

Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.
Keine kommerzielle Nutzung, keine Einstellung
in Repositorien.

Verlag und Copyright:
© 2013 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags

 **Thieme**

Negative Emotionen und Verständnis – Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht

Negative Emotions and Understanding – Patients' Perspective on Coercion

Autoren

Carina Armgart¹, Markus Schaub¹, Knut Hoffmann¹, Franciska Illes¹, Barbara Emons¹, Jasmin Jendreyschak¹, Anja Schramm¹, Stefan Richter¹, Josef J. Leßmann², Georg Juckel¹, Ida S. Haußleiter¹

Institute

¹ LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit am LWL-Universitätsklinikum Bochum

² LWL-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Warstein

Schlüsselwörter

- Zwang
- Erleben
- Unterbringung
- Fixierung

Keywords

- coercion
- perception of coercion
- admission
- restraint

Zusammenfassung



Ziel: In dieser Studie wurden 40 untergebrachte Patienten durchschnittlich 3 Wochen nach erfolgter Zwangsmaßnahme zu ihrem Erleben befragt.

Methode: Der Fragebogen umfasste 31 Items zu demografischen und krankheitsbezogenen Daten, Modalitäten der Unterbringung, Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung und

ihre Empfindung sowie Patientenzufriedenheit. Letzteres wurde bisher nicht detailliert untersucht.

Schlussfolgerung: Als führende Emotionen in der Zwangssituation wurden Wut, Ärger und Verzweiflung benannt, retrospektiv jedoch auch Verständnis. Klinisch stabilere Patienten bewerteten das Erlebte insgesamt negativer.

Einleitung



Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie bieten vor ethischem, moralischem und historischem Hintergrund wiederholt Anlass zur öffentlichen Debatte [1] und stehen im Spannungsfeld zwischen Medizin und Legislative, Fürsorgepflicht und Autonomiewahrung, Behandlung und „Verwahrung“ [2]. Weder die Weiterentwicklung psychiatrischer Therapiekonzepte, noch der Dialog mit Betroffenen haben dieses Thema bisher ausreichend berührt. Zwangsmaßnahmen umfassen im Folgenden die Freiheitsentziehung (Unterbringung) ebenso wie die mechanische und pharmakologische Fixierung (Zwangsmedikation) gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten. Diese Maßnahmen lassen sich im klinischen Alltag nicht immer vermeiden und dienen neben dem Schutz des Patienten vor sich selbst auch dem des Klinikpersonals und weiteren Betroffenen [3]. Nach aktueller Studienlage werden in Europa und den USA bis zu ein Drittel aller aufgenommenen Patienten auf psychiatrischen Akutstationen Zwangsmaßnahmen wie Isolation, Fixierung oder parenteraler Medikation ausgesetzt [4].

Die Würde des Menschen (Artikel 1) und das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Artikel 2) sind bereits im Grundgesetz (GG) verankert. Die Freiheit der Person ist demnach unverletzlich. Die rechtsstaatlichen Regelungen für Ausnahmesituationen finden sich in den Landesgesetzen

über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) [5] sowie im Bundes-Betreuungsrecht BtG (im Bürgerlichen Gesetzbuch, BGB) [6].

Zwangsmaßnahmen dürfen nur dann eingesetzt werden, wenn sie in Hinblick auf das Behandlungsziel Erfolg versprechen und weniger eingreifende Behandlungen aussichtslos sind (Grundsatz der Verhältnismäßigkeit). Das Bundesverfassungsgericht entschied 2011, dass eine Zwangsbehandlung bei einwilligungsunfähigen Betroffenen nur im Fall der Lebensgefahr oder der Gefahr schwerer irreversibler Gesundheitsschäden zulässig sei. Darüber hinaus könne der Betroffene die Zwangsbehandlung aber auch für diese Fälle durch eine verbindliche Patientenverfügung ausschließen [7].

Jährlich werden rund 20000 Menschen in NRW nach dem PsychKG in die Psychiatrie zwangseingewiesen [8] und bei etwa 10% der ca. 400000 Klinikaufnahmen pro Jahr handelt es sich um Zwangseinweisungen. Eine Verdopplung der Unterbringungsverfahren wurde sowohl für NRW zwischen 1986–1997 [9] als auch für Deutschland zwischen 1992 und 2000 berichtet [10, 11]. Obwohl das regionale psychiatrische Versorgungssystem durch vorsorgende (§7 und §9 PsychKG NRW) und nachgehende (§27 PsychKG NRW) Hilfen die Anzahl der krisenhaften Zuspitzungen möglichst gering halten soll, ist doch in den letzten Jahren vielfach von einer Zunahme

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1343159>
 Online-Publikation: 30.4.2013
 Psychiatr Prax 2013; 40: 278–284
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Dr. Ida S. Haußleiter
 LWL-Forschungsinstitut für
 Seelische Gesundheit
 Alexandrinenstraße 1–3
 44791 Bochum
 ida.haussleiter@wkp-lwl.org

der „sofortigen Unterbringung“ (§ 14 PsychKG NRW) berichtet worden [12, 13]. Hierbei zeigen sich deutliche regionale Schwankungen, sowohl zwischen einzelnen Bundesländern [14] als auch zwischen städtischen und ländlichen Regionen [15].

