

**Grenzen des systemischen Assertive Community Treatments bei urteilsfähigen
Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung**

Dr. med. Dr. sc. med. Sohaila Bastami

19. November 2020

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
1.1 Zielsetzung der Arbeit.....	3
1.2 Theoretischer Hintergrund	3
1.3 Ökologisch-systemische Psychotherapie.....	7
1.4 Eigener Standort als Therapeut	8
2. Patient und Methode	8
2.1 Die Patientin	8
2.1.1 Zuweisungssituation	8
2.1.2 Anamnese	9
2.1.3 Psychopathologischer Befund.....	11
2.1.4 Diagnosen	12
2.1.5 Funktionsniveau.....	12
2.1.6 Ressourcen	12
2.2 Die Methode	13
2.2.1 Behandlungssetting	13
2.2.2 Die Arbeitsmethode	13
3. Verlauf.....	15
3.1 Verlauf der therapeutischen Beziehung	15
3.2 Verlauf der Erkrankung.....	17
4. Diskussion.....	17
5. Schlussfolgerung	19
6. Literaturverzeichnis	20

1. Einleitung

1.1 Zielsetzung der Arbeit

„Wer schwarz-weiss denkt, dem graut vor Zwischentönen“¹. In der Psychotherapie kommt es immer wieder zu Situationen, in welchen man als Therapeut der Überzeugung ist, dass der Patient von einem Wechsel des Behandlungssettings deutlich mehr profitieren würde, als vom aktuellen Setting. Man kann aber den Patienten nicht immer davon überzeugen. Anhand eines konkreten Falles beschreibt diese Arbeit die Gratwanderung zwischen der Wahl des therapeutisch sinnvollen Behandlungssettings und dem Respekt vor der Autonomie von Patienten im gemeindepsychiatrischen Kontext. Was mache ich als systemisch tätige Psychotherapeutin, wenn meine Patientin auf einem Behandlungssetting beharrt, welche womöglich objektiv nicht „am meisten bringt“? Wo setze ich die Grenze? Welche Werkzeuge kann ich bei solchen Entscheidungen nutzen?

1.2 Theoretischer Hintergrund

In seinem 1997 erschienenen Buch beschreibt Forster den Paradigmenwechsel zwischen der Anstalts- und der Gemeindepsychiatrie. Dabei stellt er der Anstaltspsychiatrie, einem „System der Ausgrenzung und Stigmatisierung psychisch kranker, das vor allem durch die Verwahrung in [...] Anstalten verkörpert wurde [...]“ die Gemeindepsychiatrie gegenüber (Forster 1997: 19). Unter der Gemeindepsychiatrie versteht man „ambulante und lebensweltorientierte Angebote für psychisch erkrankte Menschen und ihre Familie, die die sozialen Ursachen psychischer Erkrankungen in den Fokus nehmen. Neben medizinischen Gründen werden auch die zwischenmenschlichen Beziehungen und die Lebenswelt des Erkrankten als Einflussfaktoren für die seelische Gesundheit betrachtet. Gleichzeitig wird eine wirksame Einbindung in soziale Bezüge – etwa in der Familie, im Wohnquartier und in der Arbeitswelt – als positiv und genesungsfördernd gefördert“². Der Wandel hin zur Gemeindepsychiatrie hat unter anderem das Ziel, Menschen mit psychischer Erkrankung wieder in die Gemeinschaft zu integrieren. Everett und Huffine definieren in ihrem 2009 erschienenen Artikel (Everett und Huffine 2009) einen Gemeindepsychiater als einen Psychiater, der Expertise in den folgenden drei Bereichen habe: Erstens in der Behandlung anhaltender psychischer Erkrankung, zweitens in der Behandlung psychischer Erkrankungen bei sozioökonomischen schwächeren Personen und drittens in der Entwicklung von Angeboten für Risikogruppen im Sinne der Public Health. Gemeindepsychiater seien Experten in den klinischen, rehabilitativen und pharmakologischen Behandlungen, welche Recovery und Resilienz bei Individuen mit anhaltender psychischer Erkrankung fördern würden.

¹ http://www.aphoristiker.de/index_aphorismen.html [20.10.2020]

² <https://www.psychiatrie.de/gemeinde-psychiatrie.html> [01.08.2020]

Auch die UN-Behindertenrechtskonvention von 2008 macht sich im Sinne einer Inklusion für die Teilhabe von Menschen mit Einschränkungen am gesellschaftlichen Leben stark. Gemäss Artikel 1 der Konvention zeichnen sich Menschen mit Behinderung aus durch „langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen [...], welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“³. Diese Definition schliesst also auch Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung ein. In der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung“ von 2019 wird in der Empfehlung 10 mit dem Empfehlungsgrad A und der Evidenzebene Ia-Ib erklärt, dass Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung eine „gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung“ zur Verfügung stehen sollte (Gühne et al. 2019: 38). Weiter spricht sich die Empfehlung 12 mit dem Empfehlungsgrad A und der Evidenzebene Ia dafür aus, Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen die Möglichkeit zu geben, „über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden“ (Gühne et al. 2019: 38). Die über längere Zeit andauernde aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlung bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung wird im englischen Sprachraum „Assertive Community Treatment“ (ACT) genannt. Davon zu unterscheiden ist das „Home Treatment“, worunter die „aufsuchende Begleitung psychiatrisch behandlungsbedürftiger Patienten in akuten Krankheitsphasen durch speziell ausgebildete, multiprofessionelle Behandlungsteams“ verstanden wird (Gühne et al. 2019: 104).

Im 2005 von Liégeois und van Audenhove publizierte Artikel werden verschiedene ethische Dilemmata beschrieben, die bei der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung die verschiedenen Akteure konfrontieren können (Liégeois und Audenhove 2005). Auf Klientenebene gebe es das Dilemma der institutionellen Versorgung versus gemeindenaher Versorgung. Vorteil der institutionellen Versorgung sei beispielsweise das geschützte Milieu, in welchem Klienten sich sicher fühlen und in ihrer Kompetenz gestärkt werden könnten. Das geschützte Milieu sei aber gleichzeitig eine Form der Isolation vor der Möglichkeit der gesellschaftlichen Partizipation und berge mit zunehmender Aufenthaltsdauer die Gefahr der erschwerten Reintegration in die Gesellschaft. Vorteile der gemeindenahen Versorgung seien die Stärkung der Autonomie und Selbstverantwortung der Klienten, mit verbesserter Integration der Klienten in die Gesellschaft als vollwertige Mitglieder. Ein Nachteil sei aber, dass manche Klienten durch die gemeindenaher Versorgung nur unzureichend unterstützt werden könnten, mit der Gefahr der Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes. Auf der

³ <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20122488/index.html> [20.10.2020]

Ebene der Versorger gelte es, die Balance zwischen der Motivation des Klienten hin zu grösserer Selbstverantwortung und dem Schutz vor der Übernahme zu grosser Verantwortung zu finden. Einerseits sei es die Aufgabe der Versorger, Klienten zu Selbstständigkeit und Teilhabe am Gemeinschaftsleben zu ermutigen, andererseits sei es auch ihre Aufgabe, Klienten dabei zu unterstützen, gewisse Einschränkungen zu akzeptieren und realistische Erwartungen an ihre Möglichkeiten zu haben. Auf der Ebene der politischen Entscheidungsträger kommen zu guter Letzt noch Zugangs- zu und Gerechtigkeitsfragen im Gesundheitswesen auf.

