

Familien dynamik

Systemische Praxis und Forschung

43. Jahrgang
Heft 2 | 2018
DOI 10.21706/fd-43-2

Herausgegeben von Ulrike Borst, Hans Rudi Fischer, Christina Hunger-Schoppe und Arist von Schlippe

Depression

IM FOKUS

Depressionen
in der Peripartalzeit

Krise nach der Geburt

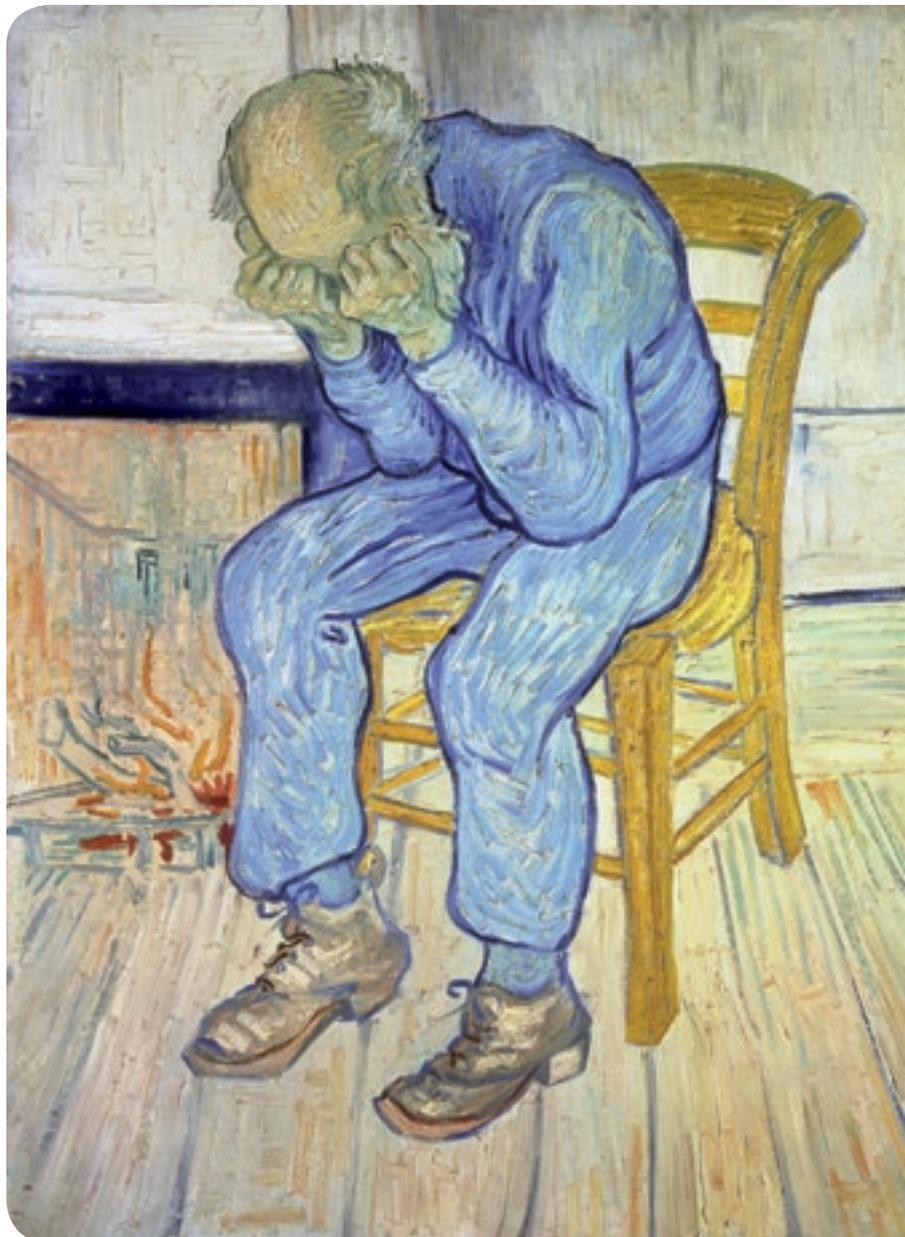
Therapieerwartungen
Jugendlicher mit Depression

SEITEN-BLICK

Kommunikation –
zum Kernbereich menschlichen
Sozialverhaltens

ÜBER-SICHTEN

Depression und Religiosität/
Spiritualität



Klett-Cotta

familiendynamik.de

Der besondere Fall

DOI 10.21706/fd-43-2-146

Herausforderung der therapeutischen Flexibilität

Gemeinsam geht es besser

Psychotherapie mit älteren Menschen zwischen Depression, Angst und Somatik

Bernadette Ruhwinkel, Winterthur

Die Geschichte von Frau M. und ihr agitiert depressiver Zustand

Eine 75-jährige Frau, die über Jahre ihren demenzkranken Mann gepflegt hat, wird auf Drängen ihrer Tochter mit einem agitiert depressiven Zustandsbild und großer Angst (GDS = Geriatriische Depressionsskala 12 von 15 Punkten) vom Hausarzt in die Klinik Hohenegg zugewiesen. Frau M. kann nicht schlafen, ist gequält von der Angst um ihren Mann, der sich beim Essen häufig verschluckt und Erstickungsanfälle hat. Zudem soll das Haus, in dem sie viele Jahre mit Mann und Kind gelebt hat, umgebaut werden, weshalb sie umziehen muss. Schließlich steht auch noch eine Augenoperation an. Gedanklich kreist Frau M. darum, dass sie ihr Augenlicht verlieren könnte, sie fühlt sich ohnmächtig und hilflos und kann sich nicht vorstellen, ohne ihre Autonomie weiterzuleben. Über viele Jahre, in denen der Mann monatelang auf Geschäftsreisen war, hatte sie die Familie, Haus und Garten alleine geführt. Auch nach der Pensionierung ihres Mannes hatten sich beide Eheleute bis zu seiner Krankheit Freiräume für eigene Interessen, Hobbys und Reisen gelassen. Frau M. hatte aber stets viel Rücksicht auf die Bedürfnisse ihres Mannes genommen.

In der Depression wirft sie sich vor, am Tod ihres Vaters mit schuldig geworden zu sein. Drei Tage vor seinem Tod hatte sie ihm von der jüdischen Freundin ihrer Tochter und deren Familie erzählt. Welche Rolle ihr Vater im Zweiten Weltkrieg in Deutschland gespielt hatte, das hatte sie nie von ihm erfahren. Sie befürchtet, der Vater sei kurz nach ihrem Besuch verstorben, weil ihre Erzählung alte Erinnerungen wachgerufen und starke Schamgefühle in ihm ausgelöst habe.

Die einzige Tochter, die mit ihrem Mann und zwei kleinen Kindern im nahen Ausland lebt, ist sehr beunruhigt, kümmert sich aus der Ferne so gut wie möglich um den im Pflegeheim untergebrachten Vater. Mehrmals täglich telefoniert sie mit ihrer Mutter, um sie zu beruhigen.

Mehrere Versuche von Frau M., sich in einer Rehaklinik und durch Ferien bei der Tochter zu erholen und abzulenken, sind gescheitert. Verschiedene Behandlungen in somatischen Spitälern haben keine Besserung des Zustands gebracht. Die Augenärztin drängt darauf, die Augenoperation durchzuführen (Katarakt), da die Patientin bereits seit ihrer Geburt auf einem Auge nur 10 % Sehkraft habe. Warte man zu lange, könne das zweite Auge nachhaltigen Schaden nehmen.

Gemeinsam mit der Augenärztin, der Tochter, der Pflege und dem Kostenträger gelang es, ein abgestimmtes Vorgehen mit der Patientin zu vereinbaren

Behandlungsansätze in der Klinik: Ein tragfähiges Setting für Frau M.

Wie und wo konnten wir als Klinik und ich als Therapeutin in der praktischen Arbeit mit dieser Klientin ansetzen? Eine Augenoperation in diesem agitiert depressiven Zustand erschien wenig aussichtsreich für die Augenärztin, eine Depressionsbehandlung bei drohendem Verlust des Sehens und angesichts zeitlichen Drucks wegen des Umzugs wenig erfolversprechend. Gemeinsam mit der Augenärztin, der Tochter, der Pflege und dem Kostenträger gelang es, ein abgestimmtes Vorgehen mit der Patientin zu vereinbaren.

Ein Telefonat mit der Augenärztin, die mit allem Nachdruck darauf verwies, dass man in dieser Situation durch längeres Warten das Ergebnis der Augenoperation verschlechtern werde, machte deutlich, dass wir in der Klinik die Patientin möglichst auf die Operation vorbereiten sollten. Klinikleitung und das Pflegeteam der Abteilung waren hierzu sofort bereit. Die Tochter setzte sich auf unser Anraten hin mit dem Hausbesitzer in Verbindung und konnte erwirken, dass der Umzug um zwei Monate verschoben werden konnte. Sie zeigte sich sehr erleichtert, dass

wir die Operation mit der Mutter vorbereiten wollten. Die Klientin war auf Anraten von Augenärztin und Tochter bereit, mit uns diesen Schritt zu wagen. Sie meinte: »Dann habe ich wohl keine bessere Wahl«. Sie schien erleichtert, dass wir ihr einen Weg aus all ihren Schwierigkeiten heraus aufzeigen konnten, und war bereit, uns zu vertrauen. Zuletzt gelang es auch, den Kostenträger via Kostengutsprachege-such und Telefonat dazu zu bewegen, dass er einem solchen Vorgehen zustimmte – wohl wissend, dass sich der Aufenthalt dadurch um einige Wochen verlängern würde. Die von der Augen-

leichtert, dass wir ihr einen Weg aus all ihren Schwierigkeiten heraus aufzeigen konnten, und war bereit, uns zu vertrauen. Zuletzt gelang es auch, den Kostenträger via Kostengutsprachege-such und Telefonat dazu zu bewegen, dass er einem solchen Vorgehen zustimmte – wohl wissend, dass sich der Aufenthalt dadurch um einige Wochen verlängern würde. Die von der Augen-

ärztin befürchteten Komplikationen, falls man mit der OP zu lange warte, haben hier vermutlich den Ausschlag gegeben.

Unter der antidepressiven und anxiolytischen Medikation (Mirtazapin 15 mg und Temesta 2 mg) konnte die Patientin wieder gut schlafen, und schrittweise fasste sie Vertrauen in unser Behandlungsteam. Der Vorschlag, sie von der Hohenegg aus direkt auf die Operation vorzubereiten und dabei einen gezielten Umgang mit ihren Ängsten zu erlernen, löste zunächst erhebliche Angst bei Frau M. aus, wurde aber mit Unterstützung der Tochter von ihr angenommen. Da die Augenärztin, die Tochter und die Therapeutin telefonisch zu einem Konsens gekommen waren, konnten alle der Patientin immer wieder das geplante Vorgehen erklären und sie ermutigen. Dass die Abstimmung im Helfersystem zusammen mit dem Pflegeteam so gut gelang, verlieh der Patientin ein Gefühl von Sicherheit – trotz der Angst. Es konnte

ein tragfähiges Setting erarbeitet werden, sodass die Patientin sich auf die Operation vorbereitete, indem sie in der Klinik erlernte Strategien gegen die Angst anwendete: Shiatsu, Progressive Muskelrelaxation und vielfältige körperliche Aktivitäten, die ihr halfen, Spannung abzubauen. Die Spezialtherapeuten konnten, indem sie Frau M.s Ressourcen aktivierten (körperliche Fitness, Fähigkeit zur differenzierten Wahrnehmung von sich und anderen und hohe Motivation), Ängste mindern und körperliche Spannung auflösen. Ablenkungsstrategien lernte die Patientin von ihrer Bezugsperson und den Mitpatienten. Zunehmend konnte sie diese auch selbstständig anwenden. All diese Strategien halfen ihr dabei, trotz des näher rückenden Operationstermins und einer Reduktion von Temesta mit immer weniger Angst in die Operation zu gehen.

Die Frau M. beherrschende Schuldfrage bzgl. des Todes ihres Vaters führte in der Einzeltherapie dazu, dass sie

sich intensiv mit ihrer Geschichte von Flucht und Vertreibung auseinandersetzte. Zunächst war sie als Flüchtling an den Rhein gekommen, später dann in die Schweiz. Sie vermutete, dass der Vater sich in Nazideutschland und als deutscher Soldat etwas zuschulden hatte kommen lassen, über das er aber nie bereit war zu reden. Sie selbst empfand starke Schuldgefühle, den Vater insgeheim immer für einen Täter gehalten zu haben, und sie konnte es sich nicht verzeihen, dass sie drei Tage vor dem Tod des Vaters bei ihren Eltern von der jüdischen Freundin der Tochter erzählt hatte.

Auf die Frage, wie sie belastende Lebensereignisse in ihrer Kindheit und Jugend gemeistert habe, konnte sie ein Vertrauen in eine »höhere Macht« als Hilfe gegen ihre schon damals unerträglichen Ängste angeben. Diese Ressource nutzten wir dann in der Therapie gemeinsam, indem ich anregte, die Fragen nach Schuld – sowohl der ihres Vaters wie auch ihrer eigenen – die-

ser höheren Macht zur Entscheidung zu übergeben. Nach dieser Therapie-sitzung gab die Patientin an, sich sehr erleichtert zu fühlen. Die Gedanken an die Schuldfrage konnte sie ab diesem Moment ganz ruhen lassen.

Die Patientin fragte sich immer wieder in der Therapiestunde, wozu sie denn das alles noch machen solle. Der drohende und fraktionierte Verlust des Mannes, der drohende Verlust des Augenlichtes und die Tatsache, dass sie nach 40 Jahren nun auch noch ihre Wohnung aufgeben musste, ließen sie am Sinn des Weiterlebens zweifeln. Die ihr ansonsten zur Verfügung stehenden körperlichen und kognitiven Ressourcen konnte sie in diesen Momenten nicht nutzen, und sie zweifelte daran, sie je wieder nutzen zu können. Der Tod machte ihr dabei wenig Angst, aber die Angst, ihre Autonomie durch Pflegebedürftigkeit zu verlieren, wurde sowohl durch ihre eigene körperliche Einschränkung (Sehen) wie durch die Ersticken-anfälle des Mannes beim Essen (Schluckstörungen) massiv getriggert. Als ich sie auch in dieser Situation nach hilfreichen Strategien fragte, die sie in anderen Lebenskrisen erfolgreich zur Anwendung gebracht hatte, nannte Frau M. ihre Ausdauer und Hartnäckigkeit sowie ihr Bestreben, möglichst autonom und selbstbestimmt sein zu können. Frau M. konnte aber auch erkennen, dass sie in der Partnerschaft mit ihrem Mann, durch die Aufgaben von Kindererziehung und Pflege, ihre Autonomie stark zugunsten anderer eingeschränkt hatte. Der von der Therapeutin eröffnete Möglichkeiten-Raum eines Lebensabschnittes, in dem sie nach hoffentlich erfolgreicher OP maximal autonom und selbstbestimmt leben könnte, ließ Frau M. neuen Sinn darin erkennen, die anstehenden Aufgaben zu bewältigen.

Nach erfolgreicher Operation und guter Wundheilung konnte die Patientin viele ihrer Ängste überwinden.

Dass die Abstimmung im Helfersystem zusammen mit dem Pflgeteam so gut gelang, verlieh der Patientin ein Gefühl von Sicherheit – trotz der Angst

Zusammen mit ihrer Tochter plante sie zwei Monate nach dem Austritt aus der Klinik den Umzug in eine für sie annehmbare kleinere Wohnung in derselben Stadt. Sie zeigte sich vorsichtig optimistisch, ihre Aufgaben als Großmutter (mehr Kontakt zu den Enkeln statt Sorge um die zu große Wohnung und den Mann) und Mutter (Sorge um die Überlastung der Tochter durch zwei kranke Eltern-teile, Wunsch, ihr wieder mit Rat und Tat zur Seite stehen zu können) neu wahrnehmen zu können. Wichtig war ihr zugleich, kulturelle Veranstaltungen zu besuchen, sich an der Seniorenuniversität einzuschreiben (dies war ein lange gehegter Wunsch) und an einem Lesezirkel teilzunehmen. Die Besuche bei ihrem Mann im Pflegeheim wollte sie auf ein bis zwei Mal pro Woche beschränken und die Aufgaben der Nahrungseinnahme komplett der Pflege im Heim übergeben.

Sechs Wochen, nachdem sie aus der Klinik entlassen worden war, meldete sich die Patientin, wie abgesprochen, telefonisch bei mir. Sie ist gut mit der nachbehandelnden Therapeutin im klinikeigenen Ambulatorium gestartet und besucht ihren Mann derzeit wirklich nur ein bis zwei Mal in der Woche. Ihre Ängste seien nicht völlig verschwunden, aber sie könne nun besser mit ihnen umgehen und sich über Shiatsu und Ablenkung besonders gut entspannen. Das Lesen gehe wieder wunderbar, und der Lesezirkel sei bereits aktiv. An der Seniorenuniversität habe sie sich angemeldet.

Was ich aus diesem Fall gelernt habe

Dieser Fall hat mich in vielerlei Hinsicht tief bewegt.

- Die Tatsache, dass Somatik und Psyche auf komplexe Weise miteinander verbunden sind, ist mir in der Alterspsychiatrie zwar durchaus vertraut, erschien mir aber in die-

sem Fall stark verwoben mit sozialen Problemen und der belasteten Lebensgeschichte von Krieg und Flucht sowie der Krankheit des Mannes. Frau M.s Leiden an den Auswirkungen deutscher Geschichte hat mich dabei persönlich betroffen. Dass die Schuldfrage, die in ihrem depressiven Denken einen massiven Stellenwert eingenommen hatte, in einer intensiven Therapie-sitzung gelöst werden konnte, hat mich nachhaltig beeindruckt. Dies war möglich geworden durch ressourcenorientierte Fragetechniken und indem sich die Therapeutin den religiösen Überzeugungen ihrer Patientin geöffnet und diese ernst genommen hatte. Noch im abschließenden Familiengespräch konnte die Tochter von der Mutter hören, dass sich die Schuldthematik dank der Therapie völlig aufgelöst habe.

- Von entscheidender Bedeutung in diesem Fall war auch die intensive Zusammenarbeit mit der Augenärztin, der Pflege und den Spezialtherapeuten sowie dem Kostenträger, der Vertrauen in unser Behandlungskonzept hatte. In einer Zeit, in der die Kostenträger immer stärkeren Druck ausüben, sollten die Möglichkeiten gelungener Zusammenarbeit nicht unerwähnt bleiben. Solche Fälle ermutigen mich, mich direkt mit den Kostenträgern auszutauschen, um für den Patienten das therapeutisch Sinnvolle zu erreichen.
- Der Vertrauensaufbau zwischen der Patientin und mir gelang, weil ich mich rasch ansprechen ließ von der Komplexität ihrer Situation und wertschätzend anerkennen konnte, dass sie in einer schwierigen Lebenssituation steckte. Außerdem war es hilfreich, dass sich durch eine pharmakotherapeutische Einstellung (Mirtazapin/Temesta) rasch ihr Schlaf verbesserte. Hier schenkte mir Frau M. zum ersten Mal ihr Vertrauen und überwand ihre großen Ängste vor Psychopharmaka und vor Temesta. Ich musste ihr aber

versprechen, dass wir gemeinsam vor ihrem Austritt aus der Klinik Temesta wieder abbauen würden, was uns auch gelang. Das Pflegeteam, die Spezialtherapeuten und viele gute Geister in der Hohenegg, die der Patientin stets mit Wertschätzung und Engagement begegneten, machten ihr den Vertrauensaufbau leichter. Im Shiatsu konnte sie sich sichtlich entspannen, Bewegungstherapie verhalf ihr dazu, ihre Gefühle auszudrücken. Die Augenärztin machte mir die Dringlichkeit der Situation deutlich. Dass wir in Kontakt traten, führte bei der Patientin zu einem Gefühl von Sicherheit, bezogen auf die Therapieplanung. Dass es gelang, alle Beteiligten inklusive der Klinikleitung und der Krankenkasse, für den Behandlungsplan zu gewinnen, steigerte ihr Vertrauen und gab ihr die nötige Sicherheit, der Operation zuzustimmen. Ihre Offenheit bei der Bearbeitung ihrer Lebensgeschichte und der Traumata sowie der Schuldfragen gaben mir das Gefühl, dass wir nun gemeinsam unterwegs waren, um diese schwierige Lebenssituation für sie zu meistern. Dass sie das letzte Wochenende vor der Operation daheim mit der Tochter und dem Enkel verbrachte und alle erlernten Strategien gegen Angst selbst anzuwenden wusste, freute das gesamte Behandlungsteam. Der positive Ausgang der Operation

und ihr anschließendes Aufblühen haben uns alle überrascht.

- Die psychotherapeutische Arbeit mit älteren Menschen ist immer wieder eine große Bereicherung für mich als Therapeutin. Ich würde mir für die älteren Patienten und die jungen Therapeuten wünschen, dass sich mehr Therapeuten dieser Aufgabe stellen und sich von den Lebenserfahrungen dieser Patienten ansprechen lassen. Wenn es in schwierigen Behandlungssituationen möglich ist, solche nicht ganz üblichen Strategien zu verfolgen, und wenn die Zusammenarbeit zwischen Somatik und Psychiatrie gelingt, dann gibt das dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen. Dieses Gefühl brauchen Menschen in unserem komplizierten Gesundheitswesen mehr denn je. Ich würde mir wünschen, dass auch im Zeitalter von Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen durch längerfristiges Denken solche unkonventionellen Behandlungen möglich bleiben, wenn sie dem Wohl des Patienten dienen. Der direkte Kontakt zwischen uns Therapeuten und dem Case-Manager der Krankenkasse bzw., noch besser, dem Vertrauensarzt kann hier aus meiner Erfahrung sehr viel rascher zum Konsens führen als ein langes Kostengutsprache gesuch. ■



Anschrift der Verfasserin

Dr. med. Bernadette Ruhwinkel

Privatklinik Hohenegg
Hohenegg 1
8706 Meilen
Schweiz
Bernadette.ruhwinkel@hohenegg.ch

Dr. med. Bernadette Ruhwinkel ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunkt Alterspsychotherapie FMH. Sie hat die Psychotherapiestation für ältere Menschen in Winterthur von 2001 bis 2015 aufgebaut und geleitet. Sie hat den Master of Supervision und Coaching in Organisationen ZFH seit 2001. Seit 2015 ist sie in der Klinik Hohenegg als leitende Ärztin tätig und seit vielen Jahren in eigener Praxis in Winterthur und am Institut für ökologisch-systemische Therapie (IÖST) in Zürich als Dozentin und Mitglied der Geschäftsleitung. Schwerpunkte ihrer Arbeit: Psychotherapie mit älteren Menschen im Einzel- und Paarsetting, Abhängigkeit im Alter und Supervision und Coaching in Medizinalberufen.