

**Zeitschrift:** Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

**Herausgeber:** Geriatriischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

**Band:** - (1997-1998)

**Heft:** 60

**Buchbesprechung:** Katathym-Imaginative Psychotherapie (KIP) mit älteren Menschen  
[Albert Erlanger]

**Autor:** Wettstein, A.

### **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:** 16.04.2026

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

## **Katathym-Imaginative Psychotherapie (KIP) mit älteren Menschen**

von Albert Erlanger

Reinhardts Gerontologische Reihe, ISBN 3-497-01427-3,  
170 S. Fr. 33.-

Albert Erlanger, der Doyen der Zürcher Gerontopsychiatrie, versteht es anhand der von ihm angewendeten Psychotherapiemethode hervorragend, mit vielen eindrücklichen Fallbeispielen darzustellen, was Psychotherapie bei Betagten - oft in erstaunlich kurzer Zeit - Positives erreichen kann.

Das Büchlein, das sich wegen der zahlreichen Fallschilderungen leicht, ja sogar spannend liest, ist allen Fachpersonen, die alte Menschen betreuen, sehr zu empfehlen. Es wird ihnen helfen, psychischkranke Betagte als möglicherweise psychotherapeutisch heilbar zu erfahren und sie ermuntern, solche Patienten gegebenenfalls einer Psychotherapie zuzuweisen.

Im Folgenden einige der theoretischen Kapitel aus Erlangers Buch (Seiten 13-15, 20-22, 27-28, 34-37).

### Stellenwert der Psychotherapie im Alter

#### Bedarf:

Verschiedene ausgedehnte Felduntersuchungen (Cooper/Sonsach 1983; Dilling et al 1984) zur Klärung der Bedarfsfrage zeigen die gleichen Resultate: Rund 25% der über 65-Jährigen leiden an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen, und für deren Behandlung wäre bei 8% (der über 65-Jährigen) Psychotherapie als Mittel der Wahl angezeigt.

### Multifaktorielle Genese psychischer Altersstörungen

Auch für die psychischen Erkrankungen gilt, was für die meisten Erkrankungen im Alter zutrifft: Ihr Zustandekommen ist *multifaktoriell* bedingt, d.h. Wechselwirkungen zwischen Körper, Seele, sozialer Umwelt und ökonomischen Bedingungen beeinflussen sich gegenseitig in so starkem Ausmass, dass die bei jüngeren Menschen meist übliche unikausale Behandlung nicht mehr gerechtfertigt ist. Wichtig ist zu bedenken, dass diese Wechselwirkungen sowohl krankmachendes als auch gesundmachendes Potential freizusetzen vermögen, was sich psychotherapeutisch nutzen lässt.

Bevor wir den Folgen der Wechselwirkungen und damit der Frage nachgehen, inwiefern sich Psychotherapie im Alter als nützlich erweist, ist zu überlegen: Wann beginnt eigentlich das Alter? Von den vielfältigen Einteilungsmöglichkeiten und -vorschlägen überzeugt das von H. Radebold (1979) entwickelte Altersstufenmodell am besten.

### 1.3. Die Altersstufen

Tabelle 1: Die Altersstufen

| Stufe | Alter      | Motto                      |
|-------|------------|----------------------------|
| 1.    | 50 - 65    | Vorbereitung auf das Alter |
| 2.    | 65 - 75/85 | Rüstiges Alter             |
| 3.    | Darüber    | Hohes Alter                |

In jeder Altersstufe finden sich jeweils besondere psychosoziale Aufgaben, die zu bewältigen sind.

#### 1. Stufe: Vorbereitung auf das Alter

- Auseinandersetzung mit dem Älterwerden und dessen Konsequenzen, insbesondere den damit verbundenen häufigen narzisstischen Kränkungen,
- Neudefinition der Zweierbeziehung in der alternden Ehe nach Ablösung der Kinder,
- Vorbereitung auf das Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess.

#### 2. Stufe: Rüstiges Alter

- Akzeptanz des Altwerdens und üben, sich fortwährend adaptiv darauf einzustellen,
- Realisierung der vorgesehenen Pläne und individuelle Gestaltung des Ruhestandes, womöglich zusammen mit dem Partner.

#### 3. Stufe: Hohes Alter

- Weiterführung der Auseinandersetzung mit den zunehmenden Einschränkungen, der Bedrohung der Selbständigkeit, dem Verlust der Mobilität, der zunehmenden Abhängigkeit,
- Akzeptieren des Altgewordenseins mit Krankheit und Vereinsamung,
- Vertrautwerden mit Sterben und Tod.

Alt ist ein Mensch aber nicht dadurch, dass er das Rentenalter erreicht hat, sondern infolge der Unmöglichkeit, die psychosozialen Aufgaben der jeweiligen Stufen des Alters zu bewältigen und die noch vorhandenen Möglichkeiten voll auszuschöpfen. Diese Schwierigkeiten sind häufig auf die vorgeannten Wechselwirkungen zwischen Körper, Seele, sozialer Umwelt und ökonomischen Bedingungen zurückzuführen.

#### Behandlungsgründe für Psychotherapie im Alter

Die Gründe für eine Psychotherapie im Alter können wir grob in zwei Gruppen aufteilen:

- Ein Mensch erträgt das Altern mit all seinen Begleiterscheinungen, insbesondere den Verlusterlebnissen, nicht ohne Hilfe.
- Der alternde Mensch ist nicht in der Lage, sich der neuen altersbedingten Situation mit all ihren Problemen anzupassen und sie zu meistern, weil

jetzt erst früher verdrängte Konflikte offen zu Tage treten und ihn behindern.

In der ersten Gruppe sind wir vorwiegend mit *reaktiven* Störungen konfrontiert, welche oft als Folgen der beschriebenen Wechselwirkung zu verstehen sind. Das Ausmass der Belastungen scheint hier von Bedeutung zu sein und weniger die Grundpersönlichkeit.

Dort, wo aber schon früher Probleme bei der Konfliktbearbeitung bestanden und Konflikte statt gelöst schnell verdrängt wurden, erweist sich die *Art* der Konflikte als bedeutsam und nicht so sehr deren Schwere. Möglicherweise entspricht sie jenen früheren Konflikten, die als Komplexe im Unbewussten noch weiter fortbestehen, und entsprechend verstärkt reagiert der alte Mensch. Diese Problemkreise finden wir vorwiegend in der zweiten Gruppe.

### Grundsätzliche Überlegungen zu Psychotherapien mit alten Menschen

- Vorerst gilt es zu definieren, was gemeint ist, wenn wir von "Psychotherapie" sprechen. Wolberg (1967) gibt uns eine unserer heutigen Situation angemessene *Definition*: "Psychotherapie ist die Behandlung emotionaler Probleme mit psychologischen Mitteln, wobei ein dafür ausgebildeter Therapeut mit Bedacht eine berufliche Beziehung zum Patienten herstellt mit dem Ziel, (1) bestehende Symptome zu beseitigen, zu modifizieren oder zu mildern, (2) gestörte Verhaltensweisen zu wandeln und (3) die günstige Reifung und Entwicklung zu fördern" (zit. nach Kind 1982).
- Psychotherapie ereignet sich in erster Linie im Gespräch unter Beachtung auch der averbalen Kommunikation, welche wiederum in Sprache umzusetzen ist. "Erst die verbale Erfassung von Gefühlen, Empfindungen, Phantasien u.a. erlaubt die allenfalls notwendige Bearbeitung und damit Integration" (Kind, 1982).
- Gesprächsfähigkeit und Erinnerungsvermögen und damit intellektuelle Leistungsfähigkeit sind die Grundvoraussetzungen für KIP und alle andern tiefenpsychologisch ausgerichteten Psychotherapiemethoden. Nur bei solchen alten Menschen, bei denen die Grundvoraussetzungen erfüllt sind, kann eine Behandlung mit KIP in Frage kommen. Patienten mit Hirnleistungsschwäche (Demenz) kann mit anderen, vorwiegend emotional zentrierten Methoden geholfen werden.
- Das sogenannte Life-Reviewing, die eingehende und empathische Anamnese-Erhebung, ist von entscheidender Bedeutung für alle Alterspsychotherapien. Dabei ist besonders wichtig, auf die Ressourcen der Patienten zu achten, also z.B. zu erfahren, was ihnen früher geholfen hat, Schwierigkeiten standzuhalten und Probleme zu bewältigen. Es ist unumgänglich, dieser Anfangsphase der Psychotherapie ausreichend Zeit einzuräumen und mit Geduld und ohne Hast an der Selbstdarstellung alter Menschen Anteil zu nehmen.

In dieser ersten Phase der Psychotherapie wird das Vertrauen der Patienten in den Psychotherapeuten aufgebaut. Die hier zum Ausdruck gelangende Haltung des Psychotherapeuten ist mitentscheidend für das Gelingen einer Psychotherapie im Alter.

- Eingebaute Abwehrmechanismen scheinen im Alter wie brüchig geworden zu sein und versagen teilweise oder ganz beim Bewältigen von Problemen. Warum dies so ist, ist noch nicht geklärt. Die These, es habe der Lebenskampf, das lebenslange Ringen mit der Realität, die Abwehrmechanismen quasi zermürbt, wird von vielen abgelehnt, weil dies der "Defizit-Theorie" Vorschub leiste. Damit ist jenes Vorurteil gemeint, zunehmendes Alter ginge mit einem Defizit geistiger Fähigkeiten einher, was nicht den Tatsachen entspricht, wie hinlänglich nachgewiesen werden konnte (Lehr 1972).

- Die im Alter häufig zu beobachtenden Veränderungen des Charakters sind ursächlich ebenfalls noch nicht geklärt. Phänomenologisch wirkt es so, als hätten alte Menschen gewisse Abwehrmechanismen nicht mehr nötig, z.B. wenn früher im mitmenschlichen Kontakt äusserlich sehr hart und emotional verschlossen wirkende Persönlichkeiten im Alter weicher und offener werden. Die andererseits oft wie eine Karikierung früherer Charakterzüge imponierende Verstärkung im Alter scheint eher mit zunehmenden Ängsten im Zusammenhang zu stehen, z.B. wenn früher zu Sparsamkeit Neigende einen sogenannten Alters-Geiz entwickeln.

- Der Widerstand gegen unangenehme Einsichten nimmt im Alter in der Regel deutlich ab, vermutlich weil

- alten Menschen ihr "Schatten der Person" (Jung 9152), d.h. nicht voll in das Ich integrierte; oft vor- oder unbewusste Persönlichkeitsanteile, doch vertrauter und akzeptierbar geworden ist als jungen;
- den Patienten klar ist, dass sie nicht mehr so viel Zeit vor sich haben wie junge Menschen, und wenn etwas sich verändern soll, dann muss es jetzt geschehen.
- Interpretationen und Deutungen im Therapieverlauf leichter integriert werden können, weil
  - auf Grund der Lebenserfahrung mehr Assoziationen und Verknüpfungsvorstellungen vorhanden sind,
  - das Rivalisieren mit dem Psychotherapeuten meist entfällt,
  - die Aussenwelt mit all ihren Anforderungen um den Lebenskampf für Alterspatienten nicht mehr von so grosser Bedeutung ist wie für junge Menschen und sie sich eher auf sich selber, auf die Innenwelt, konzentrieren.

## Vorgehen bei der Exploration von Alterspatienten

### Bio-psycho-soziale Anamnese-Erhebung

Das Erstgespräch mit einem alten Menschen ist insofern anspruchsvoll, als es verschiedene Funktionen zu erfüllen hat:

Gemäss der von Manfred Bleuler in seinen Vorlesungen und persönlich immer wieder geäusserten Forderung, jedes Gespräch, ob mit einem jungen oder alten Patienten, habe psychotherapeutisch zu wirken, kombinieren wir ein tiefenpsychologisch orientiertes Gespräch mit der Anamnese-Erhebung. Diese dient ihrerseits drei Aufgaben:

1. Mit dem Patienten wird ein Vertrauensverhältnis (Arbeitsbündnis) hergestellt,
2. es werden die für die Diagnose und Therapie unerlässlichen Informationen gesammelt und entsprechend gewichtet,
3. die erhaltenen Informationen werden in eine vorläufige Gesamtdiagnose integriert, Krankheitsbild sowie Gesamtsituation des Patienten werden beschrieben; hieraus werden erste diagnostische und therapeutische Massnahmen abgeleitet (Herrmann/Schüffel 1983).

Das wichtigste Ziel des Erstgesprächs besteht darin, ein Arbeitsbündnis herzustellen, d.h. die Arzt-Patienten-Beziehung so aufzubauen, dass der Patient erlebt und spürt, dass der Arzt ihn ernst nimmt, ihn als Partner akzeptiert, Zeit für ihn hat, an allem interessiert ist, was der Patient als berichtenswert hält, sich bemüht, die Probleme des Patienten zu verstehen und auf sie einzugehen.

Die offenen Fragen, die der Arzt zu Beginn stellt, sind Aufforderungen zum selbständigen Sprechen, weswegen Fragen vermieden werden, die mit Ja oder Nein beantwortet werden können (geschlossene Fragen). Bewusst werden Pausen eingelegt, die den Patienten Zeit zum Nachdenken und Nacherleben lassen. Später erst werden die offenen Fragen enger, um bestimmte Sachverhalte abzuklären.

### Konkretes Vorgehen

Mit der offenen Eröffnungsfrage: Was führt Sie zu mir? bzw. im Krankenhaus: Wie fing das an, was Sie hierher brachte? geben wir dem Patienten Gelegenheit, seine aktuellen Probleme und Schwierigkeiten entsprechend seinen Prioritäten darzulegen. In dieser Einleitungsphase verstehen wir uns als "Hüter des Gesprächs" und konzentrieren uns darauf, mit Fragen wie: Könnten Sie mir das etwas genauer erklären? oder: Was ereignete sich dann in der Folge? das Gespräch im Fluss zu halten. Dem Patienten zeigen wir unser Interesse an ihm und seinem Bericht durch ihm zugewandte Haltung, was sich auch im Körperlichen manifestiert, mit Blickkontakt, Kopfnicken, bestätigenden Äusserungen, durch Nachfragen, was man nicht sicher verstanden hat, durch Eingehen auf Gefühle, die mit den Äusserungen des Patienten verbunden sind und durch Benennung von Gefühlen, die hinter

den Schilderungen vermutet werden. Unterstützend wirkt sich ebenfalls aus, dass der Arzt mit eigenen Worten wiedergibt, was er verstanden hat. Einer alten Erfahrung (Langen 1971) entsprechend lohnt es sich besonders, auf die ersten Antworten genau zu achten, weil in ihnen die Diagnose implizit oder gelegentlich sogar explizit geäußert wird.

### Suchtmittel

Nicht vergessen darf man die Frage nach Konsum von Nikotin, Alkohol und Medikamenten, während Drogen im engeren Sinne vermutlich erst in künftigen Alterspopulationen eine Rolle spielen werden. Wichtig ist hingegen die Frage: Welche vom Arzt nicht verordneten Medikamente gebrauchen Sie?

### Häufige Problemkreise im Alter

#### Verlusterlebnisse und deren Folgen

Verlust ist das Entgleiten überkommener Sicherheiten, und das Altern ist gekennzeichnet durch eine unablässige Folge solcher Erlebnisse. Wie der einzelne alte Mensch mit diesen Verlusterlebnissen umgeht, ist ganz unterschiedlich und abhängig von vielen Faktoren, welche sich günstig oder weniger günstig auswirken können. Zusätzlich zu den realen Verlusten gesellen sich oft Befürchtungen, es könnten sich Verluste ereignen, was schwere Ängste auslösen kann.

Die folgende Aufzählung realer oder befürchteter Verluste erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit; es seien lediglich die häufigsten genannt:

#### *Verlust der Gesundheit, der körperlichen Rüstigkeit*

Diese stets an erster Stelle genannte Befürchtung beinhaltet die Angst, die Unabhängigkeit zu verlieren. Die Selbständigkeit aufgeben zu müssen, nicht mehr selber "Herr und Meister" zu sein, abhängig und auf Hilfe und Pflege angewiesen zu sein, ist eine schwer narzisstische Kränkung, welche im Alter darum schon ausgeprägter empfunden wird, weil sie sich nicht mehr kompensieren lässt.

#### *Verlust des Partners, der Partnerin*

In einer Partnerbeziehung stirbt immer ein Teil zuerst, und in Anbetracht der Lebenserwartung (heute Frauen 82 Jahre, Männer knapp 75 Jahre) sind es meistens die Männer, welche zuerst sterben. Selbst wenn die Beziehung spannungs- und konfliktreich war, erlebt der überlebende Teil das plötzliche Alleinsein nach vielen Jahren der Gemeinschaft als schmerzliche Pein, erst recht aber, wenn die Beziehung glücklich und harmonisch war. Fragen, warum man nicht selber sterben durfte, nach dem Sinn des Weiterlebens, mischen sich mit Verzweiflung, Kummer und Trauer. Der Wegfall der auch noch so beschwerlichen und belastenden Pflege des Partners lässt einen ohne Aufgabe zurück, die Welt ist leerer geworden.

### *Verlust von Kindern*

Ähnlich wie der Verlust des Partners oder der Partnerin, wegen seiner "Unzeitlichkeit" oft aber noch schmerzlicher, wird der Verlust einer Tochter, eines Sohnes, erlebt. Unverständnis, Ratlosigkeit, Hoffnungslosigkeit wechseln sich ab mit Hadern mit dem Schicksal. Das Wohlergehen der Kinder als wichtigstes Ziel der meisten Eltern ist zunichte gemacht und lässt einen in Resignation oder Verbitterung zurück.

### *Verlust von Geschwistern, Verwandten und Freunden*

Je nach Intensität der Beziehung hinterlassen solche Todesfälle schmerzliche Lücken, die einem zudem die eigene Vergänglichkeit nahebringen. Noch einmal stirbt die Kindheit, weil niemand mehr da ist, mit dem man zusammen aufgewachsen ist, mit dem man Erinnerungen und gemeinsame Erlebnisse austauschen könnte. Oft lebenslange Beziehungen oder solche von besonderer Intensität und Vertrautheit gehen verloren, man spürt die zunehmende Einsamkeit.

### *Pensionierung und Verlust des sozialen Status*

Obwohl in unserer modernen Gesellschaft die Pensionierung der nicht selbständig erwerbenden Frauen und Männer bei Erreichen der sogenannten Altersgrenze zur selbstverständlichen Norm geworden ist, wird sie von einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Menschen als *Stress* erlebt. Neue Forschungsergebnisse aus USA ermöglichen dessen Differenzierung in Pensioniert-werden- (retirement transition stress) und Pensioniert-sein-Stress (retirement state stress). Es zeigt sich, dass für alle jene, die keine Planung ihrer Pensionierung vorgenommen hatten, die *Übergangssituation* zum grössten Stress führte, während bei den andern, vor allem nicht handwerklich Tätigen (white collar occupation), das Pensioniert-Sein sich ab etwa dem zweiten Jahr zum zunehmenden Stress entwickelt. Als Hauptstressoren für beide Anteile nennen die Forscher (Bosse et al. 1992):

- keine Einflussnahme auf den Zeitpunkt der Pensionierung (können Arbeitnehmer selber bestimmen, wann sie pensioniert werden, geht es ihnen signifikant besser).
- Häufung der bereits erlittenen ungünstigen und negativen Lebensereignisse (life events) und Alltagssorgen.

Je nach Grundpersönlichkeit, Ich-Stärke und funktionierendem sozialem Netz wird der Verlust des sozialen Status, des mit der Berufsrolle verbundenen Prestiges, der Macht und Einflussnahme, der Kontakte mit BerufskollegInnen und Freunden etc. besser oder weniger gut verarbeitet. Wie beim Verlust der körperlichen Gesundheit, erweisen sich auch diese Verluste in erster Linie als narzisstische Kränkungen, welche oft so verletzend sind, weil sie die Würde des Menschen tangieren.

### *Verlust der finanziellen Sicherheit*

Aus den Studien zur "Neuen Armut" wissen wir um die finanzielle Not der wegen Gesundheitsproblemen frühpensionierten Alleinstehenden, die als Ungelernte Hilfsarbeiten verrichteten und so nur minimale Renten erhalten. Selbst dort, wo ein angemessenes Einkommen garantiert ist, bangen alte Menschen um ihre Sicherheit, wenn sie an die hohen Pflegekosten in den Alters- und Pflegeheimen denken. Sind zudem keine Vertrauenspersonen mehr da, mit denen die Angelegenheit besprochen werden könnte, vereinigen sich die realen und befürchteten Kosten zu einer Vorstellung von erdrückender Last.

### *Verlust der eigenen Wohnung, der vertrauten Umgebung*

Spricht man mit alten Menschen, erfährt man, dass es ihr grösster Wunsch ist, so lange wie nur möglich in den eigenen vier Wänden verbleiben zu können. Beruhigend ist es, zu wissen, dass dies auch den meisten vergönnt ist, nur 6% der über 65-Jährigen leben in Heimen oder ähnlichen Institutionen, wobei allerdings mit zunehmendem Alter auch die Zahl der Heimplazierten zunimmt, bei den über 80-Jährigen sind es 20%.

Betroffen sind in erster Linie Alleinstehende, denn wo Familienangehörige vorhanden sind, und dies vor allem auf dem Lande, übernehmen sie in oft aufopfernder und bewunderungswürdiger Weise die Betreuung und Pflege ihrer alten Familienangehörigen. Freilich kann auch hier das Ausmass der nötigen Pflege (vor allem bei Stuhlinkontinenz) so gross werden, dass die Unterbringung in einem Pflegeheim unumgänglich wird.

Die Wohnung, das eigene Haus, das jahrzehntelang Geborgenheit verlieh und voller Erinnerungen ist, aufgeben und verlassen zu müssen, stimmt den alten Menschen einfühlbarerweise traurig. Selbst wenn es rational verstanden wird - emotional kann die Trennung kaum akzeptiert werden. Dass man in der Regel das Zimmer im Altersheim zum Teil mit den eigenen Sachen möblieren kann, bietet nur kleinen Trost, der bei einer notwendigen Plazierung im Pflegeheim ohnehin entfällt.

### *Verlust von Haustieren*

Die Bindung alter Menschen an ihre Haustiere ist intensiv und tief, denn es ist ja meistens das einzige Lebewesen, für das man noch sorgen muss. Stirbt dieses Tier, dessen vertraute Gegenwart seit vielen Jahren dem Leben noch Sinn gab und z.B. bei Hunden den Alltag zu strukturieren verhalf, bricht eine Welt zusammen. An Ersatz vermag man nicht zu denken, da der alte Mensch nicht mehr daran glaubt, ein junges Tier zu überleben und sich vor dem Gedanken scheut, es dann Fremden überlassen zu müssen. Zudem fühlt man sich der Pflege eines Jungtieres oft nicht mehr gewachsen.

Bei einem Umzug ins Pflegeheim können Haustiere nicht überall mitgenommen werden; die unabänderliche Trennung vom lieb gewordenen Hausgenossen fällt vielen alten Menschen so schwer, dass sie in eine *reaktive Depression* geraten.

## Depressive Störungen

Die neue Berliner Altersstudie (Helmchen et al 1996) belegt, dass ältere Menschen bis zum 85. Lebensjahr klinisch nicht häufiger depressiv sind als Jüngere. Dies widerspricht der Alltagserfahrung der Ärzteschaft, erst recht der Geriater und Gerontopsychiater, welche gehäuft depressive alte Menschen sehen, vor allem *reaktiv* depressiv Gewordene (F 43,2) und *organisch* Depressive (F06.3), der klassischen Altersdepression. Ob der Eindruck einer Häufung von Depressionen im Alter lediglich mit der "negativen Auslese" (d.h. nur die Kranken frequentieren Ärzte und Kliniken) zu tun hat oder mit dem Anstieg der Depressionen ab 85 Jahren, muss offen bleiben.

-----