Im Buch „Principles of Biomedical Ethics“ werden vier medizinethische Prinzipien vorgestellt, welche im medizinischen Alltag sinnvollerweise Anwendung finden können. Das sind die Prinzipien der Fürsorge, des Nichtschadens, des Respekts vor der Autonomie und der Gerechtigkeit (Beauchamp und Childress 2019). In meiner Arbeit geht es vor allem um das Spannungsfeld zwischen Autonomie in der Arzt-Patient-Beziehung, sowie um das Prinzip des Nichtschadens. Gerechtigkeitsaspekte werden am Schluss erwähnt. Das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge in der Arzt-Patient-Beziehung ist immer wieder Thema von grossen Diskussionen im ärztlichen Alltag. Diese zwei ethischen Prinzipien können in vier verschiedenen Modellen der Arzt-Patient-Beziehung unterschiedlich gewichtet werden (Emanuel und Emanuel 1992). Einerseits gibt es das „paternalistische Modell“, in welchem die Fürsorge für den Patienten ein höheres Gewicht hat als der Respekt vor der Autonomie des Patienten. In diesem Modell werden Entscheide so getroffen, dass die Gesundheit der Patienten an vorderster Stelle steht, der Arzt bestimmt, was das beste Interesse des Patienten ist. Im Extremfall können Entscheide zum Wohl des Patienten, aber gegen seinen Willen getroffen werden. Der Gegenpol dazu ist das „Konsumentenmodell“ oder das „informative Modell“, in welchem der Arzt als Experte den Patienten lediglich über seinen Optionen informiert, woraufhin der Patient die Option wählt, die er oder sie möchte und der Arzt die entsprechenden Interventionen durchführt. Das dritte Modell ist das „interpretative Modell“, in welchem der Arzt den Patienten einerseits über seine Optionen informiert, ihn aber gleichzeitig dabei unterstützt, seine Wertvorstellungen herauszuarbeiten und diejenigen medizinischen Interventionen auszuwählen, die am ehesten den Wertvorstellungen des Patienten entsprechen. Dem Patienten sind vielleicht seine eigenen Werte noch nicht völlig klar, so dass der Arzt als Ratgeber fungiert, der den Patienten dabei unterstützt, seine eigenen Werte zu erkennen und danach zu handeln. Das vierte Modell nach Emanuel ist das „deliberative Modell“, in welchem der Arzt als Lehrer oder Freund auftritt. Der Arzt zeigt dem Patienten die Informationen über seine gesundheitliche Situation auf und unterstützt ihn dabei, einen Entscheid zu treffen, der wertebasiert ist. Dabei erarbeitet der Arzt mit dem Patienten die verschiedenen gesundheitsbezogenen Wertvorstellungen, auf denen die verschiedenen Op-

tionen basieren. Der Arzt hat jedoch in diesem Modell die Aufgabe, dem Patienten nahezu-legen, welche Werte in Bezug auf Gesundheit erstrebenswerter sind als andere. In diesem Modell wird kein Druck oder Zwang ausgeübt, sondern der Patient wird im Dialog mit dem Arzt dazu befähigt, in Bezug auf seine Gesundheit verschiedene Wertesysteme zu erkennen und deren Bedeutung in Bezug auf seine medizinische Behandlung zu berücksichtigen. Im Artikel von Emanuel und Emanuel wird das deliberative Modell als bevorzugtes Modell herausgearbeitet. Eine besondere Herausforderung ist die Anwendung der Modelle bei kognitiv eingeschränkten Personen. Urteilsunfähigkeit wird gemäss der 2019 erstellten Richtlinie „Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis“ einem Patienten „nur in Hinblick auf eine spezifische Entscheidung und zu einem definierten Zeitpunkt zugeschrieben“ (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2019: 8) und muss neu evaluiert werden, wenn sich Hinweise auf eine Zustandsänderung des Patienten ergeben. Für die Urteilsfähigkeit eines Patienten müssen die folgenden vier mentalen Fähigkeiten gegeben sein: „1. Erkenntnisfähigkeit: Fähigkeit, die für die Entscheidung relevanten Informationen zumindest in den Grundzügen zu erfassen; 2. Wertungsfähigkeit: Fähigkeit, der Entscheidungssituation vor dem Hintergrund der verschiedenen Handlungsoptionen eine persönliche Bedeutung beizumessen; 3. Willensbildungsfähigkeit: Fähigkeit, aufgrund der verfügbaren Informationen und eigener Erfahrungen, Motive und Wertvorstellungen einen Entscheid zu treffen; 4. Willensumsetzungsfähigkeit: Fähigkeit, diesen Entscheid zu kommunizieren und zu vertreten.“ (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2019: 8). Ein wichtiger Punkt bei der Einschätzung der Urteilsfähigkeit ist gemäss dem einflussreichen Artikel von Appelbaum und Grisso die Fähigkeit des Patienten, seine Entscheidung rational zu begründen (Appelbaum und Grisso 1988). Dies schlägt sich auch im Artikel 16 ZGB nieder, wo die Urteilsfähigkeit unter anderem als Fähigkeit vernunftgemässen Handelns beschrieben wird (Büchler 2020). Die in diesem Fallbeispiel beschriebene Patientin war in Bezug auf das therapeutische Setting urteilsfähig. Jedoch sind Ärzte keine reinen Dienstleister, sondern müssen dem Patientenwillen immer eine sorgfältige Prüfung der Indikation gegenüberstellen. Das Behandlungssetting sollte im Regelfall allgemein anerkannten therapeutischen Richtlinien für die entsprechende Erkrankung folgen.

Bezüglich des Prinzips des Nichtschadens wird in dieser Arbeit das im Buch von Beauchamp und Childress (Beauchamp und Childress 2019: 167 ff) beschriebene Prinzip der Doppelwirkung angewendet. Dieses beschreibt, wie eine Handlung moralisch beurteilt werden kann, wenn sie sowohl moralisch richtige als auch moralisch falsche Effekte hat. Demnach gibt es vier Bedingungen, welche alle erfüllt sein müssen, damit eine Handlung mit Doppelwirkung gerechtfertigt werden kann. Diese Bedingungen sind: "1. Die Handlung [...] muss grundsätzlich moralisch richtig oder wenigstens moralisch indifferent sein. 2. Die moralisch falsche Folge [...] darf nicht das Mittel zur Erreichung der moralisch richtigen Wirkung [...] sein. 3. Die

Intention der Handlung darf allein darin bestehen, die moralisch richtige Wirkung [...] zu erzielen. 4. Dabei muss die intendierte moralisch richtige Wirkung [...] einen mindestens genauso grossen moralischen Wert besitzen wie die in Kauf genommene moralisch falsche Wirkung [...]“⁴.

Dieses Prinzip wird später in der Arbeit Anwendung finden.

1.3 Ökologisch-systemische Psychotherapie

In der Betreuung chronisch psychisch Kranker ist die supportive Psychotherapie ein weit verbreiteter psychotherapeutischer Ansatz (Rössler 2004: 134). In folgendem Abschnitt wird auf den ökologisch-supportiven Behandlungsansatz eingegangen: Jeder Mensch strebt danach, in seiner „[...] Umwelt etwas zu bewirken und in diesen Wirkungen beantwortet zu werden. Dieses aktive Gestalten von Umwelt mit Erfahrung eigener Wirksamkeit nennen wir das beantwortete Wirken“ (Willi 2005: 22). Unter der Nische im ökologisch-systemischen Therapiemodell wird der Raum verstanden, in welchem jeder Mensch sich im Umgang mit unbelebten Dingen und mit belebten Wesen als (beantwortet) wirksam erlebt. Im ökologisch-systemischen Verständnis ist die Entwicklung einer Person stets koevolutiv auf andere Personen bezogen. So ist die Persönlichkeitsentwicklung in einer Partnerschaft oder einer Familie ein Produkt des Zusammenlebens und Zusammenwirkens der jeweiligen Dyade oder Familie. Dabei kann es jedoch auch zur Kollusion kommen, einem „[...] unbewusste[n] Zusammenspiel von Partnern auf der Basis korrespondierender Beziehungsängste und Beziehungsdefizite“ (Willi 2005: 158). Kollusion wird dann als pathologisch bezeichnet, wenn das Zusammenspiel sich zirkulär verstärkt und beide Partner einer bestimmten Form beantworteten Wirkens bedürfen, sich also gegenseitig brauchen, jedoch komplizenhaft wechselseitige Übergriffe in der persönlichen Integrität und Autonomie des jeweils anderen machen. „Die ökologisch-supportive Therapie arbeitet mit Fragen nach der Art, wie Patientin ihre persönliche Nische gestalten und wie sie sich in Beziehungen ausreichend vor Verletzung und Kränkung zu schützen vermögen. Das Interesse des Therapeuten an dem, was Patienten können und tun, bestärkt die eigene Kompetenz und unterscheidet sich von der meist bisher erfahrenen Konzentration des therapeutischen Gesprächs auf Pathologie und dem, was Patienten nicht können. Patienten können in der Therapie lernen, sich eine Beziehungsnische zu schaffen, die ihnen behilflich ist, sich psychisch besser zu regulieren“ (Willi 2005: 212). Die ökologisch-supportive Behandlung ist also salutogenetisch orientiert, es gilt, „[...] allgemein die „gesunden Anteile“ des Patienten zu wecken, d.h. die persönlichen Ressourcen aufzufinden und zu fördern“ (Bengel et al. 2001: 142). Ich habe mich in Anbetracht der Chronizität

⁴ <https://www.ethix.at/2014/03/21/grundbegriffe-doppelwirkung/> [20.09.2020]

und Schwere der Erkrankung der unten beschriebenen Patientin, wie auch wegen meiner eigenen Ausbildung, für einen ökologisch-systemischen supportiven Therapieansatz entschieden.

1.4 Eigener Standort als Therapeut

Ich bin angehende Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie im vorletzten Jahr der Facharztausbildung. Zur Zeit absolviere ich eine systemische Psychotherapieausbildung. Ich habe den geschilderten Fall sowohl in der Gruppen- als auch in der Einzelsupervision institutionsintern und –extern diskutiert. Zudem habe ich ein Doktoratsstudium in Medizinischen Wissenschaften im Bereich der Biomedizinischen Ethik absolviert und danach eine Zeitlang als praktisch tätige Klinische Ethikerin gearbeitet, was immer noch Teil meines beruflichen Selbstverständnisses ist. Als Klinische Ethikerin und systemisch-ökologisch orientierte Therapeutin ist die bewusste Berücksichtigung ethischer Prinzipien in meiner täglichen Arbeit sehr wichtig. Der Grundsatz der Medizin - „primum non nocere“ – ist ein Leitgedanke meiner therapeutischen Tätigkeit.

In Bezug auf medizinische Entscheidungen bin ich Verfechterin des deliberativen Modells der Arzt-Patient-Beziehung und versuche dies mit meinen Patienten zu leben. Ich möchte die Teilhabe meiner Patienten am gesellschaftlichen Leben im Sinne einer Inklusion erleichtern und sie in ihrer Autonomie stärken. Dies entspricht auch der systemischen Grundhaltung der Begegnung mit den Patienten auf Augenhöhe und der Stärkung der Klientenkompetenz. Die Arbeit in einem multidisziplinären Team und mit dem System meiner Patienten ist mir besonders wichtig. In meiner therapeutischen Arbeit versuche ich, gemeinsam mit den Patienten den Blick von der Problemtrance wegzulenken hin zu ihren diversen Ressourcen, die ihnen bei der Bewältigung ihrer Situation dienen könnten.

2. Patient und Methode

2.1 Die Patientin

Zum Schutz der Patientin erfolgt für die Publikation eine Anonymisierung der anamnestischen Angaben.

2.1.1 Zuweisungssituation

Die 44-jährige, alleinstehende und kinderlose, aus Frankreich stammende ehemalige Verkäuferin wurde uns von der Spitex zur psychiatrischen Behandlung zugewiesen. Die Beiständin hatte die Spitex aufgrund der psychischen Auffälligkeiten der Patientin organisiert. Da es keinen Hausarzt gab, welcher die Verordnung ausstellen konnte, erfolgte die Anfrage der Spitex an unser Ambulatorium. Die Spitex berichtete uns, es handle sich um eine Patientin mit psychotischem Verhalten mit Misstrauen und Verfolgungsängsten, Angst, das Haus zu verlassen und sich zu kontaminieren, sowie zwanghaftem Verhalten mit Putzritualen, sodass wir uns im Team für einen Hausbesuch entschieden.

2.1.2 Anamnese

Jetztiges Leiden

Anamnestisch war von der Patientin im Erstgespräch zu erfahren, dass sie beobachtet und verfolgt werde, vor allem durch die IV. Sie habe früher eine Invalidenrente gehabt, lebe jetzt jedoch von Sozialhilfe, seitdem sie von der IV überwacht und ihre Rente aberkannt worden sei. Generell werde sie beobachtet und verfolgt, sie glaube, im Dach sei jemand, der sie beobachte. Deswegen habe sie die Fenster und alle Löcher in der Wohnung verdeckt. Die leuchtenden Punkte in der Wohnung von den Elektronikgeräten seien auch wie Augen, die sie beobachten würden. Sie höre immer wieder Geräusche, die sie darin bestärken würden, dass sie beobachtet werde. Sie habe ausgeprägte Schlafstörungen, da sie Angst habe zu träumen und auch Angst habe, jemand könne die Wohnung betreten, während sie schlafe. Deswegen verriegle sie die Tür, jedoch sei auch schon jemand während sie geschlafen habe in der Wohnung gewesen. Ihr helfe in der Einschlafsituation, fernzusehen. Auch vor Ärzten und Männern habe sie massive Angst. Sie wolle sich nicht mit Bakterien anstecken, da sie sonst zum Arzt müsste, deswegen reinige sie alles sehr gründlich. Vor Ärzten habe sie so starke Angst, weil diese sie in die Klinik einweisen würden. Da sie das Haus aufgrund der Ängste nicht verlassen könne, wolle sie, dass die Spitex für sie einkaufen könne. Sie habe einen einzigen (Ex-)Freund, der gelegentlich auch für sie einkaufe. Ansonsten bestünden keine sozialen Beziehungen, zur Familie habe sie keinen Kontakt.

