

Zeitschrift: Fachblatt für schweizerisches Heimwesen = Revue suisse des établissements hospitaliers

Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heimwesen

Band: 51 (1980)

Heft: 9

Artikel: Das Alter - Verlust und Gewinn : Hilfen durch Medikamente

Autor: Schneeberger, E.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-809819>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 05.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Das Alter – Verlust und Gewinn

Therapeutische Möglichkeiten in der Arbeit mit Betagten im Heim

«Das Alter verklärt oder versteinert», sagt Marie von Ebner-Eschenbach. Jedenfalls handelt es sich um einen Abschnitt des Lebens, den zu bestehen für den Menschen nicht weniger schwierig sein kann als den Lebensabschnitt der Jugend. Lang leben will jeder, alt werden will keiner: Muss das Alter aber stetsfort und ausschliesslich unter dem Zeichen des Verlusts und des Defizits gesehen werden? Dieser Frage war der letzjährige VSA-Fortbildungskurs «Das Alter — Verlust und Gewinn» für Altersheimleitung und Kaderpersonal in Winterthur gewidmet, welcher mit dem im August-Heft des Fachblatts abgedruckten Vortrag «Psychiatrische Aspekte der Persönlichkeitsveränderung im Alter» eröffnet wurde. Jetzt werden den Lesern vier Texte vorgelegt, die den Kursteilnehmern im Casino Winterthur unter dem Sammtitel «Therapeutische Möglichkeiten» vorgetragen wurden. Der Fortbildungskurs 1980 findet am 12. und 13. November in Bern statt; Thema: «Das Gespräch im Heim».

Hilfen durch Medikamente

Von Dr. med. E. Schneeberger, St. Urban

Wann und in welchem Ausmass können bei seelischen Altersveränderungen Medikamente eine Hilfe sein? Welche Medikamente kommen in Frage bei seelischen Störungen älterer Menschen, welches sind Gefahren und Nebenwirkungen dieser Mittel, wie sind sie zu dosieren? Soll die Schwester im Altersheim sie verordnen oder absetzen oder ist dies allein Sache des Heimarztes oder gar des Heimpsychiaters, falls ein solcher vorhanden ist?

Zunehmende Erfahrungen und auch die Zunahme psychisch kranker Alterspatienten haben zur Erkenntnis geführt, dass es in der medikamentösen Behandlung von Alterskranken erhebliche Besonderheiten gibt. Auf die möglichen Ursachen für eine veränderte Wirkung von Medikamenten (Psychopharmaka) in der Alterspsychiatrie kann hier nicht eingegangen werden.

Psychische Störungen bei 5 bis 10 Prozent der Betagten

5 bis 10 Prozent der Menschen über 65 Jahren haben psychische Störungen von Krankheitswert, sog. Alterspsychose, die man je nachdem als «erworrene Geistesschwäche» oder «erworrene Geisteskrankheit» (Demenz) bezeichnen mag. Ursache ist meist ein Abbau der Grosshirnrinde, welche Träger der Intelligenzfunktion, Regulator und Steuerorgan der Gefüls-, Triebs- und Antriebwelt und damit des charakterlichen und sozialen Verhaltens ist. Der Abbau der Grosshirnrinde kann bedingt sein durch ein «Verwelken» der Nervenzellen oder durch Kreislauf- und Ernährungsstörungen in diesem Hirnbereich im

Zusammenhang mit Hirnarteriosklerose und Blutdruckstörungen.

Wie äussern sich diese Störungen bei Tag und bei Nacht?

Die Krankheitszeichen sind bekannt: Störung des Frischgedächtnisses, darauf beruhend eine Störung der Orientierung in Zeit und Ort und in schweren Fällen sogar in bezug auf die eigene Person; das Altedächtnis ist oft noch lange gut erhalten, kann aber mit zunehmendem Hirnabbau auch schlechter werden; das Denken ist verlangsamt und verarmt, die Auffassung herabgesetzt, die Konzentration schlecht, Urteil und Kritik sind vermindert, die Intelligenzleistung nimmt allmählich ab; im Gemütsleben ist der Kranke labil und kann seine Affekte oft nicht mehr beherrschen. Oefters, besonders nachts, treten Verwirrtheitszustände auf mit ängstlicher Unruhe, Zerstückelung der psychischen Funktionen und Bewusstseinsveränderungen (Delirien). In diesen Delirien oder auch bei klarem Bewusstseinszustand über Tag können bei psychisch alterskranken Menschen Wahnideen vorkommen, wie Vergiftungswahn, Bestehlungswahn, Verarmungswahn, was in der Familie und auch in Altersheim oder Klinik grosse Spannungen schaffen kann. Nicht selten finden sich auch schwere Depressionen mit grosser Selbstmordgefahr. Seltener sind manische Zustände mit grosser Betriebsamkeit. Im Zusammenhang mit der psychischen Enthemmung durch Abbau der Grosshirnrinde können auch Sexualdelikte, seltener andere Delikte vorkommen. Es entstehen Gefahren im Strassenverkehr, im Haushalt im Umgang mit

Maschinen, Feuer, Gas und anderen Segnungen unserer technischen Zivilisation. Gelegentlich sind Massnahmen wie Bevormundung, Verbeiratung oder Verbeiständigung nötig.

Seelischer Abbau und körperliche Hinfälligkeit im Zuge degenerativer Erkrankungen oder besonders nach Schlaganfällen führen öfters zu Pflegebedürftigkeit. Wenn sich solche Zustände oder Gefahren in starkem Masse einstellen und die sozialen Umstände ungünstig sind, kann Einweisung in ein Alters- oder Pflegeheim oder sogar in eine Nervenklinik nötig werden, letzteres vor allem bei schweren Verwirrungs- und Unruhezuständen mit Fortlaufendenzen und Selbst- und Fremdgefährdung.

Der Heimeintritt ist meist ein heikler Vorgang

Die Einweisung in ein Heim oder in eine Klinik ist ein heikler Vorgang und man wird sich bemühen, behutsam und menschlich und so vorzugehen, dass dem ins Heim eintretenden alten Menschen nicht noch neuer Schaden erwächst. Nicht ganz selten löst der Heimeintritt nämlich selber eine psychische Krise aus mit Fortschreiten des Hirnabbaus, Depressionen, Verlust der letzten psychischen und körperlichen Energien und gelegentlich raschem Verlöschen und Tod. Es soll der Grundsatz gelten, dass alte Menschen, auch wenn sie psychisch krank sind, solange als möglich im gewohnten Lebensraum, in der eigenen Wohnung oder der eigenen Familie belassen werden sollen; dies ist auf dem Land noch eher möglich, aber auch in der Stadt in letzter Zeit durch die Schaffung von Alterswohnungen möglich geworden, wo Dienstleistungen angeboten werden je nach dem Wunsch der Bewohner. So können Beschaffung einer Haushaltshilfe, Mahlzeitendienst, hausärztliche und evtl. ambulante psychiatrische Behandlung oft die störenden Auswirkungen einer psychiatrischen Alterskrankheit lange Zeit mildern, so dass weiteres Verbleiben zu Hause noch möglich ist. Jedenfalls muss die Notwendigkeit einer Heim- oder Klinikeinweisung kritisch und gründlich abgeklärt werden.

Vom Kräutertee zu den modernen Psychopharmaka

Die Psychopharmaka oder Medikamente, die in der Alterspsychiatrie in Frage kommen, sind in der Regel Arzneimittel, die auch für erwachsene Menschen unter 65 Jahren gebraucht werden. In der Alterspsychiatrie sind Auswahl, Dosierung und Nebenwirkungen dieser Medikamente besonders heikel und deshalb besonders gut zu überlegen. Hausarzt, Heimarzt, Klinikarzt und Pflegende müssen in der Alterspsychiatrie besonders viel über die Medikamente und über die Patienten wissen und beschränken sich mit Vorteil auf wenige Medikamente, die sie gut kennen. Wichtig ist vor allem, dass Nebenwirkungen sofort erkannt und dem Arzt gemeldet werden.

Seit Jahrtausenden benutzte man Kräutertränke als schmerzlindernde Mittel und Schlafmittel. Seit etwa 100 Jahren kennt man chemische Mittel im engeren Sinne, wie Schmerzmittel oder auch Schlafmittel, von denen als Beispiel Chloralhydrat genannt sei. Nach 1900 kam eine neue Generation von Schlafmitteln auf, die Barbiturate wie Luminal usw., die auch in der Epileptologie grosse Bedeutung bekamen.

Wie wirken die Neuroleptika und Antidepressiva?

Nach 1952 erfolgte ein grosser Fortschritt durch die Einführung neuer Gruppen von Psychopharmaka, insbesondere der Neuroleptika und der Antidepressiva. Diese Medikamente wirken über den Körper auf das Gehirn und über das Gehirn auf die seelischen und geistigen Funktionen. Das Gesicht der Psychiatrie und der psychiatrischen Kliniken hat sich durch diese Psychopharmaka in den letzten 25 Jahren völlig verändert: es herrscht im allgemeinen eine entspannte Atmosphäre und es sind Frühentlassungen möglich, was dem Hospitalismus entgegenwirkt. Die Psychopharmaka bewirken eine recht rasche Besserung der psychischen Verwirrung und der befremdlichen Störungen bei Geisteskrankheiten junger und alter Menschen, was oft eine Voraussetzung dafür ist, dass weitere Therapieformen in der Klinik und auch im Alters- und Pflegeheim überhaupt erst möglich werden, nämlich Psychotherapie, Ergotherapie, Aktivierungstherapie, Soziotherapie in irgendeiner Form. Natürlich ist nicht bei jedem Altersheim- und Pflegeheimpatienten eine medikamentöse Therapie nötig; nicht selten schafft sie aber doch erst die Voraussetzung dafür, dass andere Therapien dem Patienten zugemutet werden können, die ihn aktivieren und ihm ein gewisses Mass an Unabhängigkeit und Lebensmut zurückgeben.

In der Alterspsychiatrie bevorzugte Medikamente

Es soll auf vier Gruppen von Medikamenten in der Alterspsychiatrie näher eingegangen werden. Die erste Gruppe wären die Schlafmittel und Narkotika, wobei nur die Dosierung den Unterschied ausmacht. Die «alten» Barbiturate wie Luminal, aber auch barbituratfreie Schlafmittel wie Doriden, Noludar usw. spielen in der Alterspsychiatrie heute eine vergleichsweise geringere Rolle als früher, vor allem weil sie durch milde Neuroleptika konkurrenzieren und weil sie sich für alte Menschen in der Regel nicht gut eignen. Barbiturate zum Beispiel sollten in der Alterspsychiatrie nach Möglichkeit nicht mehr gegeben werden. Sie bringen verschiedene Gefahren, wie Suchtgefahr, Schädigung von Leber, Niere und Knochenmark, Delirien in der Nacht, Kreislaufstörungen und Depressionen. Die Barbiturate sollten, wenn schlafmachende Medikamente überhaupt nötig sind, ersetzt werden durch Neuroleptika oder durch Tranquillizer mit schlafanstoßender Wirkung wie Rohypnot, Mogadon, Valium. Allenfalls können noch in Frage kommen Chloral und Distaneurin, wobei aber auch hier eine Suchtbildung nicht auszuschliessen ist.

VSA-Kurs

Der Generationenkonflikt im Heim

Dieser Kurs richtet sich an alle, die in einem Heim tätig sind, und auch an die Vertreter von Heim-Trägerschaften.

Leitung:

Dr. Imelda Abbt

Ort:

Hotel Kappelerhof, 5400 Baden

Tage:

25. September — 30. Oktober — 27. November 1980

Kosten:

Bei Anmeldung für alle drei Tage Fr. 150.— (ohne Verpflegung)

10 Prozent Ermässigung für VSA-Mitglieder und Teilnehmer aus VSA-Heimen
Karte für 1 Kurstag an der Tageskasse Fr. 70.—

Das Heim, in dem mehrere Generationen unter dem gleichen Dach zusammenwohnen, kann als bevorzugter Ort der Begegnung zwischen den Generationen erlebt werden. Jede Generation bringt ihre Erfahrungen ein. Daraus erwachsen jedoch auch Spannungen und Konflikte, die ausgehalten und ausgetragen werden wollen. Die drei Tage machen das zum Thema. Neben der Verschiedenheit der Erfahrungen und den daraus erwachsenden Vorurteilen kommt das Problem der verschiedenen Werthaltungen zur Sprache.

Die drei Tage bilden eine Einheit. Der Kurs ist so angelegt, dass die Themen fortschreitend behandelt werden. Es ist jedoch möglich, dass auch später noch neue Teilnehmer dazukommen.

Programmübersicht

1. Tag — 25. September 1980, 09.30—17.00 Uhr

Die Verschiedenheit der Erfahrung als Bereicherung

Die Schmerhaftigkeit verschiedenartiger Erfahrung. Die Verfestigung in der eigenen Erfahrung. Der Mut zur erweiterten Erfahrung. Erfahrung und Bereicherung im Generationenkonflikt.

2. Tag — 30. Oktober 1980, 09.30—17.00 Uhr

Die Vorurteile der Generationen als Bereicherung

Vorurteile und Meinungen. Autorität. Tradition. Vorurteile als Aufgabe und Bereicherung im Generationenkonflikt.

3. Tag — 27. November 1980, 09.30—17.00 Uhr

Veränderte Werte als Herausforderung

Werte wandeln sich. Respekt vor Werten. Autorität und Werte. Mut zu verbindlichen Werten.

Zu jedem Thema wird eine Einführung gegeben. In gemeinsamem Gespräch und Gruppenarbeiten sollen eigene Erfahrungen, eigene Vorurteile und eigene Werthaltungen diskutiert und eventuell vertieft werden.

Diese Tage möchten — ausgehend von grundsätzlichen Überlegungen zu Erfahrung, zu Vorurteil und zu Werten — eine Haltung finden helfen, die das Leben im Heim, trotz aller möglichen Konflikte, zu bewältigen weiß.

Anmeldung

Kurs Kappelerhof
(alle drei Kurstage)

bis 20. September 1980 senden an das Sekretariat VSA, Seegartenstrasse 2,
8008 Zürich, Telefon 01 252 49 48.

Name und Vorname

Arbeitsort
(Name des Heims)

Adresse, Telefon

Datum und Unterschrift

Persönliche Mitgliedschaft Ja Nein
Mitgliedschaft des Heims Ja Nein

Die Neuroleptika spielen heute in der Alterspsychiatrie eine bedeutende Rolle. Chemisch sind sie zum Teil Nachfahren des Largactils, das 1952 in die Psychiatrie eingeführt wurde. Nach der Definition sind es «schlafmittelfreie Beruhigungs- und Dämpfungsmittel mit antipsychotischer Wirkung» (gegen Wahn, Sinnestäuschungen, schwere Erregungszustände, zerfahrenes Denken usw.). Viele Schizophrenien lassen sich in der Klinik und ambulant heute mit Neuroleptika befriedigend bessern; die Kranken werden für andere Therapien zugänglich und können früh entlassen werden; oft lässt sich auch eine Klinikeinweisung überhaupt vermeiden. Eine Suchtbildung wurde bisher nicht beobachtet. Es wird eine Gruppe von Neuroleptika mit starker zumindest anfänglicher Dämpfung unterschieden von einer Gruppe, die wenig dämpft, stark antipsychotisch wirkt, den Patienten psychisch ordnet und oft wieder Arbeitsfähigkeit herbeiführt.

Vorsicht bei der Dosierung ist angezeigt

In der Alterspsychiatrie sind beide Gruppen von Neuroleptika öfters von Nutzen. Bei alten Menschen kommen nächtliche arteriosklerotische Verwirrheitszustände, ferner Wahnbildungen und Sinnestäuschungen, schwere Schlafstörungen, Weglaufendenzen, Aggressivität, Unverträglichkeit und die nicht seltene Tag- und Nachtumkehr für die Behandlung mit Neuroleptika in Frage. Auch bei psychisch Alterskranken ist dank Neuroleptika heute öfters eine ambulante Behandlung und das Verbleiben im häuslichen Kreis oder die Vermeidung einer Einweisung aus einem Altersheim in eine Klinik möglich. Selbstverständlich darf der Patient niemals so stark gedämpft werden, dass er apathisch und desinteressiert wird oder dass er zum Beispiel stürzt und sich verletzt. Als Beispiele für die oft erfreuliche Wirkung von Neuroleptika sind zu nennen nächtliche Delirien bei Hirnarteriosklerose und die störende Tag-Nacht-Umkehr mit nächtlicher, oft wenig sinnvoller Aktivität und stumpf-passivem Dosen über Tag. Nicht selten kann folgende medikamentöse Kombination Gutes wirken: Dipiperon (Neuroleptikum) morgens und gegen abend (17.00 Uhr) je $\frac{1}{4}$ oder $\frac{1}{2}$ oder 1 Tablette, wobei die Dosis ganz vorsichtig von der kleinsten Menge her gesteigert werden soll, dazu Sordinol (Neuroleptikum) 5 oder 10 mg morgens 1 und abends 17.00 wiederum 1. So lassen sich öfters nächtliche Erregungszustände verhindern und es wird ein einigermassen erholsamer Schlaf erreicht. Eventuell kann zusätzlich morgens noch etwas Ritalin (ein Weckamin) oder ein antriebssteigerndes Antidepressivum (zum Beispiel Pertoferan) gegeben werden, um eine genügende Aktivität über Tag zu erreichen.

Bei wahnhaften Zuständen mit Sinnestäuschungen bei psychisch Alterskranken wirkt oft gut Haldol oder Sordinol in möglichst geringer Dosis und nur kurzfristig gegeben, wobei man immer danach trachten muss, die Dosis rasch wieder zu senken. Keinesfalls darf Haldol hoch oder mittel dosiert über lange Zeit weiter gegeben werden. Es mag in Altersheimen gelegentlich vorkommen, dass diese

Therapien einfach fortduern, weil sie eben schon so lange dauern und gar niemand mehr weiss, warum zum Beispiel Haldol verordnet wurde. Später zeigen sich Nebenwirkungen, vor allem zwar nicht gefährliche, aber doch störende Kau- und Schmatzbewegungen und andere unwillkürliche Bewegungen im Gesichtsbereich.

Medikamente ersetzen mitmenschliche Zuwendung nicht

Wichtig bleibt bei Behandlung mit Neuroleptika die Psychotherapie, wobei jede mitmenschliche Zuwendung darunter zu verstehen ist, die den Klienten als ebenbürtigen Partner sieht, ihn zu aktivieren sucht, ihm die Verantwortung zuweist, die er tragen kann, und bei der er auch fühlt, dass die Betreuungsperson ihn gern hat. Diese Zuwendungstherapie ist manchmal nur möglich, wenn vorher zum Beispiel durch Gabe von neuroleptischen Medikamenten wieder eine gewisse psychische Ordnung beim seelisch abgebauten und gestörten Menschen erreicht werden konnte.

In der Regel braucht man bei alten Menschen ein Fünftel bis ein Drittel der Dosen von Neuroleptika im Vergleich zu Erwachsenen unter 65 Jahren. Auch bei Neuroleptika kann man nicht den Fünfer und das Weggli haben und auf der Welt gibt es nichts gratis: die Neuroleptika zeigen nicht selten Nebenwirkungen einmal vegetativer Art, zum Beispiel mit Blutdruckschwankungen, Pulsveränderungen, trockenen Schleimhäuten, Durchfall oder Verstopfung, weiter sog. extrapyramidalen Störungen (Zittern, Steifigkeit und Verarmung der Bewegungen, manchmal auch ängstliche Bewegungsunruhe und automatische Bewegungen im Zungen-Schlund-Gesichtsbereich). Diese Nebenwirkungen sind einigermassen proportional der Medikamentendosis und der Behandlungsdauer und schon deshalb ist es angezeigt, die Notwendigkeit einer Fortsetzung der Therapie mit Neuroleptika immer wieder kritisch zu überdenken. Gelegentlich können Neuroleptika auch depressive Stimmungsauslenkungen und Blutveränderungen bewirken.

Die Anwendung eines Neuroleptikums in der Alterspsychiatrie muss letzten Endes vom Heimarzt entschieden werden; alle Verantwortlichen müssen diese Mittel subtil, vorsichtig und selbstkritisch anwenden und sich immer wieder überlegen, ob die Dosis nicht noch mehr gesenkt oder das Medikament überhaupt abgesetzt werden könne. Therapiepläne sind immer wieder zu überdenken und möglichst zu vereinfachen.

Es gibt einige Bürgerheime, in denen die Schwestern die Kompetenz haben, nachts bei unruhigen und verwirrten Greisen Nozinantropfen zu verabreichen. Gerade dieses Medikament ist bei alten Menschen nicht immer das richtige: es kann selber zu Verwirrheitszuständen führen und die Patienten können weit in den nächsten Tag hinein benommen und dösig bleiben. Wenn schon, sollte Nozinan am späteren

VSA-Kurs: «Kochwinke für die Heimküche»

Fortbildungskurs für Küchenpersonal von kleineren Heimen und angelernte Köche und Köchinnen vom 22. und 23. September 1980 in der Paulus-Akademie in Zürich

Unter der Leitung von **David Buck**, Wetzikon, wird auch in diesem Herbst ein Fortbildungskurs durchgeführt. Angesprochen sind angelernte Köchinnen und Köche von grösseren Heimen sowie verantwortliches Küchenpersonal von kleineren Heimen.

Ziel des Kurses: Möglichst viel praktische und theoretische Information von Rezepten, Warenkunde und Menüs von Nachtessen. Falls die Anmeldungen die festgesetzte obere Grenze übersteigen sollten, gibt die Reihenfolge des Eingangs den Ausschlag. Für auswärtige Kursteilnehmer stehen in der Paulus-Akademie auf Wunsch Unterkunftsmöglichkeiten in beschränkter Zahl zur Verfügung.

Kurskosten: (inklusive 2 Mittagessen, ohne Unterkunft)
bei VSA-Mitgliedschaft des Heims Fr. 170.—
bei persönlicher Mitgliedschaft des Kursteilnehmers 15 Prozent Ermässigung Fr. 120.—

Anmeldeschluss: 16. September 1980

Programm

Montag, 22. September

- 10.00 Kurseröffnung
10.10 **Von der Suppe bis zum Dessert**
— Querschnitt durch Rezepte und Menüs im Heim
12.15 Mittagessen
14.00 **Warenkunde**
— Was speziell die kleinen und mittleren Heime wissen müssen
15.30 **Gruppenarbeit**
— mit Wettbewerb
16.30 **Restenverwertung**
— Verarbeitungsarten
— Lagermöglichkeiten
— Restenverminderung
18.00 Gemeinsames Nachtessen und gemütlicher Abend (Kosten zirka 30 Franken)

D. Buck
H. Sager

M. Schärli
H. Sager
D. Buck

D. Buck

Dienstag, 23. September 1980

- 08.00 **Die Sauberkeit**
— in der Küche und in den Lagerräumen
10.00 **Diät im Kleinheim**
— Diabetes, Magenschonkost usw.
12.15 Mittagessen
14.00 **Das Nachtessen**
14.20 **Gruppenarbeit**
— Erfahrungsaustausch
15.20 **Besprechung der Nachtessen**
— und der Gruppenarbeit (kleine Ausstellung)
16.00 Schluss des Kurses

Herr Christen

J. Bucher

D. Buck und
3 Lehrtöchter

Anmeldung

(VSA-Kochkurs 1980)

Bis spätestens 16. September 1980 senden an das Sekretariat VSA, Seegartenstr. 2, 8008 Zürich,
Tel. 01 252 49 48

Name, Vorname

Name und Adresse
des Heims

Datum

Unterschrift

- VSA-Mitgliedschaft des Heims
 Persönliche Mitgliedschaft des Teilnehmers
 Unterkunft am 22./23. September 1980 erwünscht
 Anmeldung zum Nachtessen am 22. September

Bitte Zutreffendes ankreuzen

Nachmittag gegeben werden oder der oben erwähnte Therapieplan Dipiperon/Sordinol wäre zu erwägen.

Seit 1957 stehen uns antidepressiv wirkende Medikamente zur Verfügung, wie Tofranil, Noveril, Ludomil, Alival, Anafranil, Istonil, Laroxyl und ähnliche. In der Alterspsychiatrie kommen nicht selten schwerere depressive Störungen vor, deren Ursachen vielfältiger Art sind. Die Wahl des antidepressiven Medikamentes ist Sache des Arztes. Es kommt auf die Erscheinungsform der Depression an, aber auch auf ihre Ursache. Die Beurteilung der Selbstmordgefahr ist auch bei Greisen schwierig und es muss Sache des Arztes sein, über eine allfällige Klinikeinweisung zu entscheiden.

Auch bei Antidepressiva gibt es Nebenwirkungen

Auch die Antidepressiva haben neben ihrer sehr wohltätigen antidepressiven Wirkung Nebenwirkungen vor allem vegetativer Art, wie Mundtrockenheit, verstopfte Nase, Herzklappen, Schweißausbrüche, Speichelbluss, gelegentlich auch Störungen im Herzrhythmus, was dem Arzt zu melden wäre. Gegen die störende Mundtrockenheit ist Kaugummi oft hilfreich, kann allerdings bei Prothesenträgern zu Schwierigkeiten führen. Dass selbstmordgefährdete Alterspatienten ihre antidepressiven Medikamente nicht bei sich haben sollen und dass sie einer guten Ueberwachung bedürfen, ist Ihnen allen klar. Oefters wird das Heim die Verantwortung für sie nicht tragen können.

Antidepressiva sollen bei depressiven alten Menschen lange genug gegeben werden; öfters zeigt sich ihre Wirkung erst nach vier Wochen und es wäre falsch, mehrere Antidepressiva jeweils nur wenige Tage oder wenige Wochen lang zu geben und am Erfolg zu früh zu verzweifeln. Auch bei diesen Mitteln beträgt die Dosis im Durchschnitt nur etwa ein Drittel bis ein Fünftel der üblichen Menge. Bei angstlich-erregten Depressionen alter Menschen

empfiehlt sich oft die Kombination von Neuroleptika und Antidepressiva.

Die Tranquillizer sind «schlafmittellose Beruhigungsmittel ohne antipsychotische Wirkung». Sie haben eine starke Wirkung auf Angst, Spannung und muskuläre Verkrampfung, distanzieren von Problemen, wirken zum Teil auch schlafanlassend und ganz leicht antidepressiv. Sie können sich bei Einschlafstörungen und Angstzuständen auch in der Alterspsychiatrie bewähren, machen die mittelmenschliche Zuwendung keinesfalls überflüssig, ermöglichen sie aber manchmal erst. Die Nebenwirkungen sind gering; gefährlich könnte eine starke Muskelerschlaffung werden, die zum Hinstürzen des Patienten führen kann. In Frage kommen als Tranquillizer Valium, Librium, Lexotanil, Temesta, Seresta und weitere; Suchtbildung auf Tranquillizer wurde bei Alterspatienten sehr selten beobachtet. Die Alkoholwirkung wird durch alle Psychopharmaka potenziert.

Dies war ein kleiner Tour d'horizon durch die heute aktuellen Psychopharmaka mit ein paar Hinweisen auf ihre Einsatzmöglichkeiten in der Alterspsychiatrie. Oefters können diese Medikamente heute dazu beitragen, dass ein psychisch Alterskranke trotz seines Hirnabbaus ein gewisses Mass an Selbständigkeit bewahrt, in gewohntem Milieu verbleiben kann, in einer gewissermaßen ausgeglichenen Stimmungslage verbleibt und seine Umgebung nicht erschreckt oder beunruhigt. Wichtig ist eine kritische, sorgsame und sparsame Anwendung dieser Medikamente; natürlich ist es auch nicht sinnvoll, die minimale Dosis zu unterschreiten, weil dann überhaupt keine Wirkung zustande kommt. Eine gute Zusammenarbeit mit dem Heimarzt, der diese Mittel auch kennen muss, ist selbstverständliche Voraussetzung und die anderen Behandlungsformen in der Alterspsychiatrie und im Altersheim überhaupt, wie Aktivierungsmethoden aller Art, Realitätstraining usw. sind ebenfalls von ausschlaggebender Bedeutung.

Realitätstraining bei Alterspsychosen

Von Dr. med. U. Wisler, Basel

Erste Phase eines Rehabilitierungsprogramms

Reality Orientation oder Realitätstraining heisst die erste Phase eines Rehabilitierungsprogramms, das für ältere Patienten mit mittlerem oder schwerem Grade von geistiger Verwirrung, Gedächtnisverlust und Desorientierung entwickelt wurde. Die ersten Versuche wurden bereits 1958 am Winter Veterans Administration Hospital in Topeka, Kansas, gemacht, denen sich andere 1961 im Mental Health Institute, Mount Pleasant, Iowa, und 1965 im Veterans Administration Hospital, Tuscaloosa, Alabama, anschlossen. Einige Techniken des Realitätstrainings eignen sich zur Anwendung in allgemeinen und

psychiatrischen Kliniken in gleicher Weise. Der ältere Patient zieht sich oft in sich selbst zurück, bricht die Beziehung zu anderen ab und entzieht sein Interesse und seine Aufmerksamkeit sogar den einfachsten Dingen. Potentiell funktionsfähige Teile seines Gehirns werden dann nicht mehr benutzt. Das Realitätstraining wirkt diesem Prozess auf zwei Weisen entgegen:

1. Der Patient wird durch ständig wiederholte Orientierung stimuliert.
2. Der Patient wird aus seiner Isolation heraus in eine Gruppe hineingenommen, wo er mit andern Pa-