

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Selbstbestimmung bei Klient*innen mit affektiven Störungen

Das Betreuungsrecht stellt die Selbstbestimmung der Klient*innen in das Zentrum des betreuenden Handelns. Was, wenn die Annahme besteht, dass die Selbstbestimmung aufgrund einer affektiven Störung beeinträchtigt ist? Wann ist ein Eingriff erforderlich? Der folgende Beitrag basiert auf einer Intensiv-Arbeitsgruppe des Autors mit Prof. Dr. Martin Ohlmeier auf der BdB-Jahrestagung 2024 zum Thema „Selbstbestimmung bei Klient*innen mit Affektiven Störungen (Depression – Manie – bipolare Störungen)“.

Was verbirgt sich hinter den Begriffen? Was geht in den Klient*innen vor – oder – wie „ticken“ sie? Welche Risiken bestehen? Wann gilt es, besonders wachsam zu sein? Viele Fragen, die sich nicht vollständig beantworten lassen, mit den Betreuer*innen aber immer wieder konfrontiert sind. Dieser Artikel unternimmt den Versuch einer Annäherung. Warum? Betreuer*innen arbeiten mit Menschen. Diese sind nicht bis ins Letzte „berechenbar“ und insofern bleibt der Mensch an sich der größte Risikofaktor. Ich gehe von allgemeiner Zustimmung für die These aus, dass wir, die Betreuer*innen, häufig die Risiken unserer Klient*innen kennen und erkennen. Das nützt jedoch wenig, wenn es uns nicht gelingt, die Klient*innen zu eben dieser Erkenntnis hinzuführen. Die Ursachen hierfür sind vielfältig und oft nicht von uns beeinflussbar. Das Verhalten von Menschen wird bestimmt durch Persönlichkeit und Affekte. Personen mit affektiven Störungen leiden am Unvermögen, diese Affekte zu relativieren. Zur Verdeutlichung werden die Begriffe kurz beschrieben:

Persönlichkeit

- Als Persönlichkeit bezeichnet man in der Psychologie das für ein Individuum charakteristische Muster des Denkens, Fühlens und Handelns.
- Persönlichkeit meint damit die Gesamtheit aller Eigenschaften (Dispositionen) eines Menschen, durch die er sich von anderen Menschen unterscheidet.
- Insbesondere bezieht sich der Begriff auf die Verhaltensweisen eines Menschen, aus denen eine individuelle Kombination von Merkmalen entsteht (Stangl, W., 2022).

Persönlichkeitsentwicklung

- Persönlichkeitsentwicklung bedeutet Veränderung der Persönlichkeit über die gesamte Lebensspanne.

- Entscheidend sind hier insbesondere die frühen Entwicklungsphasen.
- Selbstbestimmung ist dabei elementarer Bestandteil einer reifen Persönlichkeit und letztlich Voraussetzung psychischer Integrität und Gesundheit (Ohlmeier, M., 2024).

Das bedeutet, dass die Fähigkeit, Affekte zu steuern und zu beherrschen, wesentlich von der Persönlichkeit und der Persönlichkeitsentwicklung abhängen.

Affekte

- Affekte sind einschließende heftige Gefühle, die meist körperlich deutlich erlebbar sind, sie gehen mit hoher psychischer Erregung einher und rufen meist eine soziale Reaktion hervor.
- Affekte sind das Ergebnis unbewusster emotionaler Verarbeitungsprozesse, wobei diese häufig als diffuse Zustände erlebt werden, die sich in körperlichen Reaktionen zeigen können, etwa in Anspannung, einem Druck in der Brust oder in einer Verkrampfung.
- Ein bewusster Zugang zum Auslöser besteht bei den Affekten im Gegensatz zu Emotionen zumeist nicht, denn Emotionen beinhalten in der Regel kognitive Verarbeitungsprozesse. Sie beziehen sich meist auf einen konkreten biografischen Kontext, sodass sie dem Bewusstsein zugänglich sind. Emotionen besitzen im Gegensatz zu Affekten meist Zwischentöne und gehören zu den herausragenden menschlichen Spezifitäten. Der Begriff des Affekts wird auch sehr unterschiedlich definiert, doch meist versteht man darunter ein intensives, relativ kurz dauerndes Gefühl. In der weitesten Bedeutung wird jede emotionale Regung als affektiver Prozess bezeichnet. Affektive Störungen (mood disorders) sind psychische Störungen (z. B. Major Depression, bipolare Störung), die durch emotionale Extreme charakterisiert sind.