Persönliche Anamnese

In späteren Gesprächen war zu erfahren, dass sie in einer Familie mit drei jüngeren Brüdern in Südfrankreich aufgewachsen war. Die Kinder erlitten durch den Vater einen ausgeprägten körperlichen und psychischen Missbrauch, die Patientin wurde von ihm auch seit frühester Kindheit sexuell massiv missbraucht. So wurden die Kinder geschlagen und stundenlang in ihr gemeinsames Zimmer gesperrt. Da sie wenig zu essen bekamen, sahen sie sich gezwungen, bei den Nachbarn Essen zu stehlen. Sie wurden auch dazu genötigt, Horrorfilme mit sexuellen Inhalten zu schauen, wobei die Erinnerung daran bei der Patientin heute noch massive Ängste auslöst. Bezüglich des sexuellen Missbrauchs ist zu sagen, dass auch der Ehemann der Grossmutter väterlicherseits sich daran beteiligte. Der Vater drohte der Patientin, ihre Haustiere zu quälen oder zu töten, beziehungsweise ihre beste Freundin sexuell zu missbrauchen, wenn sie seine sexuellen Wünsche nicht befolgte. Sie berichtet, sein Plan sei gewesen, sie mit Erreichen ihrer Volljährigkeit zu heiraten. Die Patientin berichtet von einer guten Beziehung zu ihrer Mutter, geht jedoch aufgrund ihrer Erlebnisse davon aus, dass diese vom sexuellen Missbrauch wusste. Die Tatsache, dass die Mutter sie nicht mehr schützte, belastet sie heute noch.

Die Patientin führt ihr fehlendes Vertrauen in die Ärzteschaft darauf zurück, dass sie als Kind von der Ärztin nicht ernstgenommen und als Simulantin betitelt wurde, als sie aufgrund des

sexuellen Missbrauchs zuhause anfang, an somatischen Symptomen zu leiden. Erst als es im Alter von 15 Jahren im Rahmen eines Umzugs der Familie einen Arztwechsel gab und sie sich bei der neuen Ärztin vorstellte, wurde diese stutzig und der Missbrauch kam ans Licht. Die Patientin wurde aus der Familie herausgenommen und in ein Kinderheim platziert, von wo aus sie ihre Ausbildung im Verkauf absolvieren konnte. Für die Patientin ist diese Ärztin, wie auch das Leben im Kinderheim sehr positiv konnotiert. Im Alter von 17 Jahren ging sie dann zu Ausbildungszwecken in die Bretagne. Der Vater, zu welchem sie den Kontakt abgebrochen hatte, konnte sie jedoch dort ausfindig machen und bedrohte sie derart, so dass sie wieder nach Südfrankreich zurückkehrte. Da der Vater bereits in der Vergangenheit auf die Mutter geschossen und die gesamte Familie mit einer Schusswaffe bedroht hatte, ging von ihm eine sehr reale Gefahr aus. Sie erzählt, sie sei 2004 in die Schweiz geflohen und habe in diversen Läden gearbeitet, bis es wegen Mobbing durch ihre Vorgesetzte im Jahre 2006 zu einer völligen psychischen Dekompensation mit hundertprozentiger Arbeitsunfähigkeit kam. Die Patientin meldete sich auf Anraten der damaligen behandelnden Psychiaterin bei der IV an. Es erfolgte im Jahre 2007 eine hundertprozentige IV-Berentung, jedoch kam es aufgrund des Einsatzes von Sozialdetektiven, welche die Patientin in sehr privaten und intimen Situationen fotografierten und filmten, aufgrund eines heute sehr umstrittenen Gutachtens zu einer Rentenprüfung und anschliessenden Aberkennung der Invalidenrente im Jahre 2016. Sie lebt heute von der Sozialhilfe. Die Patientin bereut mittlerweile, sich bei der IV angemeldet zu haben, da sie nach den gemachten Erfahrungen der Ansicht ist, mit der IV-Berentung ihr Recht auf Privatsphäre verwirkt zu haben. Aus ihrer Sicht hätte sie der damaligen Behandlerin nicht vertrauen dürfen, denn die Tatsache, dass sie eine Invalidenrente hatte, führte erst dazu, dass ihre Privatsphäre in diesem Ausmass verletzt werden konnte. Ihre Freunde und die Ärzte hätten ihr damals nicht geglaubt, als sie damals versuchte zu kommunizieren, dass sie verfolgt wurde, sondern sie hätten sie als wahnhaft und paranoid bezeichnet. Dies habe ihr Vertrauen in die Ärzteschaft und ihre Mitmenschen weiter unterminiert. Zudem erfolgte damals eine auf Anraten der Ärztin eine Anmeldung der Patientin für eine freiwillige Begleitbeistandschaft, welcher dann auch stattgegeben wurde. Die Zustimmung zur Begleitbeistandschaft bereut die Patientin mittlerweile, da aus ihrer Sicht die Beistandschaft vor allem ein Kontrollinstrument der Behörden ist und nicht eine Unterstützung, wie sie es sich eigentlich erhofft hatte. Auch dies verübelt sie der ehemaligen Behandlerin.

Psychiatrische Anamnese

Stationäre Aufenthalte in zwei verschiedenen psychiatrischen Kliniken in der Schweiz, Klinik A (2009 und 2010) und Klinik B (2007). In der Klinik B wurde eine komplexe Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert (F43.1), sowie Vd. a. multiple Persönlichkeitsstörung (F44.81), Agoraphobie (F40.00) und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel-

schwere Episode gemäss (F33.1). In der Klinik A wurde eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung mit ausgeprägter depressiver Komorbidität aufgeführt (F43.1), Zwangsstörungen mit Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (F42.2).

Familienanamnese

Sowohl der verstorbene Vater als auch der Onkel und der jüngste Bruder seien vermutlich Alkoholiker (gewesen). Der eine Bruder sei minderintelligent, der andere habe gestottert. Die Familiengeschichte ist von massiver Gewalt geprägt, so habe der Grossonkel väterlicherseits die gesamte Familie erschossen.

Substanzanamnese

Die Patientin raucht Zigaretten und CBD, konsumiert jedoch ansonsten keine psychotropen Substanzen.

2.1.3 Psychopathologischer Befund

Es erscheint vor der Wohnungstür eine Patientin im Skianzug, mit einem grossen Hut der die Haare verdeckt und Sonnenbrille, über dieser die Lesebrille angezogen ist. Ansonsten gepflegte Erscheinung. Wache, allseits orientierte Patientin mit deutlich gestörter Auffassung, intakter Aufmerksamkeit und Gedächtnisstörungen (unerklärliche Gedächtnislücken im Alltag, sowie Lücken im Langzeitgedächtnis, Flashbacks). Massiv gesteigerte Psychomotorik, Schreckhaftigkeit. Ausgeprägte soziale Ängste, Kontaminationsängste, Angst vor Ärzten und Männern, Verfolgungsängste, Angst, den Leuten in die Augen zu schauen (trägt deswegen im Kontakt mit Dritten eine Sonnenbrille). Zwangsgedanken (Angst sich anzustecken) mit Zwangshandlungen (reinigen). Die Angst sei mittlerweile grösser als ihre Nikotinabhängigkeit. Formalgedanklich adäquat und kohärent, jedoch teilweise verlangsamt, mit Konzentrationsstörungen, Gedankenkreisen und Grübeln. Sehr misstrauisch, mit Verfolgungswahn durch Dritte. Kommentierende (abwertende) und imperative (die Patientin dürfe nicht mit der Therapeutin sprechen) Stimmen, Stimme sei von "Jackie". Hochgradiger Verdacht auf Akosmen (knackende Geräusche in der Decke). Gedankenausbreiten (jemand komme im Schlaf zu ihr, hypnotisiere sie und lese ihre Gedanken). Wahnwahrnehmungen (Lichter an den Elektronikgeräten sind Augen, die sie beobachten), Verfolgungswahn und bizarrer Wahn (Poltergeister im Strom). Im Affekt ängstlich, traurig, hoffnungslos, überfordert, mit vermindertem Selbstwert, affektlabil, teilweise inadäquater Affekt mit parathymen Lachen. Antrieb reduziert mit Morgentief. Deutliche Steigerung der Psychomotorik. Ausgeprägter sozialer Rückzug, hat nur noch Kontakt mit dem Ex-Freund, einem Kollegen und der Spitex. Generell starkes Vermeidungsverhalten bzgl. Kontakt mit Männern und der Aussenwelt. Krankheitseinsicht gegeben. Gestörter Appetit, kriegt zeitweise "nichts runter", dann würden die Katzen erbrechen, Einschlaf- und Durchschlafstörungen wegen der Ängste und Alpträume. Passive Todeswünsche vorhanden, kann sich von handlungsrelevanter Suizidalität distanzie-

ren, Ressourcen seien die Katzen und ihre Ex-Freund, sie könne das zudem niemandem antun. Keine Fremdgefährdung.

2.1.4 Diagnosen

- Paranoide Schizophrenie (F20.0)
- Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
- Zwangsstörung mit Zwangshandlungen und Zwangsgedanken gemischt (F42.2)
- Vd. a. Anorexia nervosa (F50.0)

2.1.5 Funktionsniveau

Die Patientin hatte ein sehr basales Funktionsniveau. Im GAF erreichte sie bei Eintritt 21/100 Punkten. Sie war in der Lage, selbstständig ihren Haushalt zu führen und ihre Körperhygiene aufrechtzuerhalten. Ihre Katzen konnte sie selber füttern und pflegen. Sie war bei psychischen Stressmomenten urininkontinent und trug deswegen Einlagen. Eingekauft wurde von der Spitex und einem Ex-Partner. Die tierärztliche Versorgung ihrer drei Katzen wurde auch durch den Ex-Partner gewährleistet. Ihre finanziellen Belange regelte sie mittels Lastschriftverfahren oder mittels Einzahlungsscheinen, die ihr Ex-Partner oder die Spitex zur Bank brachten. Die Erledigung der administrativen Angelegenheiten war stark erschwert. So waren ihre Reisedokumente schon lange abgelaufen, aber sie konnte aufgrund der Krankheit das Haus nicht verlassen, um sie zu erneuern. Erschwerend kam dazu, dass sie aufgrund ihrer massiven Ängste kein Telefon bedienen oder einen Brief unterschreiben konnte, um das Problem zu bearbeiten. Sie konnte auch nicht zur Post oder überhaupt zum Briefkasten, so dass eingeschriebene Briefe nicht abgeholt werden konnten. Bezüglich der Aberkennung ihrer IV-Rente hatte sie Einsprache erhoben, konnte jedoch nicht mit der Sozialversicherung oder ihrer Anwältin kommunizieren. Zu guter Letzt hatte ich ihr aufgrund verschiedener Gründe proteinbasierte Nahrungsergänzungsdrinks verordnet, welche ihr nach Hause geliefert wurden. Da sie wegen der Kommunikationshindernisse nicht anfordern konnte, dass diese jedoch bis vor die Wohnungstür gebracht werden sollten, gingen die Lieferungen wieder zurück an den Absender. Das Telefon konnte sie nur selten und unter grosser Anstrengung bedienen. Auch dies gelang ihr nur, wenn eine weibliche Person am anderen Ende der Leitung war. Da sie massivste Angst hatte, irgendwo zu unterschreiben, konnte sie auch keine Vollmachten für andere erstellen. Das Internet konnte sie nicht bedienen.

2.1.6 Ressourcen

Die Patientin hatte diverse Ressourcen. So besass sie Katzen, denen sie Liebe schenkte und von denen sie grosse Zuneigung erfuhr. Eine sehr wichtige Ressource war auch ihr reichhaltiger Fundus an Märchen, aus denen sie in Situationen grosser Angst schöpfen konnte. Zudem hatte sie eine blühende Fantasie und sich geistig einen inneren sicheren Ort ausgemalt, an welchem sie keine Angst haben musste. Sie war in der Lage, ihre Bedürfnisse zu äussern und sich Hilfe zu holen, wenn sie welche brauchte.

2.2 Die Methode

2.2.1 Behandlungssetting

Aufgrund der Tatsache, dass die Patientin krankheitsbedingt ans Haus gefesselt war, entschieden wir uns für ein längerfristiges aufsuchendes Behandlungssetting bei ihr zuhause im Sinne eines ACTs. Ich war als behandelnde Psychiaterin Teil des Helfernetzwerks und visitierte die Patientin einmal pro zwei Wochen daheim, wie auch die zwei Pflegefachfrauen der Spitex, die die Patientin zweimal pro Woche aufsuchen. Es gab auch noch die Begleitbeiständin, welche die Patientin jedoch nur ein einziges Mal gesehen hatte. Dann gab es noch einen Ex-Partner, welcher die Patientin bei der Alltagsbewältigung unterstützte, zu welchem sie jedoch aufgrund unklarer Gründe, die sie nicht ausführen wollte, ein ambivalentes Verhältnis hatte. Schliesslich gab es noch die drei Katzen, welche eine sehr wichtige Rolle in ihrem Leben spielten.

2.2.2 Die Arbeitsmethode

Ich führte mit der Patientin eine niederschwellige supportive systemische Psychotherapie durch. Hauptthema der Psychotherapie war die Alltagsbewältigung, wobei ich sehr flexibel auf neu Aufgetretenes wie auch auf ihre Tagesform eingehen musste. Klassisch therapeutische Arbeit über mehrere Sitzungen war nicht möglich. Es war auch nicht möglich, den Inhalt der Sitzungen im Voraus zu planen. Ich wendete im Laufe der Therapie diverse systemische Techniken an. Als erstes wird hier das Joining beschrieben: Wie bereits beschrieben, leidet die Patientin an starkem Misstrauen anderen Menschen gegenüber. Beim Erstgespräch stand ich – in Begleitung der ihr bereits bekannten Spitex - eine dreiviertel Stunde draussen vor der Tür, bevor sie uns in die Wohnung lassen konnte. Initial war sie mir gegenüber nicht so abgeneigt; so teilte sie mir mit, dass ich aussehe wie ihre ehemalige Ergotherapeutin, welche sie sehr geschätzt habe. Als ich der Patientin gegenüber daraufhin erwähnte, dass ich Ärztin sei, erschrak sie zutiefst, aus grosser Angst vor einer sofortigen Zwangseinweisung. Sie wolle auf keinen Fall eine Ärztin haben, sondern lieber eine Psychologin, die nicht so viel Macht über sie habe. Ich war jedoch die einzige Person bei uns im Team, welche Valenzen für eine Behandlung hatte. Dies teilte ich der Patientin mit, stellte jedoch klar, dass die Therapie bei mir auf Freiwilligkeit beruhte und sie sich jederzeit eine neue Behandlerin suchen dürfte. Die Stimmung war aufgrund der Ängste sehr angespannt und das Joining gestaltete sich sehr schwierig, bis die Patientin in einem Nebensatz Arielle die kleine Meerjungfrau erwähnte, woraufhin wir ins Gespräch kamen über die Familiendynamiken und Machtgefälle der diversen Figuren bei diesem konkreten Disneyfilm. Nachdem wir das Dafür und das Dawider der verschiedenen Figuren angeschaut und unser Votum für unsere Lieblingsfigur abgegeben hatten, konnte sie sich dahingehend beruhigen, dass sie uns in die Wohnung liess. Daraufhin kam jedoch die nächste Schwierigkeit, nämlich, dass wir beim Betreten der Wohnung diese nicht kontaminieren durften. So mussten wir von ihr bereitgestellte Schuhe

anziehen, um den Boden nicht zu kontaminieren. Zudem durften wir auf keinen Fall etwas anfassen. Sie stellte mir und der Spitex jedoch zwei mit Handtüchern bedeckten Sitze zur Verfügung, auf die wir uns setzen durften. In den 4 A's der Auftragsklärung – Anlass, Anliegen, Auftrag, Abmachung (Schlippe und Schweitzer 2009: S. 21 f) – stellte sich schnell heraus, dass die Behandlung stark fremdmotiviert war, so nannte sie als Anlass, dass die Spitex mich miteinbeziehen wollte, und als ihr eigenes Anliegen/Auftrag, dass sie weiterhin auf die Unterstützung der Spitex zählen dürfen wollte bzw. eine Verordnung dafür wollte. Da zu diesem Zeitpunkt bereits klar war, dass es eine Indikation für eine Spitex gab, stimmte ich dem zu. Jedoch wollte ich wissen, ob sie noch einen therapeutischen Auftrag für mich hatte, so dass ich sie fragte, was für sie im Moment das grösste Problem sei, was sie gerne verändert hätte. Ihr subjektives Hauptproblem waren die lähmenden Ängste, vor allem davor, von Dritten beobachtet oder beeinträchtigt zu werden. Sie konnte dann als Anliegen angeben, dass sie weniger angstgeplagt sein wollte, was sich z.B. daringehend äussern würde, dass sie entspannter vor die Haustür treten könnte, um zu rauchen, beziehungsweise das Telefon mit weniger Angst bedienen oder offizielle Dokumente angstfreier unterschreiben könnte. Eine Verschlimmerung ihrer Situation würde sie daran bemerken, dass sie zum Rauchen nicht mehr vor die Tür treten oder die Katzen nicht mehr versorgen könnte. Sie habe schon versucht, alleine und mit der Spitex das Haus zu verlassen, die Angst habe sie dann überwältigt. Ihr konkreter Auftrag war die Spitexverordnung, um mit denen das Verlassen des Hauses üben zu können, von mir als Ärztin wollte sie in dem Sinne nichts Anderes. Der Kontrakt, mit welchem sie sich einverstanden erklärte, bestand dann darin, dass ich sie regelmässig besuchen durfte, um regelmässig die Indikation für die Verordnung zu prüfen, und dass sie dafür offen bleiben würde, mir zu sagen, ob es vielleicht etwas anderes gäbe, worin ich sie unterstützen könnte. Mit der Zeit wandelte sich die Patientin im Verständnis de Shazers von der von aussen motivierten, „Geschickten“ zu der intrinsisch motivierten „Kundin“ (Shazer 2012), welche dann als Ziel das Fassen von Vertrauen in Drittpersonen nennen konnte, konkret auch in mich als Therapeutin. Wir verbrachten einige Zeit damit, über ihre Familiengeschichte zu sprechen und zeichneten dabei auch ein Genogramm. Leider war ihr die Familiengeschichte nur bruchstückhaft geläufig, so dass das Genogramm eher spärlich geblieben ist. Bei dieser Patientin war das wiederholte Reframing und die Ressourcenarbeit besonders wichtig, da sie sehr streng mit sich selber war und sich ständig abwertete. Bei den ganz starken Abwertungen versuchte ich, als Intervention zirkuläre Fragen anzuwenden, was sich bei dem kognitiven Niveau der Patientin mit gestörter Auffassung als äusserst schwierig gestaltete. Bezüglich der Ressourcen konnten wir herausarbeiten, dass die Katzen ihr besonders viel Kraft gaben, da diese sie brauchen würden. Für sie war dieses Gefühl des Gebraucht- und Geliebt-Werdens eine sehr wichtige Erfahrung und sie konnte sich im Zusammenspiel mit den Katzen als wirksam erleben. Die Katzen waren also ein wichtiger Bestandteil ihrer

persönlichen Nische. Auch Disney-Filme und Feen-Bücher waren ein bedeutender Bestandteil ihrer Nische. So konnte sie in Situationen grosser Anspannung ihre Emotionen regulieren und nahm Charaktereigenschaften der verschiedenen Figuren als Vorbilder für sich selber. Die Beziehung mit dem Ex-Freund schien eher kollusiver Natur zu sein, wobei die Patientin nicht über die Details der Beziehung sprechen wollte und ich diese Schlussfolgerung aus wenigen Beobachtungen zog. Sie gab sich mit ihm sehr passiv, so dass er einen immer aktiveren Part übernahm und so eine Abwertungsspirale entstand. Einen grossen Teil der Nische wurde von einem abgespaltenen Teil der Patientin eingenommen, der „Jackie“ hiess. „Jackie“ sei tapfer, stark und unerschrocken, ihr seien diese ganzen schlimmen Dinge nicht passiert. Sie verhalte sich jedoch manchmal unfreundlich und abwertend der Patientin gegenüber. Meine Hypothese ist, dass „Jackie“ als starke Frau ein Vorbild für die Patientin ist. Die Tatsache, dass die Patientin mehr Vertrauen in Dritte schöpfen wollte, nahm ich zum Anlass, als Fachperson mit ihr eine therapeutische Beziehungsnische aufzubauen, in welcher sie sich ohne Gefahr der Abwertung als beantwortet wirksam und kompetent erleben konnte. Die Arbeit mit dem Helfernetz war generell sehr wichtig, vor allem mit der Spitex. Wir waren in regelmässigem Austausch miteinander. Auch den Ex-Freund bezog ich gelegentlich in die Sitzungen ein, wobei das aufgrund des Misstrauens der Patientin nur geschah, wenn die Patientin ihn von sich aus in die Sitzungen bei ihr zuhause einlud. Zur Begleitbeiständin hatte ich kaum Kontakt, da die Patientin selber keinen Kontakt zu ihr pflegte und eine Kontaktaufnahme meinerseits mit ihr ablehnte. Zu den Familienmitgliedern oder zu anderen Menschen pflegte die Patientin keinen Kontakt. Aufgrund der ausgeprägten Isolation der Patientin gab es keine weiteren Bezugspersonen, mit denen ich hätte in Kontakt sein können.

3. Verlauf

3.1 Verlauf der therapeutischen Beziehung

Aufgrund der ausgeprägten Angst der Patientin vor meiner Arztrolle ging es darum, diese Ängste etwas abzubauen und Vertrauen herzustellen. Da die Patientin seit frühester Kindheit wiederholte Kontrollverluste mit ausgeprägten Grenzüberschreitungen erlebt hatte, wusste ich, dass ich eine grosse Aufgabe vor mir hatte. Bei jedem Treffen hielt ich mich an die vereinbarten Hygieneregeln und erklärte ihr, wenn sie mich wieder angsterfüllt fragte, ob ich sie einweisen werde, die Umstände, unter welchen eine Fürsorgerische Unterbringung (FU) ausgestellt wird. Sie bat mich wiederholt, ihr zu versprechen, dass ich sie unter keinen Umständen jemals per FU in eine Klinik einweisen würde. Ich war bei den wiederholten Grundsatzdiskussionen bezüglich potentieller FU immer sehr transparent und ehrlich in der Kommunikation, dass ich ihr ein Non-FU-Versprechen nicht kategorisch abliefern könne und dass das Auftreten von handlungsrelevanter Suizidalität oder manifester Fremdgefährdung ohne freiwillige Inanspruchnahme von Hilfe den Rahmen des ACTs sprengen würde. Das konnte sie einigermassen akzeptieren.

Gleichzeitig befürchtete ich, dass das ambulante aufsuchende Behandlungssetting die weitere Chronifizierung der Erkrankung aufrechterhielt und dass sie von einem stationären Aufenthalt womöglich mehr profitieren würde. Die Dynamik der Erkrankung war so, dass bereits eine deutliche Verschlechterung seit Beginn der IV-Berentung im Jahre 2007 eingetreten war. Sie hatte die Vorbehandlerin zu Beginn der Therapie jeweils noch selbstständig mit dem Auto aufgesucht. Nach und nach kam es dazu, dass sie aufgrund immer grösser werdender Ängste und stärkerer Zwangssymptome gefahren werden musste, bis sie schliesslich nach der Aberkennung der IV aufgrund des Einsatzes von Sozialdetektiven und nach ihrem Umzug im Jahre 2019 das Haus quasi überhaupt nicht mehr verliess. Die Patientin lehnte sowohl eine Medikation als auch einen freiwilligen Klinikaufenthalt trotz intensiver Psychoedukation kategorisch ab, wobei sie zumindest in den Grundzügen urteilsfähig war zu dieser Entscheidung. Die Angst vor einem freiwilligen Klinikaufenthalt war, dass sie bei Austrittswunsch gegen ihren Willen dort festgehalten würde, was für sie ein grosser Kontrollverlust wäre. Sie habe schon einmal so etwas erlebt bei einem Klinikaufenthalt. Zudem wäre in einer Klinik die Umgebung nicht in dem Mass keimfrei und kontrollierbar, wie sie es sich wünschte und ihre Katzen wären nicht versorgt, was sie übermässig belasten würde. Das waren rationale Befürchtungen, wobei die Patientin auch an irrationalen Ängsten litt, wie zum Beispiel, dass eine Medikation ihren Charakter verändern würde. Leider war ich nicht in der Lage, diese Ängste aus dem Weg zu räumen. Sie war auch überzeugt, dass sie tatsächlich verfolgt und beobachtet werde und dass die Medikamente deswegen gegen dieses Gefühl nicht helfen würden. Aufgrund ihrer realen Erfahrungen mit der IV konnte ich diese Angst nicht als irrational bezeichnen.

Aus unserer therapeutischen Sicht hätte sie von einer Medikation sehr profitieren können und sie wäre damit wahrscheinlich ihrem Ziel der Angstreduktion nähergekommen, da sie verschiedene Geschehnisse wahnhaft zu verarbeiten scheint. Mit der Zeit und zunehmender Stärkung der therapeutischen Beziehung öffnete sich die Patientin dahingehend, als dass sie mich von sich aus nach Informationen zu Medikamenten befragte und ich ihr eine Packung zur Inspektion mitbringen durfte. Leider konnte sie sich dann aber doch nicht zur Einnahme motivieren.

Die therapeutische Beziehung wurde aufgrund einer Beantragung des Ausbaus der Beistandschaft stark erschüttert. Uns Behandlern fiel auf, dass die Patientin mit administrativen Belangen, wie auch mit der Kommunikation mit den Sozialversicherungen und anderen heillos überfordert war. Wir befürchteten rechtliche und soziale Konsequenzen. Aufgrund der Tatsache, dass sie es nicht schaffte, die Lieferung der Nahrungsergänzung bis vor die Wohnungstür zu organisieren und jede Hilfe unsererseits ablehnte, befürchteten wir einen weiteren Gewichtsverlust. Die Patientin lehnte auch jegliche Kontaktaufnahme unsererseits mit ihrer Begleitbeiständin ab, welche bei diesen Belangen hätte unterstützend tätig sein können.

Ich versuchte mehrere Monate lang erfolglos, sie zur Kontaktaufnahme zu bewegen. Aufgrund der zunehmenden Gefährdung der Patientin (Gefahr des weiteren Gewichtsverlusts, Zunahme der eingeschriebenen Briefe durch Ämter) liess ich mich nach interner Fallbesprechung und nach reiflicher Überlegung von der Gesundheitsdirektion von der Schweigepflicht entbinden und nahm Kontakt mit der KESB auf, um einen Ausbau der Beistandschaft zu einer Vertretungsbeistandschaft zu empfehlen. Ich tat dies jedoch unter grösstmöglicher Transparenz der Patientin gegenüber. Sie nahm mir jedoch diese Handlung sehr übel und wertete sie als grossen Vertrauensbruch, was sie mir während mehreren Sitzungen klar, deutlich und sehr ausführlich mitteilte. So sei sie als Kind und Jugendliche immer eingesperrt gewesen und habe sehr hart für ihre Freiheit und Unabhängigkeit kämpfen müssen. Diese werde ihr nun womöglich aufgrund meiner Handlungen weggenommen.

Später berichtete die Patientin, sich durch meine Visiten und die intensive Unterstützung durch die Spitex deutlich entlastet und weniger isoliert zu fühlen, so dass es einen subjektiven Nutzen der etablierten Therapie gab. Nach sechs Monaten Therapie fing sie auch an, mich gelegentlich in Momenten grosser Verzweiflung telefonisch von sich aus und ohne Unterstützung durch die Spitex für stützende Gespräche zu kontaktieren, was ich als berührenden Vertrauensbeweis wertete.

3.2 Verlauf der Erkrankung

Es war bei dieser Patientin aufgrund ihrer starken Ängste, etwas falsch zu machen, und der daraus resultierenden Ablehnung standardisierter Testverfahren, nicht möglich, solche zu verwenden, um Diagnosen zu stützen oder allfällige Fort- oder Rückschritte unter der Therapie zu objektivieren. Allfällige Veränderungen waren jedoch der klinischen Beobachtung zugänglich. Ich bemerkte Veränderungen in der therapeutischen Beziehung hin zu mehr Vertrauen, bezüglich der Grunderkrankung ist zu sagen, dass sie sich klinisch nicht weiter verschlechterte. In Anbetracht der Dynamik der Erkrankung war das aus Sicht von uns Behandlern bereits ein Fortschritt.

4. Diskussion

Beim Aufbau der therapeutischen Beziehung half mir sehr, dass die Patientin mir gegenüber doch eine gewisse Offenheit zeigte. Zudem war mir die Denkweise als Klinische Ethikerin, wie auch die Grundhaltung als systemische Therapeutin mit dem Verständnis der ökologisch-systemischen Nische eine grosse Stütze. Mit Hilfe des deliberativen Modells der Arzt-Patient-Beziehung konnte ich der Patientin auf Augenhöhe begegnen, ganz im Sinne des systemischen Verständnisses der Klientenkompetenz, also der Klienten als Experten für das eigene Leben, die „entscheiden, welcher Weg für sie passt und dafür dann allerdings auch die Verantwortung tragen (Schwing und Fryszer 2017: 168). Dabei gehen Systemtherapeuten davon aus, „dass unsere Klienten über Ressourcen verfügen, die im Moment vergessen und verschüttet sind“ (Schwing und Fryszer 2017: 168), dies im Sinne einer Problemhypnose

oder Problemtrance, und dass diese Ressourcen zur Bewältigung des Problems aktiviert und genutzt werden können. Deswegen haben wir im Sinne des medizinethischen Prinzips der Fürsorge, wie auch im Sinne der Salutogenese sehr viel Zeit in die Ressourcenarbeit gesteckt.

Im Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung wird eindrücklich das Zusammenspiel der Prinzipien des Respekts vor der Autonomie und des Nicht-Schadens beschrieben: „Ziel ist es, unter Sicherstellung der erforderlichen Normen eine in den gesetzten Grenzen grösstmögliche Handlungsfreiheit zu ermöglichen“ (Schlippe und Schweitzer 2016: 203). ACT wird in den S3-Leitlinien bei schwerer psychischer Krankheit empfohlen, jedoch war ich unsicher, ob ein stationärer Aufenthalt nicht einen schnelleren Rückgang der quälenden Symptome bewirkt hätte bzw. ob meine Patientin sich nicht überschätzte und unser Setting nicht womöglich doch zur weiteren Chronifizierung der Erkrankung beitrug (entsprechend der eingangs beschriebenen Dilemmata auf Klienten- und Versorgungsebene nach Liégeois und Audenhove). Diese Gratwanderung bereitete mir bei meiner Patientin grosse Schwierigkeiten. Was war das optimale Vorgehen bei ihr? Dasjenige, mit der die Patientin sich im Hier und Jetzt einverstanden erklären konnte, oder dasjenige, welches eventuell in der Zukunft einen deutlich grösseren Nutzen bringen würde, aber auch die Gefahr in sich barg, das therapeutische Fundament zu zerstören? Das Prinzip der Doppelwirkung habe ich bei der Entscheidungsfindung – z.B. ACT oder Insistieren auf eine indizierte Klinikeinweisung – verwendet. So ist das Beharren auf eine indizierte Klinikeinweisung per se moralisch indifferent. Die Absicht bei der Einweisung wäre eine Verbesserung der Lebensqualität der Patientin bei ausgebauter Therapie. Der möglicherweise daraus entstehende Druck ist nicht Mittel zum Zweck des Verbesserns der Befindlichkeit der Patientin. Die Intention der Handlung ist alleine eine Verbesserung des Befindens der Patientin. Die Verbesserung des Befindens der Patientin ist moralisch gesehen mindestens so bedeutsam wie der in Kauf genommene entstehende Druck. Es wäre also nach diesem Prinzip moralisch vertretbar, auf einer Klinikeinweisung zu beharren.

Jedoch muss dabei die Wahrscheinlichkeit und die Unmittelbarkeit des drohenden gesundheitlichen und sozialen Schadens berücksichtigt werden. Je wahrscheinlicher und unmittelbarer der drohende Schaden, desto grösser wird der Handlungsbedarf, ganz im Sinne der Verhältnismässigkeit. Genau das ist aus meiner Sicht der wesentliche Unterschied zwischen der Beantragung des Ausbaus der Beistandschaft und der Wahl des Therapiesettings.

Ich möchte noch kurz auf Gerechtigkeitsaspekte in diesem Fall eingehen. Man könnte fragen, ob es gerechtfertigt ist, so viele knappe Ressourcen in eine massgeschneiderte Behandlung einer einzigen Person zu investieren (Ebene der politischen Entscheidungsträger nach Liégeois und Audenhove). Die Patientin hätte vom Krankheitsbild her bei selbstständiger Mobilität eine Indikation für die gleiche Therapie im Praxissetting. Im Sinne der Inklusion,

wie sie in der UN-Behindertenrechtskonvention beschrieben wird, ist es aus meiner Sicht unabdingbar, dass der Zugang zum Gesundheitssystem für Menschen mit Behinderung gewährleistet ist. Dann ist auch zu sagen, dass ein allfälliger stationärer Aufenthalt mit Sicherheit ein Mehrfaches eines ambulanten Aufenthalts kosten würde und wahrscheinlich wenig gebracht hätte (die letzte Hospitalisierung dauerte ca. 6 Monate ohne massgebliches Resultat).

Rückblickend stellt sich die Frage, wie ich die therapeutische Beziehung mit der Patientin trotz der Turbulenzen aufgrund des gegen ihren Willen eingereichten Antrags für einen Ausbau der Beistandschaft aufrechterhalten konnte. Ich glaube entscheidend war die absolute Transparenz, mit welcher wir voringen, sowie dass ihre grosse Wut, die sie wegen der Meldung empfand, Platz in mehreren unserer Sitzungen haben konnte, ohne dass es dann zu negativen Konsequenzen von meiner Seite kam.

5. Schlussfolgerung

In Anbetracht seiner Komplexität und seines Schweregrads war dies sicher ein aussergewöhnlicher und sehr herausfordernder Fall. In der Anwendung medizinethischer Prinzipien findet man ausgezeichnete Werkzeuge, um zu prüfen, ob Behandlungen, die eher aussergewöhnlicher Natur sind und welche nicht in das übliche Schema passen, moralisch gerechtfertigt werden können. Bei der Durchführung der Behandlung sind dann die psychotherapeutischen Werkzeuge wichtig, wobei die Anwendung medizinethischer Prinzipien auf die psychotherapeutische Arbeit besondere Früchte trägt. Mir bleibt insbesondere die Expertise des Klienten für sein eigenes Leben im Gedächtnis. Ich als Therapeutin muss die Therapiemethoden, die ich anbiete, sorgfältig wählen und regelmässig die Indikation dafür überprüfen, um sicherzustellen, dass ich dem Patienten nicht schade. Der Patient hingegen bestimmt, was seine Therapieziele sind und was ihm auf dem Weg dahin „etwas bringt“, kann aber nicht auf nicht-indizierte Therapien zu diesem Zweck bestehen. Urteilsfähige Patienten können jedoch indizierte medizinische Massnahmen ablehnen. Um es in die Worte von Schwing und Fryszer zu fassen: „Das kann im Einzelfall auch heissen, dass ich die Entscheidung eines Menschen achte, sich trotz aller fachlichen Angebote weiter zu schädigen und von mir als sinnvoll erachtete Verhaltensänderungen nicht zu vollziehen“ (Schwing und Fryszer 2017: 325).

6. Literaturverzeichnis

- Appelbaum, P. und T. Grisso (1988). Assessing Patients' Capacities to Consent to Treatment, in: *New England Journal of Medicine*, Jg. 319, Nr.25, S. 1635–1638
- Beauchamp T. und J. Childress (2019): *Principles of Biomedical Ethics*. 9. Auflage, New York: Oxford University Press
- Bengel J., R. Strittmatter und H. Willman (2001): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*, Erweiterte Neuauflage, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Böhler, A. (2020): *ZGB: Schweizerisches Zivilgesetzbuch und Nebenerlasse*, 12. Auflage, Basel: Helbing und Lichtenhahn
- Emanuel, E. und L. Emanuel (1992): Four models of the physician-patient relationship, in: *Journal of the American Medical Association*, Jg. 267, Nr.16, S.2221-2226.
- Everett, A. und Huffine, C., 2009. Ethics in Contemporary Community Psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*, Jg. 32 Nr. 2, S. 329-341
- Forster, R. (1997): *Psychiatriereformen zwischen Medikalisierung und Gemeindeorientierung. Eine kritische Bilanz*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Gühne, U., S. Weinmann, S. Riedel-Heller und T. Becker (2019): *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* 2. Auflage, Berlin: Springer
- Liégeois, A. und C. van Audenhove (2005): Ethical dilemmas in community mental health care, in: *Journal of Medical Ethics*, Jg. 31, Nr. 8, S.452-456)
- Rössler W. (2004): Supportive Psychotherapie. In: Wulf Rössler (Hrsg.) *Psychiatrische Rehabilitation*, Berlin: Springer
- Schlippe, A. von und J. Schweitzer (2009): *Systemische Interventionen*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Schlippe, A. von und J. Schweitzer (2016): *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I*, 3. Auflage, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2019): *Urteilsfähigkeit in der Medizinischen Praxis*, Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
- Schwing, R. und A. Fryszler (2017): *Systemisches Handwerk - Werkzeug für die Praxis*, 8. Auflage, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Shazer, S. de (2012): *Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie*, 12. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta
- Willi, J. (2005): *Ökologische Psychotherapie*, Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag