

Vom Umgang mit einem Schicksal - aus dem Erleben von Forensik-Angehörigen

1. Die drei Phasen des Erlebens von Angehörigen psychisch Erkrankter allgemein

Angehörige sind von der psychischen Erkrankung eines Familienmitglieds immer mitbetroffen. Sie erleben die Krankheit in drei Phasen - vom sich Anbahnen bis zum Schock der Diagnose (1); das Begreifen, die Einsicht, dass es sich um eine Krankheit handelt (2); die Bewältigung, das Lernen, wie man mit der Krankheit und dem Kranken umgeht (3). Dazu ein Beispiel:

Der dreizehnjährige Sohn beginnt "aus dem Ruder zu laufen", macht den Eltern zunehmend Schwierigkeiten, bekommt Probleme in der Schule. Zu diesem "pubertären" Verhalten kommen Besonderheiten hinzu: Unruhe, Schlaflosigkeit, Verfolgungs- und Vergiftungsängste. Schließlich die Diagnose des Hausarztes: Psychose und Einweisung in die Psychiatrie.

(1) Die Prodromalphase, vom Auftreten erster - i. d. R. als solche nicht erkannter - Symptome bis zur Diagnose der Krankheit, setzt "schleichend" ein. Wer noch nichts mit Psychiatrie zu tun hatte, hat weder Gespür noch Verständnis für die Anzeichen der Krankheit - und diese oft langwierige und leidvolle Phase kann der Familie, dem sozialen Umfeld nicht erspart werden - alle Aufklärungs- und Früherkennungsprogramme verfehlen weitgehend ihr Ziel, weil das Interesse und die Sensibilität für die Krankheit fehlen, solange man nicht selbst oder im persönlichen Umfeld von ihr (mit) betroffen ist.

(2) Erst die unmittelbare Konfrontation mit der Krankheit in der Familie ändert das, erst jetzt interessieren wir uns ernsthaft, was Psychiatrie und psychische Krankheiten bedeuten. Damit beginnt die Phase des Begreifens, oft auch erst der Einsicht, dass es eine Krankheit, kein bloßes Fehlverhalten ist.

Was heißt Psychose? Woher kommt sie, ist sie vererblich? Was geschieht in der Klinik mit dem Patienten? Wie lang dauert die Behandlung bzw. Heilung? Ist es unsere Schuld? Was haben wir falsch gemacht?

Mit diesen Fragen fühlen sich und sind Angehörige vielfach allein gelassen. Die Therapeu-

ten kümmern sich um den Patienten, sehen die Angehörigen allenfalls als Hilfe bei der Anamnese, gehen nicht auf deren emotionale Situation, Informationsbedarf und Mitteilungsbedürfnis ein.

(3) Erst wenn die Angehörigen diese 2. Phase überwinden, selbst Krankheitseinsicht und -verständnis entwickeln, kommt der weitere Lernschritt, wie man für sich selbst und mit dem Patienten die Krankheit bewältigen kann.

Wie können wir die Behandlung unterstützen? Wie müssen wir mit dem Kranken umgehen? Wie sieht seine weitere Entwicklung aus (Schule, weitere Ausbildung)? Was sagen wir Freunden und Verwandten? Und - was leider meist nicht oder zu spät beachtet wird - was muss ich für mich tun, um selbst psychisch und physisch fit zu bleiben.

Wie Angehörige mit diesen Fragen und den damit verbundenen Belastungen umgehen, hängt zunächst von ihnen selbst ab, ob sie sich aktiv um Information und Hilfe bemühen oder vom Schicksal bedrückt sich zurückziehen und allein damit fertig zu werden versuchen. In beiden Fällen droht Überforderung bis hin zu eigener physischer oder psychischer Erkrankung.

Konsequenz: die Unterstützung der Angehörigen in den Phasen 2 (Begreifen) und 3 (Bewältigen) ist möglich und nötig - ein Gebot der Prävention bezogen sowohl auf ihre Gesundheit wie den Krankheitsverlauf beim Betroffenen (Rückfallvermeidung).

2. Was Angehörige von Forensik-Patienten zusätzlich belastet

Die meisten Angehörigen von Forensik-Patienten haben diese drei Phasen des Erlebens psychischer Erkrankung in der Familie - mehr oder weniger - hinter sich, wenn der psychisch Kranke straffällig wird (bis zu 80% der Forensik-Patienten waren, viele schon mehrfach, vor der "Anlasstat" in stationärer Behandlung!). Dennoch: sie erleben diese drei Phasen (Schock, Begreifen, Bewältigen) erneut, wenn auch mit anderen Fragestellungen.

Beispiel:

Die psychisch kranke Tochter geht im Verfolgungswahn mit einer Schere auf die Mutter los und verletzt sie schwer; der betagte Vater und die Schwester rufen in ihrer Not die Polizei; es folgen vorläufige Einweisung in die Forensische Klinik, Einholung eines psychiatrischen Gutachtens im Rahmen des Strafverfahrens und schließlich die richterliche Einweisung in die Forensik (Maßregelvollzug). Darüber wird in der Lokalpresse ausführlich berichtet. Die Familie macht sich Vorwürfe, die Polizei gerufen zu haben, gibt sich die Schuld, dass die Tochter bzw. Schwester auf unbestimmte Zeit in der forensischen Psychiatrie untergebracht ist.