(Stangl, 2024).

SELBSTBESTIMMUNGSRECHT UND FREIER WILLE

Die Schwierigkeit in der Betreuung besteht darin, zu erkennen, wann Klient*innen durch eine affektive Störung in ihrer freien Willensbildung eingeschränkt sind oder diese vielleicht auch vorübergehend aufgehoben ist. Wann also ist es angezeigt, dass Betreuer*innen den Klient*innen eine Entscheidung aus der Hand nehmen und vertretend oder auch gegen den Willen der Klient*innen entscheiden? Wann ist davon auszugehen, dass es zu selbst- oder fremdgefährdenden Handlungen kommen kann? Artikel 2 des Grundgesetzes besagt: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.“ (2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich.“ Der deutsche Gesetzgeber setzt den freien Willen des erwachsenen Menschen voraus: Die freie Willensbestimmung kann nur im Zustand der Bewusstlosigkeit oder „krankhafter [oder vorübergehender] Störung der Geistestätigkeit“ dauerhaft oder vorübergehend unmöglich sein (mit Folge der Geschäftsunfähigkeit) (§ 104 BGB). Auch in § 1814 Abs. 2 BGB nimmt der Gesetzgeber Bezug auf diese Fiktion. An dieser Stelle nur der Hinweis, ohne ins Detail gehen zu können: Oftmals wirken sich affektive Störungen auf mehrere Aufgabenbereiche aus, womit sich die Anforderungen an betreuendes Handeln zweifelsohne erhöhen.

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN UND AUSWIRKUNGEN AUF DEN FREIEN WILLEN

Durch eine krankhafte oder vorübergehende Störung der Geistestätigkeit in Folge einer psychischen Erkrankung kann es zu Beeinträchtigungen des freien Willens kommen.

AUTOR

FRED REHBERG

arbeitet seit 1999 als Berufsbetreuer in Berlin und ist Mitglied im BdB-Bundesvorstand. Zudem leitet er im Verband die Bundesarbeitsgemeinschaft „Mitglieder gewinnen und binden“.

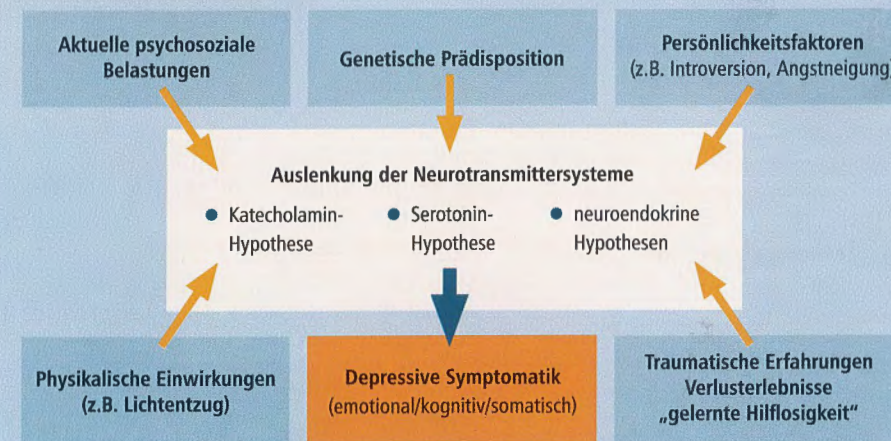


Abb. 1: Multifaktorielle Ätiopathogenese depressiver Erkrankungen (nach Laux, 2001)

Affektive Störungen (Depression – Manie – Bipolare Störung)

Betreuer*innen sind in der Regel medizinische Lai*innen, was es ihnen oftmals schwer macht, die Zeichen einer affektiven Störung zu erkennen und die richtigen Schlüsse aus dem Verhalten der Klient*innen zu ziehen. Deshalb ist es sinnvoll, sich die wichtigsten Symptome anzusehen. Aus medizinischer Sicht ist die Depression eine ernste Erkrankung, die das Denken, Fühlen und Handeln der betroffenen Personen tiefgehend beeinflusst, mit Störungen von Hirn- und anderen Körperfunktionen einhergeht und erhebliches Leiden verursacht. Menschen, die an einer Depression erkrankt sind, können sich selten allein von ihrer gedrückten Stimmung, Antriebslosigkeit und ihren negativen Gedanken befreien. Aber es gibt gute und effektive Möglichkeiten der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung. Die umgangssprachliche Verwendung des Begriffs Depression kann irreführend sein. Wenn ein an Depression erkrankter Mensch

oder die Angehörigen annehmen, Freudlosigkeit, gedrückte Stimmung und Hoffnungslosigkeit seien nachvollziehbare Reaktionen auf bestehende Lebensprobleme und nicht Ausdruck einer eigenständigen, behandelbaren Erkrankung, so ist das Risiko groß, dass keine professionelle Hilfe (eines*iner Ärzt*in oder Psychotherapeut*in) gesucht wird. Eine Depression im medizinischen Sinne ist aber wie jede andere Erkrankung auch behandlungsbedürftig. Sie ist durch bestimmte Krankheitszeichen (Symptome) gekennzeichnet. Treten diese über mindestens zwei Wochen auf, wird die Diagnose Depression gestellt (deutsche-depressionshilfe.de).

Depressive Erkrankungen haben nach Laux, neben einer genetischen Disposition, innere und äußere Faktoren. Die innere Disposition wird beschrieben mit Introversion und Angstneigung. Traumatische Erfahrungen, Verluste/Verluste, psychische Belastungen und z.B. Lichtentzug werden als äußere Faktoren genannt. Suizid-

gedanken und -impulse (Suizid = lateinisch Selbsttötung) sind ein sehr häufiges Symptom bei Depression und machen sie oft zu einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Menschen mit Depression erleben nicht nur großes Leid, sondern haben auch durch die Erkrankung jegliche Hoffnung verloren. Sie glauben nicht daran, dass ihnen geholfen werden kann und sich ihr Zustand je wieder bessert. Um diesem als unerträglich empfundenen Zustand zu entkommen, kann der Wunsch entstehen, nicht mehr leben zu wollen. Wichtig: Wer an Suizid denkt oder gefährdete Menschen kennt, sollte umgehend ärztliche Hilfe suchen. Die Erkrankung Depression unterscheidet sich von Mensch zu Mensch, sie hat „viele Gesichter“. Es gibt also nicht nur eine einzige Diagnose für Depression. Die häufigsten Erkrankungsformen sind:

- Unipolare Depression mit einer oder wiederkehrenden depressiven Episoden (sogenannte rezidivierende Depression) und einer dysthymischen Störung
- Bipolare affektive Störung (manisch-depressive Erkrankung)

Liegen mindestens drei der folgenden Merkmale vor und ist die Stimmung während mindestens einer Woche ungewöhnlich gehoben bzw. gereizt und stellt eine schwere Beeinträchtigung der Lebensführung dar, spricht man von einer Manie:

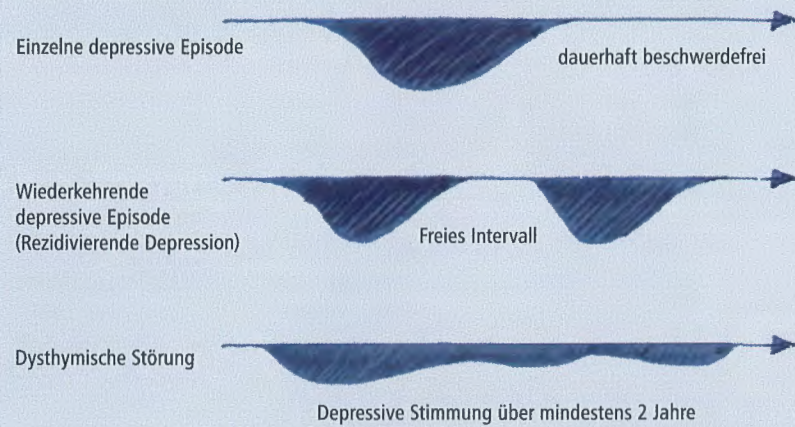
- gesteigerte Aktivität
- Ruhelosigkeit
- Rededrang
- Ideenflucht
- Gedankenrasen
- Verlust sozialer Hemmungen
- vermindertes Schlafbedürfnis
- überhöhte Selbsteinschätzung

SYMPTOME DEPRESSIVER ERKRANKUNGEN

Subjektive körperliche Symptome	Psychotische Symptome	Motorische und vegetative Symptome	Kognitive Symptome	Gefühlssymptome
<ul style="list-style-type: none"> • z.B. Schmerzen • Verdauungsbeschwerden • Schwächegefühl • Herzbeschwerden 	<ul style="list-style-type: none"> • Wahn • Halluzinationen • Verwirrtheit • Desorganisiertes Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlangsamung/Agitation • Völlige Hemmung • Appetitmangel/Essanfälle • Schlafstörungen • Sexuelle Dysfunktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Konzentrationsstörungen • Aufmerksamkeitsstörungen • Gedächtnisstörungen • Kognitive Verlangsamung 	<ul style="list-style-type: none"> • Gedrückte Stimmung • Gefühllosigkeit • Selbstabwertung • Angst

(Ohlmeier, M., 2024)

UNIPOLARE DEPRESSION



BIPOLARE AFFEKTIVE STÖRUNG



Abb. 2: Verschiedene Depressionsdiagnosen (deutsche-depressionshilfe.de)

- Ablenkbarkeit
 - ständiger Wechsel von Aktivitäten
 - tollkühnes oder rücksichtsloses Verhalten
 - gesteigerte Libido
- (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen)

Die Prävalenzraten (Häufigkeiten) psychiatrischer Notfälle sind hoch

- Inzidenz im Notarztendienst: zehn bis 15 Prozent, Tendenz der vergangenen Jahre zunehmend und damit dritt- bzw. zweithäufigste Einsatzursache
- Einsatzort: 50 Prozent private Wohnungen, 30 Prozent im Freien
- Patient*innen: am häufigsten Männer zwischen 18 und 39 Jahren, grundsätzlich aber beide Geschlechter in allen Altersgruppen

Die wichtigsten psychiatrischen Notfälle

- psychomotorische Erregungszustände
- Angst- und Panikstörungen
- Bewusstseinsstörungen und Delir
- floride psychotische Zustände (Stupor, Katatonie)
- Intoxikationen durch Rauschmittel, Medikamente
- durch Psychopharmaka induzierte Notfälle – Neuroleptika: (Früh-)Dyskinesien, malignes neuroleptisches Syndrom etc.

– Opiode (L-Methadon, L-Polamidon): Bewusstseinsstörung, Atemdepression etc.

- akute Suizidalität (!)

(Bernhard/Pajonk/Gries 2005)

Suizidalität

Die Statistik weist Suizid mit Abstand als die häufigste unnatürliche Todesursache in Deutschland aus (siehe Tabelle Seite 17). In Deutschland steigt die Suizidrate bzw. das Suizidrisiko mit dem Lebensalter (sog. „Ungarische Muster“). In allen Altersgruppen sterben deutlich mehr Männer durch Suizid als Frauen (s. Abb. 3). Beträgt die Suizidrate 2020 bei 20- bis 25-jährigen Männern noch 10,8 (Frauen 3,1), steigt sie bei den 85- bis 90-jährigen Männern auf 73,0 (Frauen 12,6). Die Zahlen unterstreichen die Bedeutung der Suizidprävention. Kontaktpersonen von suizidgefährdeten Menschen sind oft unsicher, welche Anzeichen auf Suizidalität hindeuten. Suizidalität ist immer ein Hinweis auf eine sehr große seelische, innere Not. Wissenschaftler*innen gehen davon aus, dass sehr viele Menschen, die durch einen Suizid sterben, zu diesem Zeitpunkt an einer psychischen Erkrankung litten. Aber das erklärt nicht allein, warum ein Mensch sich das Leben nimmt. Vielfältige andere Faktoren, wie z.B. Lebenskrisen, körperliche Erkrankungen oder belastende Lebensereignisse, spielen hierbei ei-

ne Rolle. Es ist wichtig, Suizidalität nicht auf eine Ursache zurückzuführen. Es gibt Warnsignale, die uns helfen können, auf einen Menschen, dem es nicht gut geht und der Suizidgedanken entwickelt, aufmerksam zu werden. Ebenso wissen wir heute bereits gut, welche Risikofaktoren für die Entstehung suizidalen Verhaltens eine Rolle spielen.

