

Roswitha Jelley
Dr. med.

„Hilf mir, es allein zu tun!“ - Dynamisches psychiatrisches Fürsorge- und Autonomie-Konzept für bipolare Patienten

Fach/Einrichtung: Geschichte der Medizin
Doktormutter: Prof. Dr. Monika Bobbert

In der vorliegenden Arbeit wurden erstmals die Besonderheiten der Autonomiefähigkeit bipolarer Patienten anhand ihrer Krankheitssymptomatik und deren Relevanz für ethische Konfliktsituationen herausgearbeitet. Die Auswahl der bipolaren Diagnosegruppe für das neu entwickelte ‚Dynamische psychiatrische Fürsorge- und Autonomie-Konzept für bipolare Patienten‘ ist der besonderen Situation des bipolaren Patienten geschuldet, die ihre Spannung durch den charakteristischen ‚bi-polaren‘ Verlauf erhält. Ausgewählte Konzepte der Fürsorge und Autonomie aus der Medizin- und Bioethik wurden analysiert und aus ethischer Sicht relevante Elemente herausgearbeitet. Zur Strukturierung der ethischen Fragen und zur Umsetzung der diesbezüglichen ethischen Reflexionen innerhalb der Psychiater-bipolarer Patient-Beziehung wurde das Modell ethischer Entscheidung nach Haker herangezogen und an den psychiatrischen Versorgungskontext angepasst. Dieses Modell hebt darauf ab, dass sowohl ethisch-existenzielle Fragen der Lebensführung als auch ethisch-normative Fragen des richtigen Handelns in der Psychiater-bipolarer Patient-Beziehung vorkommen und reflektiert werden müssen. Gleichzeitig betont das Modell aber gemäß dem Autonomierecht des Patienten, dass dieser letztendlich selbst entscheiden muss.

Häufig bewegen sich Psychiater in der Behandlung bipolarer Patienten lediglich auf zwei Ebenen, die bei Haker Phase 1 und 2 genannt werden: Hier geht es um Information und Informierte Zustimmung. Demgegenüber wurde anhand Hakers Modell ethischen Entscheidens deutlich gemacht, dass der Psychiater die Reflexion und nach Möglichkeit Diskussion ethischer Fragen in die Behandlung des bipolaren Patienten einbeziehen muss. Er sollte sogar dem Patienten in Bezug auf die Reflexion ethischer Fragen zur Seite stehen oder ihn bei der Wiedererlangung entsprechender Kompetenzen unterstützen. Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, warum und in welcher Form ethische Beratung eine Aufgabe des Psychiaters darstellt. Auch wenn Psychiater in Aus- und Fortbildung dafür nicht eigens qualifiziert werden, sind sie auch für diese ethischen Belange zuständig. Die vorliegende Arbeit soll dem Ausweis dieser Notwendigkeit dienen.

Die Bipolare Erkrankung ist einerseits durch eine spezifische Zeitdimension und andererseits durch spezifische dichotome Dimensionen gekennzeichnet. Die zentralen Elemente des ‚Dynamischen psychiatrischen Fürsorge- und Autonomie-Konzepts für bipolare Patienten‘ seien abschließend nochmals wie folgt zusammengefasst.

Zeitdimension

Die bipolare Störung verläuft phasenhaft. Es besteht eine stark ausgeprägte Tendenz, dass rezidivierend affektive Episoden auftreten, die zeitlich begrenzt sind und sich mit ‚gesunden‘ Intervallen abwechseln.

Dichotome Dimension

Die spezifische dichotome Dimension zeigt sich in den charakteristischen depressiven und manischen Symptomkonstellationen, die sich generell bei der depressiven Symptomatik aus einer Inhibition bzw. Verlangsamung und bei der manischen Symptomatik aus einer Disinhibition bzw. Beschleunigung dieser Funktionen ableiten lassen. Jede Auslenkung birgt besondere Risiken mit unterschiedlichen Eigen- und Fremdgefährdungsmomenten. Der Psychiater ist dabei nicht nur für die Sicherheit des bipolaren Patienten, sondern auch für die Sicherheit Anderer verantwortlich. Mit seinem Heilungsauftrag gegenüber dem bipolaren Patienten wird er mit einer weiteren dichotomen Struktur konfrontiert: Seine erklärende (naturwissenschaftliche) und seine verstehende (hermeneutische) Perspektive auf den bipolaren Patienten stellen zwei Teilbereiche der therapeutischen Zielsetzung dar, die sich komplementär gegenüberstehen können, gleichzeitig aber untrennbar sein psychiatrisches Handeln ausmachen. Die hermeneutische Sicht führt zwangsläufig zur ethischen Perspektive.

