

11 Krisenintervention in Dauerschleife: Sozialtherapeutische Ansätze zur Verhinderung langanhaltender Unterbringungen in Kriseninterventions- räumen in der Forensik

Frank Voss

11.1 Einleitung

In diesem Beitrag werden die Ausgangslage, die Hintergründe und sozialpsychiatrische Ansätze zur Verhinderung von dauerhaften Unterbringungen in Kriseninterventionsräumen in der Forensik zur Diskussion gestellt.

Die dauerhafte Unterbringung von Patient:innen mit herausfordernden Verhaltens- und Interaktionsmustern in Kriseninterventions- oder Time-out-Räumen ist eine der wesentlichen Herausforderungen im Rahmen der Begleitung und Behandlung in der Forensik. Sie bindet nicht nur große fachliche und strukturelle Ressourcen, sondern hat weitreichende Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf. Auf institutioneller Seite wirken relevante Risiken und Folgen von vermehrten Übergriffen und mehrdimensionaler Perspektivlosigkeit auf die Behandlungsteams, die Handlungsoptionen und Entwicklungen negativ beeinflussen können.

Zunächst eine kurze Übersicht über die aktuellen Entwicklungen und Tendenzen im Maßregelvollzug in Deutschland:

In allen Bundesländern ist ein stetiger Anstieg der Patientenzahlen in den forensischen Kliniken zu beobachten. Die betrifft insbesondere Patient:innen, die gemäß § 63 StGB untergebracht werden (Traub 2023).

Die Gründe hierfür sind komplex. Die Stärkung der Selbstbestimmungsrechte von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen in der Psychiatrie hat,

im Sinne der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, in den letzten Jahren deutliche Auswirkungen auf die relevante Rechtsprechung genommen und zu entsprechenden Anpassungen der Unterbringungspraxis auf Länderebenen geführt. Insbesondere Menschen in psychotischen Krisen scheinen nicht mehr ausreichend vom Versorgungssystem erfasst zu werden. Die Möglichkeiten nachhaltiger Krisenintervention, gegen den ausdrücklichen Willen der Patient:innen, haben sich dadurch deutlich verändert. Es sind unterschiedliche Phänomene zu beobachten. Zum einen verkürzen sich die Aufenthaltsdauern bei Patient:innen, selbst bei einer noch sehr ausgeprägten Symptomatik. Es kann aber auch zu deutlich längeren Verweildauern im Einzelfall kommen, da zwar eine Unterbringung gemäß PsychKHG angeordnet wird, aber eine zuverlässige, zumindest kurzzeitige medikamentöse Intervention, gegen den ausdrücklichen Willen der untergebrachten Personen, ist nur mit einem erheblichen und zeitintensiven juristischen Aufwand umzusetzen. Selbstverständlich waren die Reformen in diesen Bereichen und die damit verbundene juristische Stärkung der Rechte von psychisch kranken Personen eine lang überfällige und zwingend notwendige sozialpsychiatrische Entwicklung. Die damit verbundenen vielfältigen strukturellen Änderungen in der allgemeinpsychiatrischen Versorgung legen die Hypothese nah, dass es zu einer veränderten Sichtweise und Umgang mit gewaltbereiten oder als schwierig empfundenen Patient:innen gekommen ist.

Trotz weitgehendem Ausbau von Angeboten und Differenzierung in der Behandlung in der psychiatrischen Versorgung werden Patient:innen mit chronischen und schwierigen Verlaufsformen mit ihren Bedürfnissen vom System nicht ausreichend erfasst (Schanda 2005).

Die aktuellen Zahlen weisen darauf hin, dass Patient:innen mit schwierigen Verlaufsformen und Mehrfachdiagnosen als Risikopatienten in die forensische Psychiatrie „verlagert“ werden, da sie vom System der Gemeindepsychiatrie nicht wirksam in die bestehenden Angebotsstrukturen integriert werden können.