Typische Warnsignale

- Veränderungen des Äußeren (z.B. dunkle Kleidung)
- sozialer Rückzug
- Änderungen von wichtigen Gewohnheiten, Vernachlässigung von Ernährung und Körperpflege
- direktes oder indirektes Ansprechen von Suizidgedanken
- krisenhafte Zustände (z.B. Lebensereignisse) mit Auswirkungen auf Stimmung, Schlaf, Verhalten
- risikoreiches Verhalten
- Verabschiedungen/Verschenken, Testament

Risikofaktoren

- frühere Suizidversuche
 - stark belastende Lebensereignisse (z.B. Trennungen, Umzüge, Jobverlust, Flucht)
 - psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Suchterkrankungen, Schizophrenien u.a.)
 - körperliche Erkrankungen (besonders mit chronischen Schmerzen)
 - Suizide in der Familiengeschichte
 - wenige oder keine sozialen Kontakte bzw. Bindungen
 - höheres Lebensalter
 - männliches Geschlecht
- (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention)

ZUSAMMENFASSUNG

Klient*innen mit psychischen Erkrankungen machen einen wesentlichen Teil der Betreuungen aus. Die affektiven Störungen in ihrer Unterschiedlichkeit führen auch zu „Störungen“ im Ablauf der Betreuungen. Wie sieht eine angemessene Reaktion des*der Betreuer*in aus, wenn er oder sie Anzeichen affektiver Störungen bemerkt oder diese angezeigt bekommt? Insbesondere sozialer Rückzug und gedankliche Einengung sind nur erkennbar, wenn eine gewachsene Beziehung zwischen Betreuer*in und Klient*in besteht. Die Mutlosigkeit und der scheinbare Pessimismus an Depression erkrankter Menschen sind mitunter schwer zu ertragen. Häufig ist das komplementäre Hilfesystem näher

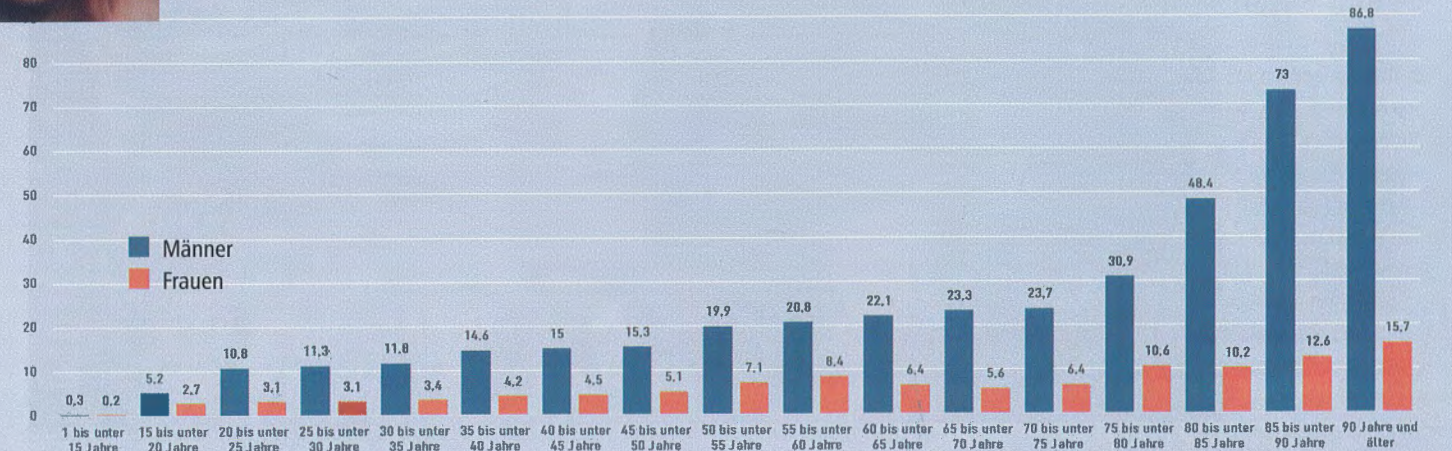


Abb. 3: Suizide pro 100.000 Einwohner*innen 2020 nach Lebensalter (Statistisches Bundesamt)

dran an den Klient*innen als es Betreuer*innen sein können. Die hier Mitarbeitenden müssen geschult sein, die Zeichen von einlaufender Depression und aufkommender Suizidalität zu erkennen. Im Zusammenwirken der Systeme ist Unterstützung und Hilfe für die Klient*innen möglich. Depressionen als Hauptursache von Suizidalität sind gut therapierbar. Verschiedene Konzepte in Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie (tiefenpsychologische Psychotherapie/Verhaltenstherapie) sind geeignet, Klient*innen wirksam zu schützen. Problematisch ist, dass diese, aus welchen Gründen auch immer, oft nicht in der Lage sind, therapeutische Angebote anzunehmen. Antriebslosigkeit, Mutlosigkeit, Psychiatrieerfahrung und der momentane Eindruck, das mache alles keinen Sinn, stehen einer Entscheidung der Klient*innen für eine Behandlung entgegen. Im schlimmsten Fall wird die Einweisung in eine psychiatrische Klinik erforderlich. Ambulante Therapien stehen nicht ausreichend zur Verfügung, und wenn, dann mit langen Wartezeiten.