Unterbringung, Zwangsmedikation und Fixierung stellen für psychiatrische Patienten häufig eine starke Belastungssituation dar [16]. Im Kontext des stationären Gesamtaufenthalts und akuten Gesundheitszustands birgt die Zwangsmaßnahme einen zusätzlich belastenden Faktor in Form negativer Emotionen [3, 17, 18], welche auch Wochen nach der Zwangsmaßnahme noch vorhanden sein können [19] und deren Bewältigung teilweise bei der weiteren Behandlung des Patienten außer Acht gelassen wird. Vor allem die Fixierung wird von Patienten häufig als belastend oder sogar traumatisierend erlebt und wird von negativen Gefühlen wie z. B. Angst, Hass, Erniedrigung oder Ohnmacht begleitet [20]. Insgesamt können erlebte Zwangsmaßnahmen nicht nur die Remission des Patienten nachteilig beeinflussen, sondern sich auch auf grundlegende Faktoren des „Gesundwerdens“ an sich, wie das allgemeine Wohlbefinden und die Patientenzufriedenheit, auswirken [21]. Die Patientenzufriedenheit spiegelt die Sicht der Patienten wider und stellt als Qualitätseinschätzung eine wichtige Dimension des Behandlungserfolgs dar. Diese subjektive Einschätzung hat einen prädiktiven Stellenwert für den Patienten [21] und bereits ihre Erfassung kann die Behandlungcompliance verbessern [22]. Die Zufriedenheit der Patienten mit der ersten Behandlungswoche scheint, besonders bei unfreiwilligen Behandlungen, einen Zusammenhang mit der objektiven wie subjektiven Genesung des Patienten nach einem Jahr zu haben [23].

Steinert et al. beschrieben bereits 2001 Zwangsmaßnahmen als „ethisches Dilemma“ und forderten, die Sichtweise von Professionellen und Angehörigen durch die von Patienten zu ergänzen, um konsensfähigere Leitvorstellungen im Umgang mit Zwangsmaßnahmen zu erhalten. Die Autoren legten 639 Personen in Deutschland drei prototypisch konstruierte Fallbeispiele vor, die unterschiedliche Problemkonstellationen bei schizophrenen Patienten darstellten und erfragten die jeweilige Zustimmung zu Zwangsmaßnahmen. In der Ausprägung der Problematik wurden die Patienten als Grenzfälle beschrieben, die weder aufgrund der juristischen noch der fachpsychiatrischen Vorgaben eindeutig zu unterscheiden waren. In allen Fällen war die Zustimmung zur Zwangseinweisung höher als zur Zwangsbehandlung [2]. Elf Jahre später wird die Devise „Fixieren statt Behandeln“ hinterfragt [24]. Die beschriebenen Unsicherheiten und ethisch-moralischen Konflikte der Behandler klingen vertraut. Im Sinne der Patienten liegen inzwischen das Patientenverfügungsgesetz im neuen Betreuungsrecht sowie die Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen durch die Bundesrepublik Deutschland vor [25].

Die Einführung eines verpflichtenden Benchmarkings für Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken könnte die Transparenz in diesem Bereich erheblich verbessern und von großer Bedeutung sowohl im klinischen Qualitätsmanagement als auch in der Wahrung der Menschenwürde und Rechtsstellung des Patienten sein [26]. Auch wenn dies nicht unmittelbar zu einer dauerhaften Senkung der Anzahl an Zwangsmaßnahmen führt, ist die Tendenz entscheidend. Auch die Berücksichtigung von Präferenzen seitens des Patienten bezüglich möglicher Zwangsmaßnahmen [27] begründet einen transparenten, dialogischen Umgang mit dem Thema und fördert Selbstwirksamkeit und Mitbestimmung des Patienten selbst in dieser Ausnahmesituation.

In der vorliegenden Studie sollten die subjektiven Eindrücke der Patienten beim Erleben von Zwangsmaßnahmen systematisch erfasst werden, um langfristig die schwierige Behandlungssituation im Sinne eines guten therapeutischen Prozesses besser zu gestalten und auch mögliche Folgen im Erleben rechtzeitig zu erkennen und zu berücksichtigen. Hierbei wurde nicht nur auf das Ausmaß des wahrgenommenen Zwanges fokussiert, sondern auch, was neu ist, auf die unmittelbar auftretenden Emotionen.

Methoden



Im zweiten Halbjahr 2011 wurden insgesamt 94 Patienten im LWL-Universitätsklinikum Bochum unfreiwillig aufgenommen, darunter 43 Patienten per PsychKG- und 51 Patienten per BtG-Beschluss. Es wurden 29 der 94 Patienten (16 Männer) teilweise mehrfach fixiert. Insgesamt fanden 60 Fixierungen mit einer Gesamtdauer von 25164 Minuten (419,4 Stunden) und einer durchschnittlichen Fixierdauer von 416,1 Minuten (6,9 Stunden) statt. Allen der 94 untergebrachten Patienten wurde eine Teilnahme an der retrospektiven Befragung angeboten, 40 Patienten willigten ein. Für die Befragung lag ein positives Votum der Ethikkommission der Ruhr-Universität Bochum vor (Reg.-Nr. 3787-10).

Als Ausschlusskriterien galten die Ablehnung der Teilnahme, das Widerrufen der schriftlichen Einwilligung oder der vorzeitige Abbruch während des Interviews. Patienten in akuten Krisensituationen oder mit ausgeprägten Wahnsymptomen wurden erst nach Stabilisierung befragt. Die aktuelle Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung bzw. des psychosozialen Funktionsniveaus erfolgte am Befragungstag mittels Clinical Global Impression (CGI) [28] sowie psychosozialer Performance-Skala (PSP) [29] durch den Stationsarzt.

19 der befragten 40 Patienten waren männlich (47,5%), das durchschnittliche Alter lag bei 41,53 ($\pm 12,3$) Jahren (Range 18–72 Jahre). 29 (72,5%) Patienten hatten eine Hauptdiagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F2X.X), 8 Patienten (20%) waren affektiv erkrankt (ICD-10: F3X.X). Neun (22,5%) Patienten wiesen neben ihrer Hauptdiagnose eine komorbide Suchterkrankung (ICD-10: F1X.X) und 2 (5%) eine komorbide Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6X.X) auf (● **Tab. 1**).

