



Wenn Gewürze töten können – Intellektuelle Beeinträchtigung, Verhaltensstörung und lebensbedrohliche Erkrankung. Eine Fallvignette.

Susanne Pilz¹, Stefan Möller², Petra Born³, Beate Eusterschulte⁴
Vitos Klinik für Forensische Psychiatrie Gießen



Setting und Patientengruppe

Konzeptionell wird auf einer Station mit mittelgradiger Sicherung für leicht- und mittelgradig intelligenzgeminderte Straftäter/innen (überwiegend Körperverletzung, Brandstiftung) an der Gemeinschaftsfähigkeit und an der Erweiterung der Selbstwirksamkeit gearbeitet. Neben Belohnungskonzepten zur Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen, die für künftige Wohnheime als essentiell identifiziert sind, kommt der Herstellung der Zufriedenheit der Patient/-innen eine große Bedeutung zu, da intramurale Zwischenfälle auf diese Weise am effektivsten verhindert werden können. Zwischenfälle sind darüber hinaus Prädiktoren für eine signifikante Verlängerung der Behandlungsdauer und erschweren die Suche nach Wohnheimperspektiven.

Herr Schmidt *2004

Biographie

- Übernahme aus Jugendforensik mit Erreichen der Volljährigkeit.
- Diagnosen in der Vorgeschichte: leichte Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung (F70.1), mittelgradige Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung (F71.1).
- Einweisungsdelikt: massiv gewalttätiger Zwischenfall in einer Kinderklinik. Zuvor 12 Delikte ab einem Alter von 14 Jahren.
- 3. von 3 Kindern konsanguiner Eltern einer ethnischen Minderheit und Angehöriger der Religionsgemeinschaft Zeugen Jehovas.
- Geburt per Notkaiserschnitt wegen Nabelschnurumschlingung, fraglicher Sauerstoffmangel, seit Geburt kongenitales nephrotisches Syndrom vom finnischen Typ.
- Ab dem Alter von 2 Jahren Dialysepflicht.
- 2 Nierentransplantate in der Vergangenheit, beide Transplantate abgestoßen.
- Massive Verhaltensstörung, ab dem 3. Lebensjahr.
- Fremdplatzierung, Heimunterbringungen und Betreuung durch beide Elternteile, die inzwischen getrennt waren, wechselten sich ab.
- Ab dem 5. Lebensjahr zeigte Herr Schmidt massive verbale Sexualisierungen, sprengte alle ihm gesetzten Grenzen und war trotz hohem Betreuungsumfang in keinem Setting führbar. Wegen der Dialyse gelang ein Schulbesuch, zu dem Herr Schmidt mit dem Taxi gebracht wurde, nur in Ansätzen. Wenn Herr Schmidt keine Lust zur Schule hatte, dann ließ er sich mit dem Taxi abholen. Anschluss an eine Peer-Group fand er nicht.

Behandlung

- Im Urteil wurde auf verminderte Steuerungsfähigkeit aufgrund der Intelligenzminderung abgestellt.
- Aktuelle Diagnosen: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10/-11: F90.1/6A05), Lernbehinderung (ICD-10/-11: R41.8/6A03) und dialysepflichtige chronische Niereninsuffizienz (ICD-10/-11: N18.5/KC01&XT8W).
- Deliktdynamik: Bei 12 Taten handelte es sich um die gezielte Durchsetzung finanzieller Bedürfnisse bei ausgewählten körperlich unterlegenen Opfern und bei einer Tat um einen schweren Wutausbruch gegen Polizeibeamte/-innen, die ihn begrenzen wollten (während Behandlung in der Kinderklinik). Er schnippte diesen Zigarettenkippen ins Gesicht und versuchte, nach deren Waffen zu greifen.
- Etablierung einer effektiven medikamentösen Strategie und eines Wach- und Sicherheitsdienstes zur Kontrolle der Verhaltensstörung.
- Durchgängige Verhaltensprobleme und Regelverstöße sowie dissoziales, erpresserisches Verhalten zur Durchsetzung von Interessen:
 - u.a. Manipulation oder Herausziehen des Katheters, um notfallmäßige Krankenhauseinweisungen zu erzwingen.
 - Herbeiführen von Entzündungen an der Kathetereintrittsstelle.
 - Häufige, längere stationäre Behandlungen, jeweils bewacht im 3-Schicht-Betrieb durch die Station.
- Besondere Behandlungsprobleme:
 - Unterbrechung aller Behandlungsbemühungen durch wochenlange interkurrente Behandlungen.
 - Ungenügende Kooperationsbereitschaft während der Dialysen und der Krankenhausaufenthalte: Wiederholte Ermahnungen durch Ärzte/-innen, ansonsten den Tod zu riskieren. Erpresserisches Verhalten zur Bedürfnisbefriedigung (der Oberarzt holte eine Pizza), Rauchen wurde liegend in Begleitung mehrerer Fachkräfte im Außenbereich ermöglicht.