Die Psychiatrie erlebt in den letzten Jahren eine intensive und auch kritische Auseinandersetzung in den Bereichen Patientenpartizipation und Reflektion von Machtverhältnissen in Behandlungs- und Betreuungssettings. Der Nutzen und die Folgen der Behandlung mit Neuroleptika und die damit verbundene Kritik eines zu einseitig biologisch und pharmakologisch geprägten Krankheitsverständnisses sind ein weiterer Schwerpunkt in der Diskussion. Diese Entwicklung ist gleichfalls eng mit den Ansätzen der Empowerment- und Recoverybewegung zu reflektieren. Diese Ansätze bieten den Betroffenen von psychiatrischen Erkrankungen eine Perspektive aus dem Labyrinth von Stigmatisierung und auch eine greifbare Möglichkeit, sich von traditionellen Krankheitslabels zu distanzieren und sich gegenüber negativen und endgültigen Prognosen abzugrenzen.

In der fachlichen Diskussion innerhalb der psychiatrischen Versorgungslandschaft hat die forensische Psychiatrie bis heute einen gewissen Sonderstatus.

11.2 Institutionelle Wirkungsfaktoren

Die Gründe hierfür sind vielfältig und offensichtlich. Straftaten, verübt von psychisch kranken Straftätern, ziehen häufig die Aufmerksamkeit der Gesellschaft auf sich und lösen eine hohe emotionale Betroffenheit aus. Das gilt insbesondere bei Sexual- oder Gewaltdelikten. Die Betrachtung einzelner Delikte kann Gefühle, wie Unverständnis, Wut, Angst, Ekel, Mitgefühl für die Opfer, aber auch Ohnmacht und Racheimpulse auslösen. Die Vorgehensweise der strafbaren Handlung, Motivation sowie Hintergründe erscheinen nach menschlichem Ermessen schwer nachvollziehbar. Ebenso schwierig erscheint die Akzeptanz der Bevölkerung für die notwendige Resozialisierung von Betroffenen.

Der Auftrag von Besserung und Sicherung hat nicht nur auf den ersten Blick einen widersprüchlichen Charakter und kann in der Behandlung und Betreuung von forensischen Patient:innen zu einer paradoxen Dynamik führen.

! Besserung steht im Allgemeinen für Entwickeln, in Bewegung bringen und Veränderung, Sicherung eher für Stilllegen und Kontrollieren.

Hinzu kommt, dass sich die forensische Psychiatrie in einem besonderen Fokus der Öffentlichkeit befindet. Wilfried Rasch bemerkte hierzu treffend, dass im Bewusstsein der Öffentlichkeit die Außenseiter der Gesellschaft stets zu milde oder zu hart angefasst werden. Die forensische Psychiatrie, von der Gesellschaft mit der Verwaltung der doppelten Stigmatisierung beauftragt, hat auch den doppelten Tadel zu erwarten (Rasch 1986).

Der Hinweis von Rasch ist vor allem auch wegen des Hinweises der doppelten Stigmatisierung der untergebrachten Patient:innen weiterhin äußerst relevant: einerseits psychisch krank, andererseits auch Täter zu sein.

Der berechtigte Wunsch vonseiten der Bevölkerung nach höchstmöglicher Sicherheit und Schutz vor gefährlichen Straftätern setzt die handelnden und die verantwortlichen Mitarbeiter:innen in den Kliniken unter einen erheblichen Druck – insbesondere, wenn es um prognostische Einschätzungen und Entscheidungen im Hinblick auf Vollzugslockerungen oder Entlassungen geht. Die Einschätzung der weiteren zu erwartenden Gefährlichkeit, im Sinne einer vorausschauenden Prognose, ist eine der wesentlichen und allgegenwärtigen Fragen während der gesamten Unterbringungszeit.