Tab. 1 Patientendaten.

Patientendaten (n = 40)			
Geschlecht	52,5% Frauen		
Alter	41,53 ($\pm 12,3$) Jahre		
Hauptdiagnose	F2	F3	F4
	72,5%	20%	7,5%
Krankheitsdauer	8,83 ($\pm 8,6$) Jahre		
Rechtsgrundlage	PsychKG: 67,5%		BtG: 32,5%
Fixierung (Häufigkeit)	0,45 ($\pm 0,71$)		
Fixierungsdauer	121,03 ($\pm 303,64$) Minuten		
Zwangsmedikation (Häufigkeit)	0,15 ($\pm 0,48$)		
Durchschnittswert PSP	44,83 ($\pm 16,7$)		
Durchschnittswert CGI	5,50 ($\pm 0,59$)		

Das strukturierte, fragebogengestützte Interview wurde in einer Face-to-face-Situation von Mitarbeitern des LWL-Forschungsinstituts für seelische Gesundheit durchgeführt, welche nicht an der Behandlung der Patienten beteiligt waren. Die Befragung fand auf der Station statt und dauerte 30–45 Minuten. Durchschnittlich wurden die Patienten 24,83 ($\pm 22,56$) Tage nach Unterbringung bzw. 22,62 ($\pm 22,74$) Tage nach Fixierung befragt.

Der Fragebogen umfasste 31 Items in den Kategorien demografische und krankheitsbezogene Daten, Modalitäten der Unterbringung, Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung und das Empfinden dieser durch den Patienten sowie die allgemeine Patientenzufriedenheit mit der erfahrenen Behandlung.

Neben der Frage, ob die Zwangsmaßnahme bei Durchführung und aktuell betrachtet gerechtfertigt gewesen sei, wurden explizit Emotionen bezüglich des erduldeten Zwangs abgefragt. Sowohl bezüglich der Unterbringung (n=40) als auch der Fixierung und Zwangsmedikation (n=15) konnten Patienten die Emotionen Wut, Einsamkeit, Verständnis, Ärger, Hilflosigkeit, Gleichgültigkeit, Aggression, Verzweiflung, Erleichterung, Hass und Orientierungslosigkeit wählen. Mehrfachnennungen waren möglich. Neben den vorgegebenen Antwortkategorien bestand auch die Möglichkeit zur Freitext-Antwort. Diese Option wurde bei den Fragen nach dem Empfinden nicht genutzt.

Mittels einer Likert-Skala wurden die Qualität der Behandlung, das Ausmaß der erhaltenen Hilfe, die Erfüllung individueller Bedürfnisse und eine mögliche erneute Behandlung in der Einrichtung erfasst. Die gewonnenen Daten wurden pseudonymisiert in eine SPSS-Datenmatrix eingegeben (SPSS statistics 19.0, IBM Deutschland) und statistisch ausgewertet.

Ergebnisse

Psychiatrische Grunderkrankung

Die durchschnittliche Krankheitsdauer lag bei 8,83 ($\pm 8,6$) Jahren (Range: 1–37 Jahre). 31 Patienten wurden im Vorfeld schon einmal in einer psychiatrischen Klinik behandelt (77,5%). Im Durchschnitt lag der erste Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik 9,6 ($\pm 9,3$) Jahre zurück.

Der durchschnittliche Wert des psychosozialen Funktionsniveaus lag bei allen befragten Patienten bei 44,83 ($\pm 16,7$), wobei ein Punktwert kleiner 30 einem „niedrigen Funktionsniveau und Unterstützungsbedarf“ und ein Wert kleiner 70 „unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden“ entspricht. Beim ermittelten CGI zeigte sich ein Modus von 5, dies entspricht der Kategorie „deutlich krank“. Mehr als die Hälfte der Patienten (n=21) hatte im Laufe ihres Lebens schon einmal Suizidgedanken und 10 Patienten gaben an, in der Vergangenheit bereits Suizidversuche unternommen zu haben. Weitere klinische Angaben zur Stichprobe sind der **Tab. 1** zu entnehmen.

Unterbringung und Fixierung

27 (67,5%) Patienten wurden auf Rechtsgrundlage des PsychKGs untergebracht, bei insgesamt 6 Patienten (2,5%) änderte sich im Laufe der Unterbringung der Rechtsstatus (Einleitung einer gesetzlichen Betreuung bzw. Fortsetzung der Behandlung auf freiwilliger Basis). Neun Patienten konnten keine Angabe zu dieser Frage machen. Als Unterbringungsgründe nannten 79,5% der Patienten eine akute Eigen- und 46,2% eine akute Fremdgefährdung (Mehrfachnennung möglich). 77,5% der Patienten wurden per Amtshilfe in die Klinik gebracht, 17,5% wurden von Angehörigen oder ihrem gesetzlichen Betreuer und 10% von Mitarbeitern eines komplementären Dienstes begleitet. Ein Patient kam alleine zur Aufnahme.

20 Patienten gaben an, bereits im Vorfeld gegen ihren Willen behandelt worden zu sein, die konkrete Anzahl vorausgegangener Unterbringungen konnte nicht benannt werden. 15 Patienten (37,5%) wurde nach eigenen Angaben in der Aufnahmesituation

eine Behandlung auf freiwilliger Basis anstelle der Unterbringung angeboten.

Im Durchschnitt wurden die befragten Patienten 0,45 ($\pm 0,71$)-mal fixiert (Range 0–3) und erhielten in 0,15 ($\pm 0,48$) Fällen eine parenterale Zwangsmedikation (Range 0–2). Als Gründe für die Notwendigkeit dieser Maßnahmen nannten die Patienten fremd-aggressives Verhalten gegenüber Mitpatienten und Klinikpersonal sowie die Verweigerung der Medikamenteneinnahme.

Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht

In Bezug auf das Erleben und Bewerten von Zwangsmaßnahmen wurde sowohl retrospektiv nach den Empfindungen zum Zeitpunkt der Zwangsmaßnahme als auch zum aktuellen Befragungszeitpunkt gefragt. Am häufigsten wurde bezüglich des Zeitpunkts der Zwangsmaßnahme als Empfindung Wut (57,5%), Ärger (60%) und Verzweiflung (55%) genannt. Bezogen auf Zwangsmaßnahmen in Form von Fixierung und Medikation zum Zeitpunkt der Unterbringung waren Aggression, Wut und Ärger (mit je 57,1%) führend. Zum Befragungszeitpunkt empfanden die Patienten die damalige Unterbringung am häufigsten als Hilflosigkeit (45%), Wut und Ärger (40%) und bezüglich der Fixierung oder Zwangsmedikation Wut und Verzweiflung (je 46,2%) bzw. Ärger und Hilflosigkeit (je 38,5%).

Bei der Einteilung der Patienten hinsichtlich des aktuellen CGI-Wertes (Trennwert 6) zeigte sich, dass klinisch stabilere Patienten (CGI < 6) (n=20) ihre Unterbringung und Zwangsmaßnahmen negativer bewerteten als aktuell kränkere Patienten (CGI ≥ 6). 15% der Patienten mit einem CGI-Wert ≥ 6 bewerteten die erfolgten Zwangsmaßnahmen nicht. Die angegebenen Emotionen dieser Subgruppen bezüglich der Zwangsmaßnahmen in der Situation selbst sowie zum Befragungszeitpunkt sind **Abb. 1** zu entnehmen.

Präventive Maßnahmen aus Patientensicht

Auf die Frage, wie eine erneute Unterbringung vermieden werden könnte, nannten 60% der Patienten eine regelmäßige Medikamenteneinnahme, 57,5% die Pflege sozialer Kontakte und 52,5% eine ambulante Therapie als mögliche Strategien. Regelmäßige Arztbesuche und sportliche Aktivitäten (47,5%) sowie Stressvermeidung (40%) wurden ebenfalls als präventive Strategien angegeben. Von einzelnen Befragten wurden das betreute Wohnen, die Beantragung einer gesetzlichen Betreuung, mehr körperliche Nähe, Gesundheitsfürsorge oder Beten als weitere Strategien zur Unterbringungsvermeidung genannt.

Hinsichtlich einer Vermeidung von Zwangsmaßnahmen wurden zu je einem Drittel Einzelgespräche mit dem Bezugstherapeuten oder Rauchen (als Ablenkung bzw. Beruhigung) benannt sowie in 27,3% der Fälle das Hinzuziehen von Vertrauenspersonen. Musik hören (13,6%), eine reizarme Umgebung (9,5%), Essen sowie körperliche Bewegung und Entspannungsübungen (je 4,5%) wurden ebenfalls angegeben. Generell nannten die Patienten auch eine Veränderung ihrer Lebensverhältnisse, das frühere Aufsuchen einer psychiatrischen Klinik oder eine angemessene Bedarfsmedikation als Vermeidungsstrategien. Ebenso wurde der Wunsch nach einer angemessenen Kommunikation zwischen Patient und Klinikpersonal in der Akutsituation deutlich.

Patientenzufriedenheit

31 Patienten machten Angaben zu ihrer Zufriedenheit mit der erfolgten Behandlung. Dabei bewerteten 16,1% die Qualität der erhaltenen Behandlung als ausgezeichnet und 38,7% als gut. 58,1%

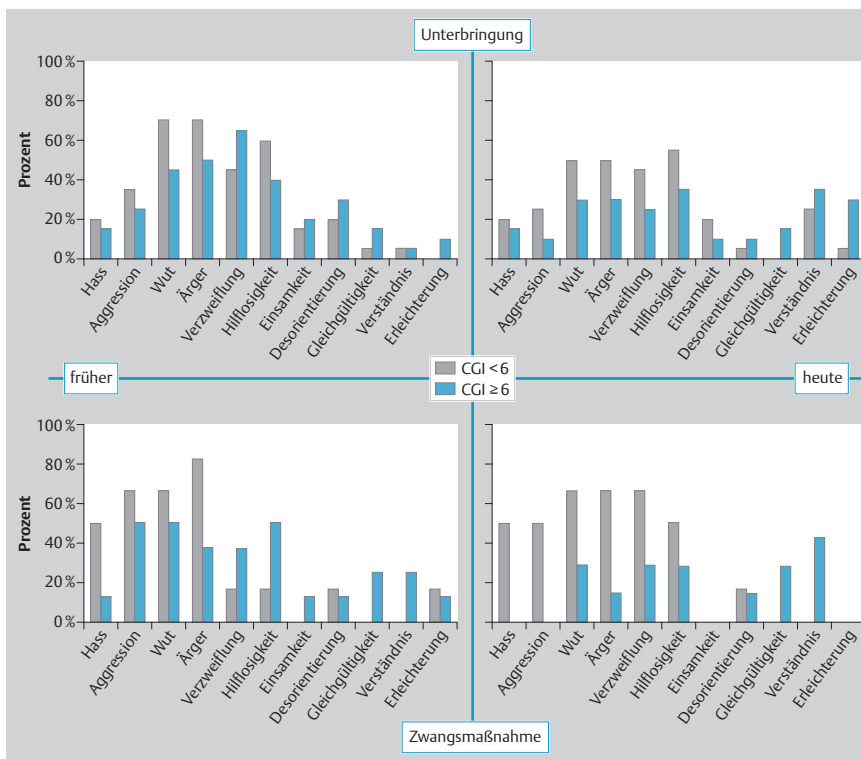


Abb. 1 Angabe der empfundenen Emotionen bezüglich des Zwanges („Unterbringung“, „Zwangsmaßnahme“) unmittelbar bei Durchführung („früher“) sowie rückblickend zum Befragungszeitpunkt („heute“). N=40, Angaben in Prozent, Mehrfachnennung möglich.

waren mit dem Ausmaß der erhaltenen Hilfe während ihrer Behandlung zufrieden. Die Behandlung entsprach bei mehr als der Hälfte der Patienten (54,9%) den individuellen Bedürfnissen. 74,2% würden bei einem erneuten Behandlungsbedarf die Klinik wieder aufsuchen.

Diskussion

In der vorliegenden retrospektiven Studie wurden untergebrachte Patienten einer Routine-Kohorte in einer psychiatrischen Klinik mit Pflichtversorgung durchschnittlich drei Wochen nach einer Zwangsmaßnahme (Unterbringung, Fixierung, Medikation) zu deren Erleben befragt. Vergleichbare Studien [19] führten ebenfalls Patientenbefragungen in diesem Zeitintervall nach erfolgter Zwangsmaßnahme durch. Die Patienten wurden nicht auf verschiedenen Stationen möglichst „repräsentativ“ rekrutiert, vielmehr wurden konsekutiv alle Patienten kontaktiert, die im Erhebungszeitraum (Juli–Dezember 2011) gegen ihren Willen auf der diagnoseübergreifenden Akutstationen untergebracht wurden. 42,5% dieser Patienten willigten in die Befragung ein. Aufgrund der Verteilung von CGI und PSP in der Stichprobe und unter Berücksichtigung der jeweiligen Erkrankungsdauer ist nicht davon auszugehen, dass es sich bei den Teilnehmern ausschließlich um stabilere oder leichter erkrankte Patienten handelte. Übereinstimmend mit früheren Studien [30, 31] handelte es sich auch bei unserer Befragung mehrheitlich um Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, die in akuten Krankheitsphasen oft krankheitsuneinsichtig sind und wo eine Behandlung häufig wegen selbst- oder fremdgefährdender Verhaltensweisen erforderlich wird.

Mehrere Studien unterschiedlicher Designs haben bereits Ausmaß und Art von Zwangsmaßnahmen, die gesellschaftliche Bewertung derselben, Prädiktoren auf Patienten- wie Klinikseite, Auswirkungen auf die weitere Krankheitsentwicklung und die

retrospektive Einsicht und Interpretation der Patienten [20, 23, 32–36] untersucht. Die vorliegende Studie trägt einen systematisch erfassten Datensatz zur Diskussion um Zwangsmaßnahmen bei und fokussiert darüber hinaus speziell auf das Erleben des Einzelnen insbesondere die emotionalen Aspekte in einer solchen Situation des erduldeten Zwangs.

Nicht nur die Entwicklung einer Anpassungsstörung an eine akute Krankheitsepisode ist in diesem Fall ein Risikofaktor [37], sondern auch die Aufnahme in eine psychiatrische Institution, die an sich als extreme Belastungssituation anzusehen ist [38].

Im Falle der Exazerbation einer psychiatrischen Grunderkrankung, die von Reizüberflutung und Reizüberwältigung gekennzeichnet sein kann, erlebt der psychiatrische Patient möglicherweise durch die Zwangsmaßnahme Hilflosigkeit, schutzloses Ausgeliefertsein, Angst und das Gefühl sich nicht wehren zu können. All diese Aspekte kennzeichnen ein traumatisches Ereignis, das langfristig zu entsprechenden Symptomen führen [16, 39–41] und möglicherweise langfristig die psychiatrische Grunderkrankung negativ beeinflussen kann [23, 34].

Ein ausführlicheres Interview mit detaillierteren Fragen auch zu Traumakriterien wurde zugunsten der zeitnahen Befragung der teilweise noch schwer kranken Patienten vor dem Hintergrund des Zwangs (geschlossene Akutstation) verworfen. Befragt nach ihren Emotionen zum Zeitpunkt der Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik gegen ihren Willen gaben mehr als die Hälfte der Patienten negative Emotionen wie Wut und Ärger an, aber ebenso Hilflosigkeit und Verzweiflung. Zum Befragungszeitpunkt waren dies ebenfalls bei knapp der Hälfte der Patienten die vorherrschenden Emotionen. Zudem äußerte ein Drittel der Patienten aktuell Verständnis für die damalige Unterbringung. Bei den 13 fixierten und zwangsmedizierten Patienten wurden zum Zeitpunkt der Maßnahme ebenfalls mehrheitlich Aggression, Wut und Ärger empfunden, aktuell dominierten Wut und Hilflosigkeit gleichermaßen. Berücksichtigte man den aktuellen Schweregrad der Erkrankung, ergab sich – im ersten Augenblick überras-

schenderweise – eine weniger negative Bewertung der erlebten Maßnahmen durch die kränkeren Patienten. Priebe et al. beobachteten ebenfalls, dass Patienten mit höherem Funktionsniveau die Unterbringung seltener als gerechtfertigt und vielmehr als Eingriff in ihre Autonomie und ihr selbstbestimmtes Leben ansahen [23]. Bergk et al. verglichen 102 Patienten von allgemeinpsychiatrischen Stationen in ihrem Erleben von mechanischer Fixierung oder Isolation als Zwangsmaßnahme. Die Befragung erfolgte mittels der „44-Item-Coercion Experience Scale“ (CES) und Patienten berichten eine Fülle von Gefühlen des Ausgeliefertseins, von Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht [42].

Es sei angemerkt, dass die Perspektive der Behandler an sich bisher keine entscheidende Rolle in der Entwicklung neuer Konzepte spielte. Denn auch, wenn Vereinigungen psychiatriererfahrener Patienten dem Behandler prinzipiell das Ausspielen von Macht, den Wunsch nach Bestrafung des Patienten und die Anmaßung der Omnipotenz unterstellen, ist die Realität wohl vielschichtiger. Vereinzelt studierten, den Umgang des professionellen Teams mit Zwangssituationen standardisiert zu erfassen. Husum et al. stellten beispielsweise in einer Kohorte von 215 Mitarbeitern auf Akutstationen drei Betrachtungsweisen des Zwanges als „Angriff des Patienten“, „Schutz und Sicherheit“ oder aber „Behandlung“ heraus [43]. Wynn befragte Mitarbeiter einer norwegischen Universitätsklinik nach Häufigkeit, Präferenz und Bewertung durchgeführter Zwangsmaßnahmen. Die Mehrheit der Befragten gab an, dass ihrer Meinung nach die verwendeten Maßnahmen die Integrität des Patienten verletzte, der therapeutischen Bindung schade und Mitpatienten verängstige. Als Hauptgründe für die Einleitung der Maßnahmen (Fixierung, Isolation) wurden hier Gewalt, Selbstverletzung und Drohungen angegeben. Erhöhte Personalpräsenz und intensiviertere Betreuung wurden als mögliche Alternativen zu den Maßnahmen angesehen [44]. Nach britischem Vorbild könnte kurzzeitig auch eine spezifische, schmerzfreie Haltetechnik statt der Fixierung angewandt werden [45].

Auch die Atmosphäre bei Aufnahme, das Verhalten des Behandlungsteams und die Einbeziehung des Patienten in therapeutische Entscheidungen sind entscheidend für den weiteren Behandlungsverlauf des Patienten. Borbé et al. befragten 72 randomisierte Patienten mittels eines entwickelten semistrukturierten Interviews zur Aufnahme sowie mit der ZUF-8 [47] zur Behandlungszufriedenheit [46]. Als wichtigste Bereiche des subjektiven Erlebens der Aufnahmesituation wurden Personal, Stationsklima und Mitpatienten genannt. Gewalt und Zwang spielten nur eine untergeordnete Rolle [46]. Eine höhere Behandlungszufriedenheit konnte bei Patienten ein Monat nach Zwangsbehandlung (bei letztlich freiwilligen Patienten) festgestellt werden, weiterhin ließ es Patienten das Erlebte als weniger gravierend bewerten [19]. Als wesentliche Themenkomplexe, die dem Patienten das Gefühl der „zwangsweisen“ Behandlung vermittelten, wurden hier die fehlende Beteiligung an Aufnahme- und Behandlungsentscheidungen, der respektlose Umgang in der Aufnahmesituation und generell die Bewertung der stationären Behandlung als ineffektiv benannt. Wenn die therapeutische Allianz mit dem Einweiser als schlecht angesehen wurde, empfanden Patienten einer anderen Studie die stationäre Aufnahme eher als „erzwungen“, selbst wenn der Rechtsstatus freiwillig blieb [36].

Wie auch bei Borbé et al. zeigte sich in unseren Einzelinterviews ein klarer Trend zu einer positiven Behandlungsbewertung [46]. Inwieweit hierbei soziale Erwünschtheit bei der Beantwortung eine Rolle spielte, bleibt fraglich. In beiden Untersuchungen war der Interviewer jedoch bewusst nicht an der stationären Behand-

lung der Patienten beteiligt. Das Interview an sich kann jedoch bereits die Beantwortung der Fragen positiv beeinflussen, da für Patienten Ansprechbarkeit, Einzelgespräche, persönliche Zuwendung, Freundlichkeit und Respekt eine entscheidende Rolle in der Akutbehandlung spielen [48].

Limitationen der vorliegenden Untersuchungen sind: Die Stichprobe ist mit einer ursprünglich eingeschlossenen Gruppe von 40 untergebrachten Patienten nur von kleinem bis mittlerem Umfang. Subgruppenanalysen und komplexere statistische Verfahren sind so nicht valide durchführbar. Es bleibt allerdings zu berücksichtigen, dass es sich hier um die Befragung von hoch akut erkrankten Patienten handelt, deren psychische Dekompensation zu einer Unterbringung gegen ihren Willen führte. Daher ist der Einschluss von immerhin 43% aller möglichen Patienten der Aufnahmepopulation einer psychiatrischen Universitätsklinik im Untersuchungszeitraum akzeptabel. Weiterhin sind die nur einzeitige Befragung der Patienten sowie der Rekrutierungszeitraum von sechs Monaten limitierend, eine Studie mit mehreren Messzeitpunkten bei solch akutem Klientel und verhältnismäßig schnellem „Turn-Over“ auf der Akutstation würde deutlich mehr Organisation und Ressourcenbedarf erfordern, als dies im klinischen Alltag regelmäßig realisierbar ist. Eine mögliche Verzerrung der Stichprobenauswahl könnte dadurch entstanden sein, dass sich eher Patienten zur Teilnahme an der Befragung bereit erklären, die eine grundsätzlich höhere Compliance, Adhärenz und vielleicht Psychiatrieerfahrung aufweisen oder aber weniger akut krank sind. Der erste Einwand lässt sich dadurch relativieren, dass die teilnehmenden Patienten nicht nur zwangsweise untergebracht wurden, sondern teilweise auch weitere Zwangsmaßnahmen erdulden mussten. In diesem Zusammenhang ist nicht von einer erhöhten Zufriedenheit oder Compliance auszugehen. Bezüglich der Schwere der Erkrankung zeigte sich, dass Patienten mit einem geringeren CGI-Wert ihre Unterbringung und Zwangsmaßnahmen negativer bewerteten als aktuell kränkere Patienten, sodass auch der zweite Einwand zu relativieren ist. Die grundlegende Schwäche standardisierter quantitativer Erhebungen ist, dass die Interviewten nur auf Fragen antworten können, die ihnen auch gestellt werden, selbst wenn sie anderes wichtiger fänden. Ebenso ist die aus zeitökonomischen Gründen notwendige Begrenzung der eingesetzten Instrumente limitierend.

