten zu lernen wie diese von uns
- Behandel die Patienten so wie Du möchtest, dass dein Bruder/bester Freund behandelt wird
-

Allgemeines Vorgehen

- Verhaltensänderung ist extrem schwierig!!
- GRUNDPRINZIPIEN:
 - Verstärke funktionales Verhalten
 - Lösche dysfunktionales Verhalten
 - Vorsicht, dass normatives Verhalten nicht pathologisiert wird und pathologisches Verhalten nicht als normal angesehen

Allgemeines Vorgehen

- keine Fremdwörter, keine komplexen Theorien, viele Wiederholungen, häufige Nachbesprechungen
- Einsatz von Spielen, Videos und Cartoons etc.
- Vermeidung von „Schulatmosphäre“

DBT-F „behandelt“ das Team

Die ASP ist eine schwerwiegende Störung aufgrund einer neurobiologischen Prädisposition und pathologischen Kindheitserlebnissen mit Dysregulationen in verschiedenen Bereichen

statt

Patienten mit einer ASP sind ätzend, faul, manipulativ und wollen sich nicht ändern.

DBT-F

Was haben wir übernommen?

Dialektik des Behandlungsansatzes

DBT-F

-Dialektik des Behandlungsansatzes-

- Akzeptanz und Veränderung: Auch Patienten mit einer ASP reagieren extrem widerständig auf Behandlungen, die ausschließlich auf Veränderung fokussiert ist: die Folge ist eine Doppelmoral oder Rebellion
- Primäres Ziel zu Beginn: Haltefunktion nicht Veränderung!

DBT-F

Was haben wir übernommen?

Teamkonzept

DBT-F Behandlungsablauf

Vorbereitungsphase



Einführungsbaustein (Stufe I)



Vorstellung im Team



Teilnahme am DBT-F-Programm



Verbleib auf Station o. Verlegung

Hierarchisierung der Therapieziele

Das oberste Ziel ist die Reduktion der Gefahr
zukünftiger Delikte!

Therapiezielhierarchie

1. Reduktion von fremdschädigendem Verhalten (aggressives Verhalten, Drohen mit aggressivem Verhalten etc.)
2. Reduktion suizidalen und selbstschädigenden Verhaltens
3. Reduktion stationsschädigenden Verhaltens (Diebstahl, Betrug, Drogenmissbrauch, „Vergiften“ der Stationsatmosphäre durch Stacheln und Stänkern, mit den Delikten prahlen etc.)

Therapiezielhierarchie

3. Reduktion therapiegefährdenden Verhaltens (alles, was den Erfolg der Therapie gefährdet).
Grundsätzlich gilt, dass „therapiegefährdendes Verhalten“ auch durch strukturelle oder methodische Schwächen auf Seiten des Behandlerteams bedingt sein kann.

Therapiezielhierarchie

4. Reduktion delinquenzverursachenden Verhaltens (kriminogene Merkmale, falls nicht identisch mit 1.-3.)
5. Reduktion von Verhaltensmustern, die die Lebensqualität einschränken (depressive Verstimmungen, Panikattacken, Partnerschaftsprobleme etc.)

DBT-F

Was haben wir übernommen?

- Hochauflösende Deliktanalysen/Verhaltensanalysen bestimmen die Therapieplanung
- Tagebuchkarten
- Achtsamkeit als Grundlage des gesamten Trainings
- Bezugspflegegespräche
- Bezugsgruppe
- Basisgruppe
- Consultation-Team
- Supervision
- „DBT-Sprechstunde“
- Skills-Coaching

Therapiestruktur DBT-F

Vorbereitung

Stufe I

Stufe II

Stufe III

Diagnose
+
Aufklärung
+
Vorl.
Deliktanalyse
(§ 126a StPO)

Einführungssitzungen

Einzelgespräche

Bezugspflegegespräche

Bezugsgruppe

Achtsamkeitsgruppe

Skillstraining

Basisgruppe

Deliktanalyse

Monate-Jahre

2 Wochen

ca. 8-9 Monate

Wiederholung/Verbleib/
Verlegung: je nach
Prognose!