Entlassung

- Durch forcierte Planung konnte ein Platz in einem kleinen Intensiv-Pflegeheim gefunden werden.
- Nach 3 Monaten Entlassungserprobung äußerte Herr Schmidt nach einem Telefonat mit der Mutter um Weihnachten herum Heimweh. Er ließ sich mit unklaren Herzbeschwerden in ein Krankenhaus einweisen und fuhr von dort mit dem Taxi zu McDonalds. Zuvor hatte ihn der Vater besucht und ihm unbemerkt Geld zugesteckt.
- Zwei Wochen später entwich Herr Schmidt aus dem Wohnheim zu seinem Vater. Der Vater kooperierte mit der Klinik und ließ seinen Sohn mit der Polizei zurückbringen. Nach Besprechung, Ermahnung und leichter Veränderung der Absprachen nach 2 Wochen Rückkehr in das Wohnheim.
- Noch am selben Abend um 20 Uhr gewalttätige Angriffe auf Mitarbeitende und Rückführung in die Klinik.
- Auf Befragen zum Grund der Entweichung, er habe keine Freunde in dem Wohnheim. Zum Grund der Tötlichkeiten, er habe Herzschmerzen gehabt. Man habe sich nicht gut um ihn gekümmert. Außer Rauchen habe er nichts machen dürfen.
- Es lässt sich alternativ bislang keine adäquate Versorgung dieser schwierigen und komplexen Problematik außerhalb der Forensik finden.

Schlussfolgerungen und Fragen

Über das Paradox einer Belastung durch ein Leben in Freiheit

- Paradoxie: Die Freiheit hat das Störungsbild verstärkt, die Rücknahme der Freiheit hat die Situation beruhigt. Das Leben in Unfreiheit ist entlastender als ein Leben in Freiheit.
- Die derzeitige Unterbringung auf einer hochgesicherten Station führt zu einer deutlichen Beruhigung der Situation.
- Ansatz des Good-Lives-Modell ist wegen der komplexen Problematik nicht realistisch. Für den Patienten „lohnt“ sich Compliance nicht, da er seinen Tod vor Augen hat.
- Sowohl die Krankheits- als auch die Legalprognose sind ungünstig. Der Patient hat keine Hoffnung auf eine Verbesserung seiner Situation. Er lebt in einer unkontrollierbaren, bedrohlichen Situation. Die Erkrankung hat die Qualität eines „Traumas“.
- In den 18 Jahren vor Klinikaufnahme konnte der Patient mangels angemessener Angebote nicht adäquat behandelt/betreut werden. Es gab und gibt keine Angebote in der medizinisch-psychiatrischen Versorgungslandschaft für diese Gruppe. In jedem Setting erwies er sich als „Systemsprenger“.

Therapiezielhierarchisierung

- Die Dialektisch-behaviorale Therapie von Linehan (DBT) kann bei schwerwiegenden psychophysischen Behandlungslagen, die die Qualität eines Traumas haben, einen Arbeitszugang durch Priorisierung der Problembereiche in der Therapie herstellen:
 - ↓ Suizidales und parasuizidales Verhalten
 - ↓ Therapiegefährdendes Verhalten
 - ↓ Verhalten, das die Lebensqualität beeinträchtigt.
- Nur nach Bearbeitung der aktuellen Ebene, kann auf die nächste Ebene gewechselt werden. Im Falle von Herrn Schmidt kommt man über die ersten beiden Ebenen nicht hinaus.
- Das Behandlersteam erlebt Hilflosigkeit angesichts fehlender Möglichkeiten zur Hilfestellung und Verhaltenskorrektur. Die Konzepte der DBT können Entlastung für das Team schaffen.
- Der Patient kann das Trauma einer lebensbedrohlichen Erkrankung nicht bearbeiten. Er reproduziert das Trauma mit parasuizidalen und suizidalen Handlungen.

Linehan, M.M., 1993, Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline-Personality Disorder, New York, Guilford Press.

Ethische Aspekte

- Nachdem der Versuch, durch die Verlegung in ein Heim die Qualität der verbleibenden Lebenszeit zu verbessern, gescheitert ist: Gibt es weitere Ansätze, die die schwere somatische Komorbidität, die Lernbehinderung und die Verhaltensstörung berücksichtigen können?
- Der Patient „sprengt“ seit dem 4. Lebensjahr jedes auf ihn zugeschnittene Versorgungsangebot. Gibt es für diese Personengruppe überhaupt ein definiertes/systematisches Versorgungsangebot?
- Fehlplatzierung in der Forensik vs. gemeindepsychiatrischer Versorgungsauftrag der Forensik?
- Der Spannungsbogen zwischen forensischem Auftrag und lebensbedrohlicher Erkrankung bei therapierefraktärer Versorgung und entsprechend verkürzter Lebenserwartung ist Thema einer Ethikberatung.

1 Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin
2 Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
3 Dr. phil., Dipl.-Psychologin
4 Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie