Zeitschrift: Fachzeitschrift Heim
Herausgeber: Heimverband Schweiz
Band: 71 (2000)
Heft: 11

Artikel: Depressionen im Alter : ich kann nicht wollen!
Autor: Ritter, Adrian
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-812100

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: 12.07.2025

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

Depressionen im Alter

ICH KANN NICHT WOLLEN!

Von Adrian Ritter

Depressionen gelten nach Demenzen als die zweithäufigste psychische Erkrankung im Alter. Rund ein Viertel der über 70-jährigen Menschen leiden in der einen oder anderen Form an ihr[1]. Auch ihnen kann mit Psychotherapie geholfen werden. In der Tagesklinik des Gerontopsychiatrischen Zentrums Hegibach in Zürich versucht dies zum Beispiel die Psychologin Jutta Stahl. Sie unterstützt die Betroffenen dabei, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren dieser Krankheit auf die Spur zu kommen. Anlässlich des 2. Zürcher Gerontologie-Tages Ende September berichtete sie in einem Workshop über ihre Erfahrungen mit dieser Arbeit[2].

Traurig ...

Wenn *Jutta Stahl* als Leiterin der Tagesklinik in einem Gruppengespräch eine Patientin zu einer Aktivität zu animieren versucht, hört sie nicht selten den Einwand: «Warum sollte ich diese Aktivität unternehmen, es macht mir ja doch keinen Spass?» Ihre Antwort darauf? «Das ist gut möglich und Teil der Krankheit Depression, dass man keinen Spass mehr empfinden kann. Trotzdem ist es wichtig, Aktivitäten zu unternehmen. So besteht die Chance, dass sich das Erleben derselben allmählich verändert.»

Vom Verlust des Interesses an den Dingen

Was aber ist eigentlich eine Depression? Wie ist ein emotionaler Zustand von Traurigkeit von einer Depression als Krankheit zu unterscheiden? Bereits die Diagnosestellung mit den bekannten Symptomen (vgl. Kasten) ist nicht immer einfach, gerade bei älteren Menschen: «Häufig ist eine Depression bei älteren Menschen schwer zu erkennen. Die offensichtlich depressive Stimmung fehlt vielleicht und das Klagen über somatische Beschwerden steht im Vordergrund. Zudem besteht die Gefahr, dass eine Depression darum nicht diagnostiziert wird, weil die Umgebung davon ausgeht, es sei im Alter normal, seine Interessen zu verlieren und sich zurück zu ziehen. Letzterem will die Psychologin unbedingt widersprochen haben: «Depressionen sind im Alter nicht häufiger und nicht seltener anzutreffen als bei jüngeren Menschen. Depressive Symptome sind somit keine Alterserscheinung, sondern Ausdruck einer ernstzunehmenden und oft schweren Krankheit. Und diese Krankheit ist auch im Alter gut behandelbar.» Unbedingt zu unterscheiden seien auch Depression und Demenz. Bei beiden Krankheiten sind zwar Störungen des Gedächtnisses festzustellen. Diese äussern sich aber in unterschiedlicher Form: «Depressive können sich schlicht zu wenig auf Dinge konzentrieren, das heisst, sie sind kaum in der Lage, neue Informationen aufzunehmen. Demente hingegen können sehr wohl Informationen aufnehmen, vergessen diese jedoch mehr oder weniger rasch wieder.»

Diagnose der Depression

(nach DSM-III-R)

Hauptmerkmale

1. Depressive Verstimmung
2. Verlust von Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten

Nebenmerkmale

1. Appetitstörungen (vermindert oder gesteigert) mit deutlichen Gewichtsveränderungen
2. Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen oder übermässiges Schlafbedürfnis)
3. psychomotorische Unruhe oder Hemmung
4. Müdigkeit oder Energieverlust
5. Gefühl der Wertlosigkeit oder exzessive bzw. unangebrachte Schuldgefühle
6. Schwierigkeiten in Denken und Konzentration oder Entscheidungsunfähigkeit
7. wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidideen oder -versuche

Mindestens fünf der genannten Symptome bestehen während derselben Zwei-Wochen-Periode und bringen eine Änderung der Leistungsfähigkeit mit sich. Mindestens *eines* der beiden Hauptmerkmale ist erkennbar.

[1] Insgesamt dürften etwa 25–30 Prozent der Personen im Alter von über 65 Jahren an psychischen Störungen verschiedener Schweregrade leiden (Quelle: Langes Leben. Altern in der Schweiz, unimagazin/die Zeitschrift der Universität Zürich, Nr.1/99. S. 59 ff.). Gemäss der Berliner Altersstudie von 1996 sind mehr als ein Viertel der über 70-Jährigen von Depressionen betroffen (Berücksichtigt sind dabei neben der klassischen auch andere Depressionsformen sowie das Auftreten einzelner Depressionssymptome mit Krankheitswert).

[2] «Ich kann nicht wollen!» ist der Titel eines Buches zum Thema Depression (vgl. Literaturangaben am Textende).

Psychotherapie bei Depression:

(kognitiv-verhaltenstherapeutische Orientierung; nach J. Stahl)

- Klärung auslösender/aufrechterhaltender Bedingungen
- Entlastung: Depression ist eine Krankheit; «man kann nicht wollen»
- Aktivierung: Aufbau sinnvoller Aktivitäten
- Kognitive Umstrukturierung: Aufdecken und Verändern negativer Denk- und Wahrnehmungsprozesse, bezogen auf Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft
- Training sozialer Kompetenzen (Kontaktfähigkeit; Meinungen/Bedürfnisse äussern; um Hilfe bitten, Hilfe annehmen usw.)
- Veränderung von Umgebungsvariablen: Einbezug von Angehörigen, Vermittlung konkreter Hilfe (Wohnsituation, Finanzen usw.)
- Gefühl von Selbstwert und Selbstwirksamkeit steigern

Einsam...

Individuelle Muster der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression

Nicht die *Aktivierung* der Patienten stellt allerdings im Gruppengespräch den ersten Schritte dar: «Es wird zuerst das Ziel verfolgt, zusammen mit den Betroffenen ein Modell zu entwickeln, das erklären kann, wie es zur Depression kam und wodurch diese aufrechterhalten wird (vgl. Kasten). Dabei kommen sehr individuelle Spielarten dieses Wirkgefüges zum Vorschein. Depression kann beispielsweise ein angelerntes Bewältigungsmuster bei Überforderung sein und dabei über Jahre hinweg funktionieren. Wenn dann aber zusätzliche Stressoren hinzukommen, kann das System kippen: eine Person erkrankt.»

> **„Depressive Symptome sind keine Alterserscheinung, sondern Ausdruck einer ernstzunehmenden Krankheit."**

Die *Arbeit in der Gruppe* erachtet *Stahl* in ihrer Arbeit mit Betroffenen als sehr hilfreich: «Sie erlaubt den Patienten eine Identifikation mit anderen Betroffenen. Dies führt zur Einsicht: ‹Wir leiden alle an derselben Krankheit und diese ist definiert›. Dies wirkt sich entlastend aus: zu sehen, dass das «Ich-kann-nicht-Wollen» nicht einfach mangelnde Initiative, sondern Symptom einer schweren Krankheit ist.»

Rollenspiele mit neuen Denkmustern

Oft stehen Rollenspiele im Zentrum der Gruppenarbeit. So etwa am Mittwochmorgen im *Training sozialer Kompetenzen*. Dort soll konkret geübt wer-

Suizidalität im Alter – Forschung

Ebenfalls anlässlich des 2. Zürcher Gerontologie-Tag wurde zum ersten Mal der **«Vontobel-Preis des Zentrums für Gerontolgie für Altersforschung an der Universität Zürich»** verliehen. Preisträgerin ist die Psychologin Martina Hirzel-Wille für ihre Lizentiatsarbeit «Suizidalität im Alter – wer ist besonders gefährdet?».

Die «Fachzeitschrift Heim» zitiert aus der Laudatio von *Prof. Brigitte Boothe* diejenigen Textteile, die für Institutionen besonders interessant sein dürften:
«(...) betagten Männern, die sozial isoliert sind, ohne Partnerschaft leben und sich genötigt fühlen, ihre ehedem selbstbestimmte Lebensführung der oktroyierten Struktur einer Institution zu überlassen. Diese Männer machen die Hochrisikogruppe der Suizidgefährdeten im Alter aus. Wenn hinzukommt, dass sie die Lebensphase der Berufslosigkeit (...) nicht zu etwas Neuem und Wesentlichem gestalten, so ist die Gefährdung umso gravierender. Der Suizid (...) wird auch dann zu einer Option, wenn man im Alter keinen Halt im Religiösen findet – oder keine tragende Basis in der Gewissheit von Zugehörigkeit und Geliebtsein. (...) Das Alter als Herausforderung, sich auf Beziehungen einzulassen, in denen man zur Sicherung des eigenen Wohlbefindens und des Überlebens auf andere angewiesen ist. (...) Männer und Frauen, so zeigt die Studie eindrucksvoll, nehmen Herausforderungen, mit denen das Leben sie konfrontiert, im Alter auf unterschiedliche Weise an, begegnen ihnen mit unterschiedlichen geistigen und seelischen Formen der Vitalität. Auf die Spitze getrieben: Die Männer wollen weitermachen. Das Alter lässt sie nicht. Da verstummen sie und treten ab. Die Frauen wollen weiterleben, in einem Raum von Beziehungen. Das Alter lässt sie nicht. Da klagen sie und jammern und schreien und schaffen sich Gehör und treten nicht ab. (...)».

Martina Hirzel-Wille verfasste ihre Lizentiatsarbeit *«Suizidalität im Alter – wer ist besonders gefährdet?»* im 1. Nebenfach «Psychopathologie des Erwachsenenalters» an der Universität Zürich.
Prof. Brigitte Boothe ist Co-Leiterin des Zentrums für Gerontologie an der Universität Zürich.

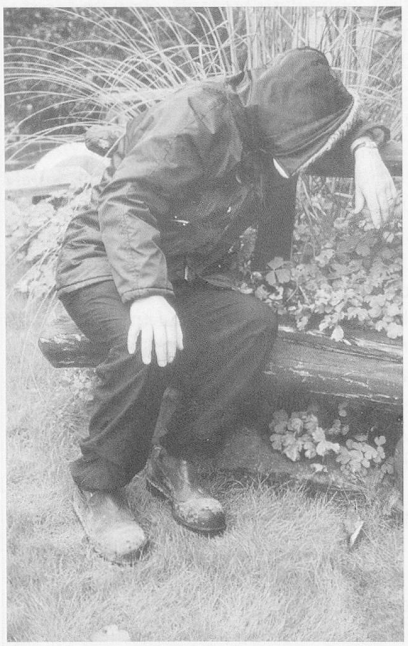
Erklärungsmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression

Vulnerabilität *(angeborene oder angelernte Anfälligkeit)*	**Stressoren** *(akute oder chronische Belastungen)*	**Depressive Symptome**	**Längerfristige Konsequenzen tragen zur Aufrechterhaltung/Verstärkung der depressiven Symptome bei**
● Vererbung (familiäre Häufung) ● Biographie (schlimme Kindheitserlebnisse: z.B. früher Verlust der Mutter; Modelle für «depressives Verhalten»: z.B. Vater auch depressiv) ● Persönlichkeit (wenig Selbstbewusstsein, immer für andere da sein, Pessimismus usw.) ● Geschlecht (viel mehr Frauen depressiv) ● u.a.	● Verluste (Menschen, gesunde Körperfunktionen, Aufgaben, vertraute Umgebung, Attraktivität) ● Rollenwechsel (z.B. «empty-nest-syndrome» oder Pensionierung) ● chronische Schmerzen ● berufliche und familiäre Pflichten (z.B Pflege eines Angehörigen) ● chronische Lebensschwierigkeiten (z.B. Partnerschaftsprobleme, unerfüllte Lebensziele) ● u.a.	● gedrückte Stimmung ● Interessenverlust ● Aktivitätsverlust ● Rückzug ● negatives Denken, Wahrnehmen und Urteilen ● Verlust an Vitalität ● mangelndes Selbstwertgefühl ● u.a.	● Veränderte Hirnfunktion (Neurotransmitter) ● «Verstärkerverlust» (Verlust angenehmer Aktivitäten und sozialer Beziehungen) ● negativ verzerrtes Bild der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft ● Reaktion des sozialen Umfeldes (Hilflosigkeit, Rückzug, Wut)) lösen beim Betroffenen Schuldgefühle aus ● Mangelnde Fertigkeiten (Problemlösestrategien, soziale Kompetenzen usw.) ● u.a.

J. Stahl, 28.09.2000

den, dass und wie Situationen auch anders angegangen werden können, als es die negativen Denkmuster einem vorgeben. Da spielt dann beispielsweise eine Patientin mehrere Male die Szene in einer Augenarzt-Praxis, bis sie sich getraut, ihr Gegenüber in der Rolle der Augenärztin auf ihr Recht auf Information zu verweisen.

Dass psychotherapeutische Interventionen allein nicht auszureichen vermögen, ist für *Jutta Stahl* keine Frage. Nur schon deshalb, weil länger andauernde Depressionen Veränderungen in der Hirnfunktion zur Folge haben. Als Therapeutin fordert sie aber: «Auch eine medikamentöse Behandlung einer Depression sollte immer begleitet sein von einer Psychotherapie. Dies lohnt sich nur schon, wenn damit die Einsicht des Patienten in die Medikamenteneinnahme erhöht werden kann».



Depressiv... *Fotos Erika Ritter*

> **“Auch eine medikamentöse Behandlung sollte immer begleitet sein von Psychotherapie.”**

Konfliktpotential: Patient alt – Therapeut jung

Wie schon bei der Diagnose, so sind auch bei der Psychotherapie Besonderheiten in der Arbeit mit *älteren* Menschen zu beachten. Zum Beispiel, dass diese oft selber negativ besetzte Bilder des Alters haben und eine Therapie für nicht mehr lohnend erachten. Chronifizierte Verhaltensmuster, Einschränkungen von Kognition, Sinnesfunktionen oder Mobilität erfordern zudem angepasste Verhaltensweise der Therapeutin oder des Therapeuten. Der zumeist im Vergleich zum Patienten jüngere Therapeut kann dabei aufgrund seines Alters auf Widerstände stossen: «Zum Teil geschieht dies aber erst dann, wenn der Patient merkt, dass der Therapeut eine aktive Mitarbeit des Betroffenen verlangt.»

Die Tagesklinik des Gerontopsychiatrischen Zentrums Hegibach

Das Gerontopsychiatrische Zentrum Hegibach vereint stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsformen unter einem Dach. Zwei Akutstationen, eine Tagesklinik und ein Ambulatorium sollen Kontinuität in der Behandlung und Betreuung der Patienten gewähren.

Die Tagesklinik verfügt dabei über 12 Behandlungsplätze und ist Montag bis Freitag von 9 bis 16 Uhr geöffnet. Ziel ist es, stationäre Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik zu vermeiden oder verkürzen, den Gesundheitszustand zu verbessern bzw. eine weitgehende Selbständigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen. Das Angebot richtet sich dabei explizit auch an Bewohner von Alters- und Pflegeheimen. (Bei Bewohnern von Pflegeheimen sind die Krankenkassen allerdings gemäss Auskunft von Jutta Stahl nur ausnahmsweise bereit, die Kosten zu übernehmen.) Die Tagesklinik bietet eine Tages- und Wochenstruktur, wobei sich die Aktivitäten vorwiegend im Rahmen von Gruppenangeboten (Gruppengespräche, Turnen, Training sozialer Kompetenzen, Gedächtnistraining, Kochgruppe u.a.) abspielen. Die Behandlung dient der Überbrückung einer Krisenzeit. Sind die Behandlungsziele erreicht, erfolgt ein stufenweiser Austritt.

Kontakt: Tagesklinik des Gerontopsychiatrischen Zentrums Hegibach
Minervastrasse 145, 8032 Zürich;
Tel. 01/389 14 11

Literatur:

– Bäurle, P. et al. (Hrsg.): Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen. Grundlagen und Praxis, Verlag Hans Huber, Bern, 2000
– Woggon, Brigitte: Ich kann nicht wollen! Berichte depressiver Patienten, Verlag Hans Huber, Bern u.a., 1998