

Kommunikationsbrücken

Psychopathologie, Selbstverfügbarkeit und Zwangsbehandlung

P. Grampp

Vorangestellt seien zwei Fallbeispiele:

Fallbeispiel 1

Der Fall eines 34-jährigen Mannes soll die Grenzen der Selbstverfügbarkeit bei psychischen Erkrankungen aufzeigen.

Nach einer wilden Verfolgungsjagd erfolgte die polizeiliche Einweisung und Unterbringung gemäß § 18 Abs 3 SächsPsychKG (Sächsisches Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten) gegen 2.00 Uhr in der Nacht. Im Rahmen heftigster Morddrohungen und Gebärden bestätigte sich der Anschein der Gefahr und eine 5-Punkt-Fixierung sowie die Zurückhaltung gemäß § 18 Abs. 4 erschienen unvermeidbar. Nach dem Einschlafen des Patienten wurde die Fixierung gelockert und der Patient am Folgemorgen aufgrund dessen Beruhigung defixiert. Bereits in der Nacht war der Antrag gemäß § 18 Abs. 5

an das Landratsamt und mit einer zeitlichen Verzögerung an das zuständige Amtsgericht übermittelt worden. Da der Patient bereits bekannt war, wurde die Ursache für das Verhalten im Konsum von Alpha PPP/ MDPV oder „Flakka“ angenommen. Trotz einer engmaschigen pflegerischen Betreuung gelang es dem Patienten über einen Mitpatienten ein Frühstücksmesser in

Besitz zu bekommen, worauf das Pflegepersonal auf Abstand ging und den Raum absicherte. Unmittelbar danach gelang es dem Patienten, über die Revisionsklappe in die Zwischendecke zu gelangen und sich zu verbarrikadieren. Es wurde Amtshilfe geholt und der Chefarzt selbst begann mit den Verhandlungen. Einer Polizistin gelang es dann, den Patienten unter Zusicherungen einer Freizügigkeit und einem

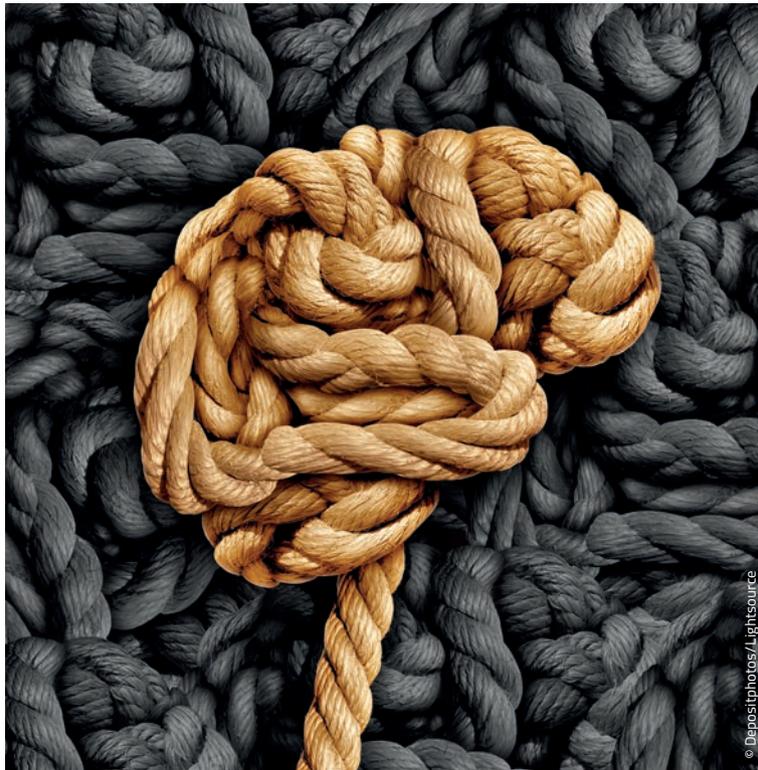
zogene Bewegungsmuster („hyperkinetisch“) und paralogische Einlassungen verblieben. Dahingehend war die Gefahr, durch die Zwischendecke zu brechen, weit höher als die danach verbleibende. Die Steuerungsfähigkeit war im Rahmen der psychischen Auforganisation wieder gegeben. Im Konsens mit dem Gericht gewährte man dem Patienten die Freizügigkeit und dieser verließ die Station und die Klinik. Die Restsymptomatik und die wiederholten Äußerungen, dass die konsumierten Substanzen legal seien, hätte eine Unterbringung gegen den Willen nicht mehr begründen lassen. Eine Stunde später fiel der ehemalige Patient damit auf, dass er auf einer anderen Station einem anderen Patienten die Hose entwendete und einem Arzt, der ihn vom Entwischen zurückhalten wollte, in den Bauch trat. Danach beschwerte er sich noch bei der Geschäftsführung über die Unterbringung und die Fesselung in der vorherigen Nacht. Am Folgetag wurde der Pati-