11.2 Institutionelle Wirkungsfaktoren

Für die Umsetzung des zweigleisigen gesetzlichen Auftrags von Besserung und Sicherung sind entsprechende formale und inhaltliche Strukturen notwendig. Um die Besonderheiten der Behandlung und Betreuung von Patient:innen im Maßregelvollzug zu reflektieren, ist es hilfreich und notwendig, sich die unterschiedlichen Ausgangssituationen der Beteiligten (Patient:innen und

Mitarbeiter:innen), aber auch die übergeordneten und institutionellen Rahmenbedingungen im Hinblick auf ihr Zusammenwirken anzusehen. Schon allein durch den gesetzlichen Auftrag und den daraus resultierenden Notwendigkeiten erscheint es nachvollziehbar, dass es im Rahmen der Behandlung in der Forensik zunächst keinen basisdemokratischen Ansatz geben kann. Das wird schon daraus ersichtlich, dass durch die jeweiligen Maßregelvollzugsgesetze der einzelnen Bundesländer die Ausgestaltung der Behandlung (z.B. auch in Hinblick auf freiheitsentziehende Maßnahmen oder Regelungen zur Sanktionierung von Regelverstößen usw.) weitreichende Möglichkeiten zur Verfügung stehen, die eine Auswirkung auf die persönliche Freiheit und Selbstbestimmung der Patient:innen nehmen. Dadurch sind die Machtverhältnisse zunächst einmal und notwendigerweise sehr deutlich zu Gunsten der Institutionen geregelt.

Eine **Adherence**-orientierte Behandlung in der Forensik ist in diesem Zusammenhang ein sehr relevanter Ansatz. Bei der Adherence geht es um weit mehr als die alleinige Behandlungstreue in Bezug auf die regelmäßige Einnahme von Medikamenten. Sie versucht, den komplexen Prozess eines möglichst einvernehmlichen Behandlungsprozesses aufzugreifen, der mehrere relevante Dimensionen berührt. Eine Adherence-orientierte Behandlung steht zusammenfassend gesehen für eine partizipative Entscheidungsfindung, in der die Beziehung von Patient:innen und medizinischen/therapeutischen Leistungserbringern deutlich in den Vordergrund gestellt und eine gemeinsam verantwortete Übereinkunft über den genauen Inhalt und Ablauf der Therapie getroffen wird. Voraussetzung dafür ist u.a. eine vollständige Aufklärung bzw. Edukation des Betroffenen. – mit einer neutralen Chancen- und Risikoabwägung bezüglich der therapeutischen Möglichkeiten, aber auch Risiken der Behandlung.

! Die Behandlung in der Forensik ist nie freiwillig. Allein dieser Fakt kann sich negativ auf die Behandlungsmotivation auswirken.

Es geht im Verlauf der Behandlung in der Forensik darum, den Patient:innen Stück für Stück die Verantwortung für die Gesundheitsfürsorge zurückzugeben. Anders kann eine Integration in die Gesellschaft nicht erfolgreich gelingen. Dazu gehört auch der Umgang mit nicht adhärentem Patientenverhalten und daraus resultierender Ambivalenz bezüglich der Behandlung. Eine zu eindimensional ausgerichtete Behandlung, die vor allem auf die möglichst unkritische Umsetzung der Therapievorgaben abzielt und dabei die individuellen Bedürfnisse der einzelnen Patient:innen außen vor lässt, birgt das Risiko einer oberflächlichen Anpassungsleistung der Betroffenen, die lediglich auf das komplikationsfreie Absolvieren einzelner Etappen des Behandlungsplans zielt. Hierzu passend noch ein Zitat eines jungen schizophränen Patien-

11.2 Institutionelle Wirkungsfaktoren

ten aus der Forensik, im Rahmen einer persönlichen Begegnung mit dem Verfasser: „Wissen Sie, man weiß natürlich mit der Zeit, was ein Therapeut und die Teammitglieder hören möchten und welche Auswirkungen eine systemkritische Anmerkung auf den nächsten Antrag haben könnte.“ (Hr. K. 28 Jahre alt, zu dem Zeitpunkt seit fünf Jahren mit der Diagnose Schizophrenie im Maßregelvollzug).

