

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DER SCHWIERIGE PATIENT

Teil 1: aus psychiatrischer Sicht

Schwierig, ein schwieriger Begriff mit vielen Facetten. Dabei kennt jeder schwierige Situationen und sogar schwierige Menschen. Aber was ist beispielsweise ein schwieriger Patient, und das noch aus psychiatrischer Sicht? Darüber diskutieren sogar die Experten – und zwar kontrovers. Nachfolgend deshalb eine Kurzfassung zum Thema schwierig, was heißt das, etymologisch, im allgemeinen Verständnis, als wissenschaftliche Definition, in Bezug auf den schwierigen Patienten aus psychiatrischer Sicht (einschließlich historischer Entwicklung) usf. Wer gilt als schwieriger Patient, d. h. welche Krankheitsbilder bzw. Diagnose, und dann konkret wie häufig, mit welchen Schwerpunkten auf Geschlecht und Alter? Schließlich: Gibt es charakteristische Verhaltens-Auffälligkeiten, die sich besonders im Arzt-Patient-Verhältnis, aber auch bezüglich Pflegepersonal, Behörden, vor allem aber Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, Arbeitsplatz u. a. erkennen lassen? Und wenn ja, was kann man dagegen tun: medikamentös, psychotherapeutisch, soziotherapeutisch, vor allem aber zwischenmenschlich? Und am Schluss: Wie wird man als Therapeut damit fertig? Was sollte man tun, wo beginnt das Verständnis und wo endet die Nachsicht? Und vor allem: Hat das für die Therapeuten bestimmte Konsequenzen, was ihre eigene seelische Gesundheit anbelangt? Der schwierige Patient aus psychiatrischer Sicht – ein schwieriges Kapitel für beide Seiten.

Erwähnte Fachbegriffe:

Schwierig – schwieriger Mensch – schwieriger Patient – schwierig aus etymologischer Sicht – schwierig und sinn-verwandte Worte – der schwierige Patient aus psychiatrischer Sicht – der schwierige Patient aus psychiatrie-historischer Sicht – Psychiatrie-Geschichte und schwieriger Patient – Gesellschaft und schwieriger Mensch – Gesellschaft und schwieriger psychisch Kranker – Definition von „schwieriger Patient“ – Belastungs-Faktoren bei schwierigen Patienten – Häufigkeit schwieriger Patienten – Alter schwie-

riger Patienten – Geschlecht schwieriger Patienten – psychosoziale Charakteristika schwieriger Patienten – Ursachen schwieriger Patienten – Diagnosen schwieriger Patienten – Krankheitsbilder schwieriger Patienten – charakteristische Verhaltens-Auffälligkeiten schwieriger Patienten – Non-Compliance schwieriger Patienten – Therapie-Resistenz schwieriger Patienten – aggressives Verhalten schwieriger Patienten – Kritik am Begriff schwieriger Patient – Kritik an der Definition schwieriger Patient – high utilizer – heavy user – Therapie schwieriger Patienten – Psychopharmakotherapie schwieriger Patienten – Psychotherapie schwieriger Patienten – psycho-edukative Behandlungs-Strategien schwieriger Patienten – psychosoziale Therapieverfahren schwieriger Patienten – sozialpsychiatrische Aspekte schwieriger Patienten – Stigmatisierungs-Gefahr schwieriger Patienten – Therapeut und schwieriger Patient – u.a.m.

Schwierige Menschen. Jeder kennt mindestens einen, die meisten sogar mehrere. Sie gab es, sie gibt es, sie wird es immer geben: beide Geschlechter, alle Altersstufen, jeder Zivilstand, jede soziale Schicht, jeder Bildungsstand – und natürlich in jeder Nation das gleiche. Schwierige Menschen – ein unendliches Thema.

Am meisten klagen darüber jene, die mit Menschen Kontakt haben – nachvollziehbarerweise. Aber auch die zurückgezogen Lebenden kennen Beispiele. Die Kontakt-Häufigkeit spielt sicher eine Rolle, aber ausgenommen ist niemand.

Von den eher häufigen bzw. alltäglichen Kontakt-Situationen bzw. -Berufen besonders betroffen, d. h. durch negative Ereignisse belastet, sind Verkäufer, vor allem Verkäuferinnen, nicht zuletzt an der Kasse, Busfahrer, Polizisten, die Angestellten in entsprechenden Behörden und noch viele mehr, die sich hier nicht finden, aber „davon ein Lied singen können“. Und die helfenden Berufe.

Es ist eigenartig: Warum werden Schwestern, Pfleger, Sozialarbeiter und sogar Psychologen und Ärzte immer öfter mit unangenehmen, „zeit- und kraftraubenden“ Situationen bzw. Personen konfrontiert. Schließlich ist die bedürftige Seite ggf. besonders hilflos, auf Verständnis, Zuwendung und konkrete Unterstützung angewiesen – damit eigentlich zu Dankbarkeit und Wohlverhalten verpflichtet.

Doch das Gegenteil ist der Fall, hört man aus berufenem Munde, und zwar immer häufiger und vom Stil her immer heftiger, „unvernünftiger, anspruchsvoller, egoistischer, reizbarer, ja aggressiver“.

Ob dies schon immer so war? Es war so, wer bestreitet es. Mensch bleibt Mensch, insbesondere die Art und Weise, wie man aneinander „hochgeht“. Ob es immer so häufig war wie heute, ist eine offene Frage. Die meisten Betroffen-

nen behaupten: Es nimmt zu, und zwar ständig. Und in der Tat: Selbst wenn man die bekannte „rückblickende Beschönigung“ mit einrechnet, wird das zwischenmenschliche Klima offenbar rauer. Und dies in einer Zeit, in der es den Menschen in unseren Breiten technisch, gesundheitlich und sogar wirtschaftlich besser geht als den früheren Generationen (man erinnere sich: zwei Weltkriege und verschiedene entbehrungsreiche Wirtschaftskrisen und Notzeiten dazwischen und danach).

Da mag man zwar in den einzelnen Punkten abweichender Meinung sein, aber nur, wenn man sich über die Lebens-Bedingungen unserer Vorfahren nicht objektiv genug informiert. Dabei mögen sich manche psychosozialen Aspekte heute sicher negativer entwickeln als früher, das ist bekannt und soll hier nicht weiter vertieft werden. Und einiges gibt in der Tat zur Sorge Anlass und wird für noch schärfere Konsequenzen sorgen als bisher. Aber insgesamt gibt es schon zu denken, dass ein gewisser Unmut, vermischt mit Ratlosigkeit und Verärgerung zunimmt, was die zwischenmenschlichen Kontakte prägt oder passender: eintrübt.

Dies betrifft – wie erwähnt – vor allem die helfenden Berufe und gibt zunehmend zu kontroversen Diskussionen in entsprechenden Fachkreisen Anlass, vom Hausarzt bis zum Spezialisten.

Dabei ist zwar nicht ausschließlich, aber offenbar verstärkt die alte Seelenheilkunde betroffen, auch wenn die moderne Psychiatrie hier vieles mildern und verbessern konnte (was nebenbei in der Öffentlichkeit fast nicht bekannt ist, geschweige denn wohlwollend bis dankbar beurteilt wird).

Nachfolgend deshalb zuerst eine komprimierte Übersicht zum Thema: der „schwierige“ Patient aus *psychiatrischer* Sicht. Und natürlich die Frage: Gibt es so etwas und wenn ja, wer, wo und wie ist besonders betroffen – und zwar auf beiden Seiten? Oder gibt es gar keine schwierigen Patienten, sondern nur schwierige zwischenmenschliche Situationen? Und wenn ja, erneut die Frage: Warum, wo, wie, zwischen wem am meisten? Und kann oder könnte man etwas dagegen tun? Was also sollte man wissen? Und was wird vor allem in den entsprechenden Fachkreisen diskutiert?

SCHWIERIG – WAS HEISST DAS?

Wenn man einen Begriff analysieren will, besonders, wenn er noch so schwerwiegenden Inhalts ist, dann kann man natürlich Fachbücher wälzen, vor allem Lexika, und sich damit in der Regel eine Verständnis-Grundlage schaffen. Anschließend geht es ggf. ins Detail, jetzt mit Fach-Wörterbüchern, spezieller Literatur, Lehrbüchern u. a.

Wenn man das mit dem Wort „schwierig“ macht, wird man erst einmal nicht sehr fündig, zumindest was die letzten Jahre anbelangt, obgleich es dazu durchaus Fachartikel und sogar Fachbücher gibt (s. später).

Interessanter aber ist als erster Schritt eine etymologische Suche, weil sie ggf. auch einen Bedeutungs-Wechsel im Verlaufe der Jahrhunderte oder inzwischen sogar Jahrzehnte bis Jahre deutlich macht. Deshalb der Griff zu einem Handbuch sinnverwandter Wörter und Ausdrücke für den täglichen Gebrauch.

- **Etymologisch** finden wir im *Herkunftswörterbuch der Duden-Reihe* unter dem Begriff „schwierig“ folgende Informationen:

„Viel Mühe machend, Anstrengungen erfordernd, nicht einfach“: Das Adjektiv lautete mittelhochdeutsch *swiric*, *swerec*, „voll schwären, d. h. eitrig“ und wird in diesem Sinn als *schwirig*, *schwürig* bis ins 19. Jahrhundert gebraucht. Es gehört also zu der unter Schwären behandelten Wortsippe.

Seit dem 16. Jahrhundert steht es häufig übertragen für „auführerisch, aufsässig“. Daraus entsteht um 1800 die Bedeutung „schwer zu behandeln“. Vom Sprachgefühl wird das Adjektiv als Weiterbildung von „schwer“ aufgefasst.

- Im Handbuch *A.M. Textor: Sag es treffender* wird schwierig mit folgenden **sinn-verwandten Wörtern** und Ausdrücken für den täglichen Gebrauch in Verbindung gebracht:

1. kompliziert, verwickelt, verzwickt, verzwackt, kraus, vertrackt, verworren, verteufelt, umständlich, unübersichtlich, unklar, verwirrt. – 2. Tiefsinnig, schwer zugänglich, kaum zu begreifen, komplex, verflochten, verschlungen, beziehungsreich, verzweigt, schwer verständlich, problematisch, schwer zu entziffern, diffizil, heikel, knifflig, subtil, dornig. – 3. Schwer zu behandeln, unzugänglich, unansprechbar, nicht pflegeleicht.

Diese wenigen Zeilen zeigen: Schwierig ist ein altes Wort (für ein also altes Problem, wer bezweifelt es). Schwierig hat einen Bedeutungswandel vom körperlichen (siehe eitriges Schwären) bis zum „schwer zu behandelnden Mitmenschen“ durchgemacht. Und schwierig dient zur Charakterisierung einer Sache, eines Problems und einer menschlichen Wesensart, die für Reibungspunkte sorgt oder sich gar trotz entsprechendem Bedarf nicht behandeln lässt.

Das leitet zum nächsten Kapitel über, nämlich „der schwierige Patient aus psychiatrischer Sicht“. Nachfolgend deshalb eine Kurzfassung des Weiterbildungs-Artikels von Prof. Dr. W. Weig von der Magdalenen-Klinik GmbH, Osna-brück, über *Der „schwierige“ Patient in der psychiatrischen Versorgung* in der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 7 (2009) 847.

DER SCHWIERIGE PATIENT AUS PSYCHIATRISCHER SICHT

Es gibt zwar neben den erwähnten Büchern zum Thema „der schwierige Patient“ allgemein auch Publikationen aus bestimmten medizinischen Disziplinen, die auf „schwierige“ Patienten in ihrem Bereich hinweisen: So wird aus interneristischer und chirurgischer Sicht in einer angelsächsischen Untersuchung von jedem fünften Kranken als „severely or extremly difficult to help“ berichtet (M. Sharpe et al.: Why do doctors find some patients difficult to help? QJMed 87 (1994) 187). Obwohl als Nicht-Psychiater auf andere ärztliche Aufgaben konzentriert, erachteten auch diese „Organ-Mediziner“ psychosoziale Faktoren bei „schwierigen Patienten“ als besonders bedeutsam. Als „schwierig“ galten ihnen vor allem 1. unerklärliche Krankheitszeichen, 2. begleitende soziale Probleme und 3. besonders schwere und damit unbehandelbare Krankheiten (zitiert nach M. Hambrecht, s. später). Wie dies aus der allgemein-ärztlichen Sicht eines Hausarztes beurteilt wird, siehe Teil 2.

Doch es sind und bleiben die Psychiater, Nervenärzte und Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, die sich am meisten mit einer angemessenen Versorgung „der Problem-Gruppe schwieriger Patient“ konfrontiert sehen. Und sich damit ständig mit den entsprechenden seelischen, körperlichen, psychosozialen und anderen Hintergründen auseinandersetzen müssen. Deshalb hat sich die Psychiatrie im deutschsprachigen Bereich schon vor mehr als zehn Jahren mit diesem Thema konkret beschäftigt, was dann auch in einem Sammelband festgehalten wurde (W. Weig, C. Cording (Hrsg.) Der „schwierige“ Patient im Psychiatrischen Krankenhaus. Verlag S. Roderer, Regensburg 1998).

Nachfolgend aus diesen beiden Werken eine Übersicht zum Thema, beginnend mit historischen Aspekten, gefolgt von Definitionen, Epidemiologie (wer?), nosologischen (warum?) und psychopathologischen Zusammenhängen (wie?); ferner charakteristischen Verhaltens-Auffälligkeiten sowie therapeutischen, konkret psychopharmakologischen, psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Aspekten.

Psychiatrische Versorgung aus historischer Sicht

Wie es um die medizinische Versorgung seelisch kranker Menschen in früherer Zeit stand, muss hier nicht weiter ausgeführt werden. Es reicht ein einziges Wort: trostlos. Trotzdem haben sich auch in dem damaligen Siechen- und Armenwesen neben den Ärzten, Schwestern und Pflägern viele gutwillige Mitbürger engagiert, auch wenn es nur um die grundlegenden Erleichterungs-Bedingungen menschlichen Lebens gehen konnte.

Ende des 18. Jahrhunderts aber begann sich die so genannte „Seelen-Heilkunde“ gezielt(er) um die Versorgung psychisch kranker Menschen zu kümmern. Das war zwar – aus heutiger Sicht, hier sollte man aber eine gewisse Objektivität wahren –, ebenfalls unzureichend bis katastrophal, doch waren

eben auch die Voraussetzungen mit den damals verfügbaren psycho-, sozio- und pharmakotherapeutischen Möglichkeiten sehr begrenzt. Letztlich war die psychiatrische Versorgung nichts anderes als eine gesonderte Verwahrung.

Man muss allerdings auch die Allgemeinheit verstehen, insbesondere was Kranke mit auffälligem, störendem oder gar gefährlichem Verhalten anbelangt. Jeder ist gerne human, wenn es die jeweiligen Krankheits-Bedingungen erlauben. Das konnte aber auch riskant, ja bedrohlich werden. Es galt also die öffentliche Sicherheit und Ordnung zu garantieren und die übrige Gesellschaft vor Belästigungen und Gefährdung zu schützen.

Das wurde im Verlauf der folgenden Jahrzehnte immer erfolgreicher: von der Verwahrung zur aktiveren Kranken-Behandlung, nicht zuletzt auf medikamentöser Grundlage. (Was heute gerne relativiert oder gar in Frage gestellt wird, damals war es ein segensreicher Forschungs- und damit Behandlungs-Fortschritt – nebenbei wie heute auch, man stelle sich nur einmal die früheren Zeiten unter den heutigen Bedingungen vor.)

Ein „harter Kern“ schwieriger Patienten?

Das Problem der „schwierigen“ Patienten lag und liegt noch immer bei den hoch verhaltens-auffälligen, störanfälligen und letztlich nicht entlassungsfähigen „Langzeit-Patienten“. Daran konnten auch die verschiedenen psychiatrischen Reformbewegungen nichts ändern. Sie verwandelten zwar im deutschsprachigen Bereich in den 70-er Jahren des 20. Jahrhunderts die psychiatrische Versorgungs-Landschaft erheblich, doch nicht nur positiv (z. B. in Italien stellenweise sogar riskant, und zwar für Patienten und Angehörige).

Der Vorteil waren allerdings verkleinerte Behandlungs-Einrichtungen und insbesondere spezialisierte Abteilungen oder gar Fachkrankenhäuser. Deren Klientel bestand aber hauptsächlich aus Patienten, mit denen man „therapeutisch erfolgreich arbeiten konnte“. Dagegen waren diese Institutionen weder willens noch in der Lage, Kranke mit stark störendem Verhalten längerfristig zu versorgen, vor allem jene „ohne sozial-rechtlich relevante Erfolgs-Perspektiven“. Oder kurz: Die psychiatrische Versorgung machte ohne Zweifel erfreuliche Fortschritte, allerdings unter den (nur ungern öffentlich zugegebenen) Bedingungen einer dann doch konsequenten Patienten-Selektion (oder kurz: von Verhalten und Behandlungs-Aussichten vertretbar und dann auch fachlich betreut – oder nicht).

Insbesondere das für eine Zielgruppe überaus erfolgreiche offene gemeindepsychiatrische Versorgungs-System erwies sich nach kurzer Zeit beim „harten Kern“ verhaltensauffälliger, störungsanfälliger und therapie-resistenter Patienten als überfordert. Hier sahen sich dann derart vom Schicksal betroffene Kranke rasch an den Rand der Gesellschaft gedrängt, wenn nicht gar der Ver-

elendung ausgeliefert. Es musste also auch für sie gesorgt werden, und das nahm die Psychiatrie ebenfalls und nach wie vor auf sich.

Zur gleichen Zeit entwickelte sich aber eine gesellschaftliche Neigung zur Psychologisierung, ja Psychiatisierung, die in der Tat auch biologisch begründet war und ist. Man sah nämlich, dass die früher ausnahmslos als „schlechte Angewohnheit“ oder schlichtweg „kriminelles Fehlverhalten“ empfundenen Eigenschaften als krankhaft erkannt und vor allem anerkannt wurden. Eigentlich nachvollziehbar, denn wer ist schon gerne freiwillig „abnormal“ oder gar „kriminell“. Denn die Solidargemeinschaft hat zwar bei offensichtlich unkorrigierbarem Fehlverhalten einen durchaus langen humanitären Atem, aber völlig wehrlos und das noch unbegrenzt, das ist sie nicht. Die „Täter“ enden also so gut wie immer als „Opfer“, wenn auch Opfer ihres eigenen Verhaltens.

Es wurden demnach seitens der Gesellschaft neue Überlegungen und Bedingungen geschaffen, wobei das eine auf mehr Toleranz hinaus lief, das andere aber eine konsequente professionelle Betreuung oder gar Behandlung erforderte, und das war wieder einmal ein psychiatrisches Hilfe-System.

Wie so oft aber kollidierten auch hier übertriebene Erwartungen, wenn nicht gar „Allmachts-Phantasien“ einiger Kreise (mit mehr theoretischem Schwerpunkt) mit den Möglichkeiten und vor allem Grenzen der Behandlung, insbesondere was eine langfristige Besserung anbelangt (von „Heilung“ gar nicht zu reden).

Außerdem änderten sich gewisse gesellschaftliche Rahmen-Bedingungen, die schon von sich aus zu psychosozialen Belastungen und damit Opfern führten. Dies besonders dann, wenn die Betroffenen bereits von ihrer bio-psycho-sozialen Ausgangslage her „auf dünnem Eis“ standen. Dazu gehören vor allem das Brüchigwerden von Familien, die immer häufigeren Trennungen und Scheidungen mit bestenfalls befriedigenden Patch-Work-Verhältnissen, die Auflösung öffentlicher Gemeinschaft und die Zunahme der strukturellen Arbeitslosigkeit. Keine Frage, dass hier vor allem jene besonders betroffen sind, die ohnehin einer professionellen Zuwendung, Betreuung oder gar Behandlung bedürfen – und das in der Regel ihr „halbes Leben“ lang.

Wie sieht die Situation derzeit aus? Es gibt nach wie vor und zwar mit wachsender Tendenz seelische Störungen, die eigentlich erfolgreich behandelt werden können, sofern man einen geeigneten Therapeuten findet. Das wird allerdings immer schwieriger. Zum anderen wächst aber offenbar auch die Zahl der nicht-integrierbaren Patienten. Und da die dafür zuständigen Kliniken wirtschaftlich, vor allem aber personell in eine immer bedrängendere Lage geraten, sieht die Situation eher unerfreulich aus, manche nennen sie bereits „trotstlos“.

Natürlich gibt es neue Entwicklungen, wenn auch letztlich nur „Schlupflöcher“, mit denen sich die Gesellschaft und ihre psychosozialen Systeme etwas Luft

verschaffen. In einigen, dann durchaus hoffnungsvoll erscheinenden Fällen, schlägt sich das in neuen diagnostischen und therapeutischen Strategien und Institutionen nieder.

Ein anderer, eher bedenklicher Trend ist die Tendenz zur so genannten „Forensifizierung“. Tatsächlich sprechen nicht wenige Indizien dafür, dass ein wachsender Teil der in psychiatrischen Kliniken und im gemeinde-psychiatrischen Bezugs-System besonders störenden Personen heute im Maßregelvollzug betreut werden (müssen) – mit teilweise rechtlich fragwürdigen Begründungen, wie die dafür zuständigen Experten beklagen. (Unter Maßregelvollzug versteht man die Fachabteilungen oder Fachkliniken mit entsprechenden Sicherheitsvorkehrungen, in denen psychisch kranke und gestörte sowie suchtmittelabhängige Menschen behandelt werden. Dabei müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sind: Es wurde eine Straftat begangen, für die der Betreffende wegen seiner psychischen Krankheit oder Suchtkrankheit nicht oder nicht voll verantwortlich gemacht werden kann; und man muss davon ausgehen, dass er infolge dieser Krankheit weiter erhebliche Straftaten begehen wird.)

Mit anderen Worten: Die gesellschaftliche Entwicklung ist in Bewegung; unklar bleibt allerdings, ob in einer allseits akzeptablen Richtung.

Begriffe

Zum Problem der Begriffe „schwierig“ und bedeutungs-gleiche bzw. -ähnliche Wörter siehe die Einleitung. In fachlicher Hinsicht gibt es den erwähnten Begriff des „schwierigen Patienten“, zu dem auch weitgehend synonym der deutsche Begriff „System-Sprenger“ und die englischen Begriffe „heavy user“ und „high utilizer“ gehören. Einzelheiten dazu siehe später.

Definitionen

Eine einheitliche *Definition* des „schwierigen Patienten“ aus psychiatrischer Sicht gibt es nicht. Der Begriff als solcher beschreibt eine drei-dimensionale Problematik, nämlich:

- Der Patient gilt als schwierig bzw. macht Schwierigkeiten aus Sicht der in der Psychiatrie tätigen MitarbeiterInnen,
- der Patient hat Schwierigkeiten im Sinne einer ungünstigen Prognose (d. h. Heilungsaussichten), wegen schlechter Lebensqualität und hoher Komplikationsrate und
- der Patient belastet schließlich die Gesellschaft durch hohe Kosten und Beeinträchtigung von Sicherheit und Ordnung.

Das ist erst einmal der äußere Rahmen. Was aber heißt es konkret? Das ist nicht einfach zu definieren. Als Erstes gilt es deshalb den Begriff mit den entscheidenden Bedingungen abzugleichen, beispielsweise durch eine qualitative Beschreibung des Krankheits- bzw. Stör-Bildes sowie durch den Versuch, entsprechende Kennzahlen zu definieren.

Dazu gehören beispielsweise als entsprechende Belastungs-Faktoren: Selbst- und/oder Fremd-Gefährlichkeit, unberechenbares Verhalten, Unfähigkeit zur Selbst-Versorgung, fehlende Krankheitseinsicht und Compliance (d. h. Therapietreue, Einnahme-Zuverlässigkeit der verordneten Medikamente u. a.). Dies allerdings in Abhängigkeit vom Ausprägungsgrad dieser Merkmale und dem charakteristischen Gesamt-Profil als schwieriger Patient und mit entsprechender psychosozialer Ausgangslage und folgenreichen Konsequenzen. Beispiele: ungünstige soziale Verhältnisse wie Arbeitslosigkeit, fehlende Beziehung zu anderen Menschen, Armut, Wohnungslosigkeit usw.

Häufigkeit – Alter – Geschlecht – weitere Charakteristika

Auf der Grundlage dieser definitorischen Beschreibungen und mit Hilfe der so genannten Basisdokumentation der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde – DGPPN konnte in einer fast flächendeckenden Erhebung in den deutschen psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen 1997 eine so genannte Kohorten-Studie mit 1.811 Patienten erstellt werden, die zu praxis-relevanten Erkenntnissen führte (allerdings vor mehr als zehn Jahren).

Dabei ergab sich, dass 10% der untersuchten Patienten fast 50% der Behandlungstage in Anspruch nahmen. Insgesamt wurde der Anteil der „schwierigen Patienten“ an der Gesamt-Population stationär psychiatrisch behandelter Menschen auf 5 bis 10% geschätzt. Angaben zur Gesamt-Prävalenz (Häufigkeit) gibt es jedoch nicht. Sie dürften auch schwierig zu gewinnen sein.

Das erfasste Kollektiv zeichnete sich durch folgende Merkmale aus: Es handelt sich ganz überwiegend um Männer. Die Schwierigkeiten treten besonders im jungen Erwachsenenalter hervor. Nach Vollendung des 35. Lebensjahres gehen sie tendenziell zurück (wobei auf das Spezialproblem des „schwierigen Patienten“ in der Gerontopsychiatrie, insbesondere bei dementiellen Erkrankungen nicht näher eingegangen wurde, das ist ein eigenes Problem mit wachsender Bedeutung).

Diagnostisch handelte es sich überwiegend um Patienten mit schizophrenen Störungen und Persönlichkeitsstörungen (Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie). Diskrete hirnorganische Veränderungen im Zusammenhang mit störendem Verhalten wurden bereits früher beschrieben und inzwischen durch den Einsatz moderner neuropsychologischer Untersuchungsverfahren vermehrt festgestellt. Fazit: Geringe Intelligenz vom Ausmaß

der Lernbehinderung oder leichte Intelligenzminderung erhöhen das Risiko unangemessenen Verhaltens.

Bei vielen Betroffenen findet sich ein so genannter Substanz-Missbrauch oder eine Substanz-Abhängigkeit. Dabei werden Alkohol, Cannabinoide (Haschisch und Marihuana) oder Opiate besonders häufig konsumiert. Eine wachsende Gefahr in diesem Sinne ist die so genannte Polytoxikomanie, also Mehrfachabhängigkeit.

Aktueller Substanzmissbrauch, d. h. Alkohol, Rauschdrogen und Medikamente, ist neben belastenden Sozialsituationen auch der häufigste Auslöser für Verhaltens-Exzesse, krisenhafte Zuspitzung und schließlich die (nicht selten notfallmäßige) Aufnahme in eine psychiatrische Klinik. Die Ko-Morbidität, d. h. das gleichzeitige Auftreten mehrerer Störungen beim gleichen Patienten erhöht das Risiko dieser ungünstigen Entwicklung beträchtlich.

Zum Krankheitsbild eines „schwierigen Patienten“

Das Krankheitsbild eines „schwierigen Patienten“ ist also vielfältig. Nachgewiesen sind die Diagnosen schizophrene Psychose, Persönlichkeitsstörung und Suchtkrankheit. Bekannt ist auch die biologische Ursache im Sinne einer hirnanorganischen Funktions-Störung. Hier ist insbesondere die toxische (vergiftungsbedingte) Hirnfunktions-Störung des Frontalhirn-Syndroms zu nennen. Einzelheiten zu den Ursachen und Folgen einer Schädigung des Stirnhirns von außen bzw. von innen (z. B. durch eine Verletzung oder einen Tumor) finden sich in den speziellen Beiträgen in dieser Serie.

Psychopathologisch (also das konkrete Beschwerdebild betreffend) fällt vor allem das auf, was man eine Impulskontroll-Störung nennt. Der Betroffene kann seine impulsiv durchschlagenden Reaktionen nicht unter Kontrolle halten. Auch hier Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge.

Am häufigsten mit den Merkmalen des schwierigen Patienten verbunden sind – wie schon angedeutet – Diagnosen aus dem Spektrum der Persönlichkeits-Störungen. Beispiele: histrionische (hysterische), narzisstische, antisoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Psychopathologisch, also vom Krankheitsbild her äußert sich dies insbesondere in emotionaler Instabilität (einer instabilen Gemütslage generell) sowie in einem Mangel an affektiver Schwingungsfähigkeit (z. B. gemütsmäßig innerseelisch mitzufühlen und damit zwischenmenschlich „mitschwingen“, d. h. Zuwendung, Verständnis und ggf. Hilfsbereitschaft zu signalisieren).

Problematisch ist auch ein defizitäres Einfühlungsvermögen in die Sorgen, Kümernisse, bzw. individuellen Belastungen anderer. Ggf. drohen feindselige Gefühle und Impuls-Durchbrüche bis hin zur Aggressivität.

Das alles kann natürlich noch durch äußere Belastungs-Faktoren verstärkt werden. Beispiele: Soziale Ausgrenzung, Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit, Mangel oder Verlust zwischenmenschlicher Beziehungen u. a. Nicht zu vergessen die Primär-Persönlichkeit, also die zugrunde liegenden Charaktereigenschaften, die in der Regel genetisch bestimmt, also vererbt sind. Und die (sich daraus ergebende) Biographie, insbesondere soziale Aspekte wie ungünstige Familienverhältnisse, zwiespältiges Milieu, risikoreiche Herkunft und alle jene Beeinträchtigungen, die eine normale Entwicklung hemmen oder gar unmöglich machen.

Wer hier rechtzeitig auf soziale Unterstützung bauen kann, hat naturgemäß eine größere Chance als ohne jegliche Hilfe. Und wer noch mit entsprechender Stigmatisierung rechnen muss, hat auf einer weiteren, durchaus verhängnisvollen Ebene mit langfristigen oder gar lebenslangen Beeinträchtigungen zu kämpfen.

Charakteristische Verhaltens-Auffälligkeiten

Nach Fachliteratur und klinischer Erfahrung finden sich im Verhalten schwieriger Patienten vor allem drei Belastungs-Faktoren, nämlich Non-Compliance, Aggressivität und unangemessenes Verhalten. Im Einzelnen:

- **Non-Compliance und Therapie-Resistenz:** Schwierige Patienten zeichnen sich durch eine geringe bis fehlende Bereitschaft bzw. Fähigkeit aus, ein therapeutisches Bündnis mit dem behandelnden Arzt, Psychologen oder Sozialarbeiter einzugehen und entsprechenden Anweisungen zu folgen. Das betrifft vor allem die medikamentöse Therapie und hier insbesondere über einen längeren Zeitraum (also mangelhafte Compliance, wenn nicht gar völlige Non-Compliance).

Die wesentlichen Ursachen dazu dürften zum einen in der fehlenden Krankheits-Einsicht, zum anderen in krankheitstypischen Störungen von Kognitionen, Handlungsplanung und Impulskontrolle liegen. Oder auf Deutsch: Einsicht, Durchblick, konstruktiv umgesetzte Erkenntnisse mit entsprechenden Planungen, Kontrolle impulsiven, d. h. unbedachten Verhaltens u. a.

- Die fehlende Krankheits-Einsicht kann ein breites Verhaltens-Spektrum aufweisen, und zwar von der völligen Ablehnung, als gestört bis krankhaft zu gelten bis zur Ablehnung der eigentlich dafür zuständigen Therapeuten bzw. Institutionen des Gesundheitswesens. Probleme, die es natürlich gibt, und zwar immer mehr, werden dann entweder verkannt, bagatellisiert oder gänzlich anders attribuiert (inhaltlich zugeordnet). Beispiele: vermeintliche oder tatsächliche Schädigung und Benachteiligung durch nahe stehende oder dritte Personen oder einfach „die Gesellschaft“.

- Auch Erklärungsmuster aus dem Bereich alternativer Heilmethoden oder esoterischer Disziplinen können eine Rolle spielen. Dabei werden sie aber zu- meist nur als Vorwand missbraucht, eine echte, überzeugte und vor allem zu- verlässige Einstellung und Handlungs-Konsequenz ist auch ihnen nicht ver- gönnt.
- Zusätzliche Probleme ergeben sich für Patienten mit Migrations-Hinter- grund oder Verankerung in entsprechenden Sub-Kulturen. Das beginnt bei der beeinträchtigten bis gestörten oder überhaupt nicht zustande kommenden Kommunikation bis zum bisweilen auch unzureichenden Kenntnisstand des Therapeuten über die jeweils spezifischen ethnischen oder subkulturellen Be- dingungen, Regeln und Voraussetzungen.
- Ein besonderes Problem, insbesondere auf medikamentöser Ebene, ist die Therapie-Resistenz, also letztlich eine therapeutische Erfolglosigkeit, was das jeweilige Behandlungs-Verfahren anbelangt. Dabei gibt es nicht nur eine The- rapie-Resistenz durch Non-Compliance (also keine Wirkung durch mangelhaf- te oder fehlende Mitarbeit des Patienten), sondern auch eine primäre Thera- pie-Resistenz. Das ist die Behandlungs-Erfolglosigkeit durch eine entspre- chende biologische Ausgangslage, wobei also dieses oder jenes Therapiever- fahren gar nicht wirksam werden kann, obgleich der Betreffende die Therapie- Regeln durchaus einhält. Das verbittert natürlich jene Patienten, die sich kei- ner Schuld bewusst sind – aber mit Vorwürfen rechnen müssen.

Andererseits kann auch eine subjektiv(!) erlebte mangelhafte Wirkung oder un- angenehme Neben- bzw. Wechselwirkungen (Medikamenten-Begleiterschei- nungen bzw. erhöhte Beeinträchtigungen durch die Wirkung mehrerer Arznei- mittel) zur Ablehnung und Verweigerung der Behandlung beitragen. Es gibt also beides – und mitunter schwer auseinander zu halten.

Kurz: Eine selbst-verschuldete Therapie-Resistenz ist sicher am häufigsten; eine nicht-verschuldete primäre Therapie-Resistenz ist aber ebenfalls möglich, seltener vielleicht, aber das wäre im Einzelfall zu prüfen.

- **Aggressives Verhalten:** Am stärksten beeinträchtigt wird das thera- peutische Milieu und die zwischenmenschliche Kommunikation durch aggressives Verhalten des Patienten. Das reicht von feindseliger Grun- d-Stimmung und „nur“ verbaler Aggression bis zu tätlichen Übergriffen, die in seltenen Extremfällen zu schwerer Verletzung oder gar Tötung des Opfers führen können. Betroffen sind in der Regel Personen, zu de- nen eine engere Beziehung besteht. Dazu gehören neben den Angehö- rigen auch die pflegenden und therapeutischen Berufe in entsprechend eskalierenden Belastungs-Situationen.

Weitaus häufiger allerdings ist die Wendung der Aggression gegen die eigene Person. Das beginnt mit der Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse, geht über die Verwahrlosung bis zu Selbstverletzungen und endet – im Extremfall –

mit ständigen Suizidgedanken, konkreten Suizidplänen und schließlich vollendeter Suizidhandlung. Letzteres ist in dieser Gruppe überzufällig häufig.

- **Sonstige Verhaltensauffälligkeiten** sind neben Selbst- oder Fremdgefährlichkeit andere, von der Norm abweichende und sozial störende Verhaltensmuster. Meist handelt es sich nicht um gefährliche Handlungen im engeren Sinne, sondern um auffällige, für die Umgebung eventuell lästige und natürlich auch die Stigmatisierung fördernde Reaktionen.

Einen besonderen Raum nimmt in diesem Zusammenhang die Sexualität ein. In unserer einerseits durch weitgehende sexuelle Liberalisierung, andererseits durch eine teilweise aufgeregte und übertriebene Reaktion auf sexuelle Übergriffe und sexuellen Missbrauch gekennzeichneten Zeit, stößt sexualisiertes und sexuell befremdliches Verhalten auf starke Ablehnung, ja löst mitunter übersteigerte Ängste aus, gibt Prof. Dr. Weig in seinem Fachartikel zu bedenken.

Das führt nicht selten zu entsprechenden Einweisungen in die psychiatrische Klinik, selbst wegen eher geringfügiger und harmloser Äußerungen sexueller Bedürfnisse oder sexuell provozierender Verhaltensweisen. Allerdings erfordert die Abgrenzung von Situationen, die tatsächlich die Gefahr ernsthafter Verletzungen des sexuellen Selbstbestimmungsrechtes Dritter heraufbeschwören können, spezielle Erfahrungen. Und natürlich die Bereitschaft, sich mit dem heiklen Thema auch bei schwierigen Mitmenschen auseinander zu setzen.

ZUR KRITIK AM KONSTRUKT DES „SCHWIERIGEN“ PATIENTEN

„Schwierige Patienten“ sind nicht einfach, um es einmal schlicht auszudrücken. Sie sind zwischenmenschlich mühselig bis gefährlich; wer es mit ihnen aushalten muss (z. B. Angehörige, Mitarbeiter, Nachbarn) bzw. sich in puncto Betreuung oder Therapie auseinander zu setzen hat, ist nicht zu beneiden.

Berufe, die diese Aufgabe übernommen haben, finden es in der Regel wenig hilfreich, oft aber anmaßend, vor allem von wenig Fach-Kenntnis und praktischem Engagement getrübt, wenn hin und wieder aus rein theoretischer oder gar rein medialer Ecke Kritik kommt – möglicherweise noch ohne reale Kenntnisse der jeweiligen Sachlage. Das führt zu Demotivation, Verdruss und – wenn möglich – Arbeitsplatz- oder gar Berufswechsel. Das sei einmal in aller Deutlichkeit gesagt.

Andererseits gibt es auch aus dem Kreis der Experten mahnende Hinweise, die zwar Aufwand, Arbeit und Mühsal im Umgang mit schwierigen Patienten

anerkennen, andererseits einige Aspekte differenzierter interpretiert und umgesetzt sehen möchten.

Dazu gehört auch Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Hambrecht von der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Evangelischen Krankenhaus Elisabethen-Stift in Darmstadt. In einer Pro & Contra-Debatte in der Fachzeitschrift *Psychiatrische Praxis* 37 (2010) 56 stellte er zusammen mit Professor Dr. W. Weig von der eingangs erwähnten Magdalenen-Klinik folgende Überlegungen zur Diskussion:

Es gibt keine „schwierigen“ Patienten?

Wörter in Anführungszeichen zu setzen, bedeutet häufig, dass man sich ironisch oder durch die Unterlegung eines anderen Sinns von ihnen distanzieren möchte. Im Falle des „schwierigen“ Patienten geschieht dies regelhaft – und schon seit einigen Jahrzehnten und nicht nur in deutschen Veröffentlichungen.

„Schwierige“ Patienten gibt es in allen Fachgebieten, nicht nur in der Psychiatrie. Auch die Nicht-Psychiater empfinden es als „schwierig“ bei ernsthaften unbehandelbaren Krankheiten, unerklärlichen Symptomen und begleitenden sozialen Problemen. Den u. E. besten Überblick dazu bietet in deutscher Sprache übrigens der Sammelband: *Th. Langer, M W. Schnell (Hrsg.): Das Arzt-Patient/Patient-Arzt-Gespräch, Marseille-Verlag, München 2009*. Weitere Hinweise dazu siehe Teil 2.

Die Anführungszeichen aber legen nahe, dass man sich mit dem Begriff nicht wohl fühlt. Kein Wunder, so Professor Hambrecht, denn es existiert ja keine einheitliche Definition für den „schwierigen“ Patienten. Schon der Begriff sei interpretationsbedürftig – und sollte aus sozialpsychologischen, klinischen und ethischen Gründen nicht mehr verwendet werden. Warum?

- Sozialpsychologisch greife der Begriff „schwieriger Patient“ zu kurz, wenn man damit eine Eigenschaft meine, die ein Patient aufweist. Denn wenn der Patient als schwierig gilt bzw. Schwierigkeiten macht, dann wird auch für die in der Psychiatrie Tätigen deutlich, dass es sich hier um eine konflikthafte oder für alle Beteiligten enttäuschende soziale Beziehung handelt. Deshalb könne der Patient mit gleichem Recht die therapeutische Seite als „schwierig“ bezeichnen.

Letztlich ist „schwierig“ also ein Merkmal der Beziehung und nicht der beteiligten Akteure. Hervorgerufen durch Unterschiede in Sozialisation (also gesellschaftlicher Einordnung), Werte-Gefüge und Bedürfnissen.

Wenn ein Patient demnach als „schwierig“ bezeichnet wird, verbaut sich das Umfeld im allgemeinen und das psychiatrische Team im Besonderen den Zugang zu einem Verständnis dieser Unterschiedlichkeit. Professor Hambrecht:

Die Eigenschafts-Zuschreibung an den Patienten (schwierig) macht sie zu **seinem** Problem, statt zu einem gemeinsamen Problem, das demnach auch gemeinsam zu lösen wäre.

- Außerdem bildet der Begriff „schwieriger Patient“ unabhängig von seiner definitorischen Schwammigkeit ein Sammelbecken für verschiedene Problemstellungen, die sich aus unterschiedlichen klinischen, soziodemographischen und diagnostischen Merkmalen ergeben, so der Psychiater.

Die Wissenschaft fasst zwar für den typischen „schwierigen Patienten“ folgende Merkmale zusammen: jung, männlich, an Schizophrenie, bestimmten Persönlichkeitsstörungen, an Substanzmissbrauch (also Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente, Mehrfachabhängigkeit) und/oder hirnorganischer Beeinträchtigung leidend. Oder konkret: als impuls-kontroll-gestört, aggressiv und therapeutisch unzuverlässig.

Sie verkennt aber eines: Therapeutische Beziehungen im klinischen Alltag werden noch viel vielfältiger als nur „schwierig“ erlebt. Und zumindest teilweise von den einzelnen Behandlern und Teams unterschiedlich gewertet. Beispiele: Manche Therapeuten können hysterische Patienten ganz gut aushalten, andere überhaupt nicht. Dafür kommen sie vielleicht mit chronischen Schmerz-Patienten oder wiederholt rückfälligen Alkohol-Patienten besser zurecht. Ähnliches gilt für chronische Suizidgefahr oder therapie-resistente Depressionen und ließe sich beliebig fortsetzen.

- Auch auf den Begriff „schwieriger“ Patient sollte verzichtet werden, weil er in der Regel als Etikett haften bleibt. Dies gilt nicht nur für die Allgemeinheit, sondern sogar für die professionell geschulten Therapeuten. Damit droht nämlich ihre eigene Haltung rigide zu werden; dadurch leidet nicht zuletzt die Psychodynamik der Behandlungsbeziehung.

So wurden beispielsweise Borderline-Persönlichkeitsstörungen mancherorts lange pauschal als „schwierig“ etikettiert. Heute stehen für dieses Krankheitsbild spezifische Behandlungs-Strategien zur Verfügung, die dieses Problem nicht gerade lösen, aber besser bewältigbar machen. Umgekehrt bedeutet die Etikettierung eines Patienten als „schwierig“, dass man eben noch keine Konzepte für seine Behandlung hat, so Professor Hambrecht.

- Schließlich versteht man unter „schwierig“ auch, dass ein Patient Schwierigkeiten im Sinne ungünstiger Heilungsaussichten, schlechter Lebensqualität und hoher Komplikationsrate hat. Damit fasst man zwar mit einem Begriff vieles zusammen, vereinfacht aber auch unzulässig bzw. macht sich nicht die Mühe, solche Risikofaktoren konkret zu benennen, einschließlich entsprechender Behandlungsvorschläge. Auf jeden Fall wird damit nicht der Patient selber, sondern sein Krankheitsbild bzw. seine psychosoziale Situation charakterisiert. Doch „schwierig“ bleibt an seiner Person hängen.

- Schließlich werden Patienten als „schwierig“ bezeichnet, wenn sie hohe Kosten verursachen (siehe obige Stichwörter wie „high utilizer“ oder „heavy user“) oder wenn sie Sicherheit und Ordnung beeinträchtigen. Auch hier scheint es sinnvoller und bringt therapeutisch weiter, wenn man das konkrete Behandlungs-Problem benennt. Beispiele: Hohe Rückfallgefahr, dissoziales Verhalten, Suizidgefahr u. a.

Schlussfolgerung: „Realistischerweise müssen wir zugeben, dass wir bei manchen Patienten Schwierigkeiten mit der Behandlung haben. Die Zementierung des Begriffs „schwieriger Patient“ wirft uns aber in der Diskussion um Jahrzehnte zurück“, so der Psychiater. Dabei gibt es durchaus Erhebungs-Instrumente (z. B. im anglo-amerikanischen Raum), deren Studien-Ergebnisse zeigen, dass Ärzte mit einer gering ausgeprägten psychosozialen Haltung dreimal soviel Patienten-Begegnungen als „schwierig“ erleben als Kollegen mit einer stärkeren psychosozialen Orientierung. Kurz: Ausbildung, Weiterbildung, Einstellung, Verständnis, kontinuierliche Forschungs-Bemühungen, das alles ermöglicht auch neue, insbesondere praktische Lösungen für typische Probleme mit „schwierigen“ Patienten und allen ihren Belastungen - für beide Seiten.

Denn wie auch immer: „Schwierige“ Patienten existieren, so Prof. Dr. W. Weig in dieser Debatte. Die Anführungszeichen lassen erkennen: Schon der Begriff ist schwierig, möglicherweise missverständlich. Aber ein besserer wurde bisher nicht gefunden. Doch auch er bestätigt: Der Patient „ist“ nicht etwa schwierig im Sinne einer hinzukommenden Eigenschaft, er hat vielmehr Schwierigkeiten mit seiner Situation, macht Schwierigkeiten im sozialen Umgang und wird durch unangemessene Wahrnehmung als schwierig empfunden. Und im schlimmsten Falle durch unangemessene Reaktionen schwierig oder noch schwieriger gemacht.

Es handelt sich also um eine vielfältige Wechselbeziehung zwischen der betroffenen Person, seiner Krankheit, den spezifischen psychosozialen Bedingungen – und nicht zuletzt den Reaktionen des Hilfe-Systems, d. h. den Therapeuten auf allen Ebenen.

ZUR THERAPIE „SCHWIERIGER PATIENTEN“

Sofern bekannt ist, unter welcher psychischer Störung der schwierige Patient zu leiden hat, für die bewährte Behandlungs-Empfehlungen bekannt sind, sollte eine solche Therapie auch genutzt werden. Beispiele: schizophrene Psychosen, Suchtkrankheiten, Persönlichkeitsstörungen, Impulskontroll-Störungen u. a. Darüber hinaus erfordern aber sowohl Krankheitsbild als auch individuelle psychosoziale Situation den Einsatz ergänzender Maßnahmen. Dazu gehören jeweils spezifische psychopharmakologische, psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Behandlungsmaßnahmen. Im Einzelnen:

- **Psychopharmakologische Therapie-Optionen:** Vor allem zur Verbesserung der Impulskontrolle und zur Reduktion von Feindseligkeit und Aggressivität liegen verschiedene medikamentöse Empfehlungen vor, und zwar schon seit Jahrzehnten. Die Angaben zu Indikation, Medikamenten-Auswahl, Dosierung und vor allem Erfolgs-Kontrolle sind jedoch divergent, zum Teil sogar widersprüchlich. Die klinische Erfahrung zeigt, dass eine wirksame Hilfe nur individuell gefunden werden kann, gibt Prof. Dr. W. Weig von der Magdalenen-Klinik in seinem Übersichtsbeitrag im *Nervenarzt* 7/2009 zu bedenken. Eine reale Verbesserung der Situation allein durch medikamentöse Behandlung ist jedoch kaum zu erwarten.

In Einzelfällen jedoch, insbesondere zur Therapie von Impulskontroll-Störungen und Aggressivität, aber auch bei verschiedenen Formen von abweichendem Verhalten, hat sich der Einsatz von so genannten Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) bewährt, die ihren Schwerpunkt bei Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen haben. Das Gleiche gilt für so genannte emotions-stabilisierende Medikamente (nämlich bestimmte Antiepileptika, ggf. auch Lithium) und niedrig dosierte Neuroleptika mit entweder sedierendem (dämpfendem) oder antipsychotisch wirksamem Therapie-Schwerpunkt.

Bei einem durch Angst und innere Unruhe gekennzeichnetem Krankheitsbild können auch Tranquilizer (Beruhigungsmittel) vom Typ der Benzodiazepine helfen, deren antiaggressive Wirksamkeit schon vor Jahrzehnten im Tierversuch deutlich wurde. Allerdings muss hier die Gefahr von Missbrauch, wenn nicht gar seelischer und körperlicher Abhängigkeit im Auge behalten werden.

In allen Fällen sollte man die beklagten Nebenwirkungen und – beim Einsatz mehrerer Arzneimittel – auch Wechselwirkungen ernst nehmen. Es ist nämlich nicht so, dass gerade als schwierig geltende, wenn nicht sogar reizbar bis aggressiv erscheinende Patienten weniger beeinträchtigt wären. In den Augen mancher Experten wird sogar öfter das Gegenteil registriert. Kurz: So wenig wie möglich und so viel wie nötig, letztendlich also die geringst-mögliche Dosierung – allerdings zuverlässig eingenommen (Wirk-Spiegel!).

- Bei den **psychotherapeutischen Optionen und psycho-educativen Behandlungsstrategien** geht es vor allem um die Verbesserung von Krankheits-Einsicht und Compliance (Therapietreue). Und zur Milderung kognitiver (geistiger) und emotionaler (gemütsmäßiger) Defizite. Das fördert dann den Aufbau funktionaler Verhaltens-Strategien, weil vor allem die Impuls- und damit Handlungs-Kontrolle gestärkt wird. Denn dies ist die Grundlage einer angemessenen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Dass hier viel Geduld und Frustrations-Toleranz eingebracht werden muss, letztlich von beiden Seiten, versteht sich von selber. Am meisten natürlich von Arzt oder Psychologen, aber auch von Schwestern, Pflegeern, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Arzthelferinnen u. a.

Braucht es hierfür eine spezielle Ausbildung? Zum einen ja, doch andererseits eignen sich prinzipiell alle empirisch (erfahrungs-bedingten) begründbaren und anerkannten Therapieverfahren. Es kommt also weniger auf die therapeutische Schule als auf den Aufbau und die Aufrechterhaltung von therapeutischer Beziehung und Struktur an, gibt Professor Weig zu bedenken. Und einer empathischen Einstellung, d. h. Toleranz, Zuwendung, Mitgefühl, Hilfsbereitschaft.

Erprobt wurden und werden noch immer tiefenpsychologisch orientierte Behandlungsverfahren, systemische Therapie, Verfahren der humanistischen Psychologie und vor allem die (kognitive) Verhaltenstherapie. Neben klassisch lerntheoretisch begründeten Methoden spielen Schema-Therapie und störungs-spezifische Ansätze wie die dialektisch-behaviorale Therapie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörungen eine wichtige Rolle. Einzelheiten zu allen diesen therapeutischen Verfahren siehe die entsprechende Fachliteratur.

- Einen wichtigen Beitrag leisten bei der Behandlung schwieriger Patienten auch **psychosoziale Therapieverfahren der sozialpsychiatrischen Orientierung** wie Case-Management, Sozialarbeit und handlungs-bezogene Therapieformen. Dazu gibt es inzwischen spezifische Behandlungsleitlinien.

Sozialpsychiatrische Aspekte

Dass der Umgang mit schwierigen Patienten schwierig sein kann, bezweifelt niemand, am allerwenigsten diejenigen, die hier stärker eingebunden sind (Partner, Familie, weiteren Angehörigen über Nachbarn, Berufskollegen bis zu Betreuern und Therapeuten jeglicher Aufgabe). Man kann zwar in einzelnen Teilbereichen so manches kritisch hinterfragen, es bleibt aber stets eine anstrengende bis belastende zwischenmenschliche Kontakt-, Betreuungs- und Therapie-*Arbeit* im wahrsten Sinne des Wortes, und zwar zumeist mittel- bis langfristig.

Das beginnt im Alltag und endet noch lange nicht in der Fachklinik, wie man täglich registrieren muss. So nimmt es auch nicht Wunder, dass die Versorgung schwieriger Patienten in den gegenwärtigen stationären und teil-stationären klinischen Versorgungsstrukturen der Psychiatrie (aber nicht nur dieser!) als zumindest partiell dysfunktional bezeichnet werden muss. Oder auf Deutsch: Es könnte besser laufen, was es aber aus den vielfältigen Sonderbedingungen heraus nicht tut – nicht früher, nicht jetzt, wohl auch in Zukunft nicht.

So sollten sich die stationären und teil-stationären Angebote eher auf kurzfristige Krisen-Interventionen beschränken, empfiehlt Professor Weig. Nach den Erfahrungen von Ländern mit besser entwickelten sozialpsychiatrischen Versorgungs-Standards (z. B. Großbritannien, Niederlande oder Dänemark) ist

der gemeinde-nahen Versorgung in kleinen, nicht-klinischen Einrichtungen mit Wohncharakter oder der ambulanten Versorgung am selbst gewählten Wohnort der Vorzug zu geben. Dabei ist allerdings eine hohe Personal-Dichte erforderlich, denn es müssen auch schwerst-gestörte Menschen betreut werden.

Alternativ bieten sich kleinere Heim-Einrichtungen oder ggf. Langzeit-Stationen in Anbindung an ein psychiatrisches Fachkrankenhaus oder an eine psychiatrische Abteilung an. Diese müssen dann aber speziell auf diese Klientel zugeschnitten sein und eine ruhige, gut strukturierte Atmosphäre bieten (d. h. je „unruhiger“ der Patient, desto ruhiger sollte sein Umfeld sein; man erkennt schon aus dieser Empfehlung heraus die realen, schier unlösbaren Alltags-Probleme).

In den USA wurden spezifische, gemeinde-integrierte ambulante Versorgungsformen entwickelt, die sich in der Tat als effektiv erwiesen (Assertive Community Treatment – ACT). Das hat sich vor allem bei der Gruppe der „heavy user“ bewährt, ist allerdings hochaufwändig und auf wenige Modell-Regionen begrenzt (in Deutschland noch nicht verfügbar).

Hilfsprojekte für wohnungslose psychisch kranke Menschen und andere Ansätze der so genannten „komplementären Versorgung“ in der Gemeinde nähern sich teilweise diesen Strukturen an, sind aber noch ausbaufähig. Gesetzliche Zwangsmaßnahmen, geschlossene Unterbringung, Isolierung und Fixierung kommen nur als allerletzte „Lösung“ in Frage, wenn eine unmittelbar drohende schwerwiegende Selbst- oder Fremdgefährdung anders nicht abwendbar erscheint. Dabei sind selbstverständlich ethische und rechtliche Einschränkungen zu beachten. Ethisch fundierte und von der aufgeklärten Gesellschaft sicher begrüßte Versorgungs-Aspekte – aber im Einzelfall auch mal schwer realisierbar und vom Umfeld ertragbar.

Denn durch das Erleben von Gewalt und Zwang wird die therapeutische Beziehung ja massiv belastet. Das stellt vor viele Fragen, die sorgfältig geklärt werden müssen, bevor man sich einer Antwort oder gar Entscheidung auch nur zu nähern vermag. Eine Verlagerung in den Maßregelvollzug (s. o.) sollte aber nur dann in Betracht gezogen werden, wenn eine erhebliche und anders nicht abwendbare Gefahr künftiger schwerer Straftaten droht. Denn die erwähnte „Forensifizierung“, d. h. der wachsende Einsatz in einer forensischen Abteilung für rechtskräftig verurteilte psychisch Kranke kann kein Ersatz für ein adäquates Versorgungssystem sein.