(1) Zunächst der Schock, wenn der Kranke von der Polizei zuhause abgeholt wird, einer Straftat überführt und zunächst vorläufig, schließlich auf Dauer in die Forensik eingewiesen wird. In dieser ersten Phase steht die Familie völlig allein. Oft ungläubig, dass der Kranke eine Tat begangen haben soll, verunsichert ob und was sie unternehmen soll bzw. muss, wo sie Rat und Hilfe finden kann, weiß sie sich nicht zu helfen, zieht sich ganz von der Außenwelt zurück. Soweit der Fall z. B. durch Medienberichte bekannt wird, ziehen sich umgekehrt auch Freunde, Bekannte und Nachbarn zurück. Und die Familie bräuchte doch so sehr Hilfe.

Was können oder müssen wir rechtlich unternehmen? Wo gibt es einen forensik-erfahrenen Anwalt? Brauchen wir einen eigenen Gutachter? Was bedeutet die Einweisung in die Forensik (Dauer, Behandlung, Kontakte ...)? Wie gehen wir mit der neuen Situation in Familie und sozialem Umfeld um? Wo finden wir Informationen und Hilfe?

(2) Mit der gerichtlichen Einweisung in die forensische Klinik (Maßregelvollzug - MRV) als Folge einer Tat, für die der Kranke wegen Schuldunfähigkeit nicht bestraft werden kann, beginnt die Phase, in der die Angehörigen zunächst die Tatsache der Unterbringung ihres Familienmitglieds akzeptieren und den Umgang mit den rechtlichen Rahmenbedingungen des MRV lernen müssen (Besuchsregelung, Hausordnung, ggfs. Durchsuchung). Zur hohen (realen) Mauer, hinter der i. d. R. die Aufnahmestationen der Forensiken liegen, kommt auch eine emotionale Mauer, das Gefühl des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht gegenüber der unbekanntem und intransparenten Institution "Maßregelvollzug".

Was geschieht hinter der Mauer? Was darf ich beim Besuch mitbringen? Welche Behandlungsmaßnahmen finden statt? Wie sieht der Tagesablauf aus? Welche Beschränkungen sowohl des Patienten wie der Angehörigen müssen hingenommen werden? Von wem und anhand welcher Kriterien werden Lockerungen bewilligt oder zurückgenommen? Was sind therapeutische Maßnahmen, was Strafen bei Fehlverhalten?

(3) Es ist ein fließender, oft sehr langer Übergang vom Begreifen zur Bewältigung der Gegebenheiten des Maßregelvollzugs, manchmal endet er nie! Denn zu wenig Information und Kontakt zu Therapeuten und damit mangelnde Transparenz erschweren das Verständnis vieler Vorschriften, Entscheidungen und Vorkommnisse "auf Station", z. B. Besuchsbeschränkungen, Rücknahme von Lockerungen oder alle (auch unbeteiligte) Patienten betreffende Maßnahmen bei Entweichungen. Vorurteile, Misstrauen und Ängste der Angehörigen sind die Folge.

Konsequenz: Hilfe und Begleitung der Angehörigen durch die Klinik könnte das wechselseitige Verständnis fördern, Vorurteile und Misstrauen verhindern. In diesem Sinne engagiert sich die von Angehörigen gegründete "**Initiative Forensik**" (s. Kasten).

3. Wie Angehörige die Forensik erleben und reagieren

Die Einweisung in die Forensik ändert nicht nur das Leben des Patienten, sondern auch das Familienleben grundlegend, und das umso stärker, je enger die Verbindung zum Betroffenen (emotional wie räumlich) bis dahin bestand. Was an täglichen Sorgen, Konflikten und Gefahren (viele "Anlassstaten" richten sich gegen Angehörige!) die Familie belastete, wird in die Forensik verlagert; doch die psychische Belastung in der Sorge um den aus dem täglichen Gesichtsfeld "Verschwundenen" besteht jetzt in der Sorge um das Ergehen, die Behandlung und die Perspektiven für den Patienten - und das ist umso belastender, je weniger die Angehörigen darüber erfahren und in die Behandlung einbezogen werden.

Die emotionale Belastung und Hilflosigkeit sind für die Familie, besonders in der Anfangsphase, erdrückend. Und Emotionen bestimmen weitgehend das Verhalten der Angehörigen in dieser Situation - das findet, obwohl doch nur zu verständlich, nicht immer

das wünschenswerte, eigentlich doch zu erwartende "professionelle" Verständnis bei den Mitarbeitern der Klinik, kann aber auch bei denen, die sich um Verständnis bemühen, an Grenzen stoßen. Dazu einige typische Konfliktsituationen:

Die Mutter hat das Bedürfnis, dem Therapeuten alles ihr wichtig Erscheinende aus dem Leben des Sohnes mitzuteilen - dieser hat dafür kein Ohr, "versteckt" sich hinter der Schweigepflicht; vor den Kopf gestoßen verzweifelt die Mutter und zweifelt am guten Willen des Therapeuten. - Der besorgte Bruder telefoniert täglich mit dem Patienten, die Familie macht wöchentliche Besuche; dabei erzählt der Patient von verbalen und tätlichen Übergriffen des Personals; der Bruder, der hierüber mit Verantwortlichen sprechen möchte, bekommt nur nach wiederholtem Drängen und dann nichtssagende Auskünfte; über die sichtbaren Nebenwirkungen besorgte Angehörige drängen auf eine Änderung der Medikation, der Therapeut gibt zu erkennen, dass er dies als unerwünschte Einmischung sieht; Angehörige informieren sich über Medikamente und deren Nebenwirkungen im Internet und verlangen, jegliche Medikation einzustellen - da sie den Patienten entsprechend beeinflussen, wird Kontaktsperre angeordnet.

Die aus solchen Situationen entstehenden, oft das Verhältnis zwischen Klinikmitarbeitern und Angehörigen dauerhaft prägenden Konflikte wären oft vermeidbar, wenn mehr miteinander gesprochen würde, sei es im Dialog, sei es im Trialog! Die Gefahr besteht, dass die - wechselseitigen - Erfahrungen der Anfangsphase das (Vertrauens- bzw. Misstrauens-) Verhältnis auf Dauer prägen: das Handeln der Klinik wird prinzipiell in Frage gestellt, der Angehörige wird nur als Störfaktor empfunden und abgestempelt. Das zu verhindern, muss Anliegen beider "Seiten" sein!

Im weiteren Verlauf des MRV entstehende Konfliktsituationen:

Besuche bzw. jeglicher Kontakt wird aus therapeutischen Gründen untersagt; mitgebrachte Gegenstände (z.B. von der Mutter gebackener Kuchen, CD) werden nicht zugelassen; als Strafe empfundene Rücknahme von Vollzugslockerungen oder Isolierung; Gesprächswünsche der Angehörigen werden abgeblockt.

Die lange, zeitlich unbestimmte Dauer der Unterbringung bringt es mit sich, dass Therapeuten wie Pflegekräfte immer wieder wechseln. Das kann positive wie negative Wirkung

haben und führt zur Erkenntnis, dass es hier, wie natürlich auch unter den Angehörigen, "solche und solche" gibt - eine Chance, festgefahrene Vorbehalte und Misstrauen zu überwinden. Das verlangt allerdings beiderseits Offenheit und Gesprächsbereitschaft.

Eine schmerzliche Erfahrung für Angehörige ist es, wenn der Betroffene nach Jahren in der Forensik diese als sein Zuhause empfindet. Umgekehrt gibt es die Angst von Angehörigen vor der Entlassung in der Sorge, die damit verbundenen Probleme nicht bewältigen zu können - oft waren ja die Taten, die in die Forensik geführt haben, gegen Familienmitglieder gerichtet. Und in ländlichen Bereichen oder Kleinstädten kann die Entlassung in die Heimatgemeinde auch zum Problem werden, für den Betroffenen und die Angehörigen.

Hier zeigt sich, wie wichtig es ist, die bestehenden Bindungen des Patienten zur Außenwelt, und die bestehen oft ausschließlich zu den Angehörigen, zu unterstützen. Die Angehörigen dürfen seitens der Klinik nicht erst in der Vorbereitung der Entlassung "entdeckt", sondern müssen von Anfang an ermutigt und informiert werden, damit sie die Bemühungen von Therapeuten wie Pflegekräften möglichst gut unterstützen können.

„Die Angehörigen sind von mir dort emotional und räumlich abzuholen, wo sie sind. Denn die Erwartung, dass sie sich von sich aus bewegen, berücksichtigt nicht das Ausmaß ihres Leidens.“

„Unterstützende Angehörige sind entscheidend bei der Rehabilitation, schon damit für den Menschen drinnen < die Welt draußen > nicht ihre Eigenzeit im Dialog mit der eigenen Biografie verliert.

Daher bin ich als forensisch Tätiger für das Leiden der Angehörigen genauso verantwortlich wie für das der Patienten.“

Dörner, Irren ist menschlich (2004, S. 360 f)

Anm.: Der Verfasser ist sich bewusst, dass es viele Forensik-Patienten gibt, die keine Angehörigen mehr haben oder deren Angehörige sich nicht (mehr) um sie kümmern (zwischen 50 und 70 %); das darf nicht dazu führen, Angehörigenarbeit in der Forensik damit abzutun, sie sei ohne Angehörige ja nicht möglich. Denn sich (noch) um den Patienten kümmernde Angehörige sind oft die einzige Verbindung zur Außenwelt, in die der Betroffene doch einmal zurückkehren, wieder eingegliedert werden soll!