Zusammenfassend ist die subjektive Patientensicht entscheidend für die Entwicklung neuer Maßnahmen und Therapiekonzepte, insbesondere bei der Aufnahme und Behandlung von aktuell nicht einwilligungsfähigen Patienten, aber auch in der Nachsorge von Patienten, die Zwangsmaßnahmen erfahren haben. Die retrospektive Behandlungszufriedenheit und die dialogische Bewertung von Zwangsmaßnahmen können hier wegweisend für eine „Good Clinical Practice“ sein.

Interessenkonflikt

▼
G. J. hat Vortragshonorare von folgenden pharmazeutischen Firmen erhalten: AstraZeneca, Bristol-Myers-Squibb/Otsuka, Janssen, Lilly, Lundbeck, Pfizer. Er war Mitglied der Advisory Boards von AstraZeneca, Bristol-Myers-Squibb/Otsuka, Janssen-Cilag. Er hat finanzielle Unterstützung für IITs bekommen von: Janssen, Astra-Zeneca, Lundbeck, BMS. Die übrigen Autoren geben keinen Interessenkonflikt an.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- ▶ Das Erleben von Zwangsmaßnahmen durch den Patienten sollte ebenso systematisch erfasst werden, wie ihr Vorkommen.
- ▶ Bei Durchführung der Zwangsmaßnahme, insbesondere der Unterbringung, sollte auf eine angemessene Aufklärung des Patienten geachtet werden, um Orientierungs- und Hilflosigkeit zu begegnen.
- ▶ Durchgeführte Maßnahmen sollten mit dem Patienten nachbesprochen und weiterer Handlungsbedarf festgelegt werden, um so mögliche Auswirkungen der Zwangssituation auf die weitere Behandlung zu minimieren.

Danksagung

Diese Studie wurde gefördert durch das Landeszentrum Gesundheit LZG.NRW (SZ-01/2010)

Abstract

Negative Emotions and Understanding – Patients' Perspective on Coercion

Objective: This study evaluated involuntarily admitted psychiatric patients' and their perception of coercive measures (i.e. involuntary admission and physical or pharmacological restraint) by asking retrospectively which emotions were induced during the process of coercion.

Method: Interviews were carried out around 3 weeks after coercion. The interview consisted of 31 items categorized into demographic, nosological and coercion-related themes. Patients were also asked about their subjective experiences of the coercion. 40 patients were recruited, with 72% suffering from psychosis-related and 21% with affective disorders. For 22.5% of the patients, this was their first psychiatric hospitalization. The most frequently reported emotions were rage, anger and despair. Patients who were more stable, according to the Clinical Global Impressions scale (CGI), generally evaluated the coercion as being worse.

Conclusion: More than half of the patients were satisfied with the treatment received during hospitalization. The potential suffering caused as a result of patients' perceptions of the coercion, and the impact of this on the course of the disease should be taken into account when developing new treatment strategies.

