



Der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug
Nordrhein-Westfalen

Leitlinie
für die Regelbehandlung von schizophrenen
Patienten im Maßregelvollzug

Am Bonnhof 35, 40474 Düsseldorf
Postfach 30 08 65 – 40408 Düsseldorf
Telefon: (0211) 475 – 3266/3766 – Telefax: (0211) 475 - 3985

Die nachstehende Behandlungsleitlinie wurde durch den Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalen gemeinsam mit den Direktoren der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe als untere staatliche Maßregelvollzugsbehörden, den Vertretern der nordrhein-westfälischen Maßregelvollzugseinrichtungen sowie des Institutes für Forensische Psychiatrie der Universität Essen erarbeitet. Für die Behandlung im Maßregelvollzug wurden folgende weitere Leitlinien jeweils in einer Langfassung für das therapeutische Personal und einer Kurzfassung für die interessierte Öffentlichkeit erstellt:

- Leitlinie für die Behandlung von forensischen Patienten mit einer Intelligenzminderung
- Leitlinie für die Behandlung von forensischen Patienten mit den Diagnosen Persönlichkeitsstörung und Störungen der Sexualpräferenz
- Leitlinie für die Behandlung nach § 64 StGB

Die Leitlinien werden entsprechend der fachlichen Entwicklung fortgeschrieben.

Stand: 01.12.09

INHALT

1. ZUM STÖRUNGSBILD	3
1.1 DEFINITION, DIAGNOSE	3
1.2 EPIDEMIOLOGIE IM MRV	3
1.3 DELINQUENZ	3
1.4 KOMORBIDITÄT	4
2. THERAPEUTISCHES VORGEHEN	4
2.1 PSYCHOPHARMAKOLOGISCHE BEHANDLUNG	5
2.1.1 Zum Problem der Zwangsbehandlung	6
2.2 PSYCHOTHERAPIE	6
2.3 DELIKTBEARBEITUNG	7
2.4 PSYCHOEDUKATION	7
2.5 SOZIO- UND MILIEUTHERAPIE	8
2.5.1 Handlungsfelder des Pflege- und Erziehungsdienstes	9
2.5.2 Bezugspflegesystem	10
2.5.3 Der Pflegeprozess	11
2.6 TRAINING KOGNITIVER UND SOZIALER FERTIGKEITEN	12
2.7 ERGOTHERAPIE UND ANDERE BEGLEITENDE THERAPIEVERFAHREN	13
2.7.1 Ergotherapie	13
2.7.1.1. Beschäftigungstherapie	14
2.7.1.2. Arbeitstherapie	14
2.7.2. Bewegungstherapie /Sport	15
2.7.3 Kunsttherapie	15
2.7.4. Musiktherapie	15
2.8 BEHANDLUNG DER KOMORBIDITÄT	16
2.9 DURCHFÜHRUNG VON VOLLZUGSLOCKERUNGEN	16
2.10 ANGEHÖRIGENARBEIT	17
LITERATUR	18

1. Zum Störungsbild¹

1.1 Definition, Diagnose

Unter schizophrenen Psychosen verstehen wir tiefgreifende Störungen, die Veränderungen der Wahrnehmung, des Denkens, des Antriebs, der Affektivität, des Ich-Erlebens und der Psychomotorik bewirken können.

Grundlage unserer Diagnostik sind die Kriterien nach ICD-10. Andere Klassifikationssysteme können zusätzlich nützlich sein.

1.2 Epidemiologie im MRV

Der Anteil schizophrener Patienten² im Maßregelvollzug (MRV) gem. § 63 StGB beträgt derzeit im nordrhein-westfälischen Maßregelvollzug knapp 50 % der Patienten.

Offenbar ist der Anteil dieser Patientengruppe in den letzten Jahren trotz prinzipiell guter Behandlungsmöglichkeiten und der Weiterentwicklungen in der neuroleptischen Behandlung angestiegen.

Die absolute Zahl der Patienten im Maßregelvollzug mit einer schizophrenen Erkrankung hat sich in den letzten zehn Jahren annähernd verdreifacht. Somit stellen die Patienten mit schizophrenen Erkrankungen die größte Gruppe der im Maßregelvollzug gem. § 63 StGB untergebrachten Patienten dar (Kutscher 2006).

1.3 Delinquenz

Tötungen und Körperverletzungen machen knapp 2/3 der von den Patienten mit einer schizophrenen Psychose begangenen Unterbringungsdelikte aus. (Kutscher 2006). Bei 80 - 85 % der Opfer handelt es sich um Angehörige/Freunde/Bekannte oder mit dem Erkrankten Lebende bzw. Professionelle (z.B. Betreuer / Polizei). Unter den Familienangehörigen sind v.a. Frauen Opfer von schwerer Gewalt.

¹ Im vorliegenden Text sind sowohl Frauen als auch Männer gemeint. Um die Lesbarkeit zu gewährleisten, wurde auf die ausdrückliche weibliche Sprachregelung verzichtet.

² Der Begriff Schizophrenie bzw. schizophren Erkrankter wird im Folgenden weiter gefasst und bezieht sich auf Patienten mit Diagnosen F 20 – F 25 nach ICD-10.

Unter den übrigen Delikten finden sich v.a. Eigentumsdelikte, Brandstiftungen und zu einem geringen Anteil Sexualdelikte.

