

---

## Autonomiewahrung in Fürsorge

—

### Ambulante systemische Begleitung einer gerontopsychiatrischen Klientin

---

*Brigitte Harnau, Marianne Miemietz-Schmolke*

#### Gliederung



- 
- I. Einleitung/ Definition systemische Therapie
  - II. Autonomie in Fürsorge
  - III. Kurzbiografie
  - IV. Verlauf
  - V. Determinanten psychotherapeutischer Wirkung
  - VI. Fazit
- 

Seite 3

## **Autonomiewahrung in Fürsorge – Ambulante systemische Begleitung einer gerontopsychiatrischen Klientin**

Brigitte Harnau, Marianne Miemietz-Schmolke

Gerontopsychiatrisches Kompetenzzentrum „Caritas Forum Demenz“

### **Zunächst einige Grundlagen zum Thema:**

Systemisches Denken, systemische Konzepte ermöglichen es, vielschichtige Phänomene, die menschliches Zusammenleben charakterisieren, komplexitätsgerecht aufzufassen und eine passende Methodik zu ihrer Behandlung zu entwickeln.

Nach systemischem Verständnis ist der Mensch immer zugleich als biologisches und soziales Wesen zu betrachten. (Rotthaus, Wilhelm 01, Vgl. Grundsätzliches zur systemischen Therapie)

Der systemisch-lösungsorientierte Ansatz (nach Arbeiten von Erikson, Rossi, Watzlawik et al.) erklärt das (Er)Finden von Lösungen wichtiger als das Ergründen von Ursachen – anders als in der klassischen Psychoanalyse.

Die systemische Praxis verzichtet auf normative Zielsetzungen und Pathologisierung. Im Rahmen von fürsorglichen und sozial-pädagogischen (im Sinne des Wortes) Maßnahmen knüpft systemische Praxis an die Ressourcen der Beteiligten an, um ethisch vertretbare Zustände herbeizuführen (Systemische Gesellschaft).

Bislang gibt es kaum Arbeiten über den Einsatz systemischer Beratung/Therapie bei älteren Menschen.

Auf der Grundlage einer wertschätzenden, Achtung gebietenden Haltung gegenüber der Lebensleistung der älteren Generation, bedarf es hier insbesondere der sensiblen Berücksichtigung der Abwehrleistung und der Ich-Fähigkeiten der Älteren. Der Widerstand wird als (häufig schambindenden Charakter bei z.B. Alterseinbußen) Schutzfunktion des Selbst akzeptiert und bestimmt die weitere Vorgehensweise.

Die Auslotung des Gestaltungsspielraums setzt eine empathische und reflektierte Haltung voraus.

Im folgenden Beispiel stellen wir auf dieser Basis die langjährige systemische Begleitung einer gerontopsychiatrischen Klientin vor:

### **Zuvor eine Erläuterung zu Autonomie in Fürsorge:**

Im Gegenüber der Begriffe Autonomie und Fürsorge hier zunächst Definitionen durch Wikipedia:

Als Autonomie (altgriechisch Eigengesetzlichkeit, Selbstständigkeit) bezeichnet man den Zustand der Selbstbestimmung, Unabhängigkeit (Souveränität), Selbstverwaltung oder Entscheidungsfreiheit.

Fürsorge, entlehnt aus dem lat. prō-cūrāre „für etwas Sorge tragen; pflegen; verwalten“) bezeichnet die Sorge für andere Personen.

Ich zitiere nun aus dem Vortrag von Sylvia Agbih beim gerontopsychiatrischen Symposium 2014 zum Thema „Ethik in der Gerontopsychiatrie – Im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge“:

Wir Menschen verdienen uns Anerkennung in starkem Maße als denkender, rationaler, bewusster, aktiver, erfolgreich gestaltender, selbstbestimmter und natürlich am besten junger oder zumindest bis ins Alter jung gebliebener und „fitter“. In der Gerontopsychiatrie gesellen sich zum Stigma psychischer Erkrankungen also noch unsere Probleme im Umgang mit Alter, Gebrechlichkeit, Bedürftigkeit und Abhängigkeit.

- Ein Kranker befindet sich in einer Ausnahmesituation, oft in einer ernsten Krise. Kann in einer solchen Situation, die oft mit Not, Angst, Schreck, Schmerzen einhergeht ohne weiteres eine „freie“ Entscheidung getroffen werden?
- Ist Autonomie=autonome Entscheidung? Wenn Autonomie als Entscheidungsfähigkeit verstanden wird, also als überprüfbare Kompetenz (ähnlich wie „Zurechnungsfähigkeit“), dann haben Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen in den meisten Fällen per Definition keine Autonomie mehr
- Können, dürfen oder müssen wir „autonome“ Entscheidungen, wie z.B. Ablehnen von Essen, Medikamenten, Behandlung mit dem Verweis auf „der Patient will es ja so“ akzeptieren, hinnehmen, es dabei belassen? Entwickelt sich hier nicht eine Art Gleichgültigkeit bis hin zur Vernachlässigung?

Fürsorge ist dabei zu denken als elementare Form personaler Beziehung, als eine Grundform menschlicher Praxis (so auch Heidegger)

Fazit:

- Autonomie ohne Fürsorge kann zu Gleichgültigkeit und Vernachlässigung führen
- Fürsorge ohne Achtung der Autonomie führt zu Paternalismus – einer Handlung, die gegen den Willen eines anderen ausgerichtet ist, als Bevormundung angesehen wird

Es geht also nicht um Autonomie **oder** Fürsorge sondern um Autonomie **in** Fürsorge. Diese Prinzipien sind zutiefst miteinander verbunden und ergänzen sich.

Die grundlegende Situation bedürftiger Menschen ist, dass alle, zwar auf verschiedene Weise und Maß, aber dennoch immer wieder Fürsorge brauchen um autonom leben zu können. Es geht also um das *Sorgen für die Autonomie* des Anderen.

---

#### Gliederung Verlaufsbeschreibung



- 
- Zeitlicher Verlauf
  - Ereignis: somatisch
  - Ereignis: psychiatrisch
  - Auftrag
  - Intervention
  - Ergebnis
  - Autonomie
  - Fürsorge

---

Seite 4

#### **Kurzbiographie Frau M.:**

Frau M. ist als 2. von 4 Geschwistern bei strengen, aber liebevollen Eltern im bäuerlichen Betrieb auf dem Land groß geworden.

Nach Abschluss der allgemein bildenden Schule erlernt sie den Beruf der Schneiderin und zieht in die nahegelegene Kreisstadt.

Mit 21 Jahren heiratet sie. Ein Jahr später wird die gemeinsame Tochter geboren.

Die Ehe gestaltet sich insgesamt schwierig, da ihr Mann sich zunehmend selbstbezogen und eigenbrötlerisch zeigt. Die Tochter habe sie überwiegend allein erzogen.

Nachdem sie mit 56 Jahren einen Apoplex erleidet, scheitert die Ehe endgültig.

Obwohl eine linksseitige Hemiparese sie deutlich beeinträchtigt gelingt es Frau M. nach der Rehabilitationsmaßnahme schnell eine eigene kleine Wohnung zu finden. Frau M. fühlt sich in ihrer Wohnung jedoch nicht zuhause, da sich hier Menschen – ohne ihre Erlaubnis – Zutritt verschaffen, um Dinge zu zerstören oder zu entwenden.

Der anfängliche Kontakt zu den neuen Nachbarn erstirbt durch den Verdacht von Frau M, dass diese hinter ihrem Rücken üble Nachrede/Verleumdung betreiben.

Um zum gemeinsamen Einkommen beizutragen arbeitet Frau M. bis zu ihrem Apoplex als Pflegehelferin in einem Seniorenheim. Dass sie nun selbst hilfsbedürftig, vergleichbar ihren ehemaligen „Pflegerinnen“ geworden ist – sozusagen die Seiten gewechselt hat - kann Frau M. nicht in ihr Selbstbild integrieren.

Frau M. ist eine aufgeschlossene, belesene, kulturell sehr interessierte Frau, die früher viel gereist ist.

### **Verlaufsbeschreibung:**

Die erste Phase der Begleitung zeichnet sich durch Kennenlernen – Beziehungsaufbau – Aufbau eines sozialen Netzwerks - aus.

Die existentielle Bedrohung durch die Auswirkungen des Apoplex auf das äußere Erscheinungsbild, die Trennung vom Ehemann, der Verlust des Arbeitsplatzes, finanzielle Unsicherheit bewirkt bei Frau M. ein Wegbrechen psychischer Bewältigungsmechanismen.

Der vorherrschende Antrieb zur „Selbst-Erhaltung“ ist das Recht auf „Selbst-Bestimmung“, die Vermeidung von Abhängigkeit.

Beim Erstkontakt in der Beratungsstelle, initiiert durch die Mitarbeiterin einer Kirchengemeinde, ist Frau M. 57 Jahre alt. Sie zeigt einen raschen Wechsel hochregelter paranoider Symptomatik und depressiv-verzweifelter Grundstimmung, was zunächst an eine sofortige Klinikeinweisung denken lässt.

Nach emotionaler Entlastung durch Erzählen bei gemeinsamem Kaffeetrinken beruhigt sie sich langsam.

Ihr erster Auftrag lautet:

- Was kann man tun, wenn andere einen für verrückt erklären?
- In der Folge der 14 täglichen Gesprächskontakte – auch bei ihr zuhause oder im Café - entstehen folgende Aufträge:
- Sei Verbündete gegen die Menschen, die mich verleumden – alleine kann ich mich nicht wehren!
- Hilf mir bei der Suche nach einer Wohngemeinschaft – Ich will nicht mehr so alleine sein!
- Unterstütze mich bei der Suche nach kulturellen und körperbezogenen Angeboten (z.B. Schwimmen).

Frau M. bestimmt selbst über das ob, wann und wie des nächsten Treffens, die Bearbeitungsform des vorgegeben Problems (z. B. Überprüfung, ob eine „Geschäftsunfähigkeitserklärung“ bei ihr gegeben sein könnte), die ihr gemäße Wohnform (Verlust finanzieller Autonomie bei WG Wohnen – Taschengeldniveau - , daher Ablehnung), den Zugang zu ihrer Wohnung beim Hausbesuch – stellt Augenhöhe her: Sie ist die Einladende und Versorgende mit Kaffee u. Kuchen), den Besuch bzw. die Ablehnung desselben beim Facharzt.

In der fürsorglichen Position wird das 2. und die Folgetreffen nach der Vorgabe von Frau M. gesichert, um die Gesamtsituation im Blick zu behalten, Vertrauen durch gemeinsame Besichtigungen von Wohngemeinschaften aufzubauen, ihr entsprechende soziale Kontakte zu initiieren, damit Kränkungen abzumildern und Eigengefährdung durch die quälende paranoide Symptomatik einzuschätzen.

Nach 4 Monaten fragt sie mich:

- Halten Sie mich für psychiatrisch alterskrank? Keiner glaubt mir!

In ihrem Erleben nehmen nun Fremde krankmachenden Einfluss auf ihren Körper – sie leidet unter Kreislaufproblemen mit Erbrechen.

Um ihrem Empfinden Ausdruck und Akzeptanz zu verleihen einigen wir uns auf eine gemeinsame Sprache:

- Frau M. hat eine veränderte Wahrnehmung des Geschehens um sie herum, die wir in Form und Ausmaß im Blick behalten wollen, um ggf. zu ihrem Wohle handeln zu können.

Den Besuch eines Facharztes und den Einsatz von Psychopharmaka lehnt Frau M. vehement ab.

Die zweite Phase beinhaltet die Einbindung in ein Versorgungsnetz und ihrerseits Kontaktaufnahme zu ihrer vorherigen Bezugstherapeutin.

- Durch den Beziehungsaufbau in der ersten Phase gelingt die Einbindung in ein 14tägiges therapeutisches Gruppenangebot einer Gerontopsychiatrischen Tagesstätte. Der teilnehmende „Facharzt für die Nerven und die Seele“ – so stellt er sich vor - wird in seiner Funktion nicht hinterfragt sondern als Gruppenmitglied akzeptiert.

Ihr Auftrag lautet:

Akzeptiert mich in der Gruppe so wie ich bin, ich akzeptiere eure besonderen Geschichten auch.

Frau M. bestimmt selbst, dass sie den angebotenen Fahrdienst nicht nutzen will, sie kommt immer mindestens eine halbe Stunde zum Treffen zu spät, bringt sich in der Runde aktiv ein. Sie nimmt regelmäßig in den kommenden 13 Jahren teil.

In der fürsorglichen Position wird durch Kontakthalten zwischen den Gruppentreffen und durch unterstützende Angebote bei Behördenangelegenheiten die Gesamtsituation im Blick behalten – so z. B. Hinweise auf eine somatische Entwicklung:

... nämlich ein auffälliger Gewichtsverlust und der Verdacht einer Diabetes- Entgleisung und. Sie bezeichnet ihren Zustand als: ich werde entwässert, das Wasser aus der Leitung ist ungenießbar. Mein Körper ist ok, sie Seele sauer, der Geist unzufrieden.

In Absprache der Tagesstätte mit dem Facharzt erfolgte die Verordnung der Ambulanten Psychiatrischen Pflege bis zur Bewältigung der Krisensituation. Der Beziehungsaufbau gelang über die somatische Versorgung. Ein logisch aufgebautes Gespräch ist weiterhin nicht möglich. Erstmals wird eine Vollmacht für die Tochter thematisiert.

Ihr Auftrag lautet:

Ihr dürft euch um meinen Diabetes kümmern.

Frau M. bestimmt selbst, dass die Pflegekraft kommen darf und wann. Wichtig ist ihr der Erhalt ihrer Selbständigkeit. Hilfsangebote ihrer Tochter lehnt sie strikt ab.

In der fürsorglichen Position ist durch die Ambulante Psychiatrische Pflege die Beobachtung der psychiatrischen Symptomatik und der somatischen Stabilität gewährleistet.

Zum Ende dieser Phase knüpft sie an eine bekannte Beziehung aus der Tagesstätte an und thematisiert Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung und aktive Sterbehilfe.

Ihr Auftrag lautet: Wenn ich das Elend hier nicht mehr aushalte – leiste aktive Sterbehilfe für mich!

In der fürsorglichen Position zeichne ich ihr deutlich die Grenze auf: Das kannst du mir nicht zumuten – aber wir können gemeinsam herausfinden, was stattdessen hilfreich und vor allem möglich ist.

Frau M. nimmt meine Ablehnung hin und akzeptiert das Beziehungsangebot. Wir führen im weiteren Zeitverlauf von 2 Jahren mehrere Gespräche, auch gemeinsam mit der Tochter und es gelingt die Verfassung einer Vorsorgevollmacht. Statt dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe wird nun in der Patientenverfügung der Wunsch nach einer ambulanten Palliativ Versorgung oder in einem Hospiz dokumentiert.

Die dritte Phase ist gekennzeichnet durch somatische Sensationen und deren Auswirkung auf die psychische Situation

Erstes Signal vor den Sensationen war ihre Aussage: „Meine Kräfte schwinden“. Sie beendet nach 13 Jahren die Gruppenteilnahme. Um einen totalen Kontaktabbruch zu verhindern wird ihr in unserer fürsorglichen Haltung vermittelt: Sie ist uns in den vielen Jahren „ans Herz gewachsen“, uns ist wichtig, dass der Kontakt zu ihr nicht abbricht.

Frau M. reagiert mit: „Das ehrt mich und freut mich“ und Ihr Auftrag lautet: Ihr dürft euch weiter um mich kümmern. Ich bleibe im Kontakt zu euch.

Danach erleidet sie innerhalb von 2 Jahren mehrere Stürze mit Bagatellverletzungen, in der Folge Frakturen des gesunden Handgelenks sowie Frakturen im Beckenbereich mit operativer Versorgung.

Wie vereinbart meldet sie sich und informiert über die Ereignisse – organisiert sich die Vertrauensbeziehung

Ihr Auftrag lautet: Kümmere dich um mich - du darfst mich in meiner Hilfsbedürftigkeit sehen. Besuch mich - Ich freue mich auf dich bis hin zu: Umarme mich!

In der fürsorglichen Position nehme ich nach der ersten Unfallsituation, als sie vehement eine Nachversorgung als nicht notwendig ablehnt, eine fürsorglich bestimmende Position als Krankenschwester ein und äußere: das muss jetzt sein.

Frau M. bestimmt selbst indem sie meine Fürsorgehaltung spürt, sie meine Kompetenz akzeptiert und sich in das „Unvermeidliche“ fügt. Und sie dankt mir für alles.

Die vierte Phase heißt „Beziehung halten und aushalten, den Lebensweg weiterhin begleiten“

Unsere weiteren Kontakte gestalten sich je nach den persönlichen Bedingungen und Möglichkeiten und den aktuellen Bedürfnissen. Wir verabreden uns telefonisch und treffen uns meist bei ihr zuhause. Die Gespräche sind ein Austarieren von Befindlichkeiten und Notwendigkeiten, aber immer auch mit Humor gefärbter Grundhaltung. Wir haben eine gemeinsame Leichtigkeit und auch Tiefgang im gegenseitigen Miteinander gefunden.

Aktuelles Thema ist: Wie werde ich den §45 (SGB XI) los – sie macht in ihrer verklausulierten Sprache deutlich, dass sie die Einstufung durch „fehlende Alltagskompetenz“ als enorm stigmatisierend empfindet. Sie setzt alles daran, den Paragraphen loszuwerden – vom Kontakt zum Pflegeberater der Krankenkasse bis zur Einschaltung eines Rechtsanwaltes.

Ihr Auftrag lautet: Nimm mich ernst mit diesem Anliegen. Halte meinen Widerstand aus. Bleib trotzdem im Kontakt. Unterstütze mich.

Frau M. bestimmt selbst, es wird keine Betreuung beantragt und sie bleibt autonom

In der fürsorglichen Position bin ich bestrebt sie in der Leistung der Pflegeversicherung zu halten.

## Determinanten psychotherapeutischer Wirkung



*„Im Zentrum (therapeutischer Wirkung) steht nicht der Therapeut, sondern das komplexe Geflecht des therapeutischen Systems und seine selbstorganisierte Dynamik“*  
Manteufel, 2014

### Determinanten:

- Therapeutische Beziehung
- Klientenmerkmale
- Therapeutenmerkmale
- Bedingungen und Ereignisse im Umfeld des Klienten
- Bedingungen der Versorgungsstruktur/Behandlungsmilieu
- komplex erfassen und einfach handeln

Seite 4

Unsere **therapeutische Kompetenz** speist sich zunächst aus dem „Quell(e)-Beruf“ der Kinder-/Krankenschwester und sozialpsychiatrischen Fachpflegekraft. Im weiteren Verlauf münden spezifische therapeutische Weiterbildungen (Maltherapie, Tiefenpsychologie, systemische Beratung/Familientherapie) in den Quellfluss und werden komplettiert durch langjährige praktische Erfahrungen aus dem klinischen, ambulanten und Heimbereich (s. Folie). Es geht also auch darum neben Einbezug niedergelassener und klinischer Psychotherapeuten vorhandene psychotherapeutische Kompetenzen in Diensten und Einrichtungen zu befördern und älteren Menschen mit psychischen Problemen/Erkrankungen zur Verfügung zu stellen.

Bezogen auf Frau M. bedeutet dieses auf der Basis der systemischen Vorgehensweise die medizinisch/pflegerischen Belange verlässlich einzubeziehen, um angemessen zum Wohle der Klientin handeln zu können.

## Qualifikation der Referentinnen



### **Brigitte Harnau**

- Examierte Kinderkrankenschwester
- Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung
- Maltherapeutische Weiterbildung
- Tiefenpsychologische Weiterbildung
- Weiterbildung Systemische Familientherapie
- Langjährige Erfahrung in den stationären psychiatrischen Bereichen der MH Hannover
- Sowie im gerontopsychiatrischen Heimbereich und der ambulanten somatischen Pflege, Leitung Sozialstation
- Gerontopsychiatrische Fachberatung für Sozialstationen
- Bundesmodellprojekt „Ambulante Gerontopsychiatrische Zentren“
- Leitung Caritas Forum Dement

### **Marianne Miemietz-Scholke**

- Examierte Krankenschwester
- Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung
- Maltherapeutische Weiterbildung
- Tiefenpsychologische Weiterbildung
- Weiterbildung Systemische Beratung
- Langjährige Erfahrung im stationären psychiatrischen Bereich der MH Hannover
- Sowie im gerontopsychiatrischen Heimbereich, Leitungsfunktion
- Gerontopsychiatrische Beratungs- und Begegnungsstelle „Lindenbaum“
- Gerontopsychiatrisches Kompetenzzentrum „Caritas Forum Dement“

Seite 6

**Handlungsleitend ist der Auftrag von Frau M.** Gleichzeitig wird die fachärztlich gesicherte Diagnose „Schizoaffektive Störung“ mitgeführt. Zur Steigerung der Lebensqualität könnte die Abmilderung der quälenden paranoiden Symptomatik durch den Einsatz von Psychopharmaka beitragen. Dieses lehnt Frau M. über den gesamten Verlauf konsequent ab. Es gibt also keine medizinisch-therapeutische Lösung und somit auch keine Erlösung des Therapeuten vom herausfordernden Umgang mit dem immer wieder aufblühenden paranoiden Geschehen. Ebenso ist die latente Suizidalität im Blick zu behalten. Wird die psychophysische Erschöpfung größer als die Wut auf die Verfolger? Wann wird die Eigengefährdung so groß, dass gehandelt werden muss?

Psychotherapeutische Methoden sind auf die Besonderheiten (z. B. Multimorbidität) älterer Menschen abzustimmen und den Betroffenen gesichert zugänglich zu machen.

#### FAZIT



- 
- Wahrung der Autonomie in Fürsorge
  - Gewährleistung kontinuierlicher Begleitung/ Bezugsperson
  - Einbindung des existenziellen Bezugssystems
  - Ortsunabhängige Therapie
  - Wissen über somatische und psychiatrische Fakten
  - Wissen über medizinische und pflegerische Aspekte
  - Wissen über therapeutische Verfahren
  - Wissen über Netzwerke
  - Wahrnehmung der Casemanagement-Funktion
- 

Seite 5

Referat am achten gerontopsychiatrischen Symposium  
„Psychotherapie älterer Menschen“  
09. November 2016