Literatur

- 1 Rytina S. Zwang in der Psychiatrie: Das Letzte Mittel (12.01.2012). Im Internet: www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/zwang-in-der-psychiatrie-das-letzte-mittel-a-836111.html (Stand: 28.01.2013)
- 2 Steinert T, Gebhardt RP, Lepping P. Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie: Ein ethisches Dilemma. Dtsch Arztebl 2001; 98: 2696–2898
- 3 Kaltiala-Heino R, Tuohimäki C, Korkeila J et al. Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. Int J Law Psychiatry 2003; 26: 139–149
- 4 Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010; 45: 889–897
- 5 WHO-Weltgesundheitsorganisation. Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen (14.01.2005). Im Internet: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/8859-7/E85445G.pdf (Stand: 28.01.2013)
- 6 Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol 2005; 15: 357–376
- 7 Marschner R. Aktuelles zur Zwangsbehandlung – in welchen Grenzen ist sie noch möglich? R&P 2011; 29: 160–167
- 8 Bündnis 90/Die Grünen im Landtag NRW. Den Menschen in den Mittelpunkt stellen – Angebote und Hilfen für psychisch erkrankte Menschen verbessern (09.2006). Im Internet: www.barbara-steffens.de/cms/publikationen/dokbin/305/305727.den_mensch_in_den_mittelpunkt_stellen_an.pdf (Stand: 28.01.2013)
- 9 Crefeld W. Abschlussbericht: Gesundheitsberichterstattung zur Anwendungspraxis des Unterbringungsrechts nach dem PsychKG NRW und dem Betreuungsrecht des Bundes (2005). Im Internet: www.bgt-ev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Themen/Unterbringung/Crefeld_Anwendungspraxis_Unterbringungsrecht_FESA05.pdf (Stand: 28.01.2013)
- 10 Dressing H, Salize HJ. Compulsory admission of mentally ill patients in European Union Member States. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39: 797–803
- 11 Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. BMJ 2006; 330: 123–126
- 12 Leßmann JJ. Zur Differenzierung von Zuweisungen und Unterbringungen nach PsychKG. R&P 2010; 28: 132–136
- 13 Crefeld W. Hilfe und Zwang – oder Zwang aus Hilflosigkeit; Einführung in das Thema. In: Brill KE, Hrsg. Zehn Jahre Betreuungsrecht Qualifizierung der Umsetzung oder erneute Rechtsreform? Recklinghausen: Vormundschaftsgerichttage e.V.: Eigenverlag; 1999: 219f
- 14 Kruschke N. Sozialpsychiatrische Gesundheitspsychologie. Qualitätssicherung in der Zwangseinweisungspraxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2006
- 15 Regus M, Gries K. Psychiatrische Krisenhilfe und Unterbringungspraxis in der Region. Arbeitshilfe zur Kommunalen Gesundheitsberichterstattung (04.2005). Im Internet: http://www.uni-siegen.de/zpe/projekte/abgeschlossene/kbpsych/arbeitshilfe_duer_die_kommunale_gesundheitsberichterstattung.pdf (Stand: 28.01.2013)
- 16 Bonsack C, Borgeat F. Perceived coercion and need for hospitalization related to psychiatric admission. Int J Law Psychiatry 2005; 28: 342–347
- 17 Brown JS, Tooke SK. On the seclusion of psychiatric patients. Soc Sci Med 1992; 35: 711–721
- 18 Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. Am J Psychiatry 1994; 151: 1584–1591
- 19 Katsakou C, Marougka S, Garabette J et al. Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalisation? A mixed-methods study. Psychiatry Res 2011; 187: 275–282
- 20 Frajo-Apor B, Stippler M, Meise U. „Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren“ Auswertung von 14 Leitfadeninterviews mit psychiatrischen Patienten über ihre Erfahrungen mit mechanischer Fixierung. Psychiatr Prax 2011; 38: 293–299
- 21 Gruyters T, Priebe S. Evaluation of psychiatric treatment by patients – results and problems of systematic research. Psychiatr Prax 1994; 21: 88–95
- 22 Spießl H, Cording C, Klein HE. Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. Krankenhauspsychiatrie 1995; 6: 156–159
- 23 Priebe S, Katsakou C, Amos T et al. Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. Br J Psychiatry 2009; 194: 49–54
- 24 Müller S, Walter H, Heinz A. Fixieren statt behandeln? Dtsch Arztebl 2012; 109: 198–203
- 25 Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil II Nr. 35 (31.12.2008). Im Internet: www.bundesgesetzblatt.de (Stand: 28.01.2013)
- 26 Steinert T. Arbeitskreis Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie. Benchmarking of freedom restricting coercive measures in psychiatric hospitals. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2011; 105: 360–364
- 27 Bergk J, Einsiedler B, Flammer E et al. A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. Psychiatr Serv 2011; 62: 1310–1317

- 28 National Institute of Mental Health (NIMH). CGI. Clinical Global Impressions. In: Guy W, ed. ECDEU Assessment for psychopharmacology. Maryland: Rev. Ed. Rockville; 1976: 217–222
- 29 Juckel G, Schaub D, Fuchs N et al. Validation of the Personal and Social Performance (PSP) Scale in a German sample of acutely ill patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2008; 104: 287–293
- 30 Bruns G. Zwangseinweisungspatienten: eine psychiatrische Risikogruppe. *Nervenarzt* 1991; 62: 308–312
- 31 Katsakou C, Rose D, Amos T et al. Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 47: 1169–1179
- 32 Katsakou C, Priebe S. Outcomes of involuntary hospital admission: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 232–241
- 33 O'Donoghue B, Lyne J, Hill M et al. Involuntary admission from the patients' perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45: 631–638
- 34 Sibitz I, Scheutz A, Lakeman R et al. Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 239–244
- 35 Farnham FR, James DV. Patients' attitudes to psychiatric hospital admission. *Lancet* 2000; 355: 594
- 36 Sheehan KA, Burns T. Perceived coercion and the therapeutic relationship: a neglected association? *Psychiatr Serv* 2011; 62: 471–476
- 37 Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL et al. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a metaanalysis. *Psychol Bull* 2003; 129: 52–73
- 38 Morrison AP, Bowe S, Larkin W et al. The psychological impact of psychiatric admission: some preliminary findings. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 250–253
- 39 Beattie N, Shannon C, Kavanagh M et al. Predictors of PTSD symptoms in response to psychosis and psychiatric admission. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 56–60
- 40 Meyer H, Taiminen T, Vuori T et al. Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 343–352
- 41 Meise U, Frajo-Apor B. Die „subjektive Seite“ von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie. *Psychiat Prax* 2011; 38: 161–162
- 42 Bergk J, Flammer E, Steinert T. “Coercion Experience Scale” (CES): validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 5
- 43 Husum TL, Finset A, Ruud T. The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): reliability, validity and feasibility. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31: 417–422
- 44 Wynn R. Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nord J Psychiatry* 2003; 57: 453–459
- 45 Steinert T. Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie. After 200 years of psychiatry: are mechanical restraints in Germany still inevitable? *Psychiat Prax* 2011; 38: 348–351
- 46 Borbé R, Klein A, Onnen M et al. Subjective patient experience of psychiatric admissions. *Psychiat Prax* 2010; 37: 20–26
- 47 Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW. Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother med Psychol* 1989; 39: 248–255
- 48 Hohagen F. Freundliche Ärzte und Pfleger entscheidend für Aufnahmeerleben in psychiatrischen Kliniken (24.11.2011). Im Internet: www.aerzteblatt.de/nachrichten/48170/ (Stand: 28.01.2013)