1.4 Komorbidität

Bei drei Viertel der schizophrenen Patienten bestehen komorbide psychische Störungen. Zumeist liegt eine behandlungsbedürftige Suchtproblematik vor (Alkohol und illegale Drogen). Daneben findet sich bei 20 – 30 % der Patienten eine dissoziale Persönlichkeitsakzentuierung bzw. –störung (Kutscher 2006).

Diese komorbiden Störungen können die Behandlungs- und Legalprognose verschlechtern und stellen oft ein Entlassungshindernis dar.

2. Therapeutisches Vorgehen

Unter Berücksichtigung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells der Schizophrenie sollte ein integrativer und multimodaler Behandlungsansatz realisiert werden. Ziel der Behandlung im Maßregelvollzug ist die Verbesserung der Krankheits- und Legalprognose. Dabei stützt sie sich auf ein breites Angebot aus psychopharmakologischen, psychotherapeutischen und sozialedukativen Maßnahmen. Nach der Remission bzw. Besserung akuter psychopathologischer schizophrener Symptome stellt die Entwicklung von Motivation zur Therapie und Veränderung den wichtigsten Schritt in der Behandlung der Maßregelvollzugspatienten mit psychotischen Erkrankungen dar. Hierbei ist es von Bedeutung, die intrinsische Motivation zu fördern, welche die extrinsische Motivation der Patienten ersetzen soll. Dadurch wird das Aufstellen eines individuellen Behandlungsplanes ermöglicht, der im weiteren Behandlungsverlauf immer wieder ergänzt wird. Durch die Motivationsförderung sollte eine überdauernde Veränderungsbereitschaft bei den Patienten etabliert werden.

Im Verlauf der Therapie kommt den einzelnen, nachfolgend beschriebenen Bausteinen der Behandlung eine unterschiedliche Bedeutung zu. Voraussetzung für die Behandlung ist eine wertschätzende und akzeptierende Haltung durch das Behandlungsteam. Der Patient wird bei den notwendigen Behandlungsmaßnahmen nur kooperieren können, wenn er sich in seiner krankheitsbedingten Verunsicherung ernst genommen fühlt. Dabei sollten die Unterbringungsbedingungen so gestaltet

sein, dass ein Optimum an Struktur, Reizschutz, Rollentransparenz, Kontinuität, Unterstützung und Selbstverantwortlichkeit gewährleistet ist.

2.1 Psychopharmakologische Behandlung

Die individuelle und syndromorientierte psychopharmakologische Behandlung dient der Reduktion spezifischer psychotischer Symptome und unspezifischer Symptome wie etwa Angst, Unruhe oder Schlafstörungen. Nach der Behandlung der akuten Symptomatik ist zur Rückfallprophylaxe eine lang andauernde medikamentöse Therapie erforderlich. Die psychopharmakologische Behandlung muss eingebettet sein in alle übrigen therapeutischen Maßnahmen.

Vor Beginn der Behandlung werden die Patienten über Behandlungsziele, mögliche Nebenwirkungen sowie Risiken, aber auch über Behandlungsalternativen aufgeklärt. Das therapeutische Handeln zielt darauf ab, den Patienten immer wieder von der Notwendigkeit der medikamentösen Unterstützung zu überzeugen und Behandlungsbereitschaft herzustellen. Die Behandlung erfolgt in der Regel mit Neuroleptika. Anzustreben ist dabei eine Monotherapie. Die Auswahl des Neuroleptikums erfolgt symptomorientiert und berücksichtigt frühere Behandlungserfahrungen und die Bewertung durch den Patienten, das Nebenwirkungsprofil und die geplante Applikationsform. Dabei ist zur Förderung der Compliance eine möglichst nebenwirkungsarme antipsychotische Medikation von besonderer Bedeutung.

Zu unterscheiden sind die sogenannten klassischen, typischen Neuroleptika sowie die sogenannten atypischen Neuroleptika. Unter den herkömmlichen, typischen Neuroleptika leiden viele Patienten unter deutlich beeinträchtigenden Nebenwirkungen. Der Hauptvorteil der atypischen Neuroleptika liegt in der besseren Verträglichkeit. Es gibt Hinweise darauf, dass auch die Negativsymptomatik durch die atypischen Neuroleptika positiv beeinflusst werden kann. Allerdings sind auch die atypischen Neuroleptika nicht frei von Nebenwirkungen.

Andere Substanzgruppen wie Benzodiazepine, Antidepressiva oder der sogenannten „mood stabilizer“ (z.B. Lithiumpräparate und einige Antiepileptika) können abhängig von Syndrom, Unterform oder Komorbidität ebenfalls zur Anwendung kommen.

2.1.1 Zum Problem der Zwangsbehandlung

Die Einwilligungsfähigkeit kann unter Umständen störungsbedingt beeinträchtigt sein. Bei Lebensgefahr, schwerwiegender Gefahr für die Gesundheit des Patienten oder Gefahr für die Gesundheit anderer Personen kann dann auch eine medikamentöse Behandlung gegen den Willen des Patienten vorgenommen werden (§ 17 Abs. 3 MRVG), die von der therapeutischen Leitung der Maßregelvollzugseinrichtung angeordnet werden muss. Hierbei handelt es sich um eine einschneidende Beschränkung der Grundrechte. Die Maßnahme muss den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit berücksichtigen.³

2.2 Psychotherapie

Die Psychotherapie schizophrener Patienten im Maßregelvollzug ist vor allem langfristig und supportiv angelegt. Eine tragfähige und vertrauensvolle Anbindung an einen verlässlichen Bezugstherapeuten ermöglicht es dem Patienten, eine modellhafte Beziehung einzugehen, in der er über die Bindung und die Möglichkeit der Identifikation mit dem Therapeuten die Konfrontation mit der Realität und sich selbst wagen kann. Die Angst des Patienten vor zu viel Nähe, aber auch vor zu großer Distanz ist zu berücksichtigen.

