

Bedeutung der psychiatrischen Pflege im Bereich der Forensik

Zusammenfassung des Vortrags gehalten anlässlich der Pflegefachtagung vom 22. Juni 2010 an der LWL-Klinik Herten

Ian Needham

Was ist forensisch psychiatrische Pflege?

Aus der Vogelperspektive könnte man behaupten, dass sich die forensisch psychiatrische Pflege zunächst von Pflege in anderen Bereichen kaum unterscheidet. Die – mittlerweile kaum bestrittene – Definition von Pflege nach der American Nurses Association lautet: „Pflege ist die Diagnose und Behandlung menschlicher Reaktionen auf vorhandene oder potenzielle Gesundheitsprobleme“ (ANA American Nurses Association, 1980). In Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen in der Psychiatrie beschäftigt sich Pflege mit den folgenden Belangen der PatientInnen: Krankheitsfolgen, Krankheitserleben, Funktionsstörungen, Einbußen im Alltagsleben, Beeinträchtigungen, Coping oder Umgang mit Therapien (Sauter, Abderhalden, Needham, & Wolff, 2004). Grundsätzlich sind Pflegepersonen in der Forensik mit drei Typen von Aufgaben beschäftigt: Sicherheit, therapeutische Aktivitäten und der Gestaltung von Normalität auf der Station.

Sicherheit bezieht sich auf die Handhabung potenziell gefährlicher Situationen und beinhaltet etwa das Management von Türen und Zimmern sowie die Kontrolle über potenzielle oder manifeste Aggressionsereignisse (Mason, 2002; Mason & Chandley, 1999). Die Pflegenden sorgen ferner dafür, dass die Stationsregeln eingehalten und durchgesetzt werden (Gildberg, Elberdam, & Hounsgaard, 2010) und überwachen etwaige Gefahren, die von PatientInnen ausgehen können (Hax-Schoppenhorst, 2006). Eine weitere Aufgabe ist die Bewältigung auftretender Krisensituationen wie Aggressionsereignisse, Entweichungen oder – in extremen Fällen – Geiselnahmen.

Therapeutische Aktivitäten umfassen etwa Psychoedukation (Rask & Hallberg, 2000), Krisenintervention (etwa Frühwarnpläne, rehabilitative Massnahmen bezogen auf die Familien oder die Arbeitgeber der PatientInnen), Milieuthherapie (Rask & Hallberg, 2000) oder Gruppentherapie zum Beispiel zur Entwicklung kommunikativer Fähigkeiten. Pflegenden kümmern sich auch typischerweise um somatische Angelegenheiten der PatientInnen wie etwa Hygiene, Ernährungsfragen oder sexuelle Angelegenheiten (Rask & Hallberg, 2000). Pflegenden beschäftigen sich ferner mit deliktogenen Verhaltensweisen von PatientInnen im Alltag – das heisst, Betragen, das in einem Zusammenhang mit der Straftat steht – und beeinflussen diese therapeutisch.

Pflegenden streben – so gut dies in einer hoch regulierten forensischen Umgebung möglich ist – den PatientInnen beim möglichst „normalen“ **Vollzug ihrer Lebensaktivitäten** zu unterstützen (Holmes, 2005; Rask & Hallberg, 2000). Dies beinhaltet zum Beispiel ein geregelter Tagesablauf, einen gesunden Schlaf-Wach-Rhythmus, die regelmässige Einnahme von Mahlzeiten und die Nutzung der Freizeit – vor allem an Wochenenden. Pflegenden helfen ferner den PatientInnen Beziehungen zu ihren Aussenkontakten zu pflegen und aufrecht zu erhalten (Rask & Hallberg, 2000).

All diese Aktivitäten sind eingebettet in der Beziehung zwischen PatientInnen und Pflegenden, die als einer der wichtigsten pflegerischen Wirkfaktoren bei forensischen PatientInnen gesehen wird (Peternelj-Taylor, 1998). Pflegenden müssen über die Fähigkeit verfügen, mit

doppelt stigmatisierten Menschen – einerseits dem „verrückten“ Kranken und andererseits dem „bösen“ Kriminellen (Martin, 2001) – umzugehen.

Spezielle Herausforderungen in der forensisch psychiatrischen Pflege

Die obige Beschreibung der Aufgaben der forensisch psychiatrischen Pflege deutet schon an, dass der Beruf in einem gewissen Spannungsfeld steht. Zum einen besteht ein Konflikt zwischen dem kustodialen Auftrag und der Ethik des Caring (Benner & Wrubel, 1989). Auf dem Hintergrund dieses Spannungsfeldes werden im Folgenden einige spezielle Herausforderungen angedeutet.

Forensische Arbeit – Schachmatt für alle?

Herausfordernd in der psychiatrisch forensischen Pflege ist der Umstand, dass die PatientInnen einen grossen Einfluss auf die Mitarbeitenden ausüben. Lemche (1994) hat diese Dynamik sehr treffend formuliert: Die strengen Regeln des forensischen Regimes können bei allen Beteiligten Gefühle der Hilflosigkeit, Unzulänglichkeit und Frustration hervorrufen. Solche Gefühle bei PatientInnen, rufen den Abwehrmechanismus der Spaltung hervor, die – vor allem bei PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation - auf das Personal übertragen wird. Dieser Mechanismus kann bei Pflegenden zu Rachegefühlen gegenüber den PatientInnen führen und die Pflegenden dazu verleiten, die PsychotherapeutInnen, die im Urteil der Pflegenden zu wenig helfen können, als Versager zu sehen. Die Pflegenden erkennen dabei vornehmlich das delinquente Verhalten der PatientInnen, währenddem die Patientendelinquenz von den PsychotherapeutInnen heruntergespielt und als Produkt frühkindlicher Prozesse angesehen wird. Aus dieser Quelle nährt sich nun die Teamspaltung. Die PsychotherapeutInnen übernehmen die Rolle der RetterInnen und die Pflegenden wännen sich als Opfer dieser Dynamik. Laut dieser Argumentationslinie von Lemche beneiden die Pflegenden die PatientInnen, die unbehelligt die Rolle der Verrückten einnehmen können.

Deliktogene Arbeit im Alltag

Im Vorfeld eines Tötungsdeliktes zeigte ein Patient sozialen Rückzug und Stress, der laut forensischem Gutachten in einem kausalen Zusammenhang mit der Straftat besteht. Diese Verhaltensweisen des Patienten sind auch in seinem Alltag – etwa gegenüber MitpatientInnen oder bei der Freizeitgestaltung – beobachtbar. Aufgrund umfangreicher Beobachtungen und Gesprächen mit dem Patienten wurde die Pflegediagnose unwirksames Rollenverhalten diagnostiziert. Die entsprechenden Indikatoren wurden als Stress im Alltag, negative Gefühle und Unterlassung sozialer Hilfe definiert. In der Arbeit mit dem Patienten wurden entsprechende Pflegemassnahmen formuliert, damit dieser selbst mehr Einsicht in seine deliktogenen Verhaltensweisen bekommt.

Unsere Erfahrungen, die allerdings noch nicht systematisch oder gar wissenschaftlich überprüft wurden, zeigen, dass man bei forensischen PatientInnen sehr gut mit Pflegediagnosen arbeiten kann. Wir vermuten, dass die folgenden sieben Pflegediagnosen – tiefes Selbstwertgefühl, defensives Coping, unwirksames Verleugnen, soziale Isolation, unwirksames Rollenverhalten, beeinträchtigte soziale Unterstützung und chronisch tiefes Selbstwertgefühl – einen grossen Teil der Probleme unserer PatientInnen abdecken.

Vertrauensbildung in misstrauischer Umgebung

Eine durch Vertrauen gekennzeichnete Beziehung zu den PatientInnen gilt gemeinhin als Basis für die Zusammenarbeit mit den PatientInnen. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung kann in der Forensik dadurch beeinträchtigt sein, dass die Patienten infolge ihrer Unterstellung unter juristischer Obhut in ihren Äusserungen – gelinde gesagt – vorsichtig sein können. Dies könnte folgendes bedeuten: Ein Patient mit gewalttätigen Impulsen – angenommen er verspürt den Drang seine pflegerische Bezugsperson zu schlagen. Der Patient

selbst weiss, dass seine Impulse nur auf der gedanklichen Ebene existieren und er sie keineswegs in die Tat umsetzen möchte. Aus Furcht davor, dass die Äusserung solcher Gedanken ihm zum Nachteil ausgelegt wird, behält er sie lieber für sich. Er bleibt allein mit solchen Gedanken und kann sie aus eigener Kraft weder verstehen noch bewältigen. So haben wir die paradoxe Situation, dass er das, was möglicherweise (die Äusserung seiner Gedanken) zu seiner Heilung beitragen könnte, nicht geäussert wird.

Kann man forensische PatientInnen verstehen?

In der forensisch psychiatrischen Pflege begegnen wir PatientInnen, deren Taten weder nachvollziehbar noch verständlich sind. Trotzdem entstehen im Verlaufe einer Massnahme Beziehungen und Verbindungen zu den Tätern. Im Spannungsfeld zwischen dem Unverständnis gegenüber den Tätern und der im Alltag vorhandenen zwischenmenschlichen Nähe entstehen Fragen nach dem Verständnis: Müssen professionelle BetreuerInnen PatientInnen verstehen? Was heisst überhaupt Verstehen? Was erschwert mir, forensische PatientInnen zu verstehen? Welche Grenzen des Verstehens gibt es für mich? Wie unterscheidet sich mein Umgang mit PatientInnen, die ich verstehe, und solchen, die ich nicht verstehe? Die Beantwortung solcher Fragen soll dazu verhelfen, ein eigenes Verständnis von Verstehen zu entwickeln (Needham & Frauenfelder, 2009).

Belastungen Pflegender in der Forensik

Aus einer eigenen Untersuchung geht hervor, dass 30 aus 142 forensisch Pflegender (20%) eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) haben. Das PTSD-Risiko steigt dabei bei Vorliegen von Gesundheitsproblemen, bei geringerem PatientInnen-Kontakt und bei Unsicherheitsgefühl auf der Station. Ferner zeigen 63,2% der 108 Untersuchten kritische Werte bei der Empathie oder haben ein Burnout. Angesichts solcher Befunde stellt sich die Frage, ob forensisch Pflegende über hinreichende Bewältigungsstrategien verfügen.

Bedeutung der psychiatrischen Pflege im Bereich der Forensik

In dieser Zusammenfassung wurden einige – vornehmlich problematische – Aspekte der forensischen Pflege aufgezeigt. Dies darf selbstverständlich den Eindruck nicht erwecken, dass Pflegen in der Forensik nur aus Problemen besteht. Nimmt man die besonderen oben geschilderten Herausforderungen an – was die meisten Berufsleute tun – so können PatientInnen wichtige Impulse bekommen und die Pflegenden aus ihrer Arbeit sehr viel berufliche Befriedigung erfahren.

Referenzen

- ANA American Nurses Association (1980). *Nursing: A social policy statement*. Kansas City: American Nurses Association.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Gildberg, F., Elberdam, B., & Hounsgaard, L. (2010). Forensic psychiatric nursing: a literature review and thematic analysis of staff-patient interaction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(4), 359-368.
- Hax-Schoppenhorst, T. (2006). Forensische Pflege. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Eds.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (2 ed., pp. 1025-1033). Bern: Huber.
- Holmes, D. (2005). Governing the captives: forensic psychiatric nursing in corrections. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41(1), 3-13.
- Lemche, E. (1994). Gruppenanalytische Beobachtungen zur Stationsdynamik in einer forensisch-psychiatrischen Abteilung [Group analytic observations on in-ward dynamics within a forensic-psychiatric department]. *Gruppenanalyse*, 4, 37-62.

- Martin, T. (2001). Something special: forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(1), 25-32.
- Mason, T. (2002). Forensic psychiatric nursing: a literature review and thematic analysis of role tensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(5), 511-520.
- Mason, T., & Chandley, M. (1999). *Managing Violence and Aggression: A Manual for Healthcare Workers*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Needham, I., & Frauenfelder, F. (2009). Forensisch psychiatrische Pflege und Betreuung - ein neuer Studiengang entsteht. *Punktum, Publikationsorgan des Berufsverbandes für Angewandte Psychologie*(Dezember-Ausgabe), 5-6.
- Peternelj-Taylor, C. (1998). Forbidden love: sexual exploitation in the forensic milieu. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 36(6), 17-23.
- Rask, M., & Hallberg, I. R. (2000). Forensic psychiatric nursing care - nurses apprehension of their responsibility and work content: a Swedish survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(2), 163-177.
- Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., & Wolff, S. (2004). *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Bern: Huber.