ent mit einer vergleichbaren Symptomatik wieder polizeilich eingewiesen. Es stellte sich wiederum die Frage der Unterbringung.

ent mit einer vergleichbaren Symptomatik wieder polizeilich eingewiesen. Es stellte sich wiederum die Frage der Unterbringung.

Bewertung des Falles

Es handelt sich hier um einen nahezu typischen Fall einer nächtlichen Aufnahme eines Patienten mit einer Intoxikationspsychose mit Drogen. Es zeigt



Gespräch mit einer Botschaft aus seiner Verschanzung herauszuholen. Zu dieser Zeit wirkte der Patient skurril, jedoch nicht mehr fremd- oder selbstgefährlich. Die Intoxikationszeichen waren deutlich rückläufig und der Patient restrukturierte sich psychisch, sodass nur noch ein vermehrtes Echauffieren, eine mäßige querulatorische Attitüde, assoziative Lockerung, über-

sich eine fluktuierende Symptomatik mit zeitlich begrenzten Episoden von qualitativen Bewusstseins- und Auffassungsstörungen. Dies wird von einem Strukturverlust in den Bereichen des Affekts, des Antriebs und Denkens begleitet. Der Affekt labilisiert und wechselt zwischen einer Erhabenheit und einer gereizt – dysphorisch – aversiven Komponente. Dieses Verhalten wird durch eine Freiheitsbegrenzung eher unterstrichen. Wenige Stunden später bessert sich die Symptomatik analog dem Plasmaspiegel der Droge und relativiert den Freiheitsentzug und endlich auch die Grundlage einer Freiheitsbegrenzung. Das Problem entsteht jedoch aus der Fluktuation und der Eigentümlichkeit der speziellen Drogenwirkung. Je nach dem Moment der Begegnung wechselt der Betroffene von Exaltierung bis hin zum gereizt maniformenten Syndrom. Analog driftet die Gefahrenbeurteilung von einer Allgemeingefährdung bis zur reinen verbalen Provokation binnen weniger Stunden. Da die Freiheitsbeschränkung selbst Grundlage einer Empörung sein kann, ist die Ursache oft nicht mehr eindeutig zuzuordnen. Dies war die Situation bei der richterlichen Anhörung.

Fallbeispiel 2

Analoges gilt für einen zweiten Fall. Hier wurde eine Patientin, nachdem sie unbedeutend in einer Stadt herumgelaufen war und auf Autos und deren Besitzer eingeschlagen hatte, eingewiesen. Am folgenden Morgen erfolgte der Unterbringungsantrag. Da die Patientin auch auf Mitpatienten und Personal losging, wurde sie in einen Krisenraum verbracht. Die Patientin ließ einen Verfolgungswahn erkennen. Im Rahmen des Antrags auf Unterbringung durch das Ordnungsamt, den die Klinik stützte, erschien der zuständige Richter in der Klinik. Die Patientin empfing den Richter freundlich und voller Vorwürfe gegen die Klinik. Ein Polizeibe-

richt lag dem Gericht nicht vor. Die Patientin bestritt die Vorwürfe und deklarierte den Vorfall als Missverständnis, sie habe sich ausgesperrt und aufgrund der ungenügenden Bekleidung sei sie von Passanten beschimpft worden, was sie tatsächlich erzürnt habe. Die weiteren Aggressionen seien alleine durch die Freiheitsbeschränkung bedingt. Der Richter brachte die Patientin entgegen den Bedenken der Psychiater nicht unter. Die Einschätzung einer vorbeschriebenen Wahnwahrnehmung teilte er nicht, die Patientin wirkte tatsächlich geordnet. Die Patientin wurde von den Angehörigen abgeholt. Am nächsten Morgen wurde die Patientin erneut eingewiesen, als sie gegen die Fahrtrichtung auf einer vierspurigen Straße fuhr und sich danach mit der Polizei ein Straßenrennen in einer Stadt lieferte. Die Angehörigen beklagten, dass man die Patientin „entgegen besseren Wissens“ entlassen habe.

Bewertung des Falles

Das Grundproblem bei einem Teil der psychiatrisch zu behandelnden Menschen liegt in der Volatilität der Symptomatik begründet. Dies betrifft nicht nur diejenigen, die an temporären toxischen Einflüssen auf das Gehirn leiden, sondern durchaus auch Menschen mit schizophren benannten Psychosen, die im Anblick einer bedeutsamen Person ein passageres Verflüchtigen der Symptomatik („Auforganisation“) zeigen. Im Nachgang kann die Ursprungssymptomatik jedoch rasch wiederkehren, sodass der fälschliche Eindruck der Selbstverfügbarkeit entstehen kann.

Während der psychiatrische Facharzt, basierend auf seiner wissenschaftlich begründeten Kenntnis der Krankheitsbilder, von einer „Drogenpsychose“ spricht und damit von einem desorganisierten und „psychotischen“ Verhalten und einer daraus entstehenden

gegenwärtigen Selbst- und Fremdgefährdung ausgeht, stellt sich der Jurist auf eine der individuellen Lebenserfahrung folgende stereotype Vorstellung ein. Diese ähnelt ihrerseits nicht selten den Klischees, die aus den Medien bekannt sind und eher statischen Verfallsbildern oder denen des Narrenschiffs von Sebastian Brant (1457 – 1521). Dafür sorgen die landläufigen und medial vermittelten Modelle der psychiatrischen Welt. An dieser Welt hängt der Jurist nicht selten so introvertiert wie der Psychiater und beide fordern vom Gegenüber das Teilen der Wirklichkeit, die in der jeweiligen Welt konventioniert ist. So kollidieren nicht selten die unterschiedlichen Perspektiven der Betrachter. Psychisch kranke Menschen können somit mit ihren wechselnden Zuständen beide Wirklichkeiten zu unterschiedlichen Zeiten und dies fluktuierend bedienen. Dies betrifft vor allem akute organische Psychosyndrome wie delirante Syndrome. Diese können nächtlich zunehmende Störungen der Auffassungsgabe und Bewusstseinslage entwickeln. Daneben treten dann halluzinatorische und wahnhaftige Symptome auf. Bekannte Erkrankungen sind beispielsweise Intoxikationssyndrome wie das oben benannte. Jedoch trifft dies auch für Erkrankungen aus dem affektiven und schizophrenen Formenkreis zu. Diese können durchaus über zeitliche Strecken „scheinbar“ normal wirken, da auch hier die Symptomatik nicht immer gleichbleibend ist. Eine momentan geordnete Kommunikation sagt nur wenig über dieselbe kurze Zeit zuvor oder später aus.

Für dieses Phänomen gibt es mehrere Gründe. Bei einer relativ erhaltenen Grundintelligenz zeigen viele schizophren Erkrankte typischerweise formale und/oder inhaltliche Denkstörungen. Diese zeigen sich in den Konturen der Begriffe, der Spontanität, dem Fühlen, dem Streben und anderen integra-

len Strukturen. Der Zerfall von Fühlen und Denken führt zu Ich-Störungen wie das Gefühl der Gedankenentfremdung (Gefühl der Unsteuerbarkeit dieser, dass sie „eingegeben“, „entzogen“, „gelenkt“ oder „ferngesteuert“ werden, unkontrollierbar sind, wie Blitze kommen und so weiter). Die Perspektive geht verloren. Wenn man den Patienten in seiner Suche nach dem verlorenen Standpunkt hilft, Halt und Schutz gewährt, kann er auforganisieren und unauffällig wirken, da dieser die intakte gegenständliche Funktion des Erlebens und der Bedeutung der Kommunikation des anderen übernimmt. Bedeutsam wahrgenommene Gesprächspartner können zu einer höheren Fokussierung der Aufmerksamkeit und zu einer verbesserten Wachheit führen.

Welche Rolle spielt der Richter?

Der Dialog mit einem Richter kann zu einer besseren Zuordnung der situativen Konstruktion führen. Dabei wird das fiktionale Erleben zurückgedrängt und die gemeinsam geteilte Wirklichkeit gewinnt die Oberhand. Dies reduziert wiederum die Ängste des Patienten und stabilisiert dessen Kommunikationsfähigkeit. Fällt der Patient wieder in eine Lethargie zurück, kann er das Gleiche nicht mehr leisten. Dies bemerkt man auch an der Sprachorganisation, die erst beim Strukturverlust wieder bis zur Schizophasie entgleiten kann. Bisweilen sind die Gründe der scheinbaren Unauffälligkeit auch dem geschuldet, dass ein Wahn den Richter einbezieht. Der Patient sieht sich bemüßigt, den Richter aus unterschiedlichen Gründen zu täuschen. So merkt der Richter nicht, dass er als „Agent“ betrachtet wird, dem gegenüber sich nicht zu offenbaren ist. Er ist durch eine vorgegebene Freiwilligkeit zur Behandlung zu täuschen. Bisweilen ergibt sich eine Parallele von Wahn und Realität (juxtapositioniert). Die Wirklichkeit zwischen Richter und Patient



wird nicht geteilt, da der Patient diese als inszeniert und als Täuschung erlebt, um seine Achtsamkeit zu untergraben. Die Fiktion bleibt für ihn die tatsächliche Wirklichkeit und damit absolut evident. Diese Prozesse verlaufen jedoch in einem Streben und Gegenstreben, in dem die Prozesse des Denkens, Fühlens und Wollens und letztlich die gesamte psychische Struktur durchaus weiter arrondieren können. Dabei können vorgetragene Symptome des Patienten auch dazu führen, dass der verständnisvoll kommunizierende Jurist auf der Suche nach einer mit dem Patienten geteilten Konvention der Wirklichkeit dazu verfällt, die Abweichungen auf soziale Kontextfaktoren zu projizieren. Auch wenn hier temporär ein Konsens erzielt wird und den Patienten seinerseits kurzzeitig entängstigt, die Unruhe abnimmt und insgesamt stabilisiert, bleibt dies der speziellen kurzen Beziehung zum Richter vorbehalten und lässt sich nicht allgemein übertragen. Fehlt diese dann, so fällt der Patient auf sich zurück (Regression) und die Störungen der Auffassung, des Denkens, des Affekts und des Antriebs nehmen wieder zu. In der Folge kommt es neuerlich zu dem vorbeschriebenen Fehlverhalten.

Psychiatrie als Parallelwelt

Ein weiterer Grund, den man auch als Parteilergreifung oder Fürsprache sehen kann, liegt in einem Vorurteil, das den Psychiatern gerne gesellschaftlich zuteilwird. Dabei wird die Psychiatrie als Parallelwelt außerhalb bestehenden Rechts und der Willkür machtauslebender Psychiater gemutmaßt. Aus dieser Logik entsteht ein genereller Zweifel an der Krankheit der Patienten und im Rahmen einer Verschwörung wird das Fach zum Labyrinth aus Willkür, Machtmissbrauch, Rechtsbeugung und Rechtsbruch. Juristen sind als Teil der Gesellschaft auch diesen Deutungen ausgesetzt.

Unterschiedliche Berufswelten

Juristen und Mediziner leben unterschiedliche Berufswelten mit voneinander abweichendem Denken und Menschenbildern, aus denen sich nicht selbstverständlich ein gemeinsamer Sinn der Wirklichkeit ableiten lässt. Schafft man kein Verständnis zwischen den differenten Schibboleths, sind Missverständnisse kaum zu vermeiden. Gerade gemeinsam genutzte Begriffe mit unterschiedlichem Verständnis des Inhalts schaffen zwischen Ärzten und Juristen Unsicherheiten, Vorbehalte