Der Soziologe Erving Goffman hat in den 70er-Jahren den Begriff der totalen Institution geprägt und mit seinen Arbeiten einen bis heute aktuellen und wichtigen Beitrag zur Reflektion der Wirkungsfaktoren in Institutionen und deren Auswirkungen geleistet. Er selbst definiert den Begriff wie folgt:

„Eine totale Institution lässt sich als Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen definieren, die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen. Ein anschauliches Beispiel dafür sind Gefängnisse, vorausgesetzt, dass wir zugeben, dass das, was an Gefängnissen gefängnisartig ist, sich auch in anderen Institutionen findet, deren Mitglieder keine Gesetze übertreten haben.“ (Goffman 1973)

Er wies darauf hin, dass jede Institution, egal mit welchem Auftrag, eine Welt für sich darstellt und tendenziell allumfassend ist. Goffman untersuchte völlig unterschiedliche Einrichtungen und deren Wirkung auf jeweilige Zielgruppen. Dazu gehörten u. a. psychiatrische und somatische Krankenhäuser und Haftanstalten, aber auch Klöster und Internate.

Goffman beschrieb zentrale Merkmale totaler Institutionen wie folgt:

1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle, unter ein und derselben Autorität statt.
2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteilwird und alle die gleiche Tätigkeit gemeinsam verrichten müssen.
3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben.
4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.

Als Symptome beschrieb Goffman u. a.:

- strikte Trennung von Personal und Patient:innen
- entwürdigende Aufnahmeverfahren
- großer sozialer Abstand und negative Vorurteile
- Wegnahme von persönlichem Besitz und eine spezielle Insassen- und Patienten-Subkultur
- ein ausgefeiltes Bestrafungs- und Belohnungssystem

Goffman ging davon aus, dass jede Institution eine Grundtendenz zur totalen Institution hat. Denn sie neigen dazu, nicht zu differenzieren, sie individualisieren nicht, stellen Kollektives über Persönliches und vieles mehr. In Bezug auf die Psychiatrie hat er folgende Einschätzung getroffen: Vom Standpunkt der psychiatrischen Lehrmeinung aus sind anscheinend sekundäre Anpassungsformen für die Insassen nicht möglich. Alles, was ein:e Patient:in zu tun veranlasst, kann als Teil seiner Behandlung oder der Verwaltungsmaßnahme aufgefasst werden; alles, was ein:e Patient:in von sich aus tut, lässt sich als Symptom seiner Krankheit oder seines Heilungsprozesses definieren (Goffman 1973).

Trotz aller sozialpsychiatrischen Entwicklungen ist anzunehmen, dass eine forensische Klinik in der heutigen Zeit am ehesten der Gefahr ausgesetzt ist, Symptome einer totalen Institution zu entwickeln. Zunächst besonders aufgrund des formalen Auftrags, der weitreichende und notwendige Auswirkungen auf die persönliche Selbstbestimmung der Patient:innen nimmt und sich, im negativen Fall auch sehr nachhaltig, auf die Interaktion und den Behandlungsprozess mit Patient:innen auswirken kann. Und nicht zuletzt kann die formale Machtstruktur, die den Mitarbeitenden quasi vom Gesetzgeber an die Hand gegeben wird, zu Problemen führen, die den Behandlungsverlauf erschweren können – vor allem wenn diese Faktoren unzureichend oder nur einseitig reflektiert werden. Denn diese können auch dazu führen, dass die Entwicklung und die Behandlung erschwert oder behindert werden. Die Auswirkungen von institutionalisierten Wirkungsfaktoren haben Farrelly und Ludwig (1966) eindrücklich beschrieben und führten damit aus, wie das Leben und Handeln in psychiatrischen Kliniken durch die Wirkung von Institutionen beeinflusst wird, indem das scheinbar kollektive Interesse immer auch gegen das Interesse des einzelnen Individuums wirkt und Veränderungen jeglicher Art als Bedrohung empfunden werden kann, sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht, und Anstrengungen in Richtung Veränderung dadurch verhindert werden können. Sowohl Betroffene als auch professionelle Leistungserbringer können dem Code der Chronizität unterliegen.

11.3 Krisenintervention in der Forensik

Die Datenlage zu den Themen Zwangsmaßnahmen und Krisenintervention sind sehr begrenzt im Kontext Forensik. Isolierung bzw. die Unterbringung in einem Kriseninterventionsraum ist eine weit verbreitete Intervention in der Forensik.

Flammer, Frank und Steinert (2020) stellten fest, dass in 22,6% der untersuchten Fälle in der Forensik Patient:innen eine Form der Isolierung erleben. Absonderungen finden 8-mal häufiger Anwendung als in der Allgemeinpsychiatrie. Zwangsmaßnahmen kommen in stationären Maßregelvollzugseinrichtungen bei etwa einem Viertel aller Patient:innen vor, wobei Isolierungen

11.3 Krisenintervention in der Forensik

(21,2%) mehr als 6-mal so häufig vorkommen als Fixierungen (3,2%) (Reinwald et al. 2021).

Die vorliegenden Erkenntnisse erscheinen in mehrfacher Hinsicht relevant, besonders in Bezug auf die Auswirkungen von sozialer Isolation auf die Patient:innen, die sich aus den langanhaltenden Unterbringungen in Kriseninterventionsräumen ergeben. Der Einfluss von sozialer Isolation und Einsamkeit auf die Gesundheit ist empirisch umfassend belegt (Wenger et al. 1996). Prospektive Studien zeigen, dass Einsamkeit ein Prädiktor für depressive Symptome, Schlafstörungen, Probleme bei der Bewältigung des Alltags, die Reduktion von körperlicher Aktivität, Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit und der kognitiven Leistungsfähigkeit und somatische Beschwerden ist. Sie kann sich negativ auf psychisch relevante Schutzfaktoren auswirken und ist ein wesentlicher Auslöser für Stress. Eine gute soziale Einbettung ist ein wesentlicher Resilienz- und Schutzfaktor in Bezug auf Stress.

Weiterhin ergeben sich Hinweise auf negative Auswirkungen auf den Beziehungsprozess in der Forensik, in Verbindung mit dauerhaften Unterbringungen in Kriseninterventionsräumen (Mallmann u. Trost 2023).

Betrachtet man diese kurze Übersicht, stellt sich die berechtigte Frage, warum der Maßregelvollzug an einer tiefgreifenden freiheitsentziehenden Maßnahme festhält, bei der die negativen Wirkungsfaktoren überwiegen und die sich noch dazu äußerst negativ auf den Beziehungs- und Behandlungsprozess auszuwirken scheint.

11.3.1 Mögliche Ursachen für schwieriges Patientenverhalten

Jäckel (2010) hat darauf hingewiesen, dass u. a. das Beharren der Professionellen auf Krankheitsmodellen, die den Patient:innen nicht einsichtig sind, und das Bestehen auf einer medikamentösen Strategie, die als unwirksam oder mit unerträglichen Nebenwirkungen belastend erlebt wurde, sich wenig hilfreich für den Behandlungsprozess darstellt. Durch unangemessene Reaktionen der, auch professionellen, Umgebung kann der:die Patient:in erst „schwierig“ gemacht werden und damit verbundene herausfordernde Verhaltens- und Interaktionsmuster aufrechterhalten und verstärkt werden. Er weist weiterhin darauf hin, dass im Umgang mit schwierigen Patient:innen eine angemessene Einsicht und Haltung vom gesamten Team erforderlich ist. Diese erfordert die Bereitschaft zum Erkennen von Grenzen des Machbaren, zur Gewährung der Autonomie, auch unter Schwierigkeiten, zur Übernahme der Verantwortung im Ernstfall, jedoch auch zur Festsetzung der notwendigen Strukturen.

Weiter mögliche Gründe:

- Ansatz professionell handelnder Personen ist primär defizitär-paternalistisch geprägt.
- Psychiatrische Diagnose dominiert die Sicht auf den Betroffenen.

11 Krisenintervention in Dauerschleife: Sozialtherapeutische Ansätze zur Verhinderung langanhaltender Unterbringungen in Kriseninterventionsräumen in der Forensik

- Behandlungs- und Betreuungsziele richten sich an diagnosespezifischen Kriterien aus.
- „Wir“ legen die Ziele fest.
- Ziele werden evtl. nicht gemeinsam festgelegt.
- Es gibt große Unterschiede zwischen dem Erleben der Betroffenen und seinen Wünschen und Zielen innerhalb der Behandlung.
- **Fazit:** Es entstehen (vermeidbare) Widerstände, Passivität, Selbststigmatisierung oder Auflehnung, die von Behandlungsteams nicht immer aufgelöst werden können

11.3.2 Perspektive der Mitarbeitenden

Die Patient:innen werden häufig als sehr schwierig und belastend erlebt und können eine gewisse Hilflosigkeit bis Ohnmacht auslösen. Sie werden als störend für das Milieu der Station erlebt und es entstehen immer wieder Diskussionen in Bezug auf die Gleichbehandlung von Patient:innen.

Auch wenn Teams sich zunächst empathisch und aufmerksam den Betroffenen zuwenden, führen die spezifischen Verhaltensweisen oft dazu, dass man schnell das Gefühl bekommen kann, ausgenutzt zu werden.

Mögliche Reaktion: Teams versuchen, „unangenehme“ Patient:innen auf „angenehme“ Art und Weise loszuwerden. In dieser Auseinandersetzung ist es wichtig, auf Anzeichen von Überidentifikation bei Teammitgliedern zu achten. Diese können ein Hinweis auf Spaltungsversuche oder eine mögliche Nähe-Distanz-Problematik sein.

11.3.3 Haltungen und mögliche Interventionen

- Verlässliche und konstante Beziehungen entsprechen oft nicht den bisherigen Erfahrungen der Patient:innen.
- Veränderungen sind mit hohem Widerstand verbunden, weil sie das durch die Störung stark beeinflusste Selbstkonzept der betroffenen Patient:innen infrage stellen.
- Dazu gehören vor allem auch therapeutische und helfende Beziehungsangebote.
- Betroffene können nur sehr schwer Vertrauen zu anderen fassen und stellen die Beziehungen auf unterschiedlichste Art und Weise auf die Probe.
- Impulsive und grenzverletzende Verhaltensweisen sind häufig auch ein Beziehungstest oder erlernte Verhaltensmuster der betroffenen Personen.
- Trotz aller Schwierigkeiten sollten diese Muster nicht persönlich aufgefasst werden.

11.3 Krisenintervention in der Forensik

- Grund hierfür sind in der Regel Angst, situative Überforderung und negative Beziehungserfahrungen.
- Eine Time-out-Maßnahme kann natürlich eine Indikation bei einer Reizüberflutung sein.
- Dauerhaft kann sie durchaus zu einer Brutstätte der Regression werden.

