

Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift

Herausgeber: Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz

Band: 82 (2011)

Heft: 5: Seelenheil : Aufgaben der Psychiatrie in Heimen

Artikel: Psychische Störungen im Alter - eine unterschätzte Gefahr : verletzte Seelen in gebrechlichen Körpern

Autor: Wenger, Susanne / Schreiter Gasser, Ursula

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-805349>

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: 29.01.2026

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

Psychische Störungen im Alter – eine unterschätzte Gefahr

Verletzte Seelen in gebrechlichen Körpern

Verwitwung, körperliche Erkrankungen, Demenz und Heimeintritt: Das Alter bringt Verlusterlebnisse, mit denen nicht alle Betagten gleich gut umgehen können. Viele werden depressiv. Oft unbemerkt und mit fatalen Folgen, wie die Alterspsychiaterin Ursula Schreiter Gasser warnt.

Von Susanne Wenger

Frau Schreiter Gasser, warum braucht es überhaupt eine spezielle Alterspsychiatrie?

Ursula Schreiter Gasser: Psychische Störungen im Alter erfordern spezielles Know-how in Diagnostik und Therapie: Know-how über die mit dem Älterwerden verbundenen Herausforderungen, Konflikte und Krisen, über die wechselseitigen Beeinflussungen von Körper und Psyche, über das Zusammenwirken mehrerer Erkrankungen und verschiedener Medikamente. Angehörige und das weitere soziale Netz gehören mit einbezogen, finanzielle, rechtliche und ethische Aspekte sind zu berücksichtigen.

Was sind die Herausforderungen des Alters?

Zum Älterwerden gehört, dass man Verantwortung abgeben und sich damit entlasten kann. Gleichzeitig gibt es die Möglichkeit, neue Aufgaben anzunehmen, etwa als Grosseltern oder im Freiwilligenbereich. Zum Älterwerden gehören aber auch Verlusterlebnisse: der Verlust nahestehender Menschen, der Verlust eigener Attraktivität, die Begrenzung eigener Möglichkeiten und der zeitlichen Perspektive. Die eigentliche Herausforderung aber ist das hohe Alter und die damit verbundenen körperlichen Veränderungen, Beschwerden, Einschränkungen der Sinnesorgane und der Gehirnleistungen, damit einhergehend die

drohende Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit von anderen. Stichworte dazu sind Multimorbidität, Polypharmazie, Demenz, Gebechlichkeit.

Was bedeuten diese Belastungen für das Seelenheil?

Die kumulative Belastung stellt hohe Anforderungen an das psychische Bewältigungspotenzial der älteren Menschen. Die meisten sind in der Lage, sich zu adaptieren. Wenn aber noch kognitive Einschränkungen wie bei der Demenz dazukommen, dann stösst es an Grenzen.

Wann hat sich die Alterspsychiatrie entwickelt?

Auf europäischer Ebene in den 1960er-Jahren, und hier war die Schweiz federführend. Pionierhaft war das Lausanner Modell mit der Abtrennung der Alterspsychiatrie von der Erwachsenenpsychiatrie. Seit 2005 gibt es in der Schweiz den ärztlichen Schwerpunkttitle Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie. Ein Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie muss dafür eine alterspsychiatrispezifische Weiterbildung über mindestens zwei Jahre absolvieren.

«Ältere Menschen finden oft, es lohne sich doch nicht mehr, sich mit ihren Sorgen abzugeben.»

Haben wir genug Alterspsychiater?

Ich denke, es braucht mehr. Studien belegen, dass viele ältere psychisch kranke Menschen nicht ausreichend oder nicht adäquat abgeklärt und behandelt werden. Es übersteigt oft die Möglichkeiten der Grundversorger und Allgemeinpsychiater. Mit der steigenden Lebenserwartung nimmt zudem die Zahl der älteren Menschen generell zu. Es gibt immer mehr multimorbide, psychisch kranke Hochbetagte.

Ab welchem Alter muss ich zur Gerontopsychiaterin?

Wir fühlen uns zuständig für Menschen ab 60, 65 Jahren und für jüngere Menschen mit einer demenziellen Erkrankung, der prä-

senilen Demenz. Die entscheidende Hürde für ältere Menschen ist es aber, überhaupt eine Psychiaterin oder einen Psychiater aufzusuchen. Dieser Schritt ist für viele mit Ängsten und Hemmungen verbunden. Sie finden oft, es lohne sich doch nicht mehr, sich mit den Sorgen einer alten Frau, eines alten Mannes abzugeben. Oder sie befürchten, als verrückt oder verblödet zu gelten und ihre Selbstbestimmung zu verlieren. Auch von Seiten der Ärzte gibt es Vorurteile.

Wie viele ältere Menschen sind psychisch krank?

Wir gehen davon aus, dass 25 bis 30 Prozent der über 65-Jährigen an psychischen Störungen leiden, davon sind etwa 15 Prozent behandlungsbedürftig. Frauen begeben sich häufiger in Behandlung als Männer. Auch von ärztlicher Seite werden die psychischen Probleme von Männern öfter unterschätzt oder nicht erkannt. Und nicht zu vergessen: Es gibt insgesamt mehr Frauen, da ihre Lebenserwartung höher ist.

Sind die Menschen im Alter häufiger psychisch krank als in jüngeren Jahren?

Nein, die Verbreitung ist etwa vergleichbar. Mit einer grossen Ausnahme: den Demenzen. Deren Risiko nimmt mit dem Alter zu. Das unterscheidet sie von allen anderen psychischen Krankheiten.

Sie zählen die Demenz zu den psychischen Krankheiten?

Ja, die Demenzen zählen zu den organischen psychischen Störungen. Die fachliche Zuständigkeit für diese Krankheitsbilder ist länderspezifisch etwas unterschiedlich, was historische Gründe hat. So sind die Demenzen in Europa eher der Psychiatrie zugeordnet, in den USA eher der Neurologie. De facto ist der Hausarzt die erste Ansprechperson. Wenn er die Demenzabklärung nicht selber macht, schickt er die Patienten weiter an die Spezialisten. Das können Psychiater sein mit dem Schwerpunkt Alterspsychiatrie, Geriater oder auch speziell ausgebildete Neurologen.

Was sind neben der Demenz

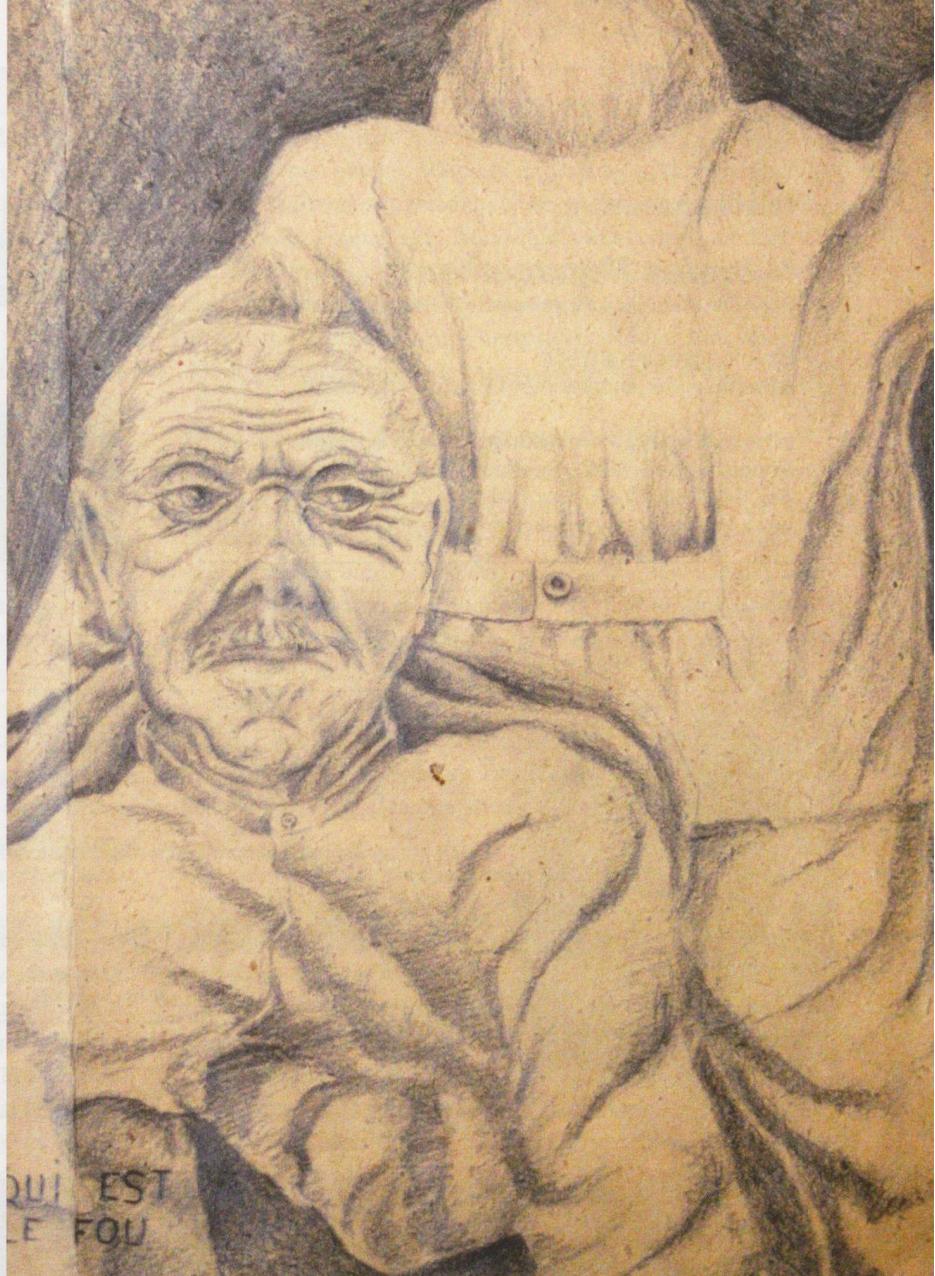
die typischen psychischen Krankheiten im Alter?

Neben den Demenzen sind Depressionen, Anpassungsstörungen und Angststörungen die häufigsten psychischen Krankheiten im

höheren Lebensalter. Auch Wahnerkrankungen gibt es im Alter relativ oft. Bei den Suchterkrankungen sind Niedrig-Dosis-Abhängigkeiten von Benzodiazepinen weit verbreitet. Auch übermässiger Alkoholkonsum ist nicht selten.

Was löst im Alter eine Depression aus?

Risikofaktoren für eine Depression im Alter sind frühere Depres-



Léon Alphonse Kropf: «Qui est le fou?», Papier, Bleistift, Sammlung Morgenthaler

Aus dem Psychiatrie-Museum

Die Illustrationen auf der Titelseite und auf den Innenseiten im Schwerpunkt dieser Ausgabe der Fachzeitschrift zeigen Kunstwerke aus dem Psychiatrie-Museum Bern. Das den Universitären Psychiatrischen Diensten angegliederte Museum auf dem Waldau-Areal in Bern dokumentiert die Geschichte der bernischen Psychiatrie und beherbergt eine Sammlung gestalterischer Patientenarbeiten: über 2500 Bilder, rund 1500 Textblätter, diverse Stoffarbeiten sowie Objekte aus Holz, Ton und Keramik. Gegründet hat das Museum der Psychiater Walter Morgenthaler (1882-1965), der den später berühmt gewordenen Künstler und Waldau-Patienten Adolf Wölfl begleitete. Heute wird das Museum, das auch Wechselausstellungen zeigt, von einer Stiftung betrieben. Geöffnet ist das Museum Mittwoch bis Samstag 14 bis 17 Uhr oder nach telefonischer Absprache mit dem Museumsleiter Andreas Altörfer. (swe)

www.puk.unibe.ch → Links → Psychiatrie-Museum

>>

agogis INSOS

Weiterbildung & Organisationsberatung W&O

Führungsausbildung

Mittleres Management

Bereichs- und Abteilungsleitung in Sozialen Institutionen

Ein modulares Konzept
Abschluss mit anerkanntem Branchenzertifikat

Informationen, Anmeldung, Detailprogramm

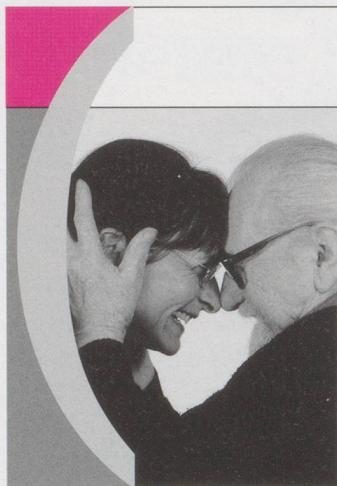
Agogis INSOS W&O, Postfach, 8031 Zürich
Tel. 043 366 71 40 / Fax 043 366 71 41
[www.agogis.ch / w.o.sekretariat@agogis.ch](mailto:w.o.sekretariat@agogis.ch)



- bauherrenvertretung
- zustandsanalysen
- machbarkeitsstudien
- beschaffungsverfahren
- projektwettbewerbe

bauberatung für pflege- und behinderteninstitutionen

www.b-projekt.ch
031 301 50 65



Aarau
ZfP

Tertianum
BILDUNGSINSTITUT

**Wir bilden
Zukunft!**

careum-weiterbildung.ch

Modulare Weiterbildung Gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung (Basistufe)

Mit Modul Gerontopsychiatrischem Assessment und Praxisberatung

■ Einstieg jederzeit möglich ■ Dauer 28 Tage ■ Aarau, ab November 2011

TERTIANUM AG Seestrasse 110 Tel. 052 762 57 57
Bildungsinstitut ZfP 8267 Berlingen Fax 052 762 57 70 zfp@tertianum.ch www.zfp.tertianum.ch

DAS BILDUNGSINSTITUT DER TERTIANUM-GRUPPE

Betreutes Wohnen – Ein Zuhause für
jede Lebenslage: www.buespi.ch

**Wir pflegen
individuelle
Lebensformen.**



Bürgerspital Basel
Viel mehr als ein Spital

sionen, körperliche Einschränkungen, belastende Lebensereignisse wie Verwitwung, Scheidung, fehlender sozialer Rückhalt oder eine beginnende Demenz. Auch hormonelle Störungen – etwa eine Schilddrüsenunterfunktion – sowie bestimmte Medikamente können Depressionen auslösen.

Wie erkennen Angehörige und Pflegepersonal, dass ein betagter Mensch unter Depressionen leidet?

Eine Depression zeigt sich durch eine niedergeschlagene Stimmung, Interesse- und Freudlosigkeit sowie einen verminderten Antrieb. Gefühle von Wertlosigkeit, Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Grübeln, ein vermindertes Selbstwertgefühl, wiederkehrende Gedanken an den Tod, Beeinträchtigungen von Konzentration und Gedächtnis, von Appetit und Schlaf sind weitere Symptome. Depressionen können im Alter schwieriger zu erkennen sein, weil Gefühle weniger ausgedrückt werden, dafür häufiger über körperliche Beschwerden geklagt wird. Vor allem in Heimen sollten sämtliche Veränderungen im Verhalten oder der Persönlichkeit wie etwa Nahrungsverweigerung, Rückzug, Schreien und Aggressivität an eine Depression als zugrunde liegende Ursache denken lassen. Ein Problem ist, dass depressive Symptome wie Lustlosigkeit und Konzentrationsstörungen fälschlicherweise einfach dem Alter zugeschrieben werden.

Gehört denn nicht eine gewisse Melancholie zum Alter?

Man sieht seine Lebenszeit und die Kräfte schwinden.

Nein, das kann man so nicht sagen. Die Veränderungen werden individuell sehr unterschiedlich erlebt. Nach allen bisherigen Untersuchungen ist die Lebenszufriedenheit älterer Menschen in der Regel hoch. Die neue Lebensphase bringt für viele mehr Freiheiten in der Freizeitgestaltung, ein entspannteres Verhältnis in der Partnerschaft und grosselterliche Freuden mit sich. Verluste und Einschränkungen werden nach und nach verarbeitet. Im hohen Alter verschlechtert sich das Befinden oft. Gründe sind Multimorbidität, Demenz, Verlust der Autonomie und des sozialen Umfeldes. Zunehmende Belastungen und gesundheitliche Probleme können zu tiefgreifenden Krisen mit psychoreaktiven Störungen führen, aus denen die Betroffenen alleine nicht mehr hinausfinden. Ebenso problematisch kann es werden, wenn Familienkonflikte im Alter eskalieren oder belastende Lebensereignisse in der Erinnerung nochmals lebendig werden.

Früher Erlebtes kann im Alter wieder hochkommen?

Häufig kommen Menschen zu mir in die Praxis, um über belastende Erfahrungen aus Kindheit und Jugendzeit zu sprechen. Ich bin selbst überrascht, wie oft ich dabei von sexuellen Missbrauchserfahrungen von Frauen, aber auch Männern, höre. Auch der frühe Verlust eines Elternteils, traumatische Kriegs- und Lagererlebnisse können im Alter wieder hochkommen.

Wie gross ist das Suizidrisiko im Alter?

Es steigt mit dem Alter an und ist besonders hoch für Männer. Suizidversuche im Alter werden häufiger nicht überlebt, weil härtere Methoden wie Erschiessen oder Erhängen gewählt wer-

den und körperliche Erkrankungen bestehen. Zudem werden Depressionen bei den Männern schlechter erkannt als bei den Frauen. Männer suchen auch tendenziell weniger Hilfe. Risikofaktoren für einen Suizid sind Alkoholmissbrauch und Vereinsamung etwa nach dem Tod der Partnerin. Zu beachten ist bei älteren Menschen auch der sogenannte «stille Suizid», wenn Medikamente und Nahrung verweigert werden oder eine Insulinbehandlung von einem Diabetiker sabotiert wird.

Sollte man solche Bilanzsuizide nicht akzeptieren?

Nein, das finde ich nicht. Ich erinnere mich noch gut an eine ältere Patientin aus meiner Klinikzeit, die nichts mehr zu sich nehmen wollte. Angehörige und auch Pflegende fanden, wir sollten sie sterben lassen. Wir behandelten sie antidepressiv mit Medikamenten und ernährten sie über eine Nasensonde. Sie wehrte sich nicht dagegen, weswegen wir von ihrem Einverständnis ausgingen. Sie erholtete sich so gut, dass sie wieder selbstständig leben und sich sogar noch ihren grossen Wunsch erfüllen konnte, ihre Tochter in Übersee zu besuchen. Wir sind also gut beraten, wenn wir hinter suizidalem Verhalten eine Depression vermuten. Sie müssen wir behandeln.

Wie behandeln Sie die Depression bei betagten Menschen?

Bei leichten Depressionen behandeln wir psychotherapeutisch, bei schwereren zusätzlich medikamentös. Wir haben heute wirksame und gut verträgliche Medikamente. Und man kann nicht genug betonen, dass Psychotherapie auch im Alter hilfreich und wirksam ist. Zu beachten auch im Hinblick auf die Therapie sind die Wechselwirkungen zwischen körperlichen Beschwerden und Depression. Eine betagte Frau, die immer aktiv und lebenslustig war, kann wegen Kniebeschwerden nicht mehr gut laufen. Sie bewegt sich noch weniger und ihre Depression wird stärker, gleichzeitig nimmt ihre Beweglichkeit weiter ab. Solche Kreisläufe gilt es zu durchbrechen mit Hilfe psychotherapeutischer Unterstützungen, medikamentöser Behandlung der Depression und der Schmerzen und mit Förderung der Beweglichkeit, zum Beispiel durch Physiotherapie oder Massage.

Wie behandeln Sie als Alterspsychiaterin eine Demenz?

Wir sollten wenn möglich immer die Ursache der Demenz behandeln, und eine Demenz kann viele Ursachen haben. Daher kommt vor der Therapie die Abklärung. Wenn eine Demenz durch eine Entzündung, eine Stoffwechselstörung, einen Hirntumor oder eine vermehrte Nervenwasseransammlung im Gehirn verursacht ist, gehen wir diese Ursachen spezifisch an. Wenn wir aber eine Hirnabbauerkrankung, zum Beispiel die Alzheimer-Krankheit, als Ursache feststellen, was häufig der Fall ist, dann müssen wir uns auf die Behandlung der Symptome und deren Auswirkungen im Alltag beschränken.

Wie gehen Sie dabei vor?

Von grösster Wichtigkeit ist die Beratung der Angehörigen. Bedingt durch die kognitiven Störungen – zu Beginn vor allem Vergesslichkeit, Desorientiertheit, Wortfindungsstörungen, Schwierig- >>



«Depressive Symptome werden oft fälschlicherweise einfach dem Alter zugeschrieben.»

Ursula Schreiter Gasser,
Alterspsychiaterin

Foto: zvg

keiten bei der Erledigung von Aufgaben im Alltag – kommt es natürlich zu Spannungen in den Beziehungen zwischen den Betroffenen und ihren Angehörigen. Das Umfeld über die Demenz und ihre Folgeerscheinungen aufzuklären und Verständnis dafür zu wecken, ist für uns Psychiaterinnen und Psychiater eine dankbare und wichtige Aufgabe. So können wir wesentlich dazu beitragen, Eskalationen und Konflikte zu entschärfen oder sogar zu verhindern, und Verhaltensprobleme zu verringern. In Familiengesprächen behandeln wir das Umfeld mit. Wir zeigen auf, wie Partner und Kinder besser mit dem Kranken umgehen können. Angehörige sind die wichtigste, aber auch eine vulnerable Ressource. Angehörige von Demenzkranken sind oft verborgene Patienten mit einem hohen Risiko für Depressionen, Vereinsamung und körperliche Erkrankungen. Wir unterstützen sie konkret durch die Vermittlung von Entlastungsangeboten wie Besuchsdienst, Tagesstätten und Ferienaufenthalte. Wir vermitteln auch den Kontakt zur Alzheimervereinigung, die ein breites Angebot hat.

Und wie behandeln Sie die psychischen Auffälligkeiten der Demenzbetroffenen selber?

Die Behandlung umfasst medikamentöse wie auch nichtmedikamentöse Massnahmen. Die Medikamente dienen dazu, die Gedächtnisfunktionen zu erhalten und das psychische Befinden zu stabilisieren. Hier steht uns neben den Antidementiva die ganze Palette der Psychopharmaka zur Verfügung. Bevor wir jedoch mit den Psychopharmaka beginnen, setzen wir nichtmedikamentöse Massnahmen wie Psychotherapie, kreative Therapien, Gedächtnistraining, Validation ein. Entscheidend ist, diese Massnahmen auf den Betroffenen, sein Umfeld und seine aktuellen Symptome spezifisch abzustimmen. Wer sich nicht mehr mit Worten ausdrücken kann, kann es vielleicht noch mit Malen. Wer nicht mehr kochen kann, kann noch Kartoffeln schälen. Es ist sehr wichtig, die vorhandenen Fähigkeiten zu stärken und so das Selbstwertgefühl der Kranken zu stabilisieren.

Wie kann sich das Pflege- und Betreuungspersonal vor allfälligen Aggressionen schützen?

Ist die Aggression sehr stark, muss man rasch und überlegt handeln. Das bedeutet die sofortige Beendigung der aktuellen Anforderung an den Patienten – also zum Beispiel, dass er sich bade

, beruhigende Worte und körperliche Distanz. Nicht insistieren, denn das verschärft das Ganze. Wenn Ablenkung nicht hilft, sollte die Umgebung gesichert und der Kranke allein gelassen werden, nötigenfalls muss ein beruhigendes Medikament verabreicht werden. Hinterher gilt es zu analysieren, was die Aggression ausgelöst haben könnte.

Wie lässt sich aggressives Verhalten verhindern?

Um aggressives Verhalten zu verhindern, sollte man versuchen, es zu verstehen. Dazu sind folgende Fragen nützlich: In welchen Situationen, mit welchen Personen wird der Patient aggressiv, und was sind die Folgen der Aggressivität? Wie schwerwiegend ist die Aggression, und wo sollte eingegriffen werden? Liegen die Ursachen primär an der Krankheit des Patienten, an Verkennungen, Desorientiertheit, Halluzinationen, Ängsten? Oder liegen die Ursachen eher bei den Betreuungspersonen, bei Überforderung, Unverständnis oder Unbeherrschtheit? Oder liegt es an der Umgebung, an Reizüberflutung, Hektik – oder, was auch vorkommen kann, an den Mitbewohnern? Eine besonders heikle Situation ist die Intimpflege. Stellen Sie sich vor, da kommt ein fremder Mann, der Sie ausziehen will... Häufig stehen hinter den

Aggressionen Angst und Panik. Da kann ein tröstendes Wort helfen, manchmal aber auch nur das Verlassen der Situation.

«Häufig stehen hinter den Aggressionen Angst und Panik. Besonders heikel ist die Intimpflege.»

Sind psychisch kranke Menschen im Pflegeheim am richtigen Ort?
Es ist eine Realität, dass psychisch kranke Menschen, wenn sie alt sind, häufig im Pflegeheim sind. Darauf müssen sich die Heime einstellen, indem sie mehr psychiatrische Pflege und Betreuungspersonen anstellen und Psychiater konsiliarisch beziehen – sei es für die Abklärung und Behandlung der Bewohner, sei es für Fallbesprechungen oder Supervisionen. Pflegende brauchen Kenntnisse über psychische Krankheiten und Strategien, um damit umzugehen. Sie brauchen auch Kenntnisse, wie sie sich selbst entlasten und wo sie sich Unterstützung holen können. Demenzen und auch Depressionen sind in Alters- und Pflegeheimen häufig.

Warum ist das bei den Depressionen so?

Der Umzug ins Heim ist für viele die einschneidendste Umstellung, die das Leben im hohen Alter mit sich bringt, und ein großes Verlusterlebnis. Sie wissen: An diesem Ort werde ich sterben. Kürzlich sagte mir ein 80-Jähriger, er wolle nicht ins Heim zu den alten Leuten. Für manche ist das sehr schwer zu ertragen. Für andere aber, das will ich gerne auch sagen, verbessert sich die Situation mit dem Heimeintritt. ●

Zur Person: Ursula Schreiter Gasser ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunkt Alterspsychiatrie. Von 1996 bis 2005 war sie Chefärztin am Gerontopsychiatrischen Zentrum Hegibach in Zürich, das sie mitaufgebaut hat. Heute führt Ursula Schreiter Gasser in Zürich zusammen mit vier Kolleginnen die Praxis für Psychiatrie Rehalp. Als Konsiliarpsychiaterin berät sie auch Heime und Spitäler. An der Universität Zürich ist sie zudem als Privatdozentin tätig.