Dagegen ist die Schaffung kleiner Spezialstationen mit entsprechendem Milieu und professionellem Kenntnisstand der dort Tätigen geeigneter als die Verteilung schwieriger Patienten auf mehrere Stationen, so Professor Weig. Doch auch das will nicht nur organisiert, sondern auch finanziert sein.

WIE WIRD MAN ALS THERAPEUT DAMIT FERTIG?

Es gibt einen kurzen Satz, der zahllose tragische Konsequenzen charakterisiert. Er lautet: Patienten haben auch Angehörige. Wer diesen Satz in Ruhe überdenkt, erinnert sich plötzlich an entsprechende Beispiele, vielleicht sogar an sich selber. Und nur wenn er Glück hatte, kommt auch keine Bitterkeit auf.

Das Gleiche gilt für die Therapeuten und Betreuer auf allen Ebenen, insbesondere angesichts des hier besprochenen Phänomens: Schwierige Patienten haben auch Therapeuten. Was empfiehlt man ihnen, was haben sie zu leisten, zu erdulden, zu mildern, zu bessern – oder sollten sie sich lieber einer leichteren Aufgabe zuwenden – mit weniger seelischer Belastung oder gar körperlicher Bedrohung, vor allem aber mehr Erfolgs-Garantie, zumindest jedoch beruflicher Zufriedenheit?

Nur Ignoranten, theoretische Besserwisser und Verdränger („zu allem eine Meinung, aber von nichts eine Ahnung ...“) leugnen die Erkenntnis: Schwierige Patienten stellen für psychiatrische Institutionen und vor allem die dort tätigen MitarbeiterInnen eine erhebliche Belastung dar. Dabei sind die Gefühle der Hilf- und Ratlosigkeit noch am ehesten zu verkraften, während Resignation oder gar Ängste weit über das hinausgehen, was im Rahmen einer beruflichen Aufgabe verlangt werden kann. Das betrifft übrigens nicht nur den Einzelnen, sondern auch ganze Behandlungs-Teams, die von manchen Patienten, insbesondere mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen, regelrecht vorgeführt, gespalten oder gar gegeneinander aufgebracht werden können.

Kein Wunder, dass im Sinne der so genannten Gegenübertragung therapeutische und pflegende MitarbeiterInnen gegenüber dem auslösenden Patienten nicht selten ihrerseits feindselige und aggressive Gefühle entwickeln und zu Über-Reaktionen und Bestrafungstendenzen neigen können. (Anmerkung: Unter Gegenübertragung versteht man in der Psychoanalyse den Einfluss unbewusster Konflikte und Bedürfnisse des Therapeuten auf das Patient-Therapeut-Verhältnis, im negativen Falle also eigene Aggressivität oder gar Hassgefühle.)

Ähnliche Reaktionen erleben die „schwierigen Patienten“ natürlich auch im Alltag. Nur ist dort der anderen Seite dieses Phänomen noch weniger bewusst, im Gegensatz zu den Spezialisten, die in ihrer Ausbildung lernen, darauf zu achten und entsprechende Emotionen in Grenzen zu halten. Auf jeden Fall drohen den Patienten auf Grund eines solchen negativen kommunikativen Rückkopplungs-Prozesses ständig Stigmatisierung, Diffamierung oder gar Ausgrenzung. Diese Ablehnung führt ihrerseits wieder zu entsprechenden Reaktionen und verstärkt den Teufelskreis, aus denen manche Patienten ihr ganzes Leben nicht mehr herauskommen.

Eine schwierige Aufgabe

„Das Beharren der Professionellen auf Krankheitsmodellen, die den Patienten nicht einsichtig sind, das Bestehen auf einer medikamentösen Strategie, die als unwirksam oder mit unerträglichen Nebenwirkungen belastend erlebt wurde, ist nicht hilfreich. Durch unangemessene Reaktionen der – auch professionellen – Umgebung kann der Patient erst „schwierig“ gemacht werden, können bestehende Schwierigkeiten aufrechterhalten und verstärkt werden.“

Der Umgang mit dem schwierigen Patienten verlangt daher vom gesamten psychiatrischen Team, insbesondere aber von dem für den Behandlungsplan verantwortlichen Ärzten und Psychotherapeuten, eine angemessene Einsicht und Haltung. Diese erfordert die Bereitschaft zum Erkennen von Grenzen des Machbaren, zur Gewährung der Autonomie auch unter Schwierigkeiten, zur Übernahme der Verantwortung im Ernstfall, jedoch auch zur Setzung der notwendigen Strukturen.

Diese schwierige Aufgabe kann nur auf der Grundlage einer soliden Ausbildung, einer guten klinischen Erfahrung, einer verlässlichen Kohärenz im Team und einer hinreichenden Stress-Toleranz bewältigt werden.

Neben der eigenen Psychohygiene sind gute Supervision und Coaching unabdingbare Voraussetzungen; die Tätigkeit an einem Brennpunkt für schwierige Patienten kann meist auch nur zeitlich befristet ausgeübt werden.

Auf erste Anzeichen eines Burnouts ist zu achten.

W. Weig: Der „schwierige“ Patient in der psychiatrischen Versorgung. *Nervenarzt* 7 (2009) 847

SCHLUSSFOLGERUNG

Es gibt schwierige Situationen, an denen zwei oder gar mehrere Seiten beteiligt sind. Das beginnt im Alltag und endet noch lange nicht in der Patient-Therapeut-Beziehung. Bei letzterem aber setzt man gerne andere Maßstäbe an. Das ist zwar verständlich, ja vertretbar, will aber auch eine Lösung des Problems erarbeitet sehen. Und die ist schwer (am leichtesten noch von jenen theoretisch zu erbringen, die nicht im Alltag damit konfrontiert sind).

Gleichwohl: Man muss sich Gedanken machen. Auch „schwierige Patienten“ haben ein Recht auf geeignete Strukturen, in denen sie verstanden, betreut, behandelt werden.

Deshalb sind die dafür Tätigen zum Querdenken, zu neuer Betrachtungsweise des Problems und zu innovativen Lösungen aufgefordert. Denkstrukturen und

Umgangsmuster müssen aufgebrochen werden, so Professor Weig. Gerade „schwierige“ Patienten in das normale Lebensfeld zu integrieren, bedarf besonderer Anstrengungen und aufwändiger, zumal flexibler Lösung.

Deshalb kann die ungeschönte, dafür engagierte und vor allem konstruktive Beschreibung entsprechender Schwierigkeiten eher zur Lösung beitragen als deren Verneinung. Sonst drohen Fatalismus und Hoffnungslosigkeit; oder als verunglückte Abwehr eine neue Stigmatisierung, wenn nicht gar Diffamierung.

In diesem Zusammenhang erscheint der alltags-sprachliche Begriff des „Schwierigen“ deutlich weniger stigma-trächtig, als die vorurteils-beladene diagnostische Zuordnung in der öffentlichen Wahrnehmung häufig nahe legt, so Professor Weig.

Eines aber ist ihm aus seiner langen Erfahrung besonders wichtig, was wahrscheinlich alle in diesem Umfeld Tätigen bestätigen können: „Schwierigkeiten sind dazu da, um überwunden zu werden. Die gegenwärtige Versorgungssituation ist aber dadurch gekennzeichnet, dass leicht erkrankten, gut angepassten und in keiner Weise schwierigen Patienten tendenziell weit größere Ressourcen zur Verfügung stehen, als gerade den am stärksten Hilfebedürftigen. Es müssen deshalb Anreize geschaffen werden – ideologisch wie ökonomisch – damit die psychiatrisch Tätigen sich gerade den Schwierigen gezielt und intensiver zuwenden (können).

Wahrscheinlich ist aber die Umsetzung dieser berechtigten Forderung schwieriger, als so manch „schwieriger“ Patient.

LITERATUR

Literaturverzeichnis siehe Teil 2: Der schwierige Patient aus allgemein-ärztlicher Sicht.