11.3.4 Anforderungen an die Sozio-Milieugestaltung

- Psychiatrische Betreuungskompetenz ist vor allem eine Frage der persönlichen Grundhaltung, die ich als Profi einnehme und die ich jeden Tag in jeder Situation neu an die Bedürfnisse der jeweiligen Patient:innen anpassen und evtl. auch hinterfragen muss.
- Bei diesen Patient:innen gibt es keinen generellen Masterplan oder Schwarz oder Weiß.
- Jede:r Mitarbeitende handelt in der konkreten Situation, so gut sie:er kann.
- Zwangsmaßnahmen können auch das Ergebnis einer unreflektierten negativen Gegenübertragung sein.
- Anpassung eines individuellen Krisenverständnisses, das sich vor allem an den individuellen Bedürfnissen der Patient:innen orientiert und weniger an den institutionellen Strukturen
- Die Interaktionen und Interventionen müssen vor allem von der unmittelbaren Situation im Hier und Jetzt abhängig gemacht werden.
- Ein klares, überschaubares und grundsätzliches Regelwerk ist hierbei sehr hilfreich.
- Aber immer in dem Bewusstsein, dass keine Situation wirklich „optimal“ für alle Beteiligten gelöst werden kann.
- Empathie: kein Mitleid(en), sondern Mitfühlen, einfühlend, nicht wertend
- Akzeptanz: Wertschätzung und Achtung
- Echtheit: Authentizität, keine Fassade, Unzulänglichkeiten konstruktiv und offen diskutieren, damit die Patient:innen spüren, dass wir als individuelle Personen interagieren
- Es geht es darum, ein individuelles und authentisches Beziehungsangebot für Patient:innen zu entwickeln, das die Möglichkeiten und Grenzen aller beteiligten Personen berücksichtigt und vermittelt.
- Maßnahmen gemeinsam mit den Patient:innen planen, entscheiden und umsetzen.
- Partizipation fördern und fordern: Patient:in kann eine aktive Rolle übernehmen und damit einen Anteil zur Lösung des Problems beitragen.

11.3.5 Worst-Practice

- keine Verstärkung der individuellen (pathologischen) Dynamik durch unangemessenes Verhalten oder unreflektiertes Rollenverständnis
- überkritische, moralisierende Haltung
- emotional kühles, missbilligendes oder herablassendes Verhalten
- Symbole der Machtdemonstration gegenüber Patient:innen
- Probleme der Patient:innen zu eigenen Problemen machen
- Ausblenden von störungsspezifischen und destruktiven Anteilen in der Beziehung

11.3.6 Maßnahmen und Interventionen

- Die zeitnahe Reflektion und Rückmeldung von subtilen Provokationen und Regelverstößen ist eine zentrale Aufgabe im Rahmen der Beziehungsgestaltung.
- Reflektion der eigenen Wirkung und damit verbundener Gegenübertragungen.
- Akzeptanz, dass die Betroffenen zunächst keine Veränderungsmotivation haben und nicht an ihren Angeboten interessiert sind;
- der betroffenen Person eine akzeptierende Grundhaltung vermitteln
- Mit Ablehnung kennen die Patient:innen sich in der Regel bestens aus.
- Mitarbeitende haben immer das Recht, die „Paketannahme“ zu verweigern.
- Das gilt insbesondere für unangemessene Beziehungsangebote und Provokationen.
- Es geht darum, das Umfeld der Patient:innen vor unmittelbaren Folgen des eigenen Handelns zu schützen.
- Relativierung von zu hohen fachlichen Ansprüchen (es gibt keine schnellen oder optimalen Lösungen)
- Es geht um den „gelebten Kompromiss“.
- Es wird oft von Integration gesprochen; also der Anpassung der Betroffenen an vorhandene Strukturen. Aber es verwundert häufig, dass es für die Patient:innen so schwierig ist, sich an vorgegebenen Strukturen zu orientieren.
- Herausfordernde Verhaltensweisen lassen sich nicht positiv durch den Entzug von Aufmerksamkeit und Beziehungsangeboten beeinflussen, sie werden dadurch verstärkt.
- Anwendung von Validation, Beziehungsarbeit, Präsenz;
- konsequente Transparenz und Partizipation in Entscheidungsfindungsprozessen;

11.4 Ausblick und Perspektive

- Förderung und Zutrauen von Selbstbestimmung;
- sinnvolle (!) geteilte Risiko- und Verantwortungsübernahme
- In reflektierten Rahmenbedingungen „scheitern“ dürfen, ohne dass die Beziehung zum Team negativ beeinflusst wird.

11.3.7 Fragestellungen für den klinischen Alltag

- Was könnte der kleinste gemeinsame Nenner, also ein gesunder Mittelweg zwischen Autonomiebestreben der Patient:innen, milieutherapeutischen Aspekten und struktureller Grundsätzlichkeit, die vom System Forensik vorgegeben sind, sein?
- Weniger hilfreich:
 - „Der:die Patient:in mit der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung und Impulskontrollstörung muss uns jetzt erst mal eine Woche zeigen, dass wir ihm:ihr vertrauen können.“
 - Umkehr des Vertrauensvorschlusses?

11.4 Ausblick und Perspektive

Wichtig erscheint die Evaluierung und Anpassung von traditionell forensisch geprägter Krisenintervention. Das gilt im Besonderen für die bereits beschriebenen wenig bis negativen wirksamen Folgen von dauerhaften Isolierungen in Krisenräumen. Es gibt keine Evidenz für den therapeutischen Effekt von Isolationsmaßnahmen. Es ist wichtig, absolut notwendige Sicherheitsmaßnahmen zu ergreifen, aber auch deren Verlauf und Dauer zu reflektieren, um negative Auswirkungen abzuwenden. Hier greift die Anwendung von individuellen Behandlungs- und Betreuungskonzepten.

Reizüberflutung kann durchaus eine Indikation für eine Time-out-Maßnahme sein. Diese kann aber schnell zu einer Brutstätte der Regression werden, wenn damit eine zu hohe Erwartungshaltung in Bezug auf eine veränderte Anpassungsleistung der Patient:innen verbunden ist.

Darüber hinaus muss eine Krisenintervention nicht ausschließlich in einem geschlossenen Raum stattfinden. Hier sei auf die aktuellen und bekannten Interventionen aus der Allgemeinpsychiatrie hingewiesen (1:1 Betreuung innerhalb der Station u.v.m.). Krisenbegleitung ist eine ausgesprochene Spezialistenaufgabe und sollte entsprechend personell umgesetzt werden.

11 Krisenintervention in Dauerschleife: Sozialtherapeutische Ansätze zur Verhinderung langanhaltender Unterbringungen in Kriseninterventionsräumen in der Forensik

Literatur

- Farrelly F, Ludwig AM (1966) Der Kode der Chronizität. *Archives of General Psychiatry*
- Flammer E, Frank U, Steinert T (2020) Freedom restrictive coercive measures in forensic psychiatry. *Front. Psychiatry* 11(146), 1–7
- Goffman E (1973) *Asyle, über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt Suhrkamp Verlag
- Mallmann C, Trost A (2023) Schweigen und Beziehungsabbruch, Erleben und Auswirkungen von Absonderungen in der Forensik, *Psychiatrische Pflege* 8 (2), 17–19
- Rasch W (1986) *Forensische Psychiatrie*. Stuttgart Kohlhammer Verlag
- Reinwald JR, Horten B, Dreßling H, Salize H (2022) Strukturmerkmale und Anwendungshäufigkeit von Zwangsmaßnahmen im deutschen Maßregelvollzug. *Psychiatr Praxis* 49(1), 22–28
- Schanda H (2005) Die Behandlung gewalttätiger psychisch Kranker – eine Spezialaufgabe der forensischen Psychiatrie? *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 6, 14–19
- Traub R (2023) Ein Revival der „Forensifizierung“? Einzelartikel aus *Recht & Psychiatrie* 3
- Wenger GC et al. (1996) Social isolation and loneliness in old age: Review and model refinement. *Ageing and Society* 16, 333–358. URL: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X00003457> (abgerufen am 18.07.2024)