und Unbehagen im Umgang miteinander. Die Gefahr dessen liegt in einem Rückzug auf die eigene Position, die fachlich rigide verteidigt und verhärtet wird. Dabei unterscheiden sich die Medizin und das Rechtsgebiet in der Art des Zugangs zu Problemen. Die eine Disziplin bevorzugt ein deduktives und die andere ein edukatives Vorgehen. In der Interpretation von Krankheitsbildern schafft dies rasch Missverständnisse. So kann man statistische Modelle der Medizin nicht einfach durch einen statistischen Umschlagpunkt (cut off) in dichotome normative Wahrheitsaussagen überführen. Dieser Aspekt betrifft vor allem Vorstellungen von der Freiheit des Denkens und Entscheidens. Für den Juristen ist die Freiheit zu entscheiden, ein inhärentes Merkmal des Menschseins, dessen Fehlen im beruflichen Alltag eine Rarität darstellt. Für den Psychiater stellt die Krankheit selbst oft schon den Sinnbegriff der Unfreiheit dar, was sich durch die Arrondierung der Willensfunktion und der Selbstbestimmtheit beweist. Analog zur Krankheitsschwere kommt es zu einem konkordanten Verlust der Freiheit. Dabei fällt es dem Psychiater oft schwer, ein objektiv nachvollziehbares Maß zu finden, an dessen Punkt die Freiheit verloren geht. Dies wird umso schwerer als er die Fluktuationen der Symptomatik mit einbeziehen muss. Der Jurist benötigt jedoch den objektiven diskreten Umschlagpunkt, da dies aus der normativen Sicht benötigt wird. Im Zweifel votiert er für die Freiheitsrechte.

Aus der langjährigen Erfahrung heraus bietet sich auf beiden Seiten weder ein Rechthaben noch ein konfrontatives Verhalten an. Dieses würde lediglich Gespräche erschweren und letztlich die Fronten verhärten. Deshalb sollte die Suche nach konstruktiven Lösungen im Vordergrund stehen. Damit empfehlen sich als Vorgehensweisen vor allem

eine enge Beziehung und ein regelmäßiger Austausch zwischen Ärzten und Betreuungsrichtern. Dies schließt mindestens jährliche Konferenzen ein, die neben gemeinsamen Fortbildungen auch eine Problemerkörterung beinhalten. Je mehr man füreinander offen ist, desto leichter regeln sich Akutfälle. Mittels gemeinsamer Fortbildungen können regionale Angebote für die Betreuer, Vorsorgebevollmächtigten, Betreuungsvereine und Gesundheitsämter, aber auch für Weiterbildungsassistenten geschaffen werden. Dort können auch einheitliche Vorgehensweisen und Kriterien besprochen werden. Gerade die zunehmenden Regelungen im Bereich des rechtlichen Umgangs mit psychisch Kranken und Behinderten fordern konkordantes Vorgehen, das auf der Basis des aktuellen Zeitgeistes beruht. Im Idealfall können sich aus diesen informativen Zellen heraus im Bottom-up-Prinzip Vorschläge entwickeln, die vor allem landesrechtliche Regelungen beeinflussen können. Gerade ethische Fragen lassen sich so offen besprechen. So können sich neue Fragen wie die der offenen Unterbringung nach SächsPsychKG beantworten lassen. Langfristig kann man auch über gemeinsame Weiterbildungsstrecken für Juristen und Ärzte nachdenken.

Im Grunde bedarf es hier nur, abseits möglicher Ressentiments, Offenheit und Neugierde für die andere Denkweise zu entwickeln und zuzuhören. Dann partizipiert man voneinander und erweitert auf beiden Seiten die Perspektive. Punktuell können dann Arbeitsgruppen gemeinsame Qualitätsstandards erarbeiten, die weit über das Betreuungs- und Unterbringungsrecht hinaus auch Themen des Strafrechts und andere Rechtsgebiete umfassen. Dies würde in Richtung thematischer Taskforces und langfristiger Arbeitsgruppen blicken lassen, um aktuelle

Themen miteinander zu lösen. Am Ende könnte ein gemeinsamer Sinn der Wirklichkeit stehen, damit lösen sich Unbehaglichkeiten voreinander in Vertrauen auf.

Damit haben wir es in der Hand, anhand der gemeinsamen Objekte, die Patienten und deren Rechtsstellung, uns zu begegnen. Dadurch trennen sich die Perspektiven nicht mehr, sondern bereichern einander. Verstehen heißt, an einer gemeinsam geteilten Wirklichkeitsvorstellung zu arbeiten. Zu dieser Zukunft sei hiermit angeregt. ■

Dr. med. Peter Grampp
 Fachkrankenhaus Hubertusburg gGmbH
 04779 Wernsdorf
 E-Mail: Peter.Grampp@kh-hubertusburg.de