

Depression im Alter – Systemische Sicht auf supportive Settings

Vortrag im Rahmen der Fachtagung des Altersforums am 29.06.2021

patientennah – engagiert – vernetzt

Zu meiner Person

Robert Koch

Stv. Chefarzt Altersbereich

Vorwiegend tätig:

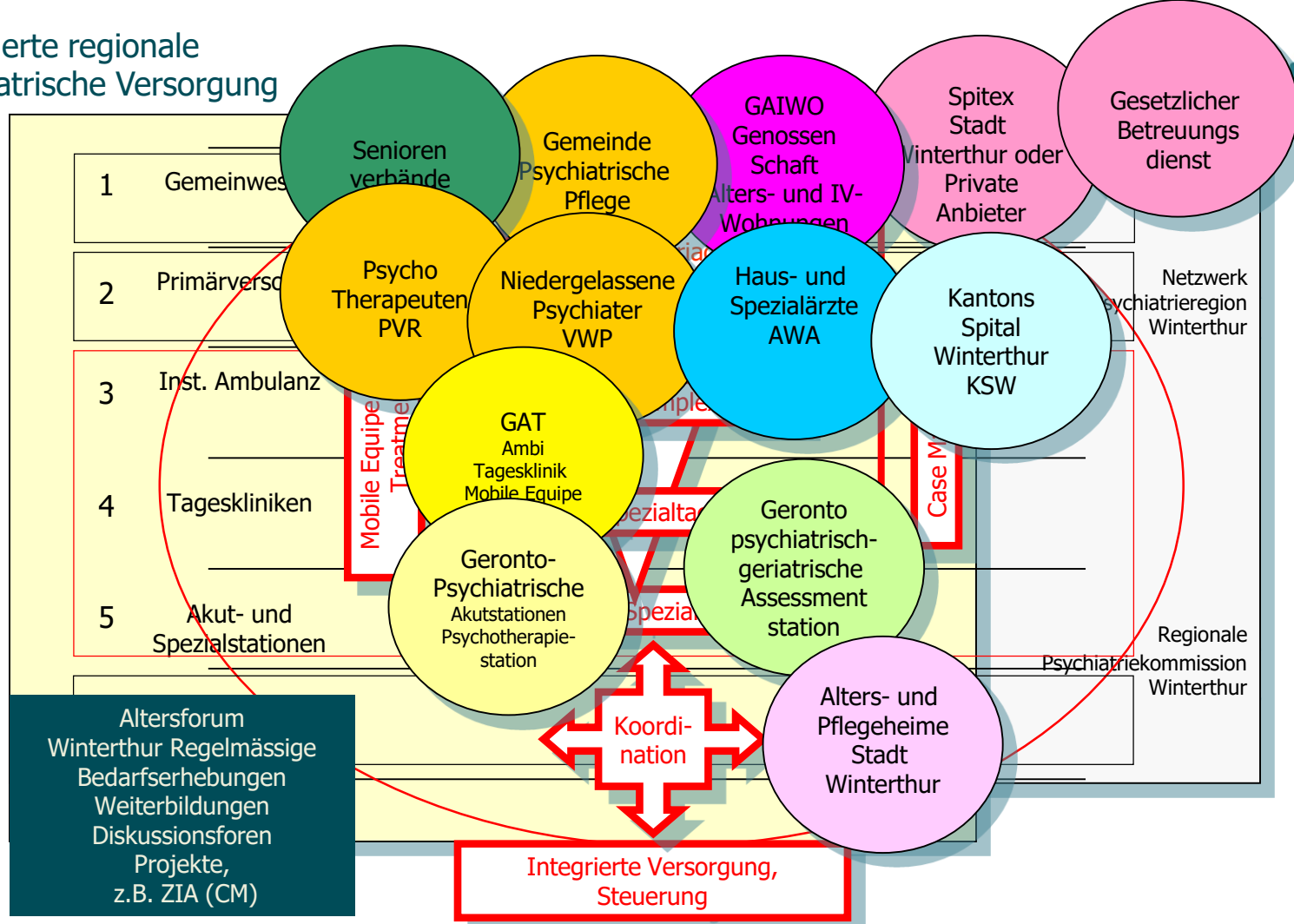
Psychotherapiestation im Alter, mit integrierter Tagesklinik (PTSA)

Akutstation für Menschen mit Demenzerkrankungen (AFD)

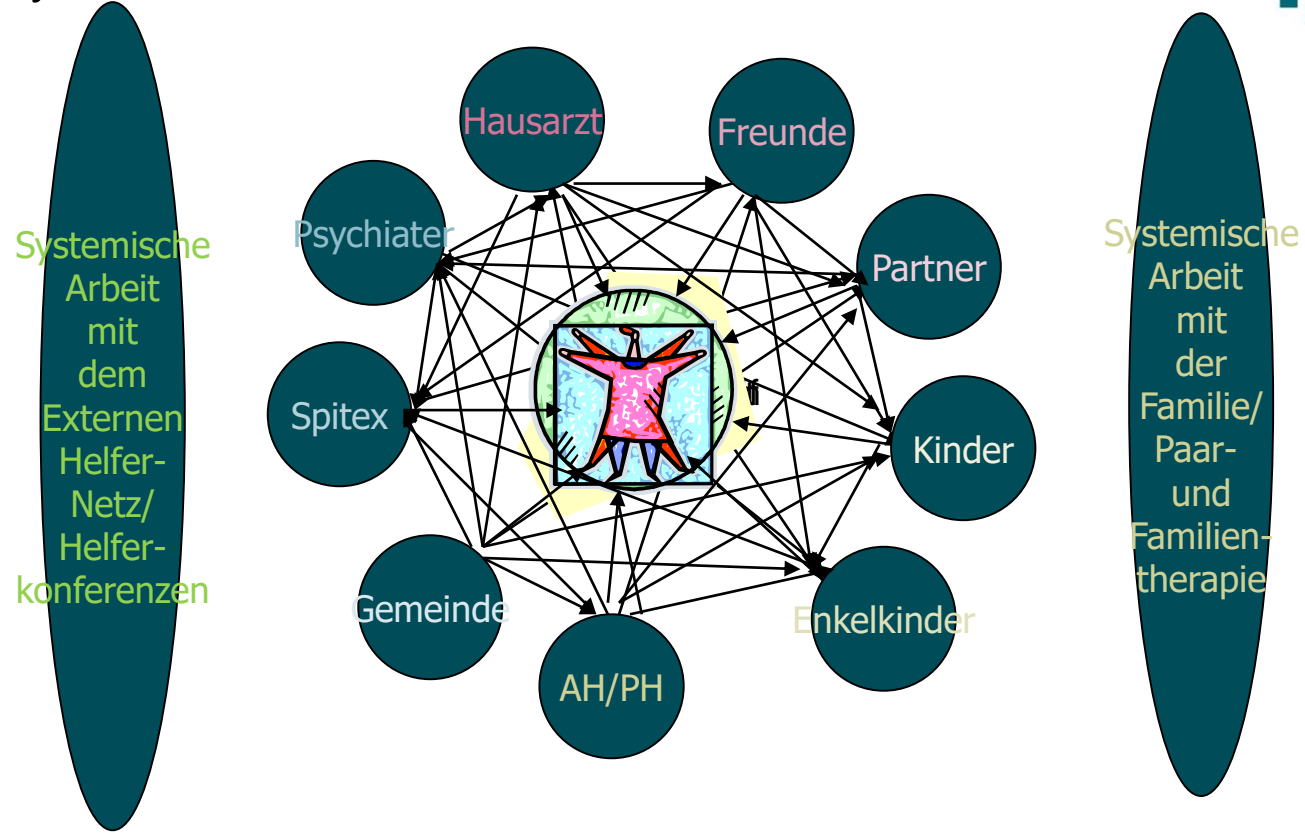
Liaison- & Konsiliardienst in regionalen Alterseinrichtungen

Allgemeines

Integrierte regionale alterspsychiatrische Versorgung



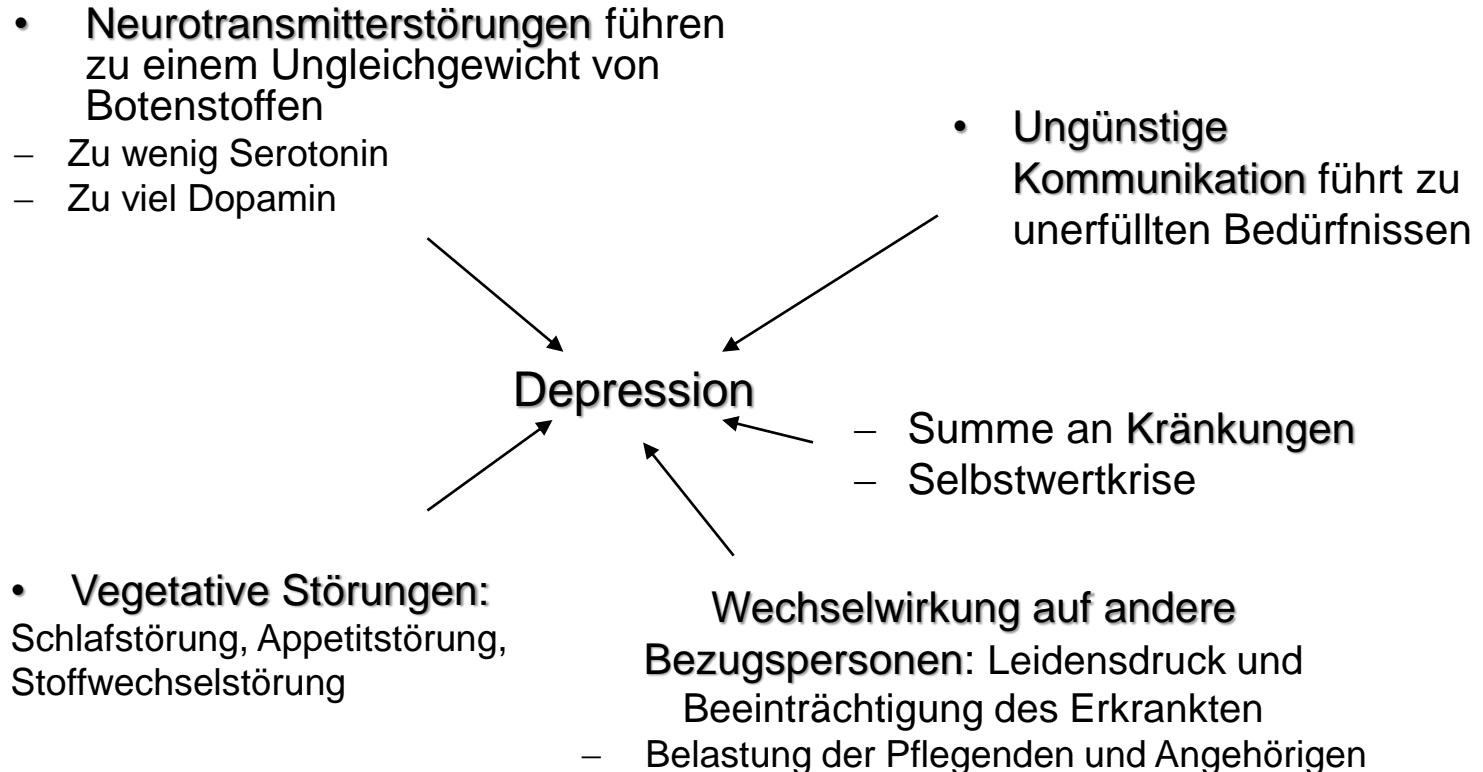
Patientensystem:



Systemische Arbeit mit dem Externen Helfer-Netz/ Helfer-konferenzen

Systemische Arbeit mit der Familie/ Paar- und Familien-therapie

Multifaktorielle Ursachen der depressiven Erkrankung:



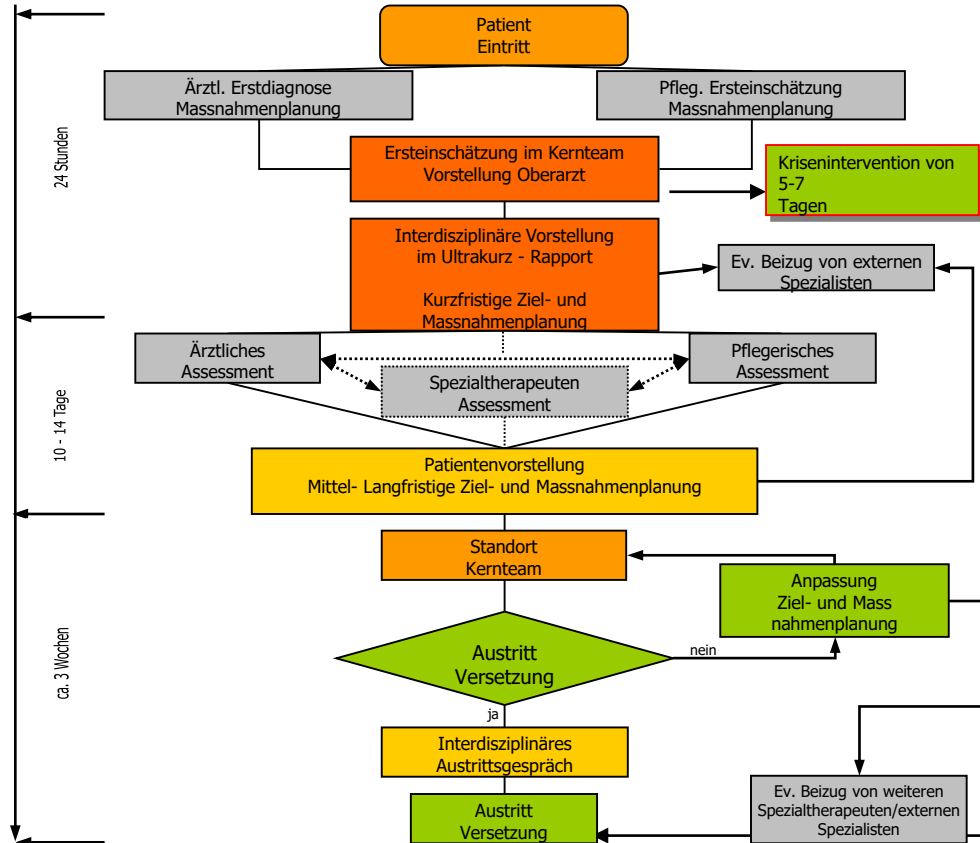
Therapie

- Der 1. Schritt ist die Klärung des quälendsten Symptoms
- Dieses **Hauptsymptom** (häufig: Gedankenkreisen um depressive Kognitionen wie Selbstabwertungen) angehen, Umgebungseinflüsse/Bedürfnisse eruieren und Anpassungen vornehmen.



- Anamnese/guter Kontakt zu den Angehörigen ist sehr wichtig. Der Patient muss „erforscht“ werden (seine Vorlieben, seine Gewohnheiten, Traumata, Beziehungen, prämorbid Persönlichkeit und Rolle in der Familie, alte Konfliktthemen u. v. m.).
- ...um dann die Auslöser der Erkrankung zu beseitigen, zumindest zu reduzieren.

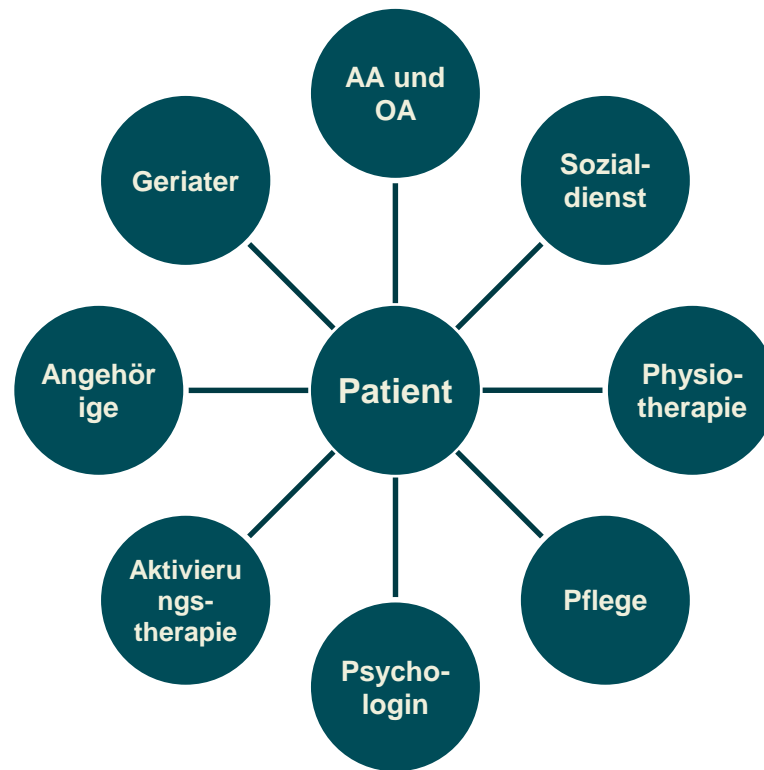
Im stationären Setting der ipw



Depression: Zusammenarbeit

Interdisziplinäre Zusammenarbeit:

- Fallvorstellung
- IDR (interdisziplinärer Rapport)
- Familiengespräch(e)
- Standorte
- Austrittsgespräch, Übergabe an ambulantes Helfernetz / Pflegeinstitution



Beispiel Familien-System

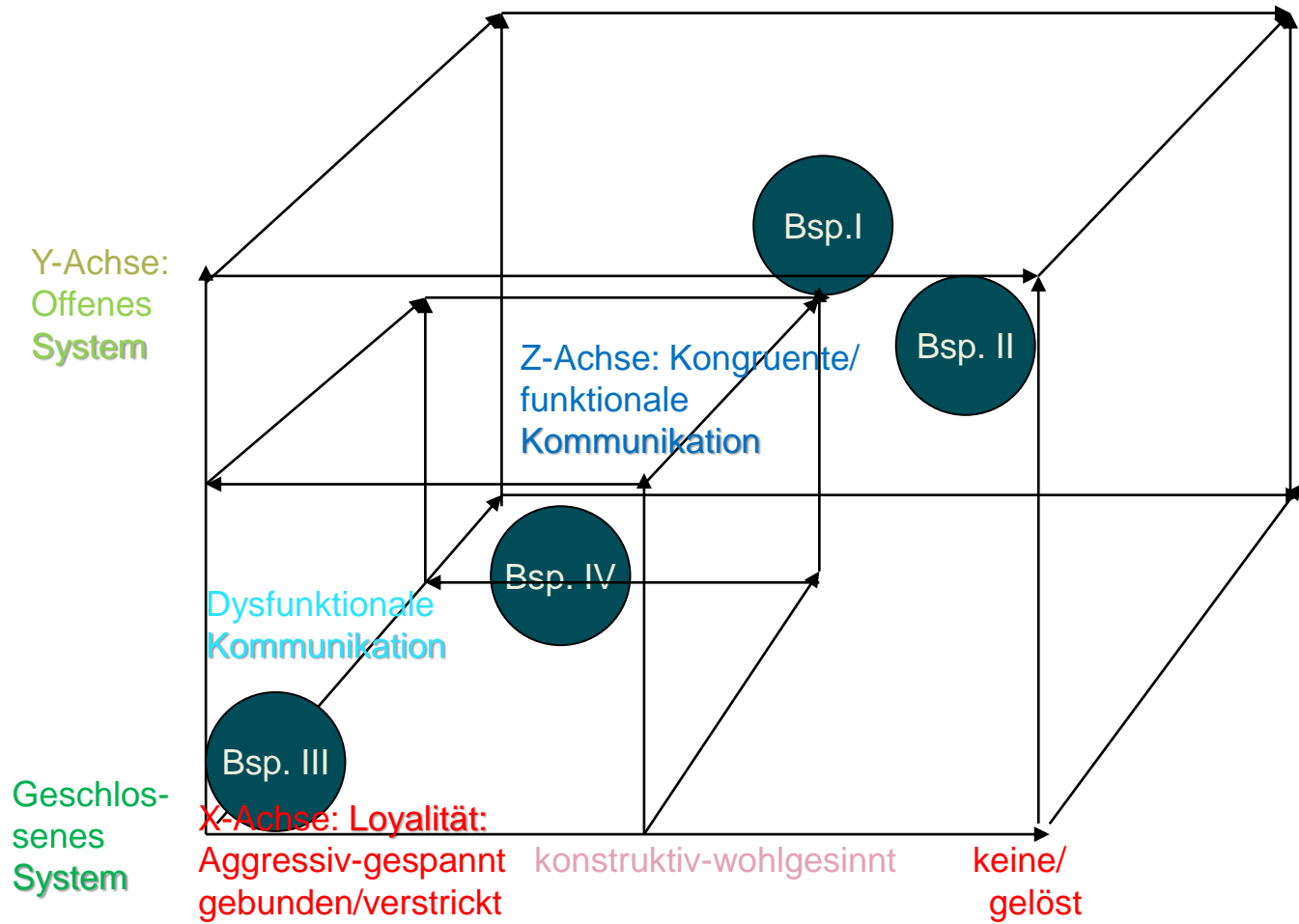


- Wie unkompliziert all das möglich ist, ist abhängig von der vorbestehenden Funktionalität oder Dysfunktionalität der Familienstrukturen und – muster.

Vorbestehende Familiensituation

- I. Struktur: offene – geschlossene Systeme
- II. diffuse – starre – klare, flexible **Grenzen** (Minuchin)
- III. Umgang mit Nähe und Distanz (Satir, Minuchin)
- IV. Alte Loyalitäten
- V. Delegationen über Generationen (Boszormenyi-Nagy)
- VI. Kommunikations-Stile (Satir)
- VII. Wachstumsorientierung (Kirschenbaum)

Modelle von Familien-Systemen



Familienvarianten

Beispiel I

- Offenes System
- Nähe-Distanz
angemessen geregelt
- Konstruktiv-wohlgesinnte
Loyalität
- Kongruente
Kommunikation
- Grosse Bereitschaft, Hilfe
anzunehmen

Beispiel II

- Offenes System
- Nähe-Distanz
angemessen geregelt
- Keine Loyalität
- Kommunikationsstörung
- Hilfe wird komplett an
das externe Helfernetz
delegiert

Umgang

Beispiel I

- Gemeinsame Beratung über Diagnose,
- Prognose,
- Hilfsmöglichkeiten, Organisation von Hilfen unter Einbezug der Familie, klare Absprachen sind möglich

Beispiel II

- Komplette sozialmedizinische Betreuung mit Organisation durch externe Helfer ohne die Familie oder mit nur geringer Absprache mit der Familie,
- Sozialdienst sehr beansprucht

Familienvarianten

Beispiel III

- Geschlossenes System
- Nähe-Distanz-
Problematik
- Aggressiv-gespannte
Loyalität
- Kommunikationsstörung
- Wachstumsblockade
- Fast gar keine
Bereitschaft, Hilfe von
aussen anzunehmen

Beispiel IV

- Geschlossenes System
- Nähe-Distanz-
Problematik
- Grundsätzlich konstruktiv-
wohlgesinnte Loyalität
- Kongruente
Kommunikation
- wachstumsorientiert
- Wenig Bereitschaft, Hilfe
von aussen anzunehmen

Beispiel III

- Zugang finden mit viel Respekt vor der Grenze (=Schutz)
- Viel Verständnis und Toleranz zeigen (cave: Gewalt/Suizidalität !)
- Ängste nehmen
- Vertrauen schaffen
- Entlasten, ohne eigenen Verantwortungsbereich der Familie zu sehr einzuschränken.
- Ziel: Schadensbegrenzung

Beispiel IV

- Wie Typ III
- Evtl. systemische Therapie möglich mit struktureller Arbeit an Grenzen und Rollen

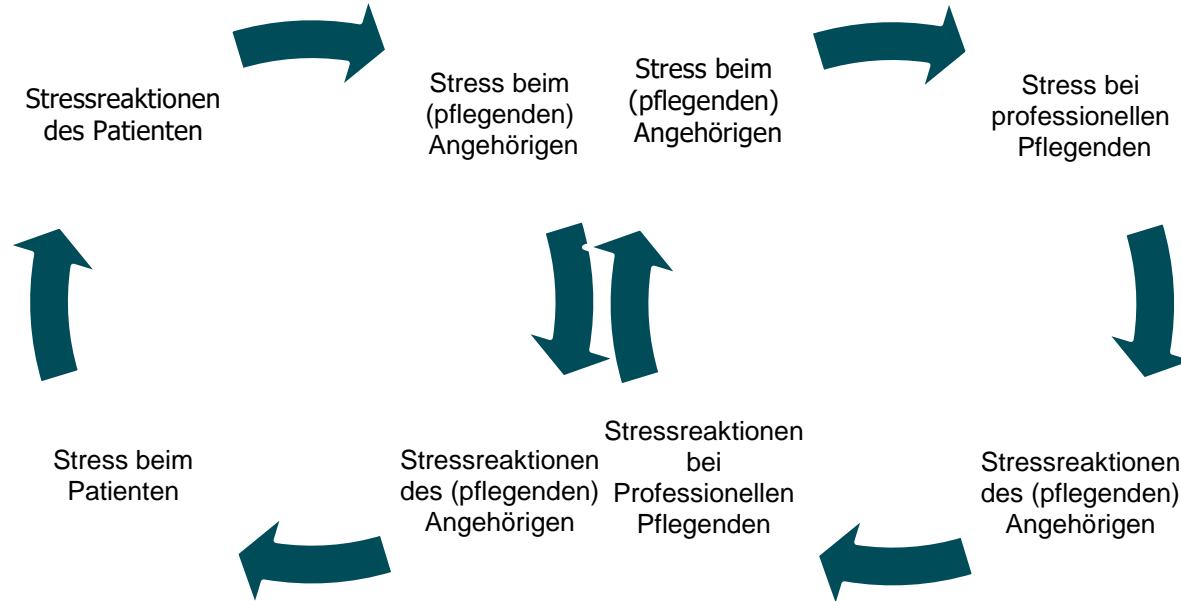
Themen:

- Schlechtes Gewissen, die Rolle nicht gut zu erfüllen
- Negative Projektion auf externe Helfer: Zuschreibung von Inkompetenz
- Aufopfern bis zum Zusammenbruch

Wechselwirkungen



Komplexere Wechselwirkungen



Ängste der Familien von psychisch Kranken:

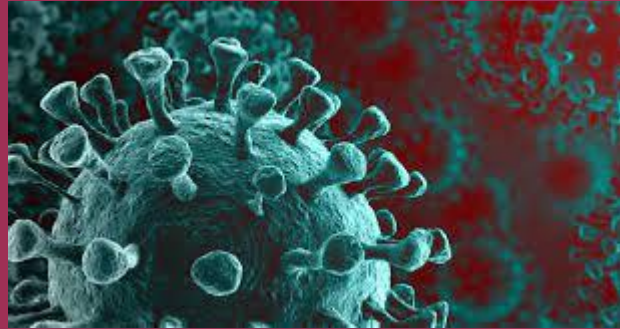
- ❖ Die Angst, Fremden Einblick in das Familienleben zu geben, wenn ein Leben lang die Familienregel existiert hat, nichts nach aussen zu tragen, schon gar nicht, wenn es peinlich sein könnte (als was eine psychische Erkrankung in dem System gelten kann).
- ❖ Die Angst, in Not nicht ernst genommen zu werden.
- ❖ Die Angst, wegen der bisherigen Strategien (Scham über das eigene Verhalten, welches nicht mehr den eigenen Idealen entspricht) entwertet zu werden.

- ❖ Angst vor Überforderung, Angst den eigenen Ansprüchen zum Umgang mit dem depressiv erkrankten Familienangehörigen nicht gerecht zu werden.
- ❖ Angst, dass bestehende Strukturen, Regeln und Normen der Familie nicht respektiert werden.
- ❖ Die Angst, selbst an einer Depression (oder an einem anderen Leiden) zu erkranken (und nicht mehr «funktionieren» zu können).

Vorgehensweise:

- Familie - ihren und unseren Möglichkeiten entsprechend - als Partner akzeptieren, respektieren
- Die Hintergründe depressiver Kognitionen erkennen und reframe
- Kompetenzen der Familie anerkennen
- Wertschätzende Grenzverhandlungen (Was geht? Was geht keinesfalls?)
- Kommunikationsstörung und ihre Fortsetzung mit den Helfern erkennen und Umgang damit üben (Auseinandersetzung mit den eigenen Verletzbarkeiten und der eigenen Geschichte)
- Grenzen der Systeme erkennen und benennen (Veränderungsflexibilität)
- Persönliche Psychohygiene (z.B. Supervision)

Aktuelles in Zeiten von Corona



Conclusio Corona: Entwicklungen bei uns INTEGRIERTE PSYCHIATRIE

- Verspäteter Therapiebeginn (Testungen/Quarantäne)
- Besuchseinschränkungen (Familiengespräche in red. Umfang: Häufigkeit und Personenzahl)
- Häufig wechselnde Bestimmungen (etwa Belastungserprobungen daheim zwischenzeitlich ausgesetzt)

Allgemeine Entwicklungen:

- Familiensysteme komplexer
- Ansprüche der «jüngeren» Älteren höher (z.B. technische Ausstattung)

- Vereinsamung, Struktureinbussen bei Abläufen/Therapie-Angeboten, Umgang mit Todesfällen als Depressionsrisikofaktoren bei den Bewohnenden
- Pflegedienst mit zusätzlicher Belastung
 - durch Hygieneaufwand,
 - administrative Vorgaben/Kontrolle Besuchsprocedere,
 - gehäufte Todesfälle,
 - ökonomischer Druck/Kurzarbeit, Entlassungen

Vielen Dank!

ipzw

Beschwichtigen:

Ich mach' immer alles falsch. –

Dazugehöriges Gefühl: Ich muss jeden glücklich machen, damit er mich liebt.

Anklagen:

Du machst nie etwas richtig. –

Dazugehöriges Gefühl: Niemand schert sich um mich. Solange ich nicht herumbrülle, tut sowieso niemand etwas.

Rationalisieren:

Dazugehöriges Gefühl:

Ich muss den Leuten zeigen, wie klug ich bin. Logik und gute Gedanken sind das einzig Wahre.

Ablenken:

Dazugehöriges Gefühl:

Ich werde schon die Aufmerksamkeit bekommen, egal, wie extrem ich mich dafür aufführen muss.

- **Beschwichtigen** ist ein Versuch zur Herstellung von gegenseitigem Verständnis und Harmonie. *Der Beschwichtiger ist in Kontakt mit allen anderen Teilen des Systems.*
- **Anklagen:** der *Ankläger hat den Überblick* über die Situation *und zeigt auf den aktuellen Konflikträger.*
- **Rationalisieren:** der *Rationalisierer versucht* das zumeist hoch emotionale Geschehen auf *eine Metaebene* zu heben, um so Zugang zu logischen Lösungen *zu schaffen.*
- **Ablenken:** der *Ablenker* ist der Symptomträger des Systems und *zeigt: Hier stimmt was nicht.*