Integrative Aspekte

Angewendet auf den bipolaren Patienten zeigt die vorliegende Arbeit, dass die in den bisherigen Autonomie- und Fürsorge-Debatten genannten Konzeptionen defizitär sind. Erst die Integration bestimmter Elemente aus verschiedenen Konzeptionen kann ein angemessenes Autonomie- und Fürsorge-Konzept ergeben, weshalb zusätzlich zu den dichotomen Aspekten die integrative Komponente essenziell ist. In der vorliegenden Dissertationsschrift wurden das fürsorgliche „Be“-Handeln des Patienten und die allgemeine Definition des ärztlichen Heilauftrags neu bestimmt und folgendermaßen formuliert: „Der Arzt soll dem Patienten gegenüber so handeln, dass das Wohl des Patienten erreicht wird, ohne ihm zu schaden.“ Die Analyse der fachspezifischen Vorgaben hinsichtlich ihrer Relevanz für die Psychiater-bipolarer Patient-Beziehung zeigt, dass das ärztliche Handeln durch die Achtung der Autonomie des Patienten legitimiert sein muss.

Außerdem zeigte die Analyse der fachspezifischen Vorgaben, dass es mittlerweile ein Bewusstsein dafür gibt, dass die Autonomie des bipolaren Patienten zu fördern ist, ohne dass dies explizit gemacht wird.

Fürsorge und Autonomie dynamisch und integrativ

Das in der vorliegenden Arbeit entwickelte ‚Dynamische psychiatrische Fürsorge- und Autonomie-Konzept für bipolare Patienten‘ greift in den Konzeptelementen (1), (2), (3), (5), (6) und (8) Autonomie als wesentlichen moralischen Wert auf, der auf einer weit fundamentaleren Ebene als lediglich durch das „übliche“ Recht auf Informierte Zustimmung und das Recht auf Nicht-Schaden sowie die Idee einer partizipativen Entscheidungsfindung geschützt und realisiert wird. Eine wesentliche explizite Erweiterung und daher eine eminente Neuerung erfährt die Teleologie psychiatrischen Handelns dem bipolaren Patienten gegenüber durch die Konzeptelemente (4) und (10): ‚Im Behandlungsfall soll der Psychiater fürsorglich gegenüber dem bipolaren Patienten handeln. Fürsorgliches psychiatrisches Handeln soll darauf abzielen, Schaden vom bipolaren Patienten abzuwenden und das psychische und physische und moralische Wohl des bipolaren Patienten zu erreichen.‘ Nicht nur das moralische Wohl, sondern auch die Autonomiefähigkeit des bipolaren Patienten wird dem

psychischen und physischen Wohl erstmalig gleichrangig behandelt und als Ziel der Fürsorgepflicht des Psychiaters eingefordert. Der Psychiater wird explizit mit den ethischen Zielen Autonomie und Fürsorge zu jedem Zeitpunkt der Arzt-Patient-Interaktion konfrontiert und muss sich dazu reflektiert verhalten.

Autonomiefähigkeit bipolarer Patienten und die Zeitdimension

In dem Autonomie-Konzept, das in der vorliegenden Arbeit entwickelt wurde, wird die Autonomie des bipolaren Patienten — beschrieben in den Konzeptelementen (11) bis (13) — als Kompetenz im Sinne einer individuellen Fähigkeit verstanden, die durch das Einfließen der Zeitdimension gradierbar ist und einen Schwellenwert hat. Im Unterschied zur Autonomie-Konzeption des Philosophen Immanuel Kant, der von einem autonomen Wesen ausgeht, das qua Vernunft verallgemeinerbare Normen unabhängig von den eigenen Neigungen erschließt, kann sich der bipolare Patient im ‚Dynamischen psychiatrischen Fürsorge- und Autonomie-Konzept für bipolare Patienten‘ im Sinne internalistischer Autonomie-Konzeptionen nur dann autonom bestimmen und autonom handeln, wenn er ein Selbst (d.h. einen eigenen Willen sowie eigene Motive und Werte) und eine hinreichende Autonomiekompetenz besitzt, um von dieser Basis aus sich in selbstbezogener und selbstreflexiver Weise zu kontrollieren.

Das in der vorliegenden Arbeit entwickelte ‚Dynamische psychiatrische Fürsorge- und Autonomie-Konzept für bipolare Patienten‘ präferiert das hierarchische Konzept des Philosophen Gerald Dworkin als Vertreter der reflexiven Variante, das Autonomie, innere Präferenzen und Identität verbindet (siehe Konzeptelement (26)). Das Ringen um die eigene Identität und die innere Selbstfindung beinhaltet die kritische Reflexion und die Analyse der Wünsche, mit denen sich der bipolare Patient identifizieren will und die seinen Motiven die autoritative Basis für seine nachfolgende autonome Handlung verleihen. So ergab die Auswertung des Fallbeispiels A eine mangelnde Berücksichtigung der Veränderungen der Autonomie-Kompetenz des Patienten A bei Abklingen der Symptomatik oder Wechsel von Manie zu Depression. Das vorgeschlagene Konzept kann als Anleitung für den klinisch tätigen Psychiater dienen.

Autonomiefähigkeit bipolarer Patienten und Kohärenz

Der in Bezug auf die Autonomiefähigkeit herangezogene Begriff der Kohärenz fußt nicht auf einer psychologischen oder psychodynamischen Theoriebildung, sondern auf ethischen Theorien und Argumentationen. Der bipolare Patient strebt nach Kohärenz und Kontinuität bei gleichzeitigem Unvermögen, sich im gesunden Zustand und während bipolarer Krankheitsphasen als der Gleiche zu fühlen. Durch die bipolare Krankheits-symptomatik kommt es zu Alterationen der Wünsche, Triebe, Neigungen und Einstellungen, wodurch das Kern-Selbstgefühl und das Streben des Ichs nach Einheitlichkeit eine massive Erschütterung erfahren. Auch die Identität des bipolaren Patienten bzw. die Konzeption, die der Patient von sich selbst hat, wird verändert. Er kann sein „Andersartigsein“ in seinem Selbstgefüge nicht in einen kohärenten Zusammenhang bringen, sondern erlebt sein Selbst als befremdlich-trennend. Die Erfahrung der Identität fußt auf dem erfahrenen, jedoch sehr unterschiedlichen Selbstwertgefühl, das in der Depression bis hin zum Nihilismus reduziert und in der Manie bis

hin zum Größenwahn gesteigert sein kann. Gemäß den Konzeptelementen (27), (28) und (31) stellen gelingende Identität, aber auch verantwortliche Lebensführung, Streben nach Kohärenz und Integrität als Unversehrtheit des persönlichen Selbstverständnisses für den Psychiater strebensethische Zielperspektiven des autonomen bipolaren Patienten dar. Die Auswertung des Fallbeispiels B demonstriert die Auswirkungen der bipolaren Symptomatik auf die Kohärenz der Patientin B, aber auch die darauf bezogenen gelungenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Interventionen.

Autonomiefähigkeit des bipolaren Patienten und kognitive Störungen

In der vorliegenden Arbeit wurden neurowissenschaftliche Studien analysiert, die zeigen, dass bipolare Patienten sowohl in akuten Krankheitsphasen als auch in den symptomfreien Intervallen häufig ausgeprägte kognitive Funktionsstörungen bezüglich höherer mentaler und kognitiver Prozesse aufweisen. Die beobachteten Störungen des für die Handlungsplanung unentbehrlichen Arbeitsgedächtnisses sind besonders bedeutsam. Denn die gestörten Mechanismen betreffen die Selbstregulation, die Kontrolle und Bewertung sowie die internale, zielgerichtete und flexible Steuerung kognitiver Prozesse und die externale Handlungssteuerung in der Umwelt — quasi die konstitutionellen Voraussetzungen der individuellen autonomen Handlungsfähigkeit des bipolaren Patienten und seiner rationalen Selbstbestimmung.

Das autonome Handlungsvermögen des bipolaren Patienten wird auch durch die jeweilige Emotionslage bestimmt, da jede Emotion einen Motivationsreiz zum Handeln enthält. Die Beeinflussungen der Affektlage in Bezug auf die autonome Handlungsfähigkeit bestehen in Veränderungen der Selbstkontrolle sowie der Emotionsregulation und -verarbeitung. Es finden sich in der Manie eine bevorzugte Verarbeitung von appetitiven Reizen und eine verstärkte Annäherungsmotivation mit Förderung eines risikoreichen Entscheidungsverhaltens, erhöhte Impulsivität und Ablenkbarkeit. In der Remission einer depressiven Phase findet sich eine stärkere Vermeidungsmotivation. Bipolare Patienten zeigen weniger positive Neubewertungen und Perspektivwechsel, dafür jedoch mehr „Katastrophisieren“ und Ruminieren. Das ‚Dynamische psychiatrische Fürsorge- und Autonomie-Konzept für bipolare Patienten‘ nennt in den Konzeptelementen (18) bis (24) detailliert die betreffenden Einzelkompetenzen des autonomen bipolaren Patienten bezüglich seiner Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit, damit der Psychiater konkrete Aspekte herausgreifen und mit dem aktuellen Zustandsbild des Patienten abgleichen kann. Somit findet der Psychiater erstmals für die klinische Praxis verwertbare Anhaltspunkte und Einstufungsmaßstäbe, um die gegenwärtige Autonomiefähigkeit einzuschätzen.

Wirkung der kognitiven Störungen auf die freie Willensbestimmung

Der bipolar Kranke ist aufgrund der Veränderung seiner physischen oder psychischen Verfassung mit kognitiven und affektiven Krankheitssymptomen und der durch den jeweiligen Krankheitsaffekt beeinflussten intrapersonalen freien Willensaspekte in seiner Autonomiefähigkeit eingeschränkt. Die medizinisch-fachliche Klärung nach Konzeptelement (17), „ob die freie Willensbestimmung des bipolaren Patienten krankheitsbedingt eingeschränkt oder gar völlig aufgehoben ist, steht quasi vor jedweder ethischen Überlegung“,

ist im Kontext der vorliegenden Arbeit nicht nur von fundamentaler Bedeutung, sondern auch für den Behandelnden der schwierigste Schritt. Da bipolare Diagnostik ausschließlich mit klinischen Mitteln auf der Grundlage der Beschreibung der phänomenologisch-deskriptiven Psychopathologie durch den Psychiater erfolgt, liegt der Schwerpunkt auf der Person des Diagnostikers. Erschwerend kommt hinzu, dass es einen geringen schulmedizinischen Konsens gibt bezüglich der Definition dessen, was als „psychisch krank“ zu definieren ist oder darüber, wann die Selbstbestimmung krankheitsbedingt eingeschränkt ist.

Relationale Aspekte

Das ‚Dynamische psychiatrische Fürsorge- und Autonomie-Konzept für bipolare Patienten‘ beinhaltet die Arzt-Patient-Beziehung als zentrales relationales Charakteristikum. Zwischenmenschliche Beziehungen sind konstitutiv für die Autonomie einer Person. Gemäß dem Konzeptelement (9) sollte der Psychiater „in der Arzt-Patient-Interaktion einen verlässlichen Rahmen und seine therapeutischen Fähigkeiten zur Verfügung stellen“. In der Interaktion zwischen bipolarem Patienten und Psychiater stellt der Prozess der gemeinsamen Zielfindung eine große Herausforderung dar.

Als Grundlage der Interaktion zwischen bipolarem Patienten und Psychiater und als Grundhaltung des Therapeuten ist das Respektieren der Autonomie des bipolaren Patienten unabdingbar. Die Förderung basaler Kompetenzen wie beispielsweise Perspektivwechsel und Empathie sowie die Verbesserung kognitiver Funktionen sollten immer angestrebt werden, ohne es auszusprechen oder zu vereinbaren. Darüber hinaus sollten in jedem Behandlungsfall dynamisch angepasste explizite Therapieziele des bipolaren Patienten mit diesem ausgehandelt und gemeinsam getragen werden.

Die relationale Dynamik der Psychiater-bipolarer Patient-Beziehung führt direkt zu den weiteren dynamischen Aspekten als Kernstück des hier vorgestellten Konzepts und als große Herausforderung für den behandelnden Psychiater. In der Interaktion mit dem bipolaren Patienten muss der Therapeut aufgrund des Machtungleichgewichts alle Facetten seines ärztlichen Könnens variabel durchlaufen und dynamisch anpassen, d.h. flexibel und ständig zwischen den verschiedenen Rollen, Ansprüchen und Herausforderungen wechseln können. In einem dialektischen Sinne braucht die Entwicklung der Patientenautonomie zunächst deren Gegenteil, nämlich Bindung, Bindungssicherheit, Stabilität und Verlässlichkeit.

Initial sind die Denkweisen und Überzeugungen, aber auch das Gewissen des Psychiaters als Orientierungs- und Bezugspunkte gefragt, die jedoch durch die Förderung der Autonomiekompetenz des bipolaren Patienten dessen Vorstellungen und Präferenzen weichen sollen. Der Psychiater muss den bipolaren Patienten und auch sich selbst ständig reflektieren und beurteilen, wodurch er ständig zwischen Beziehungsebene, Meta-Ebene und Selbsterfahrungsebene wechselt.

Dynamischer Aspekt bezüglich der Verantwortung

Als weiteres Charakteristikum der spezifischen Autonomiefähigkeit bipolarer Patienten wurde die durch die klinische Symptomatik alterierte Verantwortlichkeit in das Konzept (Konzeptelement (36)) aufgenommen. Idealerweise verlagert sich im Verlauf der Therapie-

Interaktion, durch Verbesserung der Autonomie-Kompetenz in Richtung Autonomie-Ideal, die Verantwortungsübernahme von der Verantwortungsentlastung durch den Psychiater weg immer mehr hin zum bipolaren Patienten. Im Sinne einer wechselseitigen reziproken Beeinflussung steigt die Autonomie-Kompetenz des bipolaren Patienten, während die Fürsorge des Psychiaters sinkt. Durch diese reziproke Veränderung und Beeinflussung befindet sich die Arzt-Patient-Beziehung in einer ständigen Dynamik mit ungewohnten Anforderungen und großen Herausforderungen an beide Beteiligte.

Empfehlungen bezüglich des Reflexions- und Sensibilisierungsprozesses des Psychiaters

Aus der therapeutischen Perspektive stehen Entscheidungshilfen bei schwierigen, schwer einzuordnenden Einschränkungen der Autonomie-Kompetenz, die Sensibilisierung des Psychiaters für krankheitsbedingte Abstufungen oder Veränderungen von Patientenautonomie sowie die Sensibilisierung für die eigenen moralischen und berufsethischen Vorstellungen im Fokus. Im Konzeptelement (37) ist der Psychiater aufgerufen, sich über sein eigenes psychisches Krankheitsmodell Klarheit zu verschaffen. Aus dem psychischen Krankheitsmodell des Psychiaters Hanfried Helmchen resultieren unterschiedliche normativ-ethische Implikationen in Bezug auf die Verantwortlichkeit. Die engere Auslegung der Erkrankung geht mit einer Selbstverantwortung des bipolaren Patienten einher. Die weitere Auslegung mit Entbindung des bipolaren Patienten von jeglicher Verantwortung schränkt die Autonomie des bipolaren Patienten durch die ärztliche Fürsorgepflicht des Therapeuten im Sinne eines daraus resultierenden Paternalismus mehr oder weniger ein oder hebt sie mitunter sogar auf. Tendenziell ist die Befähigung des bipolaren Patienten zur Verbesserung der Autonomiefähigkeit anzustreben, um den engeren Krankheitsbegriff zunehmend zum Tragen kommen zu lassen.

Empfehlung: Paradox der Autonomie-Förderung durch Autonomie-Unterstellung

In Anlehnung an „Erziehung zu Autonomie in Autonomie“ der evangelisch-theologischen Ethikerin Karin Nordström bedingt die angestrebte Verbesserung der Autonomiefähigkeit des Patienten hinsichtlich des Autonomie-Ideals die Empfehlung einer Autonomie-Unterstellung. Im Sinne eines Entwicklungsprozesses wächst die Autonomie des bipolaren Patienten durch Zuteilen von Autonomiebereichen sowie Ansprechen und Teilen der Patientenverantwortung. Je nach Autonomie-Grad des bipolaren Patienten kann es durch Über- bzw. Unterforderung zu Schwierigkeiten oder Problemen kommen, wobei das Risiko des Auftretens von Fehleinschätzungen vom Psychiater einkalkuliert werden muss und die auftretenden Fehler die Aufgabe der Autonomiewiederherstellung spiegeln. Das Prinzip der Schadensvermeidung und der Fürsorge greifen hier. Der Psychiater geht von der schützenden paternalistischen Rolle in die Rolle eines partnerschaftlichen, die Autonomie des bipolaren Patienten achtenden Gegenübers und wieder zurück. Bereits die genannten Herausforderungen (siehe Konzeptelemente (14) bis (16)) verlangen vom Psychiater deutlich mehr als bisherige Autonomie-Konzepte und bedürfen daher einer erweiterten Unterstützung und Schulung des Psychiaters in Bezug auf ethische Aspekte seines Handelns und Entscheidens.

Paternalismus

Im ‚Dynamischen psychiatrischen Fürsorge- und Autonomie-Konzept für bipolare Patienten‘ wird Paternalismus als extreme Form der Fürsorge nach Bestimmung und Diskussion des Begriffs Paternalismus auf die Psychiater-bipolarer Patient-Beziehung übertragen und in der vorliegenden Arbeit neu definiert: „Der Psychiater handelt gegenüber dem bipolaren Patienten paternalistisch, wenn er ohne Einwilligung des Patienten und in Beschränkung der Freiheit und Autonomie des bipolaren Patienten Handlungen vornimmt oder unterlässt, um das Wohlergehen des bipolaren Patienten zu erhöhen, vor Minderung zu bewahren oder in sonstiger Weise die Interessen, Präferenzen, Werte oder Güter des bipolaren Patienten zu befördern.“

Es muss also darauf geachtet werden, dass diese Position eingenommen, aber auch wieder verlassen wird. Der Psychiater sollte maximal eine gemäßigte Paternalismus-Position einnehmen und einen starken Paternalismus vermeiden. Eine paternalistische Haltung im Sinne einer extremen Fürsorge bzw. Wohltätigkeit ist nicht von vorneherein abzulehnen, sondern kann zum Schutz und zur Verantwortungsentlastung des bipolaren Patienten sogar geboten sein. Der Psychiater sollte in dynamischer Weise sich selbst in der Therapie-Interaktion auf einem Kontinuum zwischen den beiden extremen Polen des Paternalismus und der partnerschaftlich-beratenden Position bewegen (siehe Konzeptelemente (29) bis (38)).

Psychiatrisch-ethische Beratungshaltung

Des Weiteren sollte sich der Psychiater nicht scheuen, auch eine psychiatrisch-ethische Beratungshaltung einzunehmen. Er sollte gemäß den Konzeptelementen (27) und (28) die Dimensionen der ethisch-existenziellen und der ethisch-normativen Ebene unterscheiden und sich im therapeutischen Prozess bewusst sein, wann er sich auf welcher Ebene ethischer Reflexion befindet. Eine Begrenzung erhält die psychiatrisch-ethische Beratung durch die Grenze der Entscheidungsfreiheit des bipolaren Patienten, sein external nicht festlegbares ethisches Können und Wollen und den Spielraum seiner realisierbaren Verantwortung. Diese Erweiterung der psychiatrischen Fürsorge-Funktionen ist ebenfalls eine Neuerung.

Schluss

Das ‚Dynamische psychiatrische Fürsorge und Autonomie-Konzept für bipolare Patienten‘ fordert vom Psychiater deutlich mehr Kompetenzen und Fürsorgepflichten als bislang in der fachspezifischen Leitlinie erkennbar, unterstützt jedoch auch sehr konkret und in praktischer Hinsicht die Umsetzung in Richtung auf das Erreichen des angestrebten Autonomieideals bei bipolaren Patienten und in Richtung des Fürsorgeideals des Psychiaters.