

PSYCHOTHERAPIE mit älteren Menschen



Gertrude Thil-Eicher
Psychotherapeutin POP
gertrude.thil-eicher@psy-akademie.at

Hanna Segal (1918-2011)

Fear of Death – Notes on the Analysis of an Old Man
1958, *Int. Journal of Psychoanalysis*

Segal war in Analyse bei Melanie Klein, sie beendete ihr Studium zur Psychoanalytikerin bereits im Alter von 27a

Zusammen mit Herbert Rosenfeld, Wilfried Bion und Betty Joseph (sie lernten einander bei einem von Melanei Klein organisierten Seminar kennen) gehört sie zu einer kleinen Gruppe bedeutender Denker, deren Einfluss bis heute grundlegend für die Entwicklung der Psychoanalyse ist

Zur Zukunft der Psychoanalyse hielt sie stets fest, dass es wichtig sei, weiterhin auf die Kraft des psychotischen Teils der Persönlichkeit zu achten – sowohl im Patienten, im Kopf des Analytikers als auch in der gesellschaftspolitischen Welt



Prüfung

Vorgabe: 1.5h Zeit nehmen
Abgabedatum = spät.1.12.24
gertrude.thil-eicher@psy-akademie.at

Reflexion zum eigenen Altersbegriff

der Altersbegriff verändert sich mit dem eigenen Alter

Beschreiben sie aus Ihrer aktuellen Sicht heraus einen „guten“ Tag in ihrem Leben als 80-Jährige/r

- wie verbringen Sie Ihren Tag?
- mit wem und wo werden Sie leben?
- werden sie Unterstützung brauchen? wenn ja, welche?



Literaturbearbeitung

Fassen sie Hanna Segals Artikel

Fear of Death – Notes on the Analysis of an Old Man
(1958, *Int. Journal of Psychoanalysis*)

ODER den

Auszug aus dem Memorandum der DPV zum assistierten Suizid
(2022, „Sich selbst töten mit Hilfe anderer“, Psychosozial Verlag)

in eigenen Worten zusammen und beschreiben Sie dazu
aufkommende Gedanken und Ideen



The background features a light grey base with large, overlapping organic shapes in muted green and brown. A white silhouette of a pine branch is visible in the upper left. A white line with a wavy, organic path crosses the lower right portion of the image.

Alt werden

Relevanz für die
Psychotherapie



Die demografische Alterung schreitet voran

LEBENSERWARTUNG in Österreich

- Seit 1970 ist die Lebenserwartung für Männer um 12,48 Jahre, für Frauen um 10,36 Jahre gestiegen
- Ferne Lebenserwartung für heute 65jährige Männer = 82,97 Jahre,
Frauen = 86,21 Jahre (2024, Lebenserwartungsrechner)

ALTERSGRUPPE 65+

- 1869 5% der Bevölkerung
- 2022 20% der Bevölkerung
- bis 2040 wird ein Anstieg auf 54% erwartet, bis zum Jahr 2100 dann etwa 50%

PERSONEN ÜBER 80

- 2022 4.9%
- 2040 7,8-9,7%
- 2100 10,8-19,6% der Bevölkerung

Gerontologie

MEDIZIN
PSYCHIATRIE

PSYCHOLOGIE
PSYCHOTHERAPIE
PÄDAGOGIK

SOZIOLOGIE
ANTHROPOLOGIE

VOLKSWIRTSCHAFT
STATISTIK
JUDIKATUR

ERNÄHRUNGS-
WISSENSCHAFTEN
GERIATRONIK

uva....

Weitere Disziplinen

```
graph TD; A[Weitere Disziplinen] --- B[SOZIALGERONTOLOGIE  
GESELLSCHAFTLICHE  
WECHSELWIRKUNGEN]; A --- C[GERAGOGIK  
VORBEREITUNG AUF DAS ALTER,  
BILDUNG IM ALTER]; A --- D[GERONTOPSYCHOLOGIE  
VERÄNDERUNGEN VON  
VERHALTEN + ERLEBEN]; A --- E[GERONTOPSYCHIATRIE  
PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN  
IM ALTER]; A --- F[GERONTOPSYCHOTHERAPIE  
KRANKENBEHANDLUNG  
+PERSÖNLICHKEITS-  
ENTWICKLUNG];
```

SOZIALGERONTOLOGIE

GESELLSCHAFTLICHE
WECHSELWIRKUNGEN

GERAGOGIK

VORBEREITUNG AUF DAS ALTER,
BILDUNG IM ALTER

GERONTOPSYCHOLOGIE

VERÄNDERUNGEN VON
VERHALTEN + ERLEBEN

GERONTOPSYCHIATRIE

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN
IM ALTER

GERONTOPSYCHOTHERAPIE

KRANKENBEHANDLUNG
+PERSÖNLICHKEITS-
ENTWICKLUNG

Alterskategorien



**KALENDARISCHES
ALTER**



**BIOLOGISCHES
ALTER**



**PSYCHISCH –
INTELLEKTUELLES
ALTER**



SOZIALES ALTER

(Lebensspannen) Psychologie

unterteilt den Lebenslauf in
3 Abschnitte

1 Bildungsphase
Kindheit und
Jugend, Adoleszenz

2 Erwerbstätigkeit
und Familienphase

3 Ruhestand

Gerontologie

Differenziert noch weiter

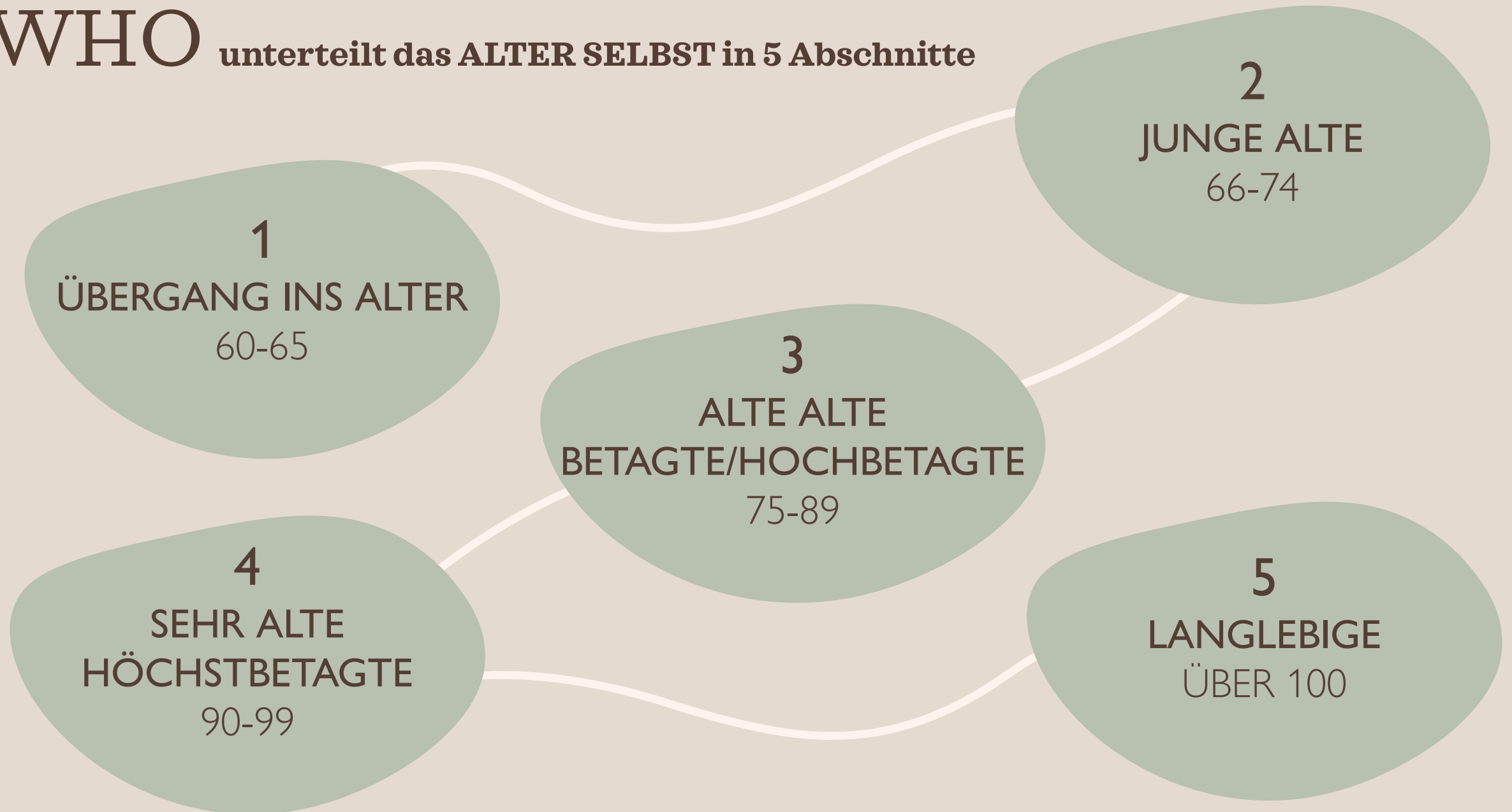
1 Bildungsphase
Kindheit und
Jugend, Adoleszenz

2 Erwerbstätigkeit und
Familienphase

3 Ruhestand–junges Alter
oft gut Gesundheit und
hohe Selbständigkeit

4 Hohes Alter - ab 80
gesundheitliche Einschränkungen
Hilfebedarf wahrscheinlich

WHO unterteilt das ALTER SELBST in 5 Abschnitte





Aktiv und gesund **ALTERN**

WHO

AKTIVES ALTERN (WHO 2002)

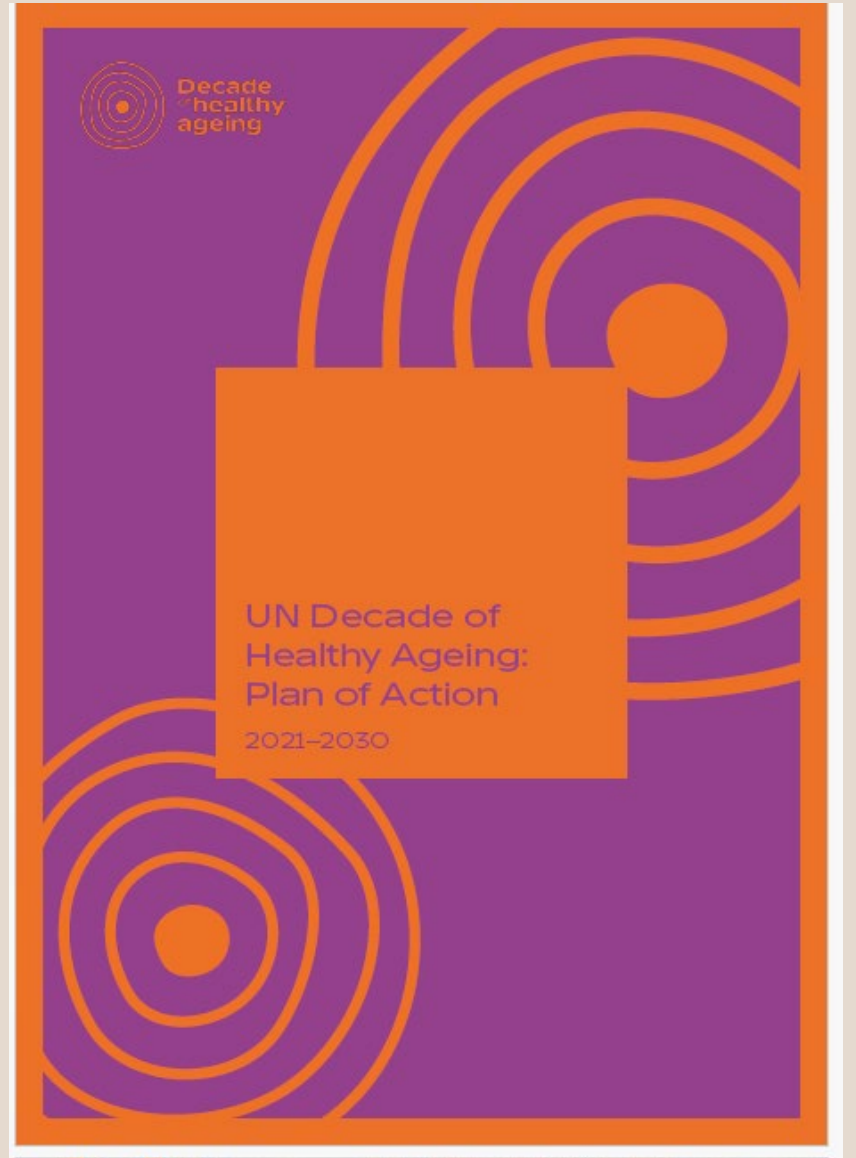
Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten und derart ihre Lebensqualität zu verbessern

GESUNDES ALTERN (WHO 2017)

Prozess der Entwicklung und Erhaltung der Funktionsfähigkeit, die Wohlbefinden im Alter ermöglicht

Gesundheit in diesem Kontext beschreibt die Fähigkeit einer Person, die Dinge zu tun, die ihr wichtig sind

WHO – Decade of Healthy Ageing 2020-2030





Psychologische / Soziologische Theorien

DISENGAGEMENT-THEORIE

Normativer Ansatz, der besagt, dass der **Rückzug aus sozialen Kontakten** sowohl von der Gesellschaft gefördert als auch selbst bestimmt wird. Spannungen entstehen bei Inkongruenz, Lebenszufriedenheit bei Kongruenz: passivere, häuslichere Menschen altern bei Ermöglichung des Rückzugs zufriedener....

Cuming&Henry,1961

AKTIVITÄTSMODELL

Sozialkontakte (Intensität und Intimität), **Aktivität** und **Produktivität** halten jung –„neue Aufgaben suchen“

Tartler, 1961

ÖKOLOGISCHES MODELL

Der Verlust von Fähigkeiten und Funktionen hängt insbesondere von Umweltbedingungen ab:
Günstige, auf den älteren Menschen zugeschnittene Bedingungen fördern positives Altern mit geringen Funktionseinbußen.

Zubin, 1973

AUSTAUSCHTHEORIE

Beschäftigt sich mit dem **Austausch zwischen Generationen** und dessen Bedeutung (nicht nur) innerhalb der Familie. Ältere Menschen haben mitunter MEHR Ressourcen...Früher wirtschaftlicher Austausch - heute nur noch auf emotionaler Ebene möglich? Freiwillig oder notwendig?

Homans, 1968; Martin, 1971; Sundström und Knossen-Knirim, 1989

KOGNITIVES MODELL

Subjektive Bewertung des Alterns (der Lebenssituation und des Gesundheitszustandes) ist die Grundlage für ein aktives Altern und psycho-physisches Wohlbefinden

Thomae, 1980

KOMPETENZMODELL

Betont die Wichtigkeit der Gewährleistung, **geplante, gewünschte Aktivitäten durchführen zu können** und somit kompetent bleiben zu können

Olbrich, 1987

KONTINUITÄTSTHEORIE

Das - sehr INDIVIDUELLE - Beibehalten des Lebensstils erhöht die Zufriedenheit im Alter

Fischer, 1988



ALLE WOLLEN ES WERDEN, KEINER WILL ES SEIN?

ALT

Alters-Stereotype



Das Alter ist ein
Schiffbruch

Charles de Gaulle
80Jahre



Alles, was Spaß
macht – hält jung!

Curd Jürgens
67Jahre



Alter schützt vor
Liebe nicht, aber
Liebe vor dem
Altern

Coco Chanel
88Jahre



Ich bin stolz auf
meine Falten, sie
sind das Leben in
meinem Gesicht

Brigitte Bardot
90Jahre

Alters - Stereotype



Sind kulturell weithin geteilte Vorstellungen über das Alter. Sie umfassen nicht nur Wissensselemente, sondern immer auch **affektiv-evaluative Elemente** – also Gefühlsreaktionen wie Hoffnungen und Befürchtungen

hoffnungen



hoffnungen

FREIHEIT
REISEN
LUST

RUHE
ENTSPANNUNG

FREUNDLICHKEIT
LIEBE

WEISHEIT
INTEGRITÄT

ERNTE
GENUSS
KULTUR

befürchtungen



befürchtungen



Alters – Stereotype

Artikel: Zur Bedeutung von Altersstereotypen

Sigrun-Heide Filipp/Anne-Kathrin Mayer, Bilder des Alters. Altersstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen, Stuttgart 1999. Bundeszentrale für politische Bildung, www.bpb.de

Keine Altersgruppe weist so große Unterschiede in körperlichen wie auch in psychischen Merkmalen auf wie die Gruppe der „Alten“

Alt sein ist eine soziale Konstruktion – meist negativ getönt

Teufelskreis-Modell / altersdiskriminierendes Verhalten / Ageism

in sprachlichem wie auch nicht-sprachlichem Verhalten – führt bei alten Menschen zu vermehrtem Rückzug und dem Gefühl der Inkompetenz

In der Wissenschaft hat sich vor diesem Hintergrund in den letzten Jahrzehnten zunehmend das Bild vom **differenziellen Altern** durchgesetzt

Ageism

Das unbewusste Akzeptieren führt dazu, dass man den Betroffenen häufiger etwas unterstellt, als es der Realität tatsächlich entspricht!





2 exemplarische Studien zum Alter

BASE

Die **Berliner Altersstudie** ist eine multidisziplinäre Untersuchung alter Menschen im Alter von 70 bis über 100, die im ehemaligen Westteil Berlins lebten. In der Hauptstudie (1990–1993) wurde eine Kernstichprobe von 516 Personen in 14 Sitzungen hinsichtlich ihrer geistigen und körperlichen Gesundheit, ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit und psychischen Befindlichkeit sowie ihrer sozialen und ökonomischen Situation untersucht.

Längsschnittstudie geht weiter (BASE-II)

ZIEL = ein besseres Verständnis des Alterns und der Gesundheit im höheren Lebensalter zu gewinnen

DIE BERLINER ALTERSSTUDIE



Herausgegeben von
Ulman Lindenberger, Jacqui Smith,
Karl Ulrich Mayer und Paul B. Baltes

3., erweiterte Auflage

Akademie Verlag



„Wer bin ich“? Selbstdefinition

junge ErwachseneBeruf und soziale Beziehungen
45-70jährigeGesundheit, Lebenserfahrungen, Werte, Überzeugungen

über 70jährige

- Interessen zu Hause, Hobbys
- Alltagsaktivitäten, Alltagskompetenz
- Familie und auf andere gesellschaftliche Beteiligung bezogene Interessen
- Gesundheit
- Lebenseinstellung
- Lebensrückblick

*- je älter die Befragten, desto mehr Verschiebung von äußeren Interessen zur Betonung der Alltagskompetenz
immer weniger machten eine Aussage über ihr Äußeres oder den Tod*



Resilienz = *das Maß an psychischer Widerstandsfähigkeit / Plastizität des Selbst*

gilt als wesentliche Voraussetzung, die Anforderungen des Alters zu bewältigen.
Aufgrund der stetigen Zunahme der Anforderungen im Alter kann die Widerstandsfähigkeit an ihre Grenzen kommen und bei limitierten Ressourcen der Bewältigungsmechanismen wird der Zusammenbruch immer wahrscheinlicher

Affektbilanz

Häufigkeit positiver Affekte (aber auch der negativen Affekte) nimmt im Laufe des Lebens ab
über 79jährige neigen nach der BASE-Studie mit ansteigendem Alter zu einer
Abnahme der Extraversion bzw. Offenheit und des Erlebens positiver Emotionen – bei gleichzeitiger
Zunahme der externalen Kontrolle (medizinisches System) und dem Erleben von
Einsamkeit im Sinne einer chronischen Belastung

Eldermen-Studie nach Heuft (2002)

Entscheidende Rolle der eigenen Biografie für die Lebenszufriedenheit + Anpassung

DFG – Deutsche Forschungsgemeinschaft

Die Anpassungsleistung und Lebenszufriedenheit steht in engem Zusammenhang mit der **Erfahrung von Belastung und Forderung** über die gesamte Biografie.

Patienten mit den höchsten Werten für die aktuelle Lebenszufriedenheit sowie einem positiveren Selbstverständnis waren jedoch nicht diejenigen, die **nie** mehr Belastungen als Unterstützung in ihrer Biografie erlebten, sondern **diejenigen, die in einer Lebensphase mehr Belastung als Unterstützung erlebten.**

Keine stärkere Belastung erlebt ⇒ auch im Alter weniger in der Lage, mit Belastung umzugehen, z.b. zum ersten Mal ins KH müssen...

Starke Belastungen erlebt ⇒ „ich kann nicht noch mehr ertragen“ ODER „ich habe schon in früheren Phasen meines Lebens schwere Belastungen, aus denen ich keinen Ausweg mehr sah, erfolgreich bewältigt“

Am besten scheinen sich diejenigen mit den Anforderungen des Alters auseinandersetzen zu können, die über eine **BEGRENZTE ZAHL** von bewältigten Belastungserfahrungen verfügen.



Medizin



Medizin: Gesundes Altern

KÖRPERLICHE VERÄNDERUNGEN

- ORGANE altern (unterschiedlich schnell) – erste sichtbare Veränderungen an HAUT und HAAR
- BLUTGEFÄSSE verlieren an Elastizität
- KNOCHEN werden brüchiger
- MUSKELN atrophieren
- SINNESORGANE: Augenlinse verliert Elastizität - Weitsichtigkeit. Geruchs- und Geschmacksinn nehmen ab, Ertaubung für hohe Frequenzen
- VERDAUUNG: Peristaltik und Resorption werden langsamer

SEELISCHE VERÄNDERUNGEN

- LERNFÄHIGKEIT: Lerntempo nimmt ab, abhängig von Motivation, Art der Darbietung
- GEDÄCHTNIS: Kurzzeitgedächtnis lässt nach, was sich in Vergesslichkeit / Desorientiertheit äußern kann
- PSYCHOMOTORIK: ab dem 30.Lebensjahr verlangsamt sich das „psychische Tempo“ / Reaktionszeit
- PERSÖNLICHKEIT: bleibt gleich, manchmal entsteht aber der Eindruck, dass sich Persönlichkeitszüge verschärfen

Medizin: Gesundes Altern

VIELE KOGNITIVE FUNKTIONEN BLEIBEN AUCH IM ALTER STABIL
DIE GRUNDVORAUSSETZUNGEN FÜR DAS LERNEN NEUER INFORMATIONEN
UND DAS ABSPEICHERN DERSELBEN IM ALTER SIND PRINZIPIELL GEGEBEN,
LERNEN UND VERHALTENSÄNDERUNGEN SIND AUCH IM FORTGESCHRITTENEN
ALTER MÖGLICH UND DIESE LEISTUNGEN SIND (HOCH)RELEVANT
FÜR DIE ALLTAGSBEWÄLTIGUNG UND DIE LEBENSZUFRIEDENHEIT

Medizin: Pathologisches Altern

ALTERN IST DURCH DIE BESONDERHEIT DER MORBIDITÄT GEKENNZEICHNET

- Herz – Kreislauferkrankungen
- Cerebrovaskuläre Erkrankungen
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Neurologische Erkrankungen
- Angsterkrankungen
- Depressionen

ÜBER 70JÄHRIGE

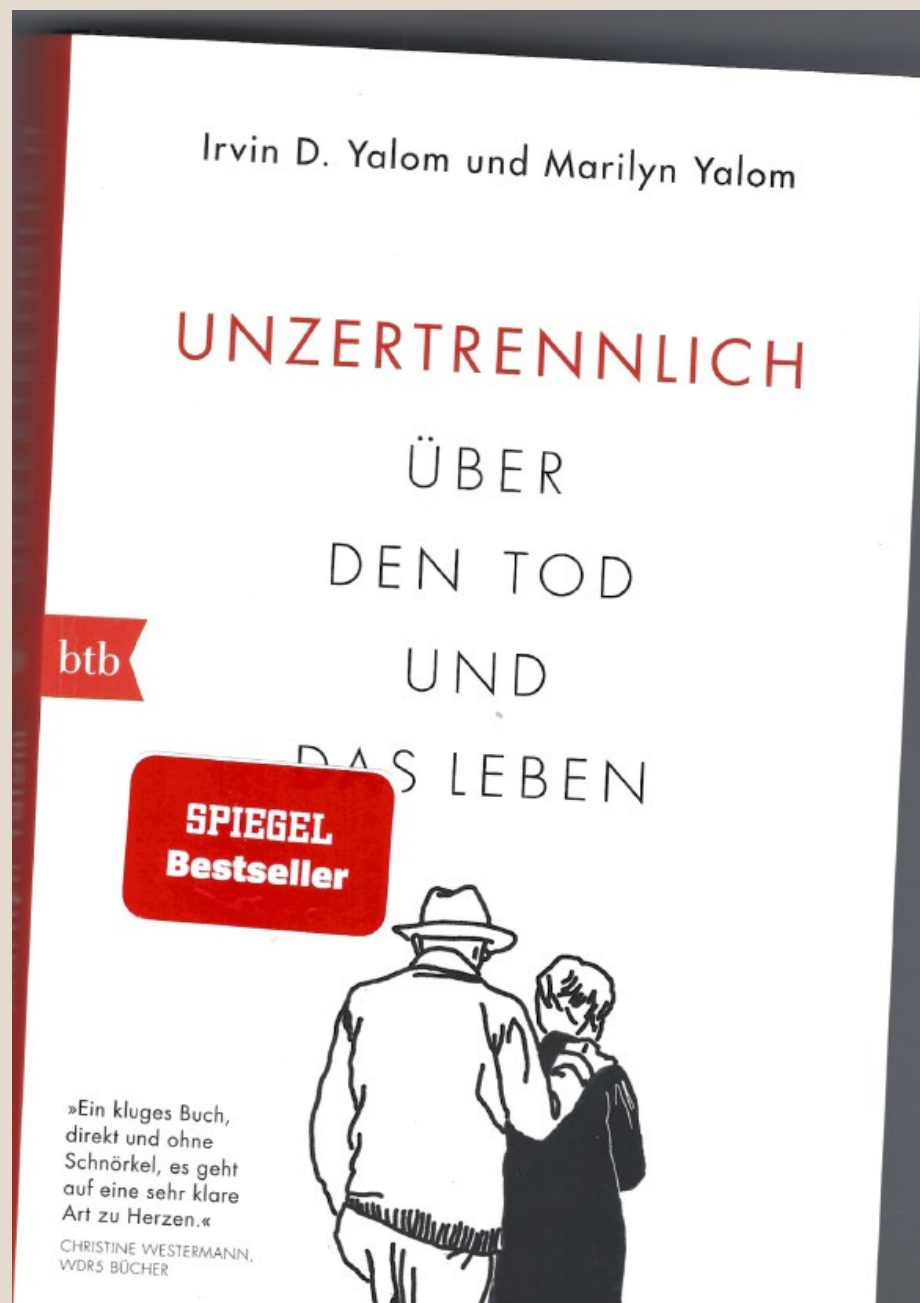
96% - MIND. 1 BEHANDLUNGSBEDÜRFTIGE ERKRANKUNG

30% 5 ODER MEHRERE INTERNISTISCHE, NEUROLOGISCHE, ORTHOPÄDISCHE ERKRANKUNGEN

Buchtipp



Auf der Hochzeit von Enkelin Lily, 2017.



Irvin D. Yalom, einer der angesehensten Psychotherapeuten Amerikas, feierte am 13. Juni 2021 seinen neunzigsten Geburtstag. Er gilt als Klassiker der existentiellen Psychotherapie, seine Lehrbücher und Romane erscheinen weltweit und erreichen Millionen. Seine Frau Marilyn Yalom, eine renommierte Kulturwissenschaftlerin und Autorin, starb im Herbst 2019 nach fünfundsechzigjähriger Ehe. Als klar war, dass ihre Krankheit zum Tode führen würde, begannen beide ein Buch zu schreiben – das am Ende Irvin D. Yalom alleine fertigstellen musste. Es ist die Geschichte einer ungewöhnlichen Liebe und herausragenden intellektuellen Beziehung. Ein großes Alterswerk, das alle existentiellen Themen berührt, die uns angehen.



Klimakterium

ein kleiner (psychoanalytischer) EXKURS

Klimakterium

„Soll und Haben“:

*Die psychische Realität der wechseljährigen Frau zwischen Illusion und
Wirklichkeit‘*

Claudia Sies und Veronica Nestler (1992) in PSYCHE 46(4)

Klimakterium

Die **Frauen** im mittleren Lebensalter gelten weithin als

„defizitär“

„depressiv“

„krank“ / „beschädigt“

und werden leicht zu
Objekten ärztlicher Fürsorge

Männer im mittleren Lebensalter
gelten weithin als

„in den besten Jahren“

*(auch Männer haben klimakterische
Beschwerden!)*

Klimakterium

Autorinnen kritisieren **Melanie Kleins Ideen** als „defizitäres Modell“:

- Lt. Klein ist Unbeschädigt sein ein absoluter Wert / ein Ideal, an dem alle Zustände gemessen werden. Jeder davon abweichende Zustand ist Beschädigung – unbeschädigt und heil sind die Zustände, die es zu erhalten oder wiederherzustellen gilt.
- Die Spannung zwischen dem Ideal und der Realität ist aber das Wesen der **Depression**

Klimakterium

Die zu bewältigende “Aufgabe“ im Klimakterium wäre demnach

- Die beschädigten Objekte (Sistieren der Menses und alle damit einhergehenden Veränderungen) unter Trauer und Mitgefühl zu versorgen und zu re-etablieren.
- Kann erst / nur die Wiederherstellung der beschädigten Objekte Ausgangsbasis für weitere Entwicklung sein?

Klimakterium

- Die Unmöglichkeit, den Status quo zu erhalten / wiederherzustellen, wird demnach als **Verlust**, die Unmöglichkeit der vollständigen Reparation als **Schuld** erlebt
- Abwehrmechanismen der Wiedergutmachung und Wiederherstellung kennzeichnen die **depressive Position**, Teile der Wirklichkeit werden verleugnet, weil das Ideal der Unversehrtheit und Vollkommenheit nicht erreicht werden kann.

Klimakterium

- Im Klimakterium kann es infolgedessen zu strukturspezifischen Krisen kommen, wenn bestimmte Triebreifungsschritte nicht erfolgt sind
- Die Verlängerung der Strukturmerkmale oral, anal, ödipal über die frühen Lebensjahre hinaus hat sich in diesem Fall zum Verständnis einiger Phänomene als sinnvoll erwiesen:

mögliche unbewusste Dynamiken

- *Ich bin, was ich gebe* –

Orales Beziehungsmuster: die Frau bleibt in der Tochter – bzw. Mutterposition. Frauen mit traditioneller Rollenübernahme, bisher von ihren Männern abhängig, versuchen sich in dieser Phase plötzlich unentbehrlich zu machen. Wo es früher hieß „Du versorgst mich“, heißt es nun „*Ich Sorge für Dich*“.

Abwehrmechanismen: Eigenständigkeit wird **verleugnet**, Hingabe und Opferbereitschaft **idealisiert** (**identifiziert** mit dem Partner), **Regression** und **Verschiebung** auf Materielles (zb Essen, Geld).

mögliche unbewusste Dynamiken

- Ich bin, was ich leiste –

Anales Beziehungsmuster: Frauen geraten in eine tiefe Krise, wenn die eigene Leistungsfähigkeit nachlässt oder die eigene Arbeit überflüssig wird.

Sie versuchen dieses Erleben durch verstärkte Ordnungsliebe und Kontrolle zu kompensieren –

„Ich bin, was ich kontrollieren und beherrschen kann“

mögliche unbewusste Dynamiken

- Ich bin, wofür ich bewundert werde –

Ödipales Beziehungsmuster: entsprechend einer unbewussten Fixierung an die wechselseitige Bewunderung zwischen Vater und Tochter entwickelt sich im Klimakterium dann eine Umkehrung von „Ich bin, wie ich gesehen werde“ zu „*Ich bin, was ich sehe, was ich erlebe, was ich bin*“

Behandlung - Ziele

Für die depressive, unter narzisstischer Spannung leidende wechsellährige Frau führt aber gerade die **Bearbeitung der quälenden Diskrepanz zwischen Ich-Ideal und den realen Gegebenheiten** zu einer enormen Entlastung:

- Realität der *Unvollkommenheit anerkennen* und anstelle dessen einen
- *Wunsch nach „Vollständigkeit“* (statt Vollkommenheit) zu etablieren
- Differenz zwischen Beschädigt und Heil, Gesund und Krank, Gut und Böse *nicht ausgleichen müssen, sondern als (Spannungs)Potential für weitere Entwicklung nutzen*
alte Bindungen überarbeiten, den „neuen Integrationsschub“ fördern

Behandlung - Ziele

↓ **Trauerarbeit**, von der so viel gesprochen wird, heißt: leider ist die „zerknitterte“ Realität zu beklagen und zu ertragen. Therapeutin und Patientin schauen dann von der Ebene des Ideals herunter auf den (minderwertigen) realen Zustand der Patientin, wissend, wie er besser sein sollte... ↓

*Wäre es nicht besser, die IDEALE in Frage zu stellen
als die Realität der Wechseljährigen daran anpassen zu wollen?*

Der Reifungsprozess würde dann über Rücknahme der Idealisierungen auch zu einer Auflösung der Entwertungen führen und zu einem Hineinwachsen in eine eigene Form mit ihren Möglichkeiten und Begrenzungen

The background features a light grey base with several organic, overlapping shapes. A large, dark brown shape is on the left, partially overlapping a light green shape on the right. In the top left, there are faint, stylized grey patterns resembling pine needles or fern fronds. A white, wavy line starts from the bottom left and curves across the lower right portion of the image.

Psychotherapie

Grundüberlegungen

ALTERN IST DURCH DIE **BESONDERHEIT DER MORBIDITÄT** GEKENNZEICHNET
SOMATIK

ÜBER 70JÄHRIGE

96% - MIND. 1 BEHANDLUNGSBEDÜRFTIGE ERKRANKUNG

30% 5 ODER MEHR INTERNISTISCHE, NEUROLOGISCHE, ORTHOPÄDISCHE ERKRANKUNG

- Herz – Kreislaufkrankungen
- Cerebrovaskuläre Erkrankungen
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Neurologische Erkrankungen

Grundüberlegungen

PSYCHE

CA 25% DER ÜBER 65 JÄHRIGEN LEIDEN UNTER EINER BEHANDLUNGSBEDÜRFTIGEN STÖRUNG

- Depressionen
- Angststörungen - Angst und Depression gemischt
- Schlafstörungen
- Somatoforme Störungen
- Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit
- Anpassungsstörungen
- Wahnhafte Störungen
- Demenzen
-sind die am häufigsten diagnostizierten psychischen Erkrankungen im Alter

Grundsätze therapeutisches Vorgehen

- Beziehungsarbeit und Motivation im Vordergrund
- Ressourcen und Kompetenzen stärken
- Focus setzen
- Tempo anpassen – langsamer vorgehen, Wiederholen, Zusammenfassen
- Setting anpassen – kürzere Sitzungen, höhere Frequenz, Hausbesuche
- Eventuell multimodale Instruktionen und Gedächtnishilfen verwenden (Handouts, Notizen, Tagebuch, Bilder, Fotos u. ä.)
- Kontakt und Kooperation mit dem (professionellen/sozialen) Netzwerk

MEDIZINISCHES WISSEN ERWEITERN!

The background features a light grey base with several overlapping organic shapes: a large brown circle on the left, a green circle on the top right, and a light grey shape on the bottom right. A white silhouette of a pine branch is visible in the top left corner. A white wavy line is on the right side.

Psychotherapeutische Modelle

Laura L. Carstensen, Stanford Center Longevity

“A Long Bright Future: Happiness, Health, and Financial Security in an Age of Increased Longevity”

SST – Sozioemotionale Selektivitätstheorie, 1993

Entwicklungspsychologisches Konzept der **Motivation**:

Ältere Menschen nehmen die ihnen verbleibende Zeit als begrenzt wahr und sind dennoch (oder gerade deshalb? Anm) verstärkt motiviert, ein hohes Wohlbefinden zu erreichen

Generell findet eine **Selektion auf wichtige, emotional positive Beziehungen** statt, die auf einer Maximierung von Unterstützung basiert und auf negative Beziehungen verzichtet

Kernaussage: Stressfreie und emotional tiefgreifende Beziehungen, die als wertvoll für den älteren Menschen eingeschätzt werden, sind zur Emotionsregulierung wichtiger als objektiv erlebte Bedingungen der Lebenslage.

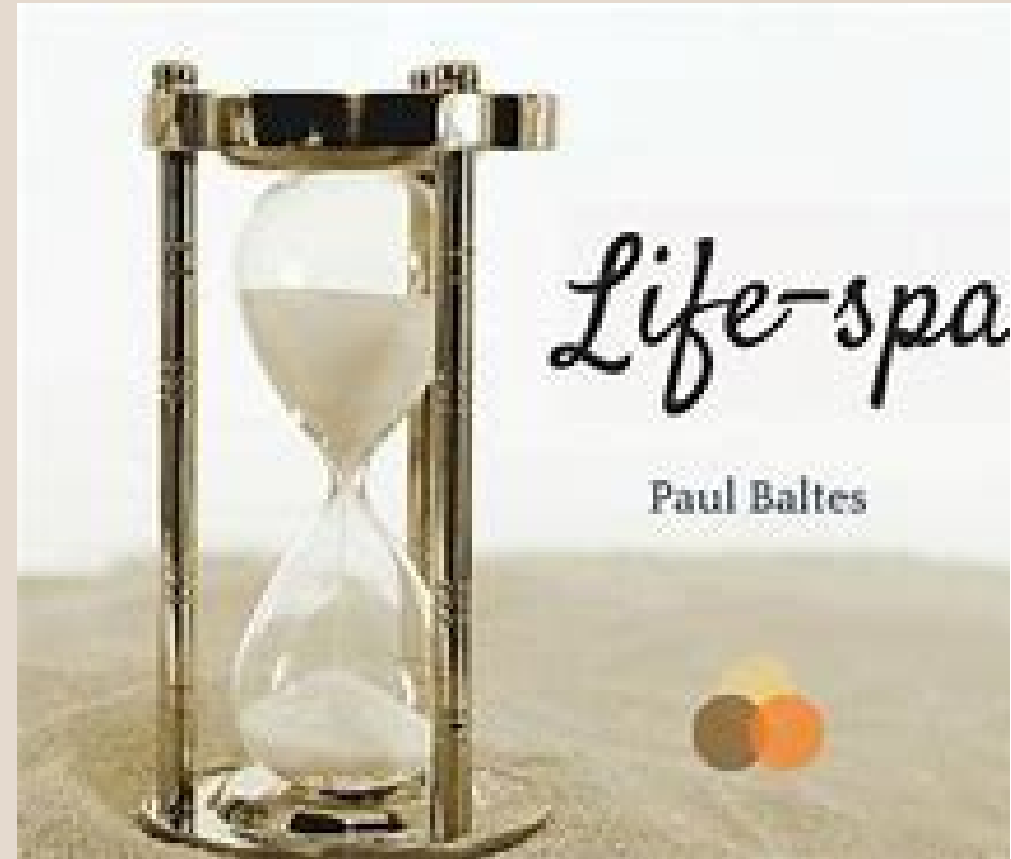


SOK–Modell der selektiven Optimierung und Kompensation

Paul B. Baltes (1939-2006) war ein deutscher Psychologe und einer der führenden Gerontologen weltweit

Forschungsschwerpunkte waren vor allem die geistige Entwicklung über die Lebensspanne, die Erforschung der Weisheit sowie methodologische Innovationen

Zusammen mit seiner Frau Margret M. Baltes (1939–1999), Professorin für Psychologische Gerontologie entwarf er eine Theorie *erfolgreicher Entwicklung im Alter* als Zusammenwirken von *Selektionen, Optimierung und Kompensation*



Baltes&Baltes

SELEKTION – OPTIMIERUNG – KOMPENSATION als Behandlungsstrategie

- Selektion:** Ziele und Verhaltensbereiche eingrenzen, auf Ressourcen konzentrieren und „spezialisieren“
- Optimierung:** Wissen nutzen, zielgerichtet Handeln, Ausdauer stärken, Üben
- Kompensation:** Hilfsmittel einsetzen (Gedächtnistraining bis hin zu Veränderung des Wohnraums, Inanspruchnahme von Dienstleistungen von außen – Familie oder professionelle Hilfe)

Andreas Maercker

ASR

Alters- und störungsspezifisches
Rahmenmodell



**Alters-
psychotherapie
und klinische
Gerontopsychologie**

2. Auflage

 Springer

A. Maercker

ALTERSBEZOGENE PERSPEKTIVE BERÜCKSICHTIGEN

Erleichternde Faktoren: Lebenserfahrung und Bewältigungskompetenz, positive Affektbilanz, kompetente Selbstregulation, angepasste Wohlbefindens-Regulation

Erschwerende Faktoren: Multimorbidität inkl. Einschränkungen und Funktionseinbußen, interpersonelle Verluste, eingeschränkte Lebenszeit

STÖRUNGSSPEZIFISCHE PERSPEKTIVE BERÜCKSICHTIGEN

Störung im Kontext der Lebensphase betrachten

Störung schon in früheren Lebensphasen aufgetreten?

Psychoanalytische Überlegungen

S. Freud: alte Menschen (ab 45) sind unabänderbar, unerziehbar und unbehandelbar

(1905) GW V: Über Psychotherapie

Es fehle an Elastizität der mentalen Prozesse

Die Libido sei zu schwach, libidinöse Umbesetzung sind nicht mehr möglich

Die Kindheitserlebnisse seien zu weit weg

Lebenserwartung betrug damals 50 Jahre! Freud selbst begann seine „Selbstanalyse“ mit 41 Jahren und wurde selbst 83 Jahre alt

K. Abraham

widersprach schon 1919 Freuds Auffassung und nahm auch über 50jährige in Analyse

Er sprach von „Neurosen mit chronischer Verlaufsart“

Karl Abraham wurde nur 48 Jahre alt

Psychoanalytische Überlegungen

Wird aus der Konflikt-Pathologie eine Verlust-Pathologie?

Die Konflikte (VERLUSTE) im Alter führen zu spezifischen Belastungen:
wir haben KEINE VORBILDER ZUR LÖSUNG IN DER EIGENEN BIOGRAFIE!

Übertragung und Gegenübertragung in der Behandlung älterer Menschen

- Junge behandeln Ältere:** die regelhafte Übertragung / Wunsch nach den Eltern-Imagines bleibt oft unbewusst verborgen
junge BehandlerInnen können sich als inkompetent erleben
- Ältere behandeln Ältere** „gemeinsame“ Abwehr kann die Bearbeitung aggressiver, neidischer und libidinöser Wünsche stören
- Narzisstische Kränkung** ältere Menschen entsprechen nicht unseren „Ideal-PatientInnen“, begrenzter Erfolg
oft auch wenig Anerkennung im Kollegenkreis

Erik H. Erikson (Ich-Psychologie)

Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung, 1973

Weiterentwicklung der Phasentheorie Sigmund Freuds
ICH – Identität steht im Zentrum seiner Überlegungen

Kernaussage: wer seine Lebensziele Stufe für Stufe realisiert, Leistung und Misserfolg als Konsequenz seiner eigenen Handlung und Biografie begreifen kann und mit seinem bisherigen Leben zufrieden ist, kann sich selbst akzeptieren, erlebt keine Todesangst und erlangt eine zeitlose Identität

Erik H. Erikson (Ich-Psychologie)

Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung

Erikson hat den gesamten Lebenszyklus in 8 Stufen beschrieben = 8 KONFLIKTE, 8 „Identitätskrisen“

In jeder Stufe sind unterschiedliche persönliche – psychosoziale - Aufgaben zu bearbeiten und zu bewältigen

Die Stufenfolge ist dabei unumkehrbar und universal. Die erfolgreiche Bewältigung einer Entwicklungsstufe ist für die Bewältigung der nächsten zwar nicht unbedingt erforderlich, aber hilfreich. Die vorangegangenen Phasen bilden somit das Fundament für die kommenden Phasen, und angesammelte Erfahrungen werden verwendet, um neue Identitätskrisen zu verarbeiten.

Dabei wird ein Konflikt nie vollständig gelöst, sondern bleibt ein Leben lang aktuell. Für die Entwicklung ist es aber notwendig, dass er auf einer bestimmten Stufe ausreichend bearbeitet wird, um die nächste Stufe erfolgreich zu bewältigen.

Erikson wurde 92 Jahre alt

Lebenszyklus nach Erikson

Stufe	Psychosoziale Krise	Tugend	Alter
1	Vertrauen vs. Misstrauen	Hoffnung	0 – 1½
2	Autonomie vs. Scham	Wille	1½ – 3
3	Initiative vs. Schuld	Bedeutung	3 – 5
4	Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl	Kompetenz	5 – 12
5	Identität vs. Rollen-Konfusion	Treue	12 – 18
6	Intimität und Solidarität vs. Isolation	Liebe	18 – 40
7	Generativität vs. Selbstabkapselung	Fürsorge	40 – 65
8	Ich-Integrität vs. Verzweiflung	Weisheit	65+

Lebenszyklus nach Erikson

- 1. Ur-Vertrauen vs. Ur-Misstrauen** (1. Lebensjahr):
In dieser Phase geht es darum, Vertrauen in die Welt und die Bezugspersonen aufzubauen.
- 2. Autonomie vs. Scham und Zweifel** (2. bis 3. Lebensjahr):
Kinder lernen, ihre Autonomie zu entwickeln und gleichzeitig mit Scham und Zweifeln umzugehen.
- 3. Initiative vs. Schuldgefühl** (4. bis 5. Lebensjahr):
Hier geht es um die Entwicklung von Selbstinitiative und die Bewältigung von Schuldgefühlen.
- 4. Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl** (6. Lebensjahr bis zur Pubertät):
Kinder entdecken ihre Fähigkeiten und setzen sich mit ihrem Selbstwert auseinander.
- 5. Identität vs. Identitätsdiffusion** (Jugendalter):
In dieser Phase suchen Jugendliche nach ihrer Identität und versuchen, sich selbst zu finden.
- 6. Intimität und Solidarität vs. Isolation** (Frühes Erwachsenenalter):
Junge Erwachsene bauen enge Beziehungen auf und finden ihren Platz in der Gesellschaft.
- 7. Generativität vs. Stagnation und Selbstabsorption** (Erwachsenenalter):
In dieser Phase geht es um das Streben nach Weitergabe von Wissen und Erfahrung an die nächste Generation
- 8. ICH Integrität vs. Verzweiflung** (spätes Erwachsenenalter):
Menschen reflektieren ihr Leben und bewahren ihre Integrität indem sie ein bedeutungsvolles Selbstbild formen.

Phase 8 – Reife

Ich – Integrität versus Verzweiflung

„Ich bin, was ich mir angeeignet habe“ „Ich bin, was mich überdauert“



Die „letzte“ Aufgabe beschreibt Erikson als Integrität: unsere Vergangenheit und Gegenwart zu einer sinnvollen Geschichte zusammenzufügen und uns selbst mit dem näher rückenden Tod zu versöhnen.

Setzt sich der Mensch in dieser Phase nicht mit Alter und Tod auseinander (und spürt nicht die Verzweiflung dabei), kann das zur Anmaßung und Verachtung dem Leben gegenüber führen (dem eigenen und dem aller), es zeigen sich dann Abscheu vor sich und anderen Menschen, oft aber auch Todesfurcht.

Wird diese Phase jedoch erfolgreich gemeistert, erlangt der Mensch das, was Erikson Weisheit nennt
- dem Tod ohne Furcht entgegensehen, sein Leben annehmen und trotzdem die Fehler und das Glück darin sehen können.

Wenn man seine Enkel liebt, seine Arbeit oder die Sache, für die man gekämpft hat, dann wird man sich trotz der individuellen Sterblichkeit als Teil der Zukunft fühlen, als „guter Vorfahr“.

The background features a light grey base with several organic, overlapping shapes. A large, dark brown shape is on the left, partially overlapping a light green shape on the right. In the top left, there are faint, stylized leaf patterns. A white, wavy line starts from the bottom left and curves across the bottom right.

Krankheitsbilder und Interventionen



Depressionen

Symptome der Depression

A mind map with a central node and five surrounding nodes, all connected by white wavy lines. The nodes contain lists of symptoms in German. The central node is 'SOMATISCHES SYNDROM' with sub-points 'PSYCHOMOTORISCHE HEMMUNG ODER AUCH' and 'AGITIERTHEIT'. The top-left node lists 'GEDRÜCKTE STIMMUNG', 'FREUDLOSIGKEIT', 'PESSIMISMUS', and 'INTERESSENSVERLUST'. The top-right node lists 'ANTRIEBSLOSIGKEIT', 'SCHLAFSTÖRUNG', and 'APPETITLOSIGKEIT'. The bottom-left node lists 'VERMINDERTE KONZENTRATION UND AUFMERKSAMKEIT'. The bottom-right node lists 'SELBSTVERLETZUNG', 'SUIZIDGEDANKEN', and 'PSYCHOT. SYMPTOME'.

GEDRÜCKTE STIMMUNG
FREUDLOSIGKEIT
PESSIMISMUS
INTERESSENSVERLUST

SOMATISCHES SYNDROM
PSYCHOMOTORISCHE
HEMMUNG ODER AUCH
AGITIERTHEIT

ANTRIEBSLOSIGKEIT
SCHLAFSTÖRUNG
APPETITLOSIGKEIT

VERMINDERTE
KONZENTRATION UND
AUFMERKSAMKEIT

SELBSTVERLETZUNG
SUIZIDGEDANKEN
PSYCHOT. SYMPTOME

Depressionen

- **Prävalenz** - in der Altersgruppe 50+ weisen rd 21% der Österreicherinnen klinisch bedeutsame depressive Symptome auf *(Depressionsbericht Österreich BMASGPK 2019)*

- **(weitere) Risikofaktoren im Alter**

Frauen

depressive Episoden in der Anamnese

körperliche Erkrankungen mit chronischen Funktionseinbußen

Operationen, Spitalsaufenthalte

Achtung Medikamente! RR-Med, Hormone, Kortikosteroide, Parkinsonmedikamente

Psychodynamik der Depression

- **Abwehr eigener aggressiver Gefühlsanteile**
merkbar an den Reaktionen (Gegenübertragung) der fürsorglichen Umwelt / auch der TherapeutInnen
– sie schwanken zwischen Mitleid und Aggression
- **Trauer wird aufrechterhalten**
in der Trauer ist die Welt leer, in der Melancholie ist das Ich leer geworden (Saint-Exupéry)
- **Massive Entwertung und archaisch bösertige Behandlung des Ich durch das Über-Ich**
ich bin nichts wert, ich kann nichts...sind die typischen Klagen depressiver Menschen

Therapeutische Interventionen

Verhaltenstherapeutischer Ansatz — Hautzinger, 1996

- **Selektion**

Ziele (Focus) den Lebensbedingungen anpassen: alte Enttäuschungen bearbeiten, nicht primär NEUE Beziehungen aufbauen, sondern die bestehenden verbessern und intensivieren

- **Optimierung**

depressionsfördernde Bedingungen im Alltag beseitigen – wie z.B. Isolation, Wohnplatz etc, Kooperation mit sozialem Netzwerk

- **Kompensation**

Ressourcen betonen + verstärken, negative Kognitionen umdeuten, an negativen Altersstereotypen arbeiten – Depression ist kein Zeichen von Schwäche und Verrücktheit

Therapeutische Interventionen

Akzeptanzfördernde Maßnahmen

- **Kognitive Restrukturierung**
funktionale Kognitionen erarbeiten
- **Verwendung von Metaphern**
um eine neue Sicht auf Krankheit und Beeinträchtigung zu erlangen (Symbole, Bilder)
- **Lösungsorientierte Fragen**
nach Ressourcen, Ausnahmen vom Problem fragen – Wunderfrage stellen
- **Imaginationsübungen**
um die eigenen Einschränkungen zu akzeptieren

Therapeutische Interventionen

Lebensrückblick–Intervention / die Lebenserzählung „neu schreiben“

- **Psychodynamische Überlegungen**

Ältere depressive Menschen brauchen meist besondere Unterstützung, Emotionen verbal auszudrücken. Bedeutsame Erlebnisse aus der Vergangenheit tauchen oft im späteren Leben wieder sehr klar auf. Existentielle Themen treten zutage, „zurückgehaltene und unvergossene Tränen“ können / sollen fließen können. Nur so können die Belastungen auch angenommen und betrauert werden

- **Ziel**

Negativen Erlebnissen und Traumata kann Sinn gegeben werden, indem Erinnerungen elaboriert und zu einer erzählbaren Geschichte verarbeitet / integriert und „neu bewertet“ werden

- **Ablauf**

10-15 Sitzungen, Unterteilung in Lebensphasen – Gegenstände mitbringen, aufschreiben / diktieren



Suizidalität im Alter

Risikofaktoren

Männer

Depressionen

Sucht

Dementielle Entwicklungen

Somatische chronische Erkrankungen / unheilbare Erkrankungen

Einsamkeit / Verlust des Partners

Interpersonelle Konflikte

Zahlen und Daten

2023 starben in Österreich 1.276 Personen durch Suizid (16% Anstieg zum Vorjahr)
das sind dreimal so viele Tote wie im Straßenverkehr
mehr als drei Viertel der Suizidtoten sind Männer

die Suizidrate steigt mit zunehmendem Alter

Altersgruppe 75-79a – zweieinhalbmal so hohe Suizidrate

Altersgruppe 85-89a – fast fünfmal so hohe Suizidrate wie Durchschnittsbevölkerung

Assistierte Suizide 2022 54 Personen (33 Frauen, 21 Männer – 87% älter als 55a)

ein Suizid belastet im Schnitt sechs weitere Menschen

30% davon entwickeln in weiterer Folge psychische Störungen!

Quelle: Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2022, BMSGPK 2023

Psychodynamik des Suizids

- **Reaktion auf einen Verlust**

Aggression richtet sich gegen das Selbst

- **Unlösbare Konflikte führen zur Regression + Angstabwehr**

narzisstische Krise - die kränkende Außenwelt wird ausgeschaltet, das Selbstwertgefühl wird zu stabilisieren versucht (im Vorfeld oft auch Suchtentwicklung oder Entwicklung körperlicher Symptome)
die Energie wird nicht mehr in die Problemlösung, sondern in die Angstabwehr investiert

- **in der Selbsttötung gipfeln drei Wünsche: töten, getötet werden, gemeinsam sterben**

Warum Selbstmord?

Rüdiger Nehberg (auch „**Sir Vival**“ genannt, 1935-2020) war ein deutscher Survival-Experte und Aktivist für Menschenrechte.

Seine anfänglich aus Abenteuerlust unternommenen entbehrungsreichen Expeditionen nutzte er später, um auf gesellschaftliche Probleme aufmerksam zu machen. Zu seinem Lebenswerk zählen unter anderem sein Engagement für das südamerikanische Volk der Yanomami und sein Kampf gegen die weibliche Genitalverstümmelung

Nehberg wollte sich nicht zur Ruhe setzen - auch wenn er merkte, "dass die Kräfte schwinden". Sich selbst nannte er ohnehin nur noch den "Reste-Rüdi", weil er so ziemlich alles, was ihm herausoperiert wurde, in einem "immer voller werdenden" Alkoholglas sammelte. Aber seine Ziele trieben ihn an. "Ich wäre selbst mit 100 noch nicht in Rente", sagte er mal / gleichwohl bereitet er seinen Selbstmord vor.

[Bing-Video](#)



Assistierter Suizid



WIR HABEN KEINE THERAPIE FÜR

ALS, Alzheimer, Pankreas Carzinom

Dr.Rudolf Likar, Nov 22

Palliativmedizin

Österreich: natürlicher Tod ist rechtlich und ethisch „erlaubt“

Arzt ist nicht verpflichtet, in einen bereits natürlich begonnenen Sterbeprozess durch lebensverlängernde Maßnahmen einzugreifen

Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Vorsorgedialog

können den diesbezüglich ausdrücklichen Wunsch der Betroffenen untermauern

kein Mensch darf zu einer medizinischen Maßnahme gezwungen werden

Palliativmediziner tragen Sorge dafür, dass Sterbende

gut atmen können

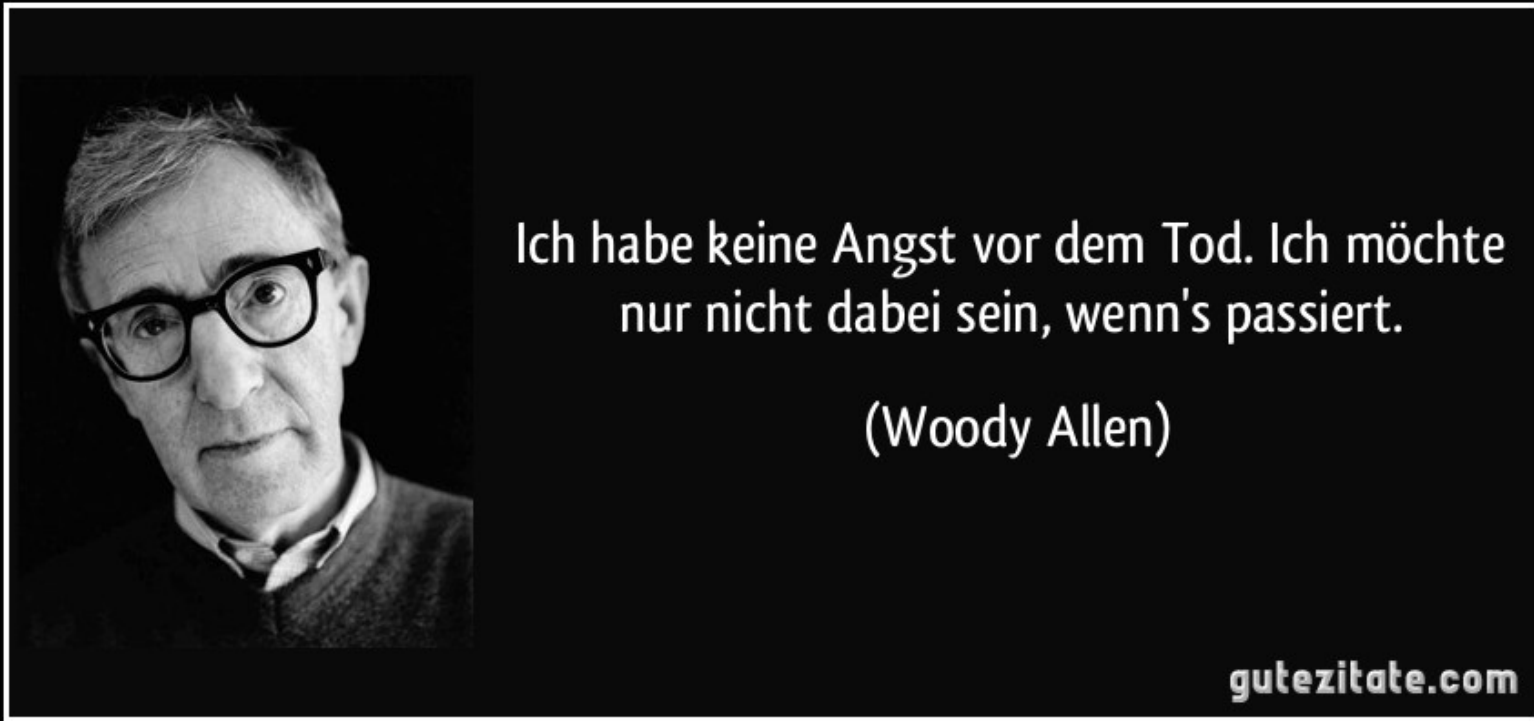
nicht von Angst getrieben sind

nicht an Übelkeit leiden

schmerzfrei bleiben

Sterbeverfügung

- **Voraussetzung** „ein nicht anders abwendbarer Leidenszustand“
unheilbare, zum Tod führende Erkrankung oder schwere chronische Erkrankung, die dauerhaft die gesamte Lebensführung beeinträchtigt (kann auch eine psychische Erkrankung sein!)
- **Errichtung einer Sterbeverfügung**
österreichischer Aufenthalt oder Staatsangehörigkeit
volljährig und entscheidungsfähig
- **Aufklärung nach zweistufigem Modell**
durch mind.2 ÄrztInnen (1x Palliativmedizin), evtl. auch klinisch-psychologische Diagnostik
frühestens 12 Wochen danach Errichtung der Sterbeverfügung beim Notar
(Ausnahme möglich – auch kürzere Frist kann eingerichtet werden)



Ich habe keine Angst vor dem Tod. Ich möchte
nur nicht dabei sein, wenn's passiert.

(Woody Allen)

gutezitate.com

Assistierter Suizid

STERBEVERFÜGUNGSGESETZ
seit 1.1.2022

HOLLAND
während der Pandemie
30% Steigerung von
Suiziden auf verlangen

ÖSTERREICH 22
54 SUIZIDE
90 ABGABEN
111 ANMELDUNGEN

(VERFASSUNGS)
RECHT AUF
SELBSTBESTIMMUNG +
MENSCHENWÜRDIGES
STERBEN

SCHWEIZ
3 Menschen pro Tag in der
sgn. Freitodbegleitung

Selbsttötung beim assistieren Suizid

- **Im privaten Rahmen**
das bedeutet natürlich auch in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen, Wohnheimen....
- **Natrium-Pentobarbital (+Begleitmedikation)**
kann innerhalb eines Jahres nach Errichtung der Verfügung in der Apotheke geholt werden
- **Hilfeleistende Personen können/sollen in der Sterbeverfügung angegeben werden**
- **Lebensbeendende Maßnahme muss SELBST durchgeführt werden**
Einnahme oral oder per Infusion, auch Sonde möglich

2 Beispiele

CHRISTIAN SCHARFETTER, 76A

- Erkrankt im Mai 2012 an rasch progredienter Gelbsucht, die durch ein bereits metastasierendes Gallengangskarzinom verursacht war. Mehrmalige palliative Eingriffe (Drainage des Gallenganges) hat er in Anspruch genommen, die Lebenserwartung schrumpfte auf wenige Monate – er entschließt sich zu sterben. Sein Zwilling Bruder und dessen Freundin begleiten und assistieren den Suizid am 25. November 2012.

FRAU X, 40A

- Ihr Hausarzt ersucht um psychiatrische Stellungnahme, weil sie sich bei einer Sterbehilfeorganisation, die in der Schweiz aktiv sein darf, angemeldet hat und aus dem Leben scheiden will:
„Sie habe keinerlei Startkapital gehabt. Sie sei innerlich total leer. Sie glaubt, dass die Wissenschaft nicht weiterwisse. Ihre Zustände seien unaushaltbar. Der letzte Suizidversuch sei vor 6 Wochen gewesen, sie wolle nicht darüber sprechen. Bisher wurden ihre Suizide immer verhindert. Es wurden sogar Türen aufgesägt. Sie beklagt, dass man keine Unterstützung für den Suizidwunsch erhalte. Sie werde in Dissoziation gedrängt, sie habe eine schwere Ich-Zustandsstörung. Sie erlebe sich nicht als Ganzes und es wiederhole sich alles“.

Assistierter Suizid – Gutachten

Aufgabe von Psychiater:innen und Psychotherapeut:innen?

- Suizidalität ist ein Symptom (Depression, Suchterkrankung, psychosoziale Krisen – insbes. Trennungserlebnisse)
- Im Suizidwunsch steckt meist hochgradige Ambivalenz: einerseits der Wunsch zu sterben, andererseits der Wunsch nach einem anderen, besseren Leben (Ruhe, Schlaf, Abstand). Schon alleine dadurch, dass sich jemand um Hilfe bemüht, zeigt sich diese Ambivalenz
- Die therapeutische Aufgabe ist, den Sterbewunsch ernst zu nehmen, ohne ihn zu fördern
- Spannungsfeld Autonomie-Abhängigkeit: Patient ist nicht eine isolierte Person, das jeweilige Beziehungsnetz darf nicht außer Acht gelassen werden
- Eine Beurteilung der „Urteilsfähigkeit“ in einem oder wenigen Kontakten ist fahrlässig – für eine derartige Stellungnahme braucht es eine länger dauernde therapeutischen Beziehung (bleibt der Wunsch konstant, welche affektiven Schwankungen tauchen in einem Prozess auf, inwiefern ist die Urteilsfähigkeit eingeschränkt?)

Küchenhoff, B. (2022): Suizidhilfe bei psychisch Kranken

Kulturelle und rechtliche Gegebenheiten nehmen Einfluss auf die Bereitschaft, Suizidbeihilfe zu geben

- Japan Ausreichender Grund, wenn die soziale Rolle nicht mehr weiter erfüllt werden kann
- USA hohe Akzeptanz bei ökonomischen Problemen

Tipp

Sternstunde Philosophie / SWR / August 2024 – Interview mit Elke Heidenreich



»Was macht das jetzt mit mir, das Alter?
Ich habe keine Ahnung. Ich weiß nur:
ich stelle mich ihm, ich verleugne es nicht, ich
versuche nicht jünger zu wirken, als ich bin.
Und ich finde schon gar nicht, dass das Leben
im Alter weniger wert ist.«

Klug, lustig, manchmal auch traurig, aber immer
mitreißend erzählt Elke Heidenreich vom Altwerden
und was es bedeutet. Für einen selbst, für die
anderen, und für die, die man liebt. Ein ehrliches
Buch über das Altern, das Mut macht.

HANSER
BERLIN
LEBEN

<https://na01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.youtube.com%2Fwatch%3Fv%3Dmjvxa8woiWA&data=05%7C02%7C%7C6acfaf5b203b402f6dbf08dcd09a024b%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C638614607096561107%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzliLCJBTiI6Ikk1haWwiLCJXVCi6Mn0%3D%7C0%7C%7C%7C&sdata=uFN9JfaXGV3UdAPAyDARr0WyqCBpwTOTKP%2BL6eLHpaw%3D&reserved=0>



Angststörungen

Angst

Fallangst – 50% der alten Menschen fürchten sich vor dem Stürzen

das ist noch keine Angststörung?

Angststörungen „gehen häufig unter“ in den vielen körperlichen Beschwerden, fallen nicht auf wegen dem allgemeinem „Rückzug“, häufig als Desinteresse interpretiert
Auch Nebenwirkungen von Medikamenten können Angst auslösen

Keine spezifischen altersspezifischen diagnostischen Instrumente

Beck-Angst-Inventar – somatische, kognitive und behaviourale Aspekte der Angst

State-Trait-Angstinventar – Zustandsangst und allgemeine Angst

verfügen zumindest über Vergleichsnormen für ältere Personen

Angststörungen weisen eine hohe Korrelation mit depressiven Störungen auf

Angst

Therapeutische Interventionen


unterscheiden sich nicht wesentlich von jenen bei jüngeren PatientInnen, AUSSER

- höhere Anzahl von Sitzungen
- weniger intensive Konfrontation UND
- Mehr Zusammenarbeit mit Ärzten / Ärztinnen und sozialem Netz

Angstlösende / -reduzierende Medikamente: Benzodiazepine.

Der „beste Angstlöser“ = Alkohol!

Todesangst nicht außer Acht lassen - AKTIV thematisieren

The background features a light grey base with large, overlapping organic shapes in muted green and brown. A white silhouette of a pine branch is visible in the upper left. A white wavy line curves across the bottom right.

Was passiert,
wenn wir sterben

Römischer Grabspruch

quod sumus, hoc eritis

fui mos quandoque, quod estis

was wir sind, werdet ihr sein

was ihr seid, waren wir einst



The background features a light grey base with large, overlapping organic shapes in muted green and brown. Stylized foliage patterns are visible in the top left and bottom left corners. A white wavy line curves across the bottom right.

Persönlichkeits- störungen

BPS im Alter

Zanarini et.al – Langzeitstudie an Borderline-Patienten (2003)

88% der untersuchten Personen erfüllten nach 10 Jahren die Kriterien einer Remission, frühere Remission bei jüngeren, keinem erlebten sexuellen Missbrauch, keinem Substanzmissbrauch in der Familienanamnese

über 50jährige haben im Durchschnitt ein Sechstel aller BPS-Traits verloren
Impulsivität und Sensation-Seeking nehmen signifikant ab
(aber schizoide Merkmale steigen)

Traumata können „eingebunden“ werden: Traumata bleiben immer ein negativer Faktor, aber es besteht die Möglichkeit der persönlichen Bedeutungszuschreibung / Sinnfindung – *posttraumatic growth*

Pathologischer Narzissmus im Alter

wenn Neid und Rivalität nicht allzu groß sind, wird es möglich, die Freuden anderer stellvertretend mitzuempfinden (Melanie Klein)

(junge) Eltern können (nur dann) das Aufwachsen ihrer Kinder ohne Neid betrachten, wenn sie zur Identifizierung mit den Kindern in der Lage sind

im mittleren Alter sehen sie die Kinder das Haus verlassen, gleichzeitig die eigenen Eltern sterben, selbst die unbelebte Welt erscheint bedroht durch das hohe Tempo der Veränderungen.

die Grenzen der Kreativität / Grenzen des eigenen Schaffens werden offensichtlich – und zur Bejahung dieser Schranken gehört die **Überwindung des präodipalen Neids:**

(Nur) dann kann Dankbarkeit anstelle von Eifersucht, Scham und Neid erlebt werden

Umgang mit Aggression von außen

Wir stehen ständig unter dem Einfluss von Vorurteilen, Neid, Unterstellungen und anderen Arten von mehr oder weniger rationalisierter Aggression, die wir in uns selbst verleugnen müssen.

Es gehört zur **Ich-Identität im mittleren Alter, an seinen „Idealen“ festzuhalten**, sich den Angriffen realistisch zu stellen, sie weder sadistisch auszunützen noch sich masochistisch zu unterwerfen, noch sich korrumpieren zu lassen.

Umgang mit Verlust, Trauer und Tod

Freude an der Selbstverwirklichung und Kreativität verschmilzt allmählich mit der Freude, sich Menschen hinzugeben und zu widmen, die man liebt, wie auch den Idealen, für die man einsteht. Das *unbewusste Gefühl*, dass die eigene Kreativität zur Stärke und Dauerhaftigkeit der guten inneren Objektbeziehungen beigetragen hat und dass man gegenüber den geliebten Menschen seine Pflicht erfüllt hat, bewirkt eine Minderung der Angst vor dem eigenen Tod.

Pathologisches Größenselbst

die Abwertung der Objekte schützt vor dem Neid – aber um den Preis eines allgegenwärtigen **Gefühls der Leere**. Die „Batterie der inneren Objekt-Repräsentanzen“ kann nicht aufladen werden – nur was von außen empfangen wird – vor allem die Bewunderung – bestätigt / befriedigt.

Für Zeiten des Verlustes und der Krise gibt es keine schützende Reserve von libidinösen Besetzungen. Der narzisstische Mensch begehrt Dinge und Menschen, verleibt sie sich begierig ein – weil sie ihm selbst nicht gehören – und nicht etwa, weil sie einen eigenen, inneren Wert haben.

Da die narzisstischen Befriedigungen der Jugend nicht mehr erreichbar sind, wird selbst die Vergangenheit narzisstisch entwertet und es fehlt die Fähigkeit, sich mit den „verpassten Gelegenheiten“ (z.B. mit der Beziehung zu den eigenen Kindern) auseinanderzusetzen. Es kann nicht „getrauert“ werden

Abwehr Verleugnung / Pseudo-Jugendlichkeit

Liebschaften mit Adoleszenten, hypomane Aktivitäten, Festhalten an vergangenen Erfolgen, an Besitztum und finanzielle Macht klammern.

Real notwendige Hilfe im Alter führt zu Gefühlen von Scham, Versagen und Demütigung (das eigene Größen-Selbst wird auf die Menschen projiziert, von denen man abhängig ist) so ist auch von den Jungen nicht Dankbarkeit oder Liebe, sondern Verachtung zu erwarten

Achtung Suizidgefahr!

Fallbeispiel Frau I.

- Auslöser: Tod der Mutter, zu der sie kaum Kontakt hatte
Symptome – fühlt sich depressiv, Schlafstörungen, Schmerzen, Anspannung, „wie im falschen Film“, erschöpft
- 67a, verheiratet, in Pension – aber arbeitend und „überlastet“
- Blau gefärbte Strähnen, adipös und schwerfällig
- Viele Aktivitäten: Reisen, Kultur, Golf, ehrenamtliche Tätigkeit - Terminfindung gestaltet sich schwierig von Anfang an
- Schimpft, entwertet, beschwert sich über Kollegen, Ehemann, Tochter und Schwiegersohn, Schwester....
- Selbstentwertung
- Fordernd nach Ratschlägen



Demenzen

Lust auf ein Video?

Dement- aber noch da!
Was in der Abgeschiedenheit passiert.
2019, Cosima Jagow-Duda Berlin

Aus dem Alltag einer „geschützten“ Demenzstation

[Dement - aber noch da! Was in der Abgeschiedenheit passiert | Doku | Re-Upload - YouTube](#)





Demenzen

Demenz-Arten

Morbus Alzheimer (60-80%)

Vaskuläre Demenz (15-20%)

Frontotemporale Demenz /Mb. Pick....schnell fortschreitend, Verhaltensänderungen oder Aphasien im Vordergrund

Demenz bei Mb. Parkinson - Lewy-Körper Demenz / Lewy-Bodies... im limbischen System. Vigilanz /Antrieb Gedächtnis, Halluzinationen

Korsakow-Demenz...Alkohol-Folgeerkrankung. Gedächtnisverlust, Halluzinationen, Vit.B1 Mangel

„Pseudo-Demenz“ ...im Rahmen anderer organischer u/o psychischer Ursachen, insbes. Depressionen und Angsterkrankungen

Alzheimer Demenz

- Die Alzheimer-Erkrankung ist die häufigste Form der Demenz in Deutschland rd 1.8Millionen Betroffene, in Österreich etwa 130.000 Personen, 60-80% davon haben Alzheimer. Bis 2050 wird sich diese Zahl der Erkrankten vermutlich verdoppeln
Es kommt zu einem Absterben von Nervenzellen im Gehirn
Jährlich werden in Österreich etwa eine Milliarde Euro für die Versorgung Demenzkranker ausgegeben: 75% nicht-medizinische Kosten, 25% medizinische Kosten (6% Medikamente)

Erste Anzeichen einer dementiellen Entwicklung = Stimmungsschwankungen

- Sozialer Rückzug – Ängstlichkeit?
- GedächtnislückenTermine vergessen, Herd nicht abdrehen, sich organisieren (Erinnerungszettel)
- Sprachstörungen, Sprach- und Schreibschwäche....Wortfindungsstörungen
- Orientierungsprobleme zeitlich und räumlich...Uhr nicht mehr lesen können, nach Hause finden
- Konzentrations- und Planungsschwierigkeiten....kochen, Rechnungen zahlen – „bisher bekanntes“ geht nicht mehr

weitere **Symptome**

Kognitive Defizite

Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens mit beträchtlicher Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens. Auch die Fähigkeit zum vernünftigen Urteil und der Ideenfluss sind beeinträchtigt. Es ist schwierig, sich mehr als einem Reiz gleichzeitig zuzuwenden – z.B. an einem Gespräch mit mehreren Personen teilzuhaben....

Emotionale / Motivationale / Soziale Beeinträchtigungen

Stimmungsschwankungen, Angst, Antriebslosigkeit, Desinteresse, Desorientierung

Verlangsamung der Gedächtnisleistungen ist keine Demenz!

Demenz

Diagnostik

zahlreiche Testverfahren, neuropsychologische und psychopathologische Diagnostik
Labor, EEG, bildgebende Verfahren – am besten in Memory-Kliniken, Gedächtnisambulanzen
Außenanamnese ist wesentlich!

Genese multifaktoriell

in weniger als 1% ist die Krankheit vererbt!

Risikofaktoren:

- Alter (Verdoppelung der Demenzhäufigkeit ab dem 60.Lebensjahr)
- Frauen (doppelt so häufig wie Männer)
- Bluthochdruck, Diabetes, Rauchen, LDL-Cholesterin

seit mindestens 6 Monaten

Ausschluss von einem Delir!!!!

Einschub DELIR

Ein **Delirium** ist ein vorübergehender geistiger Zustand, der durch Verwirrung, Angst, unzusammenhängende Sprache und Halluzinationen gekennzeichnet ist.

mögliche **Ursachen**

1. **Fieberhafte Infekte:** Hohe Körpertemperatur aufgrund von Infektionen kann zu einem Delir führen
2. **Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes:** Ungleichgewicht in den Elektrolyten oder Flüssigkeitsmangel kann das Bewusstsein beeinträchtigen
3. **Erkrankungen des zentralen Nervensystems:** Parkinson, Epilepsie oder Hirnhautentzündung können ein Delir auslösen
4. **Alkohol und andere Drogen:** Missbrauch von Alkohol oder Drogen kann zu geistiger Verwirrung führen
5. **Alkoholentzug (Delirium tremens):** Besonders nach dem Absetzen von Alkohol kann ein Delirium auftreten
6. **Stoffwechselstörungen:** Diabetes mellitus oder andere Stoffwechselprobleme können das Risiko erhöhen
7. **Tumoren oder Operationen:** Diese können das Gehirn beeinflussen und zu einem Delir führen
8. **Bestimmte Medikamente:** Einige Medikamente können geistige Verwirrung verursachen

Interventionen bei Demenz

Abhängig vom Stadium der Erkrankung

- Emotionale Bewältigung der Situation
- Verhaltenstherapeutische Interventionen können die Progredienz verzögern, Lernen ist bis zum mittleren Krankheitsstadium möglich
- Aufbau angenehmer Aktivitäten
- Gedächtnishilfen einüben
- Lebensrückblick, Biografiearbeit
- Umgang mit Verhaltensproblemen
- Realitäts- und Orientierungstraining
- **Angehörigenarbeit!**
- **Medikamente:** Antidementiva, Gingko – Antidepressiva, Antipsychotika

Validation nach Naomi Feil

Naomi Feil (* 1932 -2023) ist eine deutschamerikanische Gerontologin, die unter der Bezeichnung Validation in den Jahren 1963-1980 eine Methode für den Umgang mit dementen oder desorientierten, alten Menschen entwickelt hat. Die Validation soll den Betroffenen eine bessere Lebensqualität bieten und den Pflegenden ihre Aufgabe erleichtern.



Validierung oder Realitätstherapie

Wenn demenzerkrankte Menschen in die Vergangenheit „rutschen“, müssen Pflegekräfte eine Wahl treffen. Versuchen sie, die Betroffenen in der Realität zu „erden“, indem sie Fakten und Fragen verwenden, um sie in die Gegenwart zurückzubringen? Oder- um Konflikte zu vermeiden - folgen sie der Fantasie der Betroffenen und sagen, dass ihr geliebter Mensch in ein paar Minuten da sein wird?

Die Validierungstherapie findet einen Kompromiss zwischen diesen beiden Optionen

Jemand, der Validierung praktiziert, lügt nicht - er spielt nicht in die Fantasie hinein oder lässt die Person glauben, was sie glauben will. Er minimiert aber auch das Risiko, die Betroffenen mit harten Wahrheiten zu verletzen und den vollständigen Rückzug von der Realität.

Die vier Phasen der Demenz

1. Mangelhafte Orientierung
2. Zeitverwirrtheit
3. Sich wiederholende Bewegungen
4. Vegetieren

Grundprinzipien der Validation

1. Alle Menschen sind einzigartig und müssen als Individuen behandelt werden
2. Alle Menschen sind wertvoll, egal wie desorientiert sie sind
3. Es gibt einen Grund für das Verhalten desorientierter Menschen
4. Verhalten im Alter ist nicht nur eine Funktion anatomischer Veränderungen im Gehirn, sondern spiegelt eine Kombination aus körperlichen, sozialen und psychischen Veränderungen wider, die im Laufe des Lebens stattfinden
5. Alte Menschen können nicht gezwungen werden, ihr Verhalten zu ändern. Verhaltensweisen können nur geändert werden, wenn die Person sie ändern möchte
6. Alte Menschen müssen wertfrei akzeptiert werden
7. Mit jeder Lebensphase sind bestimmte Lebensaufgaben verbunden. Das Versäumnis, eine Aufgabe in der richtigen Lebensphase zu erledigen, kann zu psychischen Problemen führen
8. Wenn neuere Erinnerungen versagen, versuchen Menschen, das Gleichgewicht in ihrem Leben wiederherzustellen, indem sie frühere Erinnerungen abrufen. Wenn das Sehvermögen nachlässt, benutzen sie das geistige Auge, um zu sehen. Wenn sie hören, hören sie Geräusche aus der Vergangenheit
9. Schmerzhaftes Gefühl, das von einem vertrauenswürdigen Zuhörer ausgedrückt, anerkannt und bestätigt wird, wird abnehmen. Schmerzhaftes Gefühl, das ignoriert oder unterdrückt wird, wird an Stärke gewinnen.
10. Empathie schafft Vertrauen, reduziert Ängste und stellt ihre Würde wieder her

Mangelhafte Orientierung

die Menschen wirken oft unglücklich. Gefühle werden geleugnet, Konflikte aus der Vergangenheit werden auf Personen in der Gegenwart übertragen

verbale Interventionen

- **offene Fragen:** erkunden sie die Gefühlslage der Person - „wie geht es dir?“ oder „was ist los / was ist passiert?“.
- **Umformulieren:** formulieren sie das Gesagte um, sodass sich die Person verstanden und akzeptiert fühlt.
- **Nach Extremen oder dem Gegenteil fragen:** wenn eine mangelhaft orientierte Person z.B. ihre Zimmergenossin beschuldigt, zu stehlen, kann nach dem Extrem gefragt werden („tut sie das immer?“) oder nach dem Gegenteil („gibt es Tage, wo sie das nicht tut?“)
- **Sich gemeinsam an vergangene Zeiten erinnern:** fragen sie die Person, wenn sie guter Stimmung ist, nach Ereignissen aus der Vergangenheit.
- **Bewährte Bewältigungsmechanismen finden:** wenn sich die Person z.B. über den lärmenden Nachbarn beschwert, können sie fragen, ob sie so eine Situation schon früher einmal erlebt hat und wie sie damals damit umgegangen ist

nonverbale Interventionen

- allgemeine Berührungen wie Hand geben
- respektvollen Abstand / Distanz halten

Zeitverwirrtheit

Verluste können in dieser Phase nicht mehr geleugnet werden, vermehrter Rückzug in die Vergangenheit: Gegenstände werden wichtiger und erinnern an die Vergangenheit mitsamt den dazugehörigen Emotionen. Menschen werden „verwechselt“ mit Personen aus der Vergangenheit und sind Auslöser für entsprechende Emotionen. **Emotionen werden wichtiger.**

verbale Interventionen

- offene Fragen wenn noch möglich
- geschlossene Fragen – es fällt leichter, wenn nur zwei mögliche Antworten zur Auswahl stehen
- Gefühlswörter verwenden

nonverbale Interventionen

- echter, tiefer Blickkontakt
- Berührung
- Musik und Singen

Sich wiederholende Bewegungen

In dieser Phase ersetzen wiederholte Bewegungen (z.B. auf den Tisch schlagen, mit dem Fuß aufstampfen) den Ausdruck der Gefühle und „transportieren“ die alten Menschen in die Vergangenheit (z.B. Melkbewegungen einer ehemaligen Bäuerin). auch laute wie „mamama“ können die Aufgabe erfüllen, das „jetzt“ für eine Zeitlang zu verlassen

nonverbale Interventionen

- **Spiegeln:** um Empathie zu zeigen, können Körperhaltung, Bewegungen, Gesichtsausdruck, bis hin zum Atemrhythmus angenommen und wie durch einen Spiegel zurückgeworfen werden
- **Echter, tiefer Blickkontakt:** begeben Sie sich auf Augenhöhe und beobachten sie genau Gesicht und Augen
- **verankerte Berührung:** je nach Gefühlslage Hand auf die Schulter legen, das Gesicht in beide Hände nehmen, väterlich den Kopf streicheln, mit beiden Händen die oberen Wangen streicheln (Geborgenheit der Mutter)
- Musik und Singen einsetzen

verbale Interventionen

- beobachtbare Gefühle ansprechen
- mehrdeutig fragen: „war das lustig?“
- Sicherheit geben, „affirmieren“

Vegetieren

die alte Person verschließt sich in dieser Phase von der Außenwelt und versucht auch nicht mehr, Vergangenes im Außen zu verarbeiten

nonverbale Interventionen sind besonders wichtig

- Sicherheit geben durch: verankerte Berührungen, Anerkennung und Fürsorge
- Musik
- Massagen
- Aromatherapie

verbale Interventionen

- langsames und liebevolles Ansprechen, so ehrlich wie möglich
- Gespräche positiv ausklingen lassen : „schön, dass ich Sie heute sehen konnte, dass ich mich wieder an unsere gemeinsamen Erlebnisse erinnern konnte....“
- Singen

The background features a light gray base with several abstract shapes: a large reddish-brown shape on the left, a large olive-green shape on the right, and a white outline of a leaf-like shape on the right. In the top left, there is a faint, light gray illustration of a leafy branch.

Vielen Dank!

Gertrude Thil-Eicher

praxis.thil-eicher@outlook.com

www.thil-eicher.at