Zu Beginn unterstützt der Therapeut den Patienten bei der Distanzierung von psychotischen Erlebnisinhalten und ermutigt ihn zu einer Verschiebung des Aufmerksamkeitsfokus von der Beschäftigung mit psychotischen Denk- und Erlebnisinhalten hin zu Außenaktivitäten. Im Weiteren fokussiert die Behandlung auf die Bearbeitung aktueller Probleme und Konflikte sowie auf das Verstehen psychosozialer Bezüge. Langfristige Ziele sind die Stärkung der Fähigkeit zur Krankheits- und Stressbewältigung. Das schließt die Einordnung der Psychose und der durch die Störung bedingten Einschränkungen in den individuellen Lebensentwurf und die Erarbeitung angemessener Bewältigungsmechanismen ein.

³ vgl. LBMRV (2005) Möglichkeiten der Zwangsbehandlung im MRV in NRW

2.3 Deliktbearbeitung

Ziel der Deliktbearbeitung ist es, dem Patienten den Zusammenhang zwischen Störungsbild und delinquentem Verhalten zu verdeutlichen, ihn für die Früherkennungszeichen von störungs- und deliktrelevanten Entwicklungen zu sensibilisieren und ihn in die Lage zu versetzen, darauf mit geeigneten Maßnahmen zu reagieren.

Allerdings ist der Zeitraum und die Intensität deliktorientierter Behandlung auf die individuelle Belastbarkeit des Patienten abzustimmen. In der Regel sollte der Patient erst mit Abklingen einer produktiv psychotischen Symptomatik und erst mit zunehmender Ich-Stärke mit belastenden Inhalten wie einer Deliktbearbeitung konfrontiert werden. Nicht selten hat das Delikt auf den Patienten selbst traumatisierend gewirkt. Eine Auseinandersetzung mit den Folgen der Tat und den damit einhergehenden Gefühlen von Schuld, Scham und Reue kann depressive Episoden bis hin zu Suizidalität zur Folge haben. Bei einem Teil der chronisch-schizophrenen Patienten ist eine umfassende Deliktbearbeitung nur begrenzt möglich.

2.4 Psychoedukation

Ein wichtiger Bestandteil des integrativen Therapiekonzeptes ist die Durchführung psychoedukativer Maßnahmen bei Menschen mit schizophrenen Erkrankungen im Maßregelvollzug. Dabei verstehen wir unter Psychoedukation eine auf individuelle Erfahrungen der Patienten aufbauende Vermittlung eines funktionalen Krankheitskonzeptes sowie ein systematisches Vorgehen zur Einstellungs- und Verhaltensänderung. Ziele der Psychoedukation sind neben der umfassenden Aufklärung über die Erkrankung, die Förderung der Compliance der Patienten in der Behandlung, eine Angstreduktion sowie Veränderung der Lebensweisen der Betroffenen und Verbesserung der Coping-Fähigkeiten.

Psychoedukation ist vorzugsweise in Gruppen durchzuführen und sollte folgende Themenbereiche abdecken: Krankheitsbegriff, Symptomatik und Diagnostik, Ursachen schizophrener Krankheit, Akutbehandlung und Management von

Frühwarnzeichen. Dazu liegen systematisierte Manuale vor, die bei forensischen Patienten um deliktrelevante Aspekte ergänzt werden sollten.

Psychoedukation sollte nach Möglichkeit bereits in der ersten Behandlungsphase beginnen, um Motivation und Compliance zu fördern. Während der Behandlung schizophrener Menschen im Maßregelvollzug ist es erforderlich, die einzelnen Inhalte der Psychoedukation immer wieder zu vertiefen und an den individuellen Krankheitsverlauf anzupassen.

2.5 Sozio- und Milieuthherapie

Die wesentlichen Handlungs- und Interventionsfelder des Pflege- und Erziehungsdienstes im Maßregelvollzug sind die Alltagskompetenzen, die Beziehungen und das Umfeld der Patienten. Dabei erfüllt der Pflege- und Erziehungsdienst in erster Linie soziotherapeutische Aufgaben und bietet den Patientinnen und Patienten lebenspraktische Hilfen unter Wahrung sicherheitsrelevanter Aspekte.

In der Behandlungseinheit sowie bei der Unterstützung und Begleitung von Lockerungen wird im Rahmen der Sozio- und Milieuthherapie professionelle Beziehungsarbeit gestaltet.

Die Milieugestaltung im psychiatrischen Krankenhaus sollte den normalen Lebensbedingungen angenähert sein. Förderlich ist eine wohnliche und eine klar strukturierte Umgebung, in der der schizophrene Patient Anregungen erfährt und zwischenmenschliche Kontakte gestalten kann. Die Sozio- und Milieuthherapie nutzt die wechselseitigen Beziehungen der Patienten untereinander und zum Behandlungsteam. In regelmäßigen Gesprächsrunden, an denen Patienten und Mitarbeiter teilnehmen, werden Fragen der Stationsordnung, Probleme des Zusammenlebens und Interaktionen der Patienten untereinander, aber auch Fragen der Freizeitgestaltung u.ä. besprochen. Dem Patienten eröffnet sich hier ein Übungsfeld für das Erlernen sozialer Fertigkeiten.

2.5.1 Handlungsfelder des Pflege- und Erziehungsdienstes

Bei der Umsetzung der Sozio- und Milieuthapie stehen dem Pflege- und Erziehungsdienst drei wichtige Handlungs- und Aufgabenfelder zur Verfügung, die jeweils körperliche, psychische und soziale Ziele der Behandlung integrieren – allerdings mit unterschiedlicher Gewichtung. Die drei Handlungs- und Aufgabenfelder Alltag, Beziehungen, Umfeld berühren, ergänzen und überschneiden sich. Patienten sollen in diesen Handlungsfeldern dabei unterstützt werden:

Alltagskompetenzen, die zur Stabilisierung von Gesundheit notwendig sind, zu erhalten und zu erweitern. Dies beinhaltet die Förderung bei:

- der Entwicklung einer ausreichenden Kompetenz zur Selbstpflege und Behandlung (Medikamentencompliance)
- dem Umgang mit stofflichen und nichtstofflichen Süchten
- der Alltagsbewältigung unter den Bedingungen psychiatrischer Erkrankungen und Behinderungen
- der Entwicklung einer der individuellen Belastbarkeit angemessenen Tages- und Wochenstruktur
- einer angemessenen Freizeitgestaltung innerhalb und außerhalb der Klinik

Beziehungen zu sich selbst, insbesondere zu den eigenen Gefühlen und zu anderen Menschen zu entwickeln und zu pflegen.

Mittel der Mitarbeiter dazu sind zum Beispiel:

- Einschätzung der Beziehungsfähigkeit
- aktive und geplante Beziehungsgestaltung, einschließlich Förderung und Beratung

Die Behandlungseinheit als Entwicklungs- und Lernfeld für soziale Interaktionen und Regelungen des Zusammenlebens zu nutzen.

Mit den Patienten wird ein milieutherapeutisches Setting gestaltet, welches ihnen einen Realitätsbezug und die Überprüfung von störungsspezifischen oder delinquenten Verhaltensmustern ermöglicht. Die Förderung eines sozialen Miteinanders innerhalb der Gruppe erhält dabei eine besondere Bedeutung. Daher gilt es, aktiv ein Milieu zu gestalten, das geprägt ist von Verständnis, Vertrauen,

Zuverlässigkeit, Eindeutigkeit und Begegnungsvielfalt. Insbesondere soll das soziomilieutherapeutische Setting dazu beitragen, dass der Patient soziale Normen, Werte und Regeln kennen lernt, verinnerlicht und in Verantwortung ausübt.

Die besondere Herausforderung besteht unter anderem darin, problematisches Verhalten des einzelnen Patienten nicht nur auf seine sicherheitsrelevanten Aspekte hin zu bewerten, sondern, wann immer möglich, dieses therapeutisch nutzbar zu machen.

2.5.2 Bezugspflegesystem

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes begleiten Patienten bei der individuellen Auseinandersetzung mit der Erkrankung/ Störung sowie deren Auswirkungen auf den Alltag. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, bedarf es einer professionellen Beziehungsarbeit auf Grundlage eines Bezugspflegesystems. Dabei wird die Beziehungsgestaltung zwischen Patienten und Beschäftigten des Pflege- und Erziehungsdienstes geplant, reflektiert und supervidiert.

Der Ausrichtung des multiprofessionellen Behandlungsziels entsprechend erfolgt der Kontakt als beratendes, haltgebendes und unterstützendes Beziehungsangebot. Unter Berücksichtigung der verschiedenen individuellen Besonderheiten sind spezifische Kompetenzen in der Kommunikation erforderlich. Hier kann es auch notwendig werden, dass Hilfs-Ich-Funktionen übernommen werden, die dem Patienten die Bewältigung alltäglich anfallender Aufgaben überhaupt erst ermöglichen. Weiterhin können Beziehungsangebote im Vordergrund stehen, bei denen soziotherapeutische Aspekte zum Tragen kommen. Wichtig ist eine einfache, klare und nachvollziehbare Kommunikation, die zahlreiche, geduldig vorgebrachte Wiederholungen beinhalten kann und Verständnisfragen im Kontakt mit den Patienten einschließt.

Die Arbeitshaltung und der Kommunikationsstil des Behandlungsteams werden im Sinne des Lernens am Modell als entscheidende Milieufaktoren definiert. Unter bestimmten Umständen werden Fehlentscheidungen der Patienten zugelassen, um Raum für eigene Erfahrungen zu schaffen. Diese Arbeitshaltung setzt eine interprofessionelle Konfliktkultur und Bereitschaft zur ständigen Reflektion im Team voraus.

Durch eine professionelle Beziehungsarbeit, kontinuierliche und alltagsnahe Begleitung trägt der Pflege- und Erziehungsdienst dazu bei, potenzielle Gefahrenquellen frühzeitig zu erkennen und somit die Sicherheit im Maßregelvollzug nachhaltig zu fördern. Hierzu ist es erforderlich, auch die Deliktdynamik zu verstehen und in die individuelle Pflegeplanung einzubeziehen. Der Pflege- und Erziehungsdienst steht dabei in dem besonderen Spannungsverhältnis zwischen Beziehungsarbeit und Kontrolle.

2.5.3 Der Pflegeprozess

Im Rahmen des Pflegeprozesses wird auf der Basis der eingehenden Pflegediagnostik eine Planung erstellt, die nach Durchführung auf ihre Wirkungen hin zu bewerten und fortzuschreiben ist. Die Dokumentation der Betreuung und Behandlung muss alle wesentlichen Prozessschritte wie Pflegeassessment, Pflegediagnose, Pflegemaßnahmen sowie die Evaluation nachvollziehbar darstellen. Der Pflegeprozess gestaltet sich in den unterschiedlichen Behandlungsphasen von der Aufnahme bis zu einer möglichen Entlassung als Beziehungs- und Problemlösungsprozess. Neben der oben beschriebenen Beziehungsarbeit werden alltagsrelevante und soziale Fähigkeiten unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen gefördert, erhalten und weiter entwickelt.

Methoden psychiatrischer Krankenpflege

Einzelfallbezogen

Im Vordergrund steht hier das personenzentrierte Handeln. In Zusammenarbeit mit dem Patienten werden die Ziele und Maßnahmen entwickelt.

Gruppenbezogen

Der Pflege- und Erziehungsdienst führt unterschiedliche Gruppenangebote im Rahmen des Behandlungsprozesses durch. Es werden edukative Angebote im engeren Sinne, wie z. B. soziales Kompetenztraining, Psychoedukation oder Rückfallprophylaxetraining durchgeführt. Außerdem sind Gruppenangebote zu Themenbereichen wie Alltags-, Freizeitgestaltung und Regeln des Zusammenlebens anzubieten, bei denen folgende Ziele verfolgt werden:

- Förderung und Erhalt von Eigeninitiative
- Förderung und Erhalt von Verbindlichkeit und Absprachefähigkeit

- Förderung der Bereitschaft der Übernahme von Verantwortung für sich und andere
- Erlernen von Möglichkeiten gesunder Abgrenzung
- Förderung und Erhalt von Ressourcen im Umgang mit Konflikten und Konfliktmanagement
- Erlernen von Frustrationstoleranz und Impulskontrolle
- Sich Wahrnehmen in einem Gruppenkontext
- Erfahren von (Selbst)Vertrauenszuwachs
- Selbstwertstärkung

Lebensumfeldbezogen

Die Patienten sind bei der Gestaltung ihres Lebensumfeldes zu unterstützen oder bei der Durchführung unterschiedlicher Maßnahmen (z. B. Behördengänge, Kontaktaufnahme zu zukünftigen Arbeitgebern) bei Bedarf zu begleiten.

2.6 Training kognitiver und sozialer Fertigkeiten

Viele Patienten, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, haben erhebliche kognitive Störungen und soziale Defizite. Nach sorgfältiger Indikationsstellung werden zur Behandlung dieser Störungen Trainingsprogramme durchgeführt. Angesichts der z.T. komplexen Anforderungen ist dabei die Gefahr einer Reizüberflutung für den Patienten abzuschätzen.

Das kognitive Training zielt auf eine Minderung oder auch sinnvolle Kompensation der kognitiven Störungen. Zur Verbesserung der Aufmerksamkeit, der Konzentration, der Wahrnehmung und der Diskriminationsfunktion werden geeignete Programme (z.B. computerunterstütztes Training) eingesetzt. Umfassendere standardisierte kognitive Trainingsprogramme (wie z.B. das Integrierte Psychologische Therapieprogramm) verbessern darüber hinaus die kognitive Differenzierung, soziale Wahrnehmung, verbale Kommunikation, soziale Fertigkeiten sowie interpersonellen Problemlösefähigkeiten.

Das Training sozialer Fertigkeiten bezieht sich auf die für den Patienten und dessen Legal- und Behandlungsprognose relevanten Lebensbereiche. Daneben werden

Programme zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten empfohlen, die systematisch auch die Rehabilitationsthemen Wohnen, Arbeit oder Freizeit einbeziehen (z.B. Roder 2002). Für einzelne Patienten kann auch ein individualisiertes soziales Kompetenztraining indiziert sein.

2.7 Ergotherapie und andere begleitende Therapieverfahren

Bei schizophrenen Patienten im Maßregelvollzug sind die handlungsorientierten Therapieformen wichtige Bestandteile des Gesamttherapiekonzeptes.

Die Patienten verbringen einen großen Teil ihres Tages in diesen Behandlungsmaßnahmen.

Ziel der Behandlung ist es, krankheitsbedingte soziale und psychische Funktionsstörungen zu beseitigen, zu verbessern oder zumindest eine Kompensation beeinträchtigter Funktionen und Fähigkeiten zu ermöglichen. Konkret können so motorische, sensorische, kognitive, emotionale und soziale Fertigkeiten, die krankheitsbedingt gestört sind bzw. sich nicht entwickeln konnten, verbessert bzw. wiederhergestellt werden. Handlungsorientierte Therapieverfahren erleichtern den Zugang zum Patienten und leisten eine wichtige Vorarbeit für die Psychotherapie im engeren Sinne.

2.7.1 Ergotherapie

Die Ergotherapie umfasst die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. Sie ist eine gezielt eingesetzte und therapeutisch verordnete Behandlungsform und kann als Einzel- oder als Gruppentherapie durchgeführt werden. Therapieziele dieser Maßnahme sind die Übernahme von Verantwortung z.B. für die Herstellung und das Produkt sowie Zuverlässigkeit und Absprachefähigkeit.

Ergotherapie bedient sich aktivierender und handlungsorientierter Verfahren und verlangt von den Patienten in hohem Maße Mitarbeit. Die Behandlungsplanung erfolgt im engen Kontext mit anderen therapeutischen Maßnahmen. Hierzu ist es erforderlich, dass mit standardisierten Methoden (z.B. MELBA) ein Fähigkeits- und Leistungsprofil der Patienten unter Berücksichtigung der Berufs- und Arbeitsanamnese erstellt wird. Diese wird im Verlauf der Behandlung regelmäßig

kontrolliert und aktualisiert. In einem individuellen Training können die festgestellten Defizite und Fähigkeiten bearbeitet bzw. gefördert werden.

2.7.1.1. Beschäftigungstherapie

Die Beschäftigungstherapie verbessert die individuelle Handlungskompetenz in ihren Alltagsbezügen, so dass eigenes Handeln als sinnvoll, sozialintegrativ und realitätsnah erlebt wird. Dabei werden Impulse und Anregungen zum Tätigsein gegeben, um an vorhandene Fähigkeiten anzuknüpfen und gesunde Ressourcen zu fördern. Durch ausgewählte handwerkliche Techniken werden die instrumentellen und kognitiven Fähigkeiten verbessert. Die Beschäftigungstherapie gibt Impulse zur kreativen Tätigkeit und kann dadurch Eigeninitiative fördern, Selbstvertrauen stärken und die Fantasie anregen. Sie kann zu einer emotionalen Ausgeglichenheit führen, Affekte verbessern und an die in der Realität verlangten Verhaltensweisen heranführen. Besonders bei schwer beeinträchtigten schizophrenen Patienten hat die Beschäftigungstherapie einen hohen Stellenwert.

2.7.1.2. Arbeitstherapie

Diese ist im Vergleich zur Beschäftigungstherapie mehr ergebnis- und produktorientiert. In diesem Sinne dient Arbeit als Mittel der Behandlung. Die Tätigkeiten sollten die Lebensrealitäten außerhalb des Maßregelvollzuges berücksichtigen und können ein breites Spektrum beinhalten, das etwa von Industriearbeit und handwerklicher Tätigkeit bis hin zu kaufmännischen Aufgaben reicht. Die Arbeitstherapie dient gerade bei schizophrenen Patienten der Belastungserprobung und der Entwicklung einer realistischen Arbeitsperspektive. Sie verbessert Anpassung und Ausdauer, adäquaten Umgang mit Problemen und Stress im Arbeitsbereich und fördert die persönliche Entfaltung. Bei spezieller Indikation kann den Patienten auf diesem Wege eine Berufsausbildung bzw. die (Wieder) eingliederung in das Berufsleben ermöglicht werden. Arbeitstherapie wird nach den Vorgaben des MRVG NRW entlohnt. Die Entlohnung soll nach Art der Tätigkeit und der Leistung des Patienten angemessen sein.

2.7.2. Bewegungstherapie /Sport

Hierbei handelt es sich um verschiedene Arten krankengymnastischer, tänzerischer oder sportlicher Betätigung unter Berücksichtigung gruppenspezifischer Aspekte. Neben der Steigerung vegetativer Belastbarkeit und motorischer Fähigkeiten können insbesondere bei gemeinsamen Aktivitäten Kontaktverhalten und Selbstsicherheit gefördert werden. Gerade Teamsportarten bieten ein breites Feld, in dem die Patienten lernen können, Regeln einzuhalten, Impulse zu kontrollieren und sich mit anderen fair auseinander zu setzen.

Körperliche Betätigung kann darüber hinaus Ängste und emotionale Spannungen vermindern. Sie verbessert das bei schizophrenen Patienten oft gestörte Körpergefühl und die Körperwahrnehmung.

2.7.3 Kunsttherapie

Kunsttherapie ermöglicht einen Zugang zur Wahrnehmung von Emotionen und intrapsychischen Prozessen. Die Auseinandersetzung mit den Werken kann bei ausreichend stabilen Patienten therapeutisch genutzt werden. Sie verbessert die Sublimierungsfähigkeit und fördert die Fantasie. Darüber hinaus können einige Patienten durch ihre künstlerische Tätigkeit an eine verbesserte Selbstwahrnehmung herangeführt werden.

Durch die Ich-stützende Funktion der Kunsttherapie können Reifungsprozesse im Allgemeinen und das Gefühl der persönlichen Identität gefördert werden.

Auch schwer beeinträchtigte schizophrene Patienten sind über die Beschäftigung mit Papier, Pinsel, Farben und anderen Medien zum kreativen Ausdruck in der Lage.

2.7.4. Musiktherapie

Wie bei der Kunsttherapie werden auch bei der Musiktherapie über das Ansprechen von Emotionen psychische Störungen positiv beeinflusst. Im Zentrum der Musiktherapie steht das gemeinsame Improvisieren im Gruppen- oder Einzelsetting. In der musiktherapeutischen Behandlung schizophrener Patienten sind dabei strukturierende Improvisationsangebote und Arbeitsweisen vorzuziehen, um Reizüberflutung zu vermeiden.

Durch den nonverbalen Charakter dieses Therapieangebotes wird die Wahrnehmung von Gefühlen auf basaler Ebene angeregt. Dieses wiederum kann eine positive Veränderung der Erlebnisverarbeitung nach sich ziehen.

Zudem werden beim Improvisieren in der Gruppe oder in der Einzeltherapie mit dem Musiktherapeuten auf (auch für musikalische Laien) einfach zu bedienenden Instrumenten kommunikative und kreative Potentiale geweckt, welche die Kontakt- und Beziehungsfähigkeit auf nonverbaler Ebene verbessern können. Gemeinsames Musizieren und Singen unterstützt somit die soziale Aktivität und verbessert das Kommunikationsverhalten.

2.8 Behandlung der Komorbidität

Die delinquente Entwicklung in der Vergangenheit kann Folge eines Wechselspiels zwischen Psychose, Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsproblematik sein. Die psychische Komorbidität beeinflusst die Behandlung der schizophrenen Erkrankung und die Legalprognose ungünstig.

Ziel der therapeutischen Bemühungen ist neben der Behandlung der Grunderkrankung die Veränderung der die Kriminalität begünstigenden Faktoren.

Vor einer weiter gehenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung der Komorbidität sollten die Patienten bezüglich der schizophrenen Symptomatik durch eine möglichst optimale Behandlung in die Lage versetzt werden, an einer Therapie der Persönlichkeits- und/oder Suchtproblematik teilnehmen zu können.

Da evidenzbasierte Untersuchungen zur Wirksamkeit der Behandlung komorbid schizophrener Patienten im Maßregelvollzug nicht existieren, sollten evaluierte Behandlungskonzepte aus der Suchtbehandlung und der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen Anwendung finden.⁵

2.9 Durchführung von Vollzugslockerungen

Lockerungen werden größtenteils von Beschäftigten des Pflege- und Erziehungsdienstes durchgeführt. Dabei richtet sich die Vorgehensweise zur

⁵ vgl. LBMRV (Hrsg.) (2006) Behandlungsleitlinien für forensische Patienten mit den Diagnosen Persönlichkeitsstörung und Störungen der Sexualpräferenz und Leitlinien für die Behandlung nach § 64 StGB

Lockerungspraxis nach dem Qualitätsstandard des Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug: „Grundsätze für Lockerungsentscheidungen in Maßregelvollzugseinrichtungen“ vom Juni 2008. Die Überprüfung des Behandlungsstands, die Begleitung und Beobachtung von Patienten sowie die Förderung von Alltagskompetenzen stellen die wesentlichen Ziele dar. Dabei ist die Einschätzung der Befindlichkeit insbesondere der psychischen Stabilität des Patienten vor, während und nach der Lockerung besonders wichtig.

Die im Ausgang gesammelten Erfahrungen bilden eine Grundlage für die Entscheidung weiterer Behandlungsmaßnahmen.

2.10 Angehörigenarbeit

Angehörigenarbeit im Maßregelvollzug beinhaltet vor allen Dingen die individuelle Beratung und Einbeziehung von relevanten sozialen Bezugspersonen. Schwerpunkt ist die Information der Angehörigen über die zugrundeliegende Erkrankung und deren Therapie unter den besonderen Bedingungen im Maßregelvollzug.

Bei der Kontaktaufnahme zum familiären Umfeld spielt das Unterbringungsdelikt häufig eine entscheidende Rolle. So hat sich ein Teil der Angehörigen auch aus Angst von den Patienten abgewandt. Durch die doppelte Stigmatisierung als "krank und kriminell" sind viele der Patienten und Angehörigen sozial isoliert. Nur selten gelingt es Eltern, Freunden, Partnern oder anderen relevanten Bezugspersonen, die Unterbringung eines Angehörigen im Maßregelvollzug nicht als persönliches Versagen zu erleben (vgl. LBMRV 2006b). In diesem Zusammenhang führt die Angehörigenarbeit zu einer Entlastung der Angehörigen und der Patienten. Ein weiterer positiver Effekt kann auch die Steigerung der Compliance sein.

Viele Patienten im Maßregelvollzug entstammen hochproblematischen, bereits vor der Unterbringung zerrütteten familiären Verhältnissen. Eine engere Bindung zur Familie hat es oftmals entweder nicht gegeben oder ist im Laufe einer langjährigen Erkrankung abgerissen. Diese z.T. krankheitsfördernden Strukturen sind bei der Behandlung und Rehabilitation schizophrener Patienten besonders zu berücksichtigen.

Insbesondere wenn eine (Re)Integration des Patienten in das frühere soziale (Bezugspersonen)Umfeld geplant ist, sollten familientherapeutische Inhalte in der

Angehörigenarbeit ihre Anwendung finden. Im Einzelfall können familientherapeutische Behandlungsmodule Patienten wie auch Angehörige darin unterstützen, innerfamiliäre krankheitsfördernde Strukturen zu erkennen und zu reduzieren sowie effektive Copingmechanismen gegen Stress zu entwickeln, um das damit verbundene Rückfallrisiko zu reduzieren.

Literatur

- Arbeitskreis Pflege in der DGSP (Hrsg.) (1996) Pflegeprofil: Grundriss psychiatrischer Pflege. 2. Aufl., Eigenverlag, Köln.
- Bauer, R (2002) Wirkungen von Beziehungspflege in der pflegerischen Praxis, PsychPflege, 8: 79-84.
- Bäuml J (1994) Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Springer, Berlin
- Bock T. (2005) Umgang mit psychotischen Patienten, 3. Auflage.
- Deipenwisch U (2002) Der Beitrag der psychologischen Psychotherapie zu einer positiven Kriminalprognose in der Behandlung psychosekranker Straftäter. Vortrag während 17. Eickelborner Fachtagung.
- Der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug NRW (Hrsg.) (2006a) Behandlungsleitlinien für forensische Patienten mit den Diagnosen Persönlichkeitsstörung und Störungen der Sexualpräferenz.
- Der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug NRW (Hrsg.) (2006b) Leitlinie für die Behandlung nach § 64 StGB.
- Der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug NRW (Hrsg.) (2008) Grundsätze für Lockerungsentscheidungen in Maßregelvollzugseinrichtungen .
- Der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug NRW in Zusammenarbeit mit den Direktoren der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe (2004) Möglichkeiten der Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug des Landes NRW, Rechtsgrundlagen.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2006) Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopff-Verlag, Darmstadt.
- Dondalski, J et al (1999) Konzept der ambulanten psychiatrischen Pflege. In: Psych. Pflege Heute, Thieme-Verlag, Stuttgart.
- Ersser S, Tutton E. (2000) Primary Nursing – Grundlagen und Anwendung eines patientenorientierten Pflegesystems, 1. Auflage.

- Fortbildungszentrum des LWV Hessen (1997) Handlungsrahmen psychiatrischer Krankenpflege. Arbeitstext.
- Gouzoulis-Mayfrank E (2003) Komorbidität Psychose und Sucht - Von den Grundlagen zur Praxis - Mit Manual für Psychoeduktives Training. Steinkopff, Darmstadt.
- Hodgins S, Hiscoke UL, Freese R (2003) The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia: a prospective investigation of patients in community treatment. Behavioral Sciences and Law, 21, 523-546.
- Joyal CC, Putkonen A, Paavola P et al. (2004) Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. Psychological Medicine, 34, 433-442.
- Kiesberg A, Hornung WP (1998) Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS). Ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm zur Rezidivprophylaxe. DGTV, Tübingen.
- Kistner W (2002) Der Pflegeprozess in der Psychiatrie – Beziehungsgestaltung und Problemlösung in der psychiatrischen Pflege, 4. Auflage, S. 179
- Kunze H, Kaltenbach L (1992) (Hrsg.) Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis, Kohlhammer, Stuttgart.
- Kutscher S, Leygraf N (2006) Aktuelle Situation schizophrener Patienten in psychiatrischer Maßregelunterbringung gemäß § 63 StGB in Nordrhein-Westfalen. Vorläufige Ergebnisse der DFG Studie, unveröffentlicht, Institut für forensische Psychiatrie, Essen.
- Leygraf N (1988) Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzuges. Springer-Verlag, Berlin.
- Leygraf N (2006) Psychisch kranke Rechtsbrecher. In: Kröber HL, Dölling D, Leygraf N, Sass H (Hrsg.) Handbuch der Forensischen Psychiatrie: Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminaltherapie. Steinkopff-Verlag, Darmstadt.
- LWL-Klinik für Forensische Psychiatrie Dortmund - Wilfried-Rasch-Klinik (2007) Pflegekonzept.
- LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt (2007) Pflegekonzept.
- Mentzos S (1991) Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen.
- Müller-Isberner R (2002) Psychiatrische Kriminaltherapie. In: Müller-Isberner R, Gretenkord L (Hrsg.) Psychiatrische Kriminaltherapie. Bd. 1, Pabst Science Publishers Lengerich, 1-6.

- Needham I (2000) Rezeption der Bezugspflege in der psychiatrischen Pflege im deutschsprachigen Raum: eine Literaturübersicht, Internetveröffentlichung, http://pflegeforschung-psy.ch/BP_Literatur.pdf
- Nordström A, Kullgren G (2003) Victim relations and victim gender in violent crimes committed by offenders with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 326-330.
- Payk Theo R (1992) *Checkliste Psychiatrie*. Thieme- Verlag, Stuttgart.
- Pflegedirektion des LWL-Therapiezentrum für Forensische Psychiatrie Marsberg (2005) *Pflegekonzept*. Marsberg.
- Roder V, Zorn P, Andreas K, Pfammatter M, Brenner H D (2002) *Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter*. Huber Verlag, Bern.
- Rohdich R, Kirste A (2005) Ein integrierter Behandlungsansatz für schizophrene Patienten mit Suchterkrankung und Persönlichkeitsstörung. In: Bauer P, Kielisch S (Hrsg.) *Differenzierte Behandlungskonzepte im psychiatrischen Maßregelvollzug*, Bd. 3, Pabst Science Publishers, Lengerich, 35-50.
- Sauter, D. et. al. (2004) *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Huber-Verlag, Bern.
- Schmauß M (Hrsg.) (2002) *Schizophrenie – Pathogenese, Diagnostik, Therapie*, Uni-Med, Bremen.
- Schröck R (1992) Entwicklung und Perspektiven der Pflegewissenschaft. In: Krohwinkel M (Hrsg.) *Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis*. Nomos Verlag, Baden-Baden.
- Stockwell, F (2002) *Der Pflegeprozess in der psychiatrischen Pflege*, 1. Auflage.
- Stolpmann G (2001) *Psychiatrische Maßregelbehandlung. Eine Einführung*. Hogrefe, Göttingen.
- Tengström A, Hodgins S, Grann M et al. (2004) Schizophrenia and criminal offending. The role of psychopathy and substance use disorders. *Criminal Justice and behavior*, 31, 367-391.
- Wienberg G. (Hrsg.) (1995) *Schizophrenie zum Thema machen – psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen – Grundlagen und Praxis*. Huber, Bern.