Bewerbung

Team

Therapiestruktur DBT-F

Skillstraining

DBT-F

Fertigkeitentraining

Einführung (neu: 8 Sitzungen)

Innere Achtsamkeit (DBT) als Grundlage des ganzen Trainings

Stresstoleranz

Umgang mit Gefühlen

Zwischenmenschl. Fertigkeiten

Moralische Urteilsfähigkeit

Problemlösen

Umgang mit Gefühlen

Zusätzl.:

- Was hat es mit Delikt/mit Vorankommen in Klinik/mit Ihnen zu tun?
- Langeweile
- Unterschied zw. akutem Ärger und chron. Gereiztheit
- Hilflosigkeit/Ohnmacht => indirekt
- Gefühlsmäßige Verbundenheit (Wunsch, pos. zwischenmenschl. Bez. einzugehen)
- „Kleine freundliche Gesten“
- Andere typ. Denkgewohnheiten
- Altes Gefühlsprotokoll (kein VEIN-AHA)
- Soziale Netzwerke...

Zwischenmenschl. Fertigkeiten

- Akronyme eingeführt
 - ZIEL-RUN (Zielorientierung)
 - ZIEL-TEAM (Beziehungsorientierung)
 - ZIEL-EHRE (Selbstachtungorientierung)

Ganz konkrete Fertigkeiten

Soziale Regeln und der Umgang mit anderen

- Komplimente machen
- Komplimente empfangen
- Mein Gegenüber validieren
- Kommentare zum Verhalten anderer
- Fehler einschätzen/Umgang mit Regelverletzungen
- Kritik üben
- Ausgenutzt werden
- Verhalten als Mitglied einer Gruppe: „Ich bin ein Teil einer Gruppe“
- Sich entschuldigen
- ...

Ganz konkrete Fertigkeiten

Kommunikation

- Nonverbale Kommunikation
 - Welchen Eindruck macht mein Ausdruck
 - ...
- Sich unterhalten
 - Small Talk
 - Gespräch aufrecht erhalten
 - Interesse für den anderen signalisieren
 - ...
- Eigene Wünsche und Handlungen mit anderen koordinieren
 - Um Hilfe bitten
 - Sich mit jemandem verabreden
 - ...

Ganz konkrete Fertigkeiten

Strukturierende Hilfe zur Bewältigung von
Alltagsaufgaben

Hilfen bei der Planung und Strukturierung von
Gruppenaktivitäten

Einblicke in die Welt hinter den Mauern

Stationäre Behandlungsmodule

Bezugsgruppe: 1-2/Woche

- ⇒ Starke Strukturierung notwendig
- ⇒ Berührungspunkte im Team
- ⇒ Immer wieder Hospitieren/begleiten

Vorgehen bei dysfunktionalem Verhalten

- Patient bekommt unmittelbar danach eine VA ausgehändigt (oder nach der Sicherung)
- Patient geht für zwei Stunden auf sein Zimmer oder an einen ruhigen Ort, um die VA auszufüllen
- Das PP geht die VA kurz durch und überprüft Stimmig- und Vollständigkeit
- Die VA wird im nächsten Einzelgespräch (das nicht vorgezogen wird) besprochen

Datenlage

Eric W. Trupin et al. 2002 (USA)

Sue Evershed et al., 2003 (UK)

Robin McCann & Elissa Ball (USA, 2006)

Aktuell: Forensik Rostock (Prof. Schläfke) und
Forensik Hamburg (Dr.Knecht)

Bisherige Erfahrungen

- Stärkerer Teamzusammenhalt
- Deutlich weniger Berührungängste gegenüber BPS
- Mischung ASP und BPS funktioniert
- Psychosen sind kein Ausschluss
- Offene Gruppen lohnen sich
- Achtsamkeit wird gut angenommen
- Weniger ist mehr + Flexibilität ist wichtig (den Patienten da abholen, wo er ist)

Herausforderungen

- Einüben von Skills
- Nachfolgende Station/Einrichtung
- Consultation-Teamsitzung
- „Konstruktive Streitkultur“: sich korrigieren dürfen
- DBT im Team leben ???
- Intellektuelle und schulische Defizite bei den Patienten
- Commitment bei Patienten mit einer ASP
- Typische forensische Dilemmata
- Deliktanalyse

Ausblick

- Evaluation
- Nachfolgend: Veröffentlichung des Manuals (Oermann, Claßen & Bohus, Kohlhammer)
- § 64 StGB: DBT-S und DBT-F
- Kinder- und Jugendmaßregelvollzug: DBT-A und DBT-F
- Einbettung: Nachfolgende Einrichtungen/ Ambulanz

Vielen Dank!

angela.oermann@freenet.de

www.dachverband-dbt.de