UNNATÜRLICHE TODESURSACHEN 2020	
Illegale Drogen	1.581 ¹
Mord	280 ¹
Totschlag	1.994 ¹
Verkehrsunfälle	2.724 ¹
AIDS	~380 ²
Suizid	9.206 ¹

Quelle: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, ¹ Statistisches Bundesamt, ² Robert Koch Institut

Anders als depressive Klient*innen „mischen“ manische Klient*innen den Alltag von Betreuer*innen richtig auf. Selbst wenn sie gerade nicht durch das Büro fegen wie ein Tsunami, sorgen sie für reichlich Beschäftigung, indem sie ihr Umfeld in Atem halten. Angehörige, Nachbar*innen, Vermieterinnen, Arbeitgeber (WfbM eingeschlossen), Banken, Ärzt*innen – die Aufzählung ist beliebig fortsetzbar – wenden sich an den*die Betreuer*in mit der Aufforderung, „etwas zu tun“. In illustren Bildern schildern sie die Handlungen, die als lästig, übergriffig, störend bis gefährlich erlebt werden. In diesen Situationen ist eine Selbstgefährdung in den meisten Fällen nicht unmittelbar gegeben, wengleich manische Klient*innen ein hohes Risiko haben, infolge eines Kreislaufkollapses (Schlaflosigkeit, Antriebssteigerung, Größenfantasien) Schaden zu erleiden. Vermögensschäden sind dabei nahezu nicht vermeidbar. Sie wären für sich auch kaum ein Grund für eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik. Klient*innen erleben in manischen Phasen Euphorie, Größenwahn, Enthemmung. Das wirft die Frage auf, wie es Betreuer*innen gelingt, sie zu erreichen und sie zu einer Behandlung zu bewegen. Ich mag falsch liegen, aber: Mir ist es bislang nicht gelungen, Klient*innen ohne klinische Unterbringung zu einer Behandlung zu bewegen. Der reguläre Weg zu einer Unterbringung ist zeitaufwändig. Nach dem Antrag auf Genehmigung der Unterbringung (§1831 BGB) gibt das Gericht ein Gutachten in Auftrag, das die Notwendigkeit der Unterbringung festzustellen hat. Zur Begutachtung muss der*die Gutachter*in den*die Klient*in antreffen. Nach der Anhörung, wenn diese denn irgendwie zustande gekommen ist, können Betreuer*innen tätig werden und eine Unterbringung in Vollzug setzen. So lange klingelt bei

der*dem Betreuer*in regelmäßig das Telefon, und Personen aus dem Umfeld berichten regelmäßig über Fehlhandlungen der Klient*innen. Sie erhoffen sich Hilfe. Sozialpsychiatrische Dienste, Polizei und Ordnungsbehörden haben die Möglichkeit, unverzüglich zu handeln und die Klient*innen in eine psychiatrische Klinik einzuweisen. An dieser Stelle können Betreuer*innen sofort übernehmen (§ 1831 BGB). Es bleibt am Ende ein Tanz auf dem Vulkan.

LITERATUR

- Bernhard, M./Pajonk, F.-G./Gries, A., Arbeitskreis Notfallmedizin, Klinik für Anästhesiologie, Universität Heidelberg, Protokoll vom 01.06.2005
- Deutsche Depressionshilfe <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/ursachen-und-ausloeser> (letzter Abruf: 02.08.2024)
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) <http://dgbs.de/bipolare-stoerung/symptome/> (letzter Abruf: 15.07.2024)
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) <https://www.suizidprophylaxe.de/suizidalitaet1/allgemeine-informationen/> (letzter Abruf: 15.07.2024)
- Laux, G. (Hrsg.) (2001): Depression 2000, Springer
- Ohlmeier, M. (2024): Präsentation BdB-Jahrestagung Mannheim, 03.05.2024
- Stangl, W. (2024): Affekt. Online Lexikon für Psychologie & Pädagogik. <https://lexikon.stangl.eu/991/affekt/> (letzter Abruf: 15.07.2024)
- Stangl, W. (2022): Persönlichkeit – Online-Lexikon für Psychologie und Pädagogik