# B.2.4 Gerontopsychotherapie



Gertrude Thil-Eicher

Psychotherapeutin POP

gertrude.thil-eicher@psy-akademie.at

# Altersbilder sind vielfältig FGÖ



# Prüfung

Vorgabe: 1.5h Zeit nehmen
Abgabedatum = spät.9.Oktober

# 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



# 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?



# Alt werden

# 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*



# 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 = 84,11 Jahre,
  Frauen = 86,99 Jahre (Lebenserwartungsrechner, Statistik Austria )

## 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

VOLKSWIRTSCHAFT
STATISTIK
JUDIKATUR

PSYCHOLOGIE
PSCHOTHERAPIE
PÄDAGOGIK

SOZIOLOGIE
ANTHROPOLOGIE

ERNÄHRUNGS-
WISSENSCHAFTEN
GERIATRONIK
uva….

# Weitere Disziplinen

**GERONTOPSYCHOLOGIE**
VERÄNDERUNGEN VON VERHALTEN + ERLEBEN

**SOZIALGERONTOLOGIE**
GESELLSCHAFTLICHE WECHSELWIRKUNGEN

**GERAGOGIK**
VORBEREITUNG AUF DAS ALTER, BILDUNG IM ALTER

**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

1
ÜBERGANG INS ALTER
60-65

2
JUNGE ALTE
66-74

3
ALTE ALTE
BETAGTE/HOCHBETAGTE
75-89

4
SEHR ALTE
HÖCHSTBETAGTE
90-99

5
LANGLEBIGE
ÜBER 100

# Aktiv und gesund ALTERN

## 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



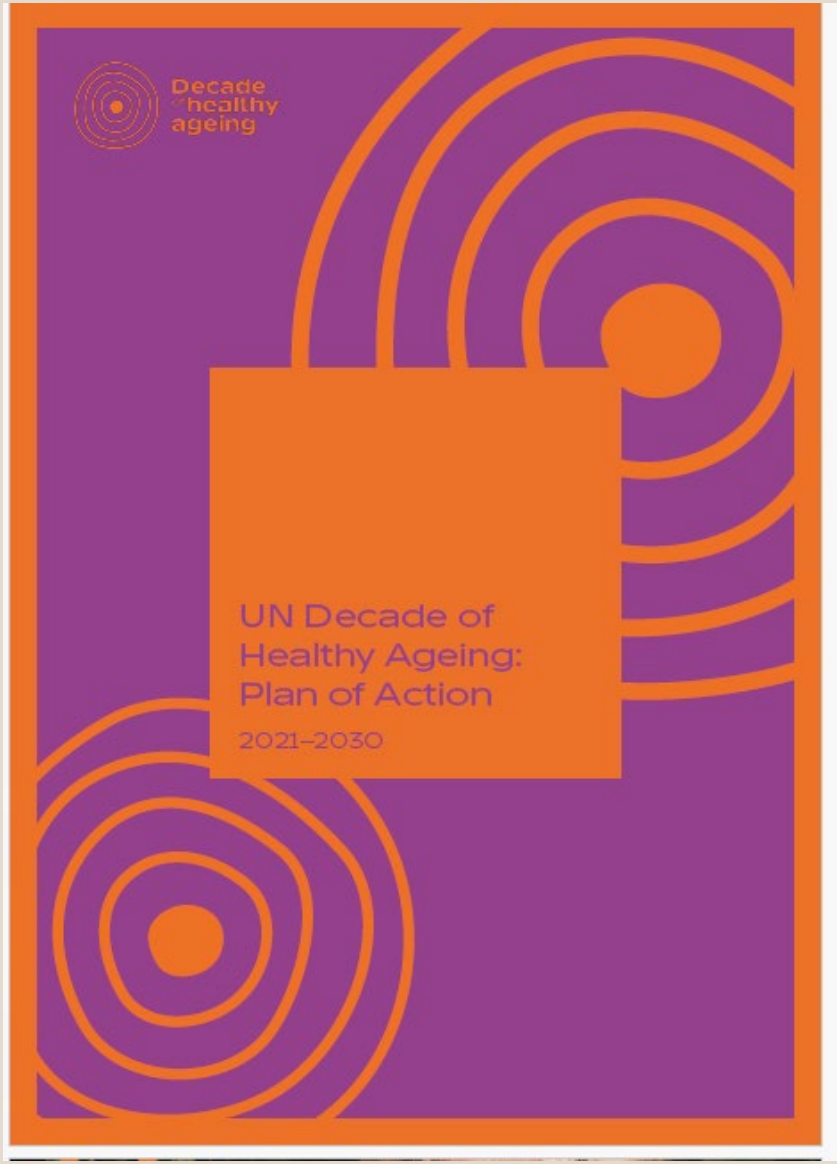
WHO

## 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

WHO

# Decade of Healthy Ageing 2020-2030



# Healthy ageing -4 Aktionsbereiche

## (1) Altersdiskriminierung bekämpfen (Ageism)

Vorurteile gegenüber älteren Menschen abbauen+ positives Altersbild fördern

## (2) Altersfreundliche Lebenswelten schaffen

barrierefreie Städte, gute Mobilität, soziale Teilhabe und Sicherheit

## (3) Integrierte Gesundheitsversorgung

Gesundheitsdienste auf die Bedürfnisse älterer Menschen ausrichten, Erhalt körperlicher und psychischer Fähigkeiten fördern

## (4) Langzeitpflege verbessern

qualitativ gute Unterstützung für Menschen mit Pflegebedarf, Entlastung von Angehörigen

*Wichtige Aktivitäten weiterhin ausüben können und soziale Verbundenheit erleben*

# Psychologische / Soziologische Theorien

*“Zufrieden Alt werden“*

## DISENGAGEMENT-THEORIE

Normativer Ansatz, der besagt, dass der Rückzug aus sozialen Kontakten sowohl von der Gesellschaft gefordert 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 machen zufrieden -„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 (ökologischen und sozialen) Gewährleistung, **geplante, gewünschte Aktivitäten durchführen zu können** und somit kompetent / „selbstwirksam" 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

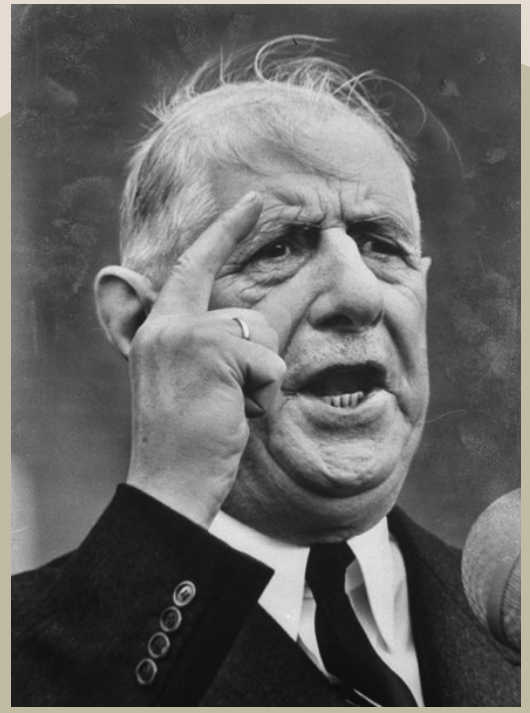
# Alters - Stereotype




Sind kulturell weithin geteilte Vorstellungen über das Alter. Sie umfassen nicht nur Wissenselemente, sondern immer auch Gefühlsreaktionen wie Hoffnungen und Befürchtungen

➢affektiv-evaluative Elemente

# Alters-Stereotype



Das Alter ist ein Schiffbruch

Charles de Gaulle
80Jahre



Alles, was Spaß macht – hält jung!

Curt 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
91Jahre

# Hoffnungen




FREIHEIT
REISEN
LUST



WEISHEIT
INTEGRITÄT



FREUNDLICHKEIT
LIEBE

RUHE
ENTSPANNUNG



ERNTE
GENUSS
KULTUR

# Befürchtungen



DEMENZ
SENILITÄT

HINFÄLLIGKEIT
GEBRECHLICHKEIT



HILFLOSIGKEIT
ANGEWIESEN SEIN




KOSTENFAKTOR
BELASTUNG



SCHMERZEN
OHNMACHT

# Alters – Stereotype

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 / der Begriff vom

*differenziellen Altern* durchgesetzt

# Ageism

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



# Breakout




*Tauschen Sie sich aus*
*und berichten Sie im Plenum:*

- Erfahrungen mit Alten
- Vorstellungen über Ihr Alt werden

# Plenum

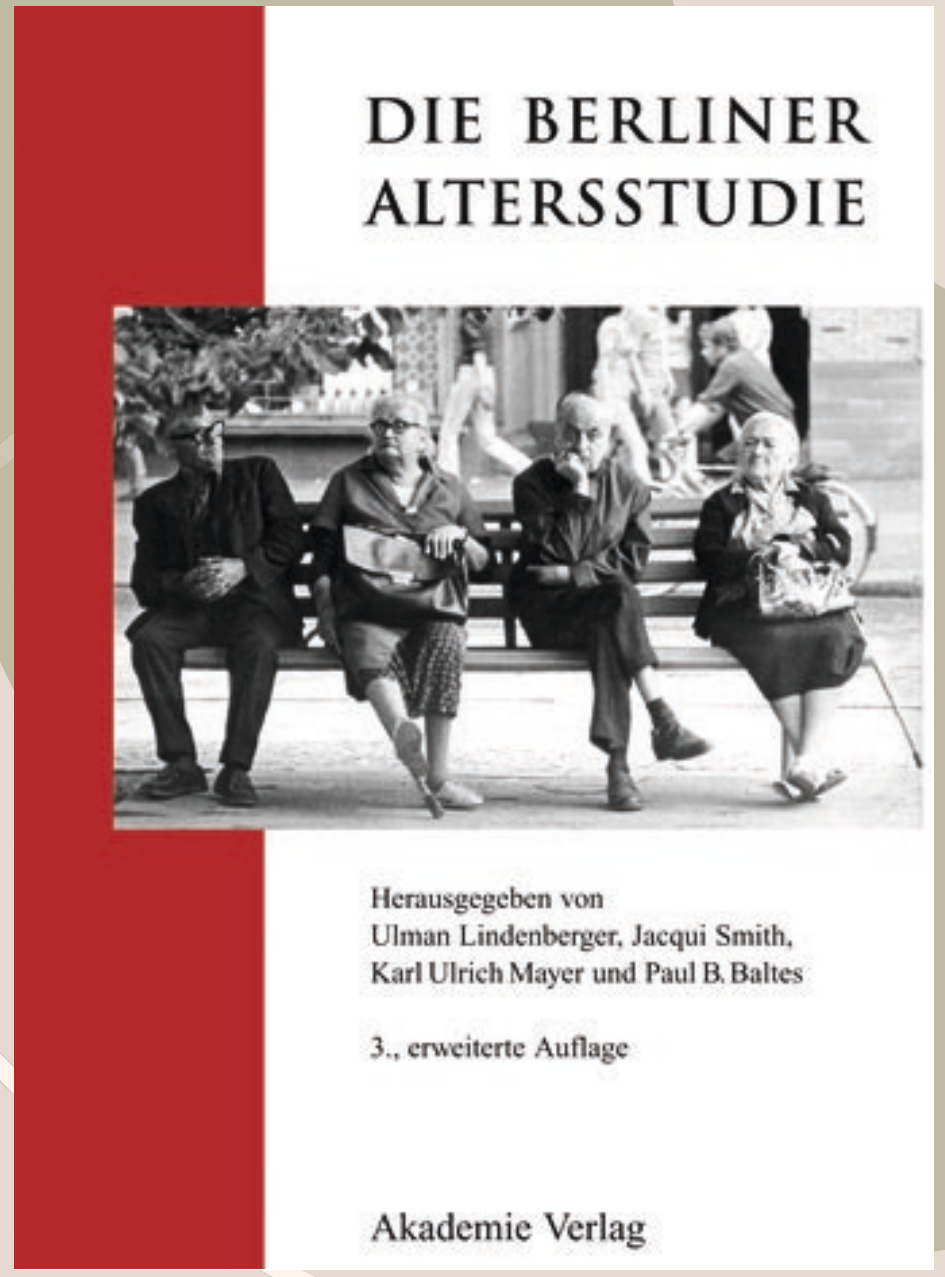


# Zwei Studien

# 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.
Die Längsschnittstudie geht immer noch weiter (BASE-II beschäftigt sich mit viel größerer Gruppe und insbes. Mit der Fragestellung, wie man „zufrieden“ alt werden kann)

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



Berliner Altersstudie




www.base-berlin.mpg.de 1996

# „Wer bin ich“? Selbstdefinition

Junge Erwachsene ……Beruf und soziale Beziehungen
45-70jährige ……Gesundheit, Lebenserfahrungen, Werte, Überzeugungen

## über 70jährige definieren sich über

- 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*

Berliner Altersstudie




## 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 aber „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: Lernfähigkeit im Alter

Die Grundvoraussetzungen für das Lernen und Abspeichern neuer Informationen sind im Alter prinzipiell gegeben – viele Gedächtnisfunktionen bleiben stabil (sensorisches, primäres, tertiäres Gedächtnis, **kristalline Intelligenz**, alltägliche sprachliche Kommunikation…)
⇨ **Lernen und Verhaltensänderungen sind auch im fortgeschrittenen Alter möglich** und diese Leistungen sind HOCHrelevant für die Alltagsbewältigung und die Lebenszufriedenheit

Abnahme allerdings von Arbeitsgedächtnis (gleichzeitig speichern und verarbeiten), komplexe Aufmerksamkeit (geteilte Aufmerksamkeit), Aspekte des abstrakten Denkens und Problemlösens, Abruf von Gedächtnisinhalten, Informationsgeschwindigkeit.

# 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 und Marilyn Yalom

UNZERTRENNLICH

ÜBER

DEN TOD

UND

DAS LEBEN

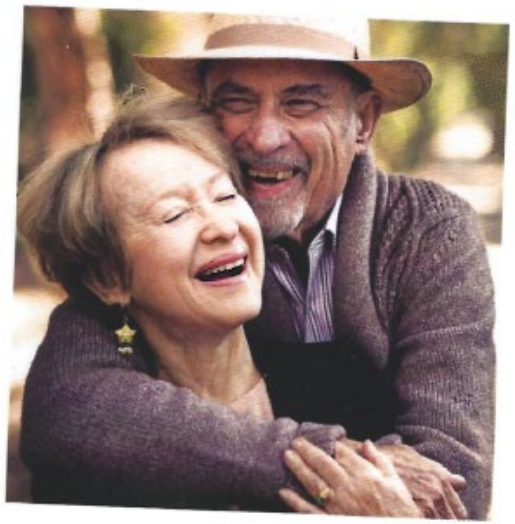
btb

SPIEGEL Bestseller



»Ein kluges Buch, direkt und ohne Schnörkel, es geht auf eine sehr klare Art zu Herzen.«

CHRISTINE WESTERMANN, WDR5 BÜCHER



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 *„warum so viele Frauen depressiv werden“….*

*„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

Im Klimakterium kann es 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).

## *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“*

## *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 oft auch eine Umkehrung von
„Ich bin, wie ich gesehen werde“ zu *„Ich bin, was ich sehe, was ich erlebe“*

# 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, *NEUE* Form mit ihren spezifischen Möglichkeiten und Begrenzungen

# Behandlung - Ziele

Für die depressive, unter narzisstischer Spannung leidende wechseljährige 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*

# Klimakterium M.Klein

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*

Autorinnen kritisieren **Melanie Kleins Ideen** als „defizitäres Modell“:
Die zu bewältigende “Aufgabe“ im Klimakterium wäre demnach
(und in diesem Sinne laufen ja auch tatsächlich viele Hormonbehandlungen) 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 ubw 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.*

# 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 – Kreislauferkrankungen
- Cerebrovaskuläre Erkrankungen
- Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Neurologische Erkrankungen

Psychische Probleme (Angst, Depression, Persönlichkeit) können die Symptome verstärken
ABER auch „verharmlosen“ – was sich ebenfalls nachteilig auswirkt!

# 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 – evtl. 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!***

# Psychotherapeutische Modelle

# Laura L.Carstensen, Stanford Center Longevity

*"A Long Bright Future: An action plan for a lifetime of Happiness, Health, and Financial Security" (2009)*

## SST – Sozioemotionale Selektivitätstheorie, 90iger Jahre

Entwicklungspsychologisches Konzept der **Motivation:**
Ältere Menschen nehmen die ihnen verbleibende Zeit als begrenzt wahr und sind dennoch (oder gerade deshalb?) 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. Altern ist nicht primär ein Verlustprozess. die Fokussierung auf das Wesentliche zu größerem emotionalem Wohlbefinden.*

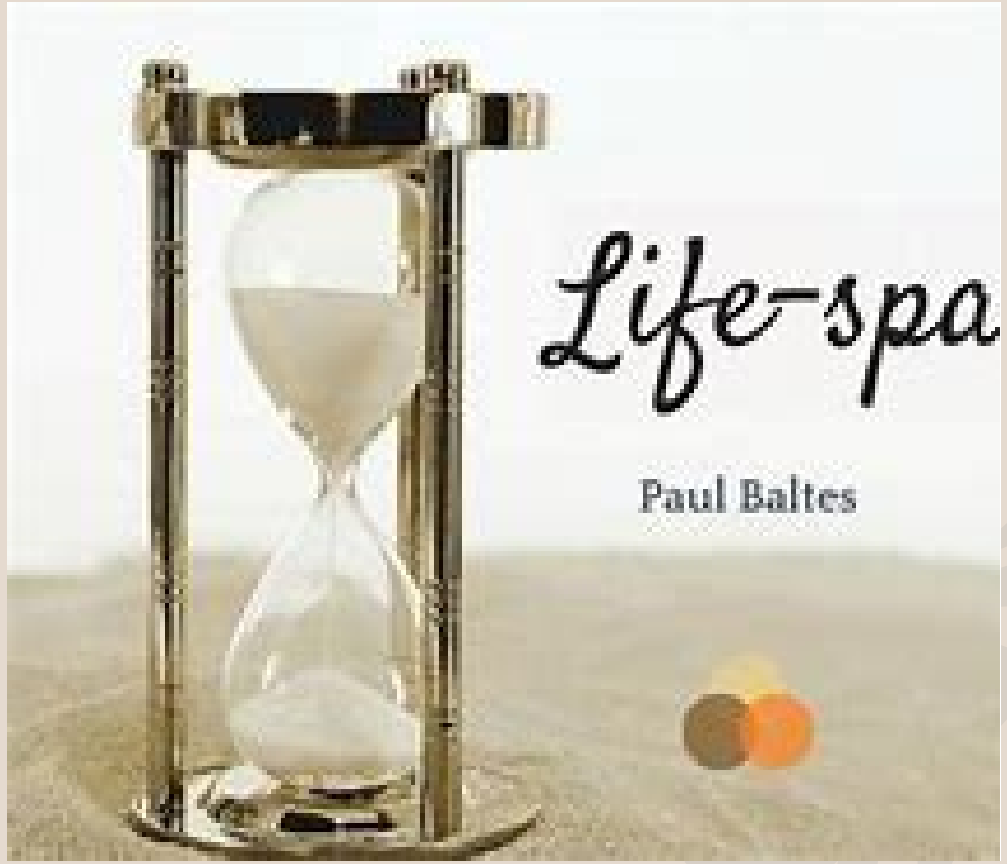


# SOK–Modell der selektiven Optimierung und Kompensation

**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*



# SELEKTION–OTPIMIERUNG–KOMPENSATION (SOK) als Behandlungsstrategie

*3Komponenten zum Erreichen psychischer Anpassungsprozesse*

**Selektion:** Ziele und Verhaltensbereiche **eingrenzen**, auf **Ressourcen** konzentrieren und „spezialisieren“

**Optimierung:** **Wissen** nutzen, zielgerichtet Handeln, **Ausdauer** stärken, **Üben**

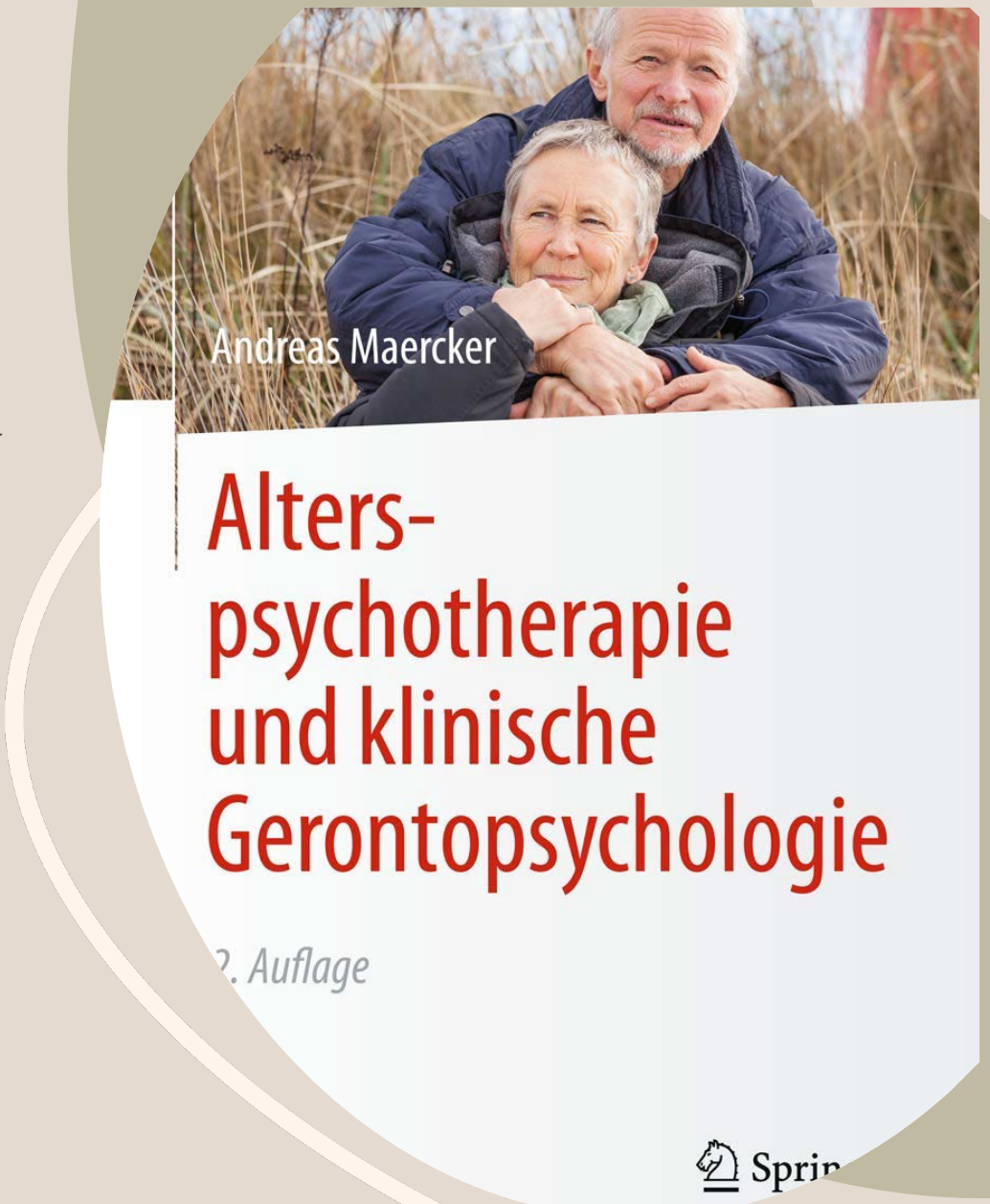
**Kompensation:** **Hilfsmittel** einsetzen (Gedächtnistraining bis hin zu Veränderung des Wohnraums, Inanspruchnahme von Dienstleistungen von außen – Familie oder professionelle Hilfe)

# Andreas Maercker

*1960,*Schweizer Mediziner, Psychologe und Psychotherapeut*
*Forschungsschwerpunkt Psychotraumatologie*

## ASR

Alters- und störungsspezifisches Rahmenmodell (2003)



# 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 50Jahre! Freud selbst begann seine „Selbstanalyse" mit 41Jahren und wurde selbst 83Jahre 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 48Jahre alt*

# Psychoanalytische Überlegungen

**Wird aus der Konflikt-Pathologie eine Verlust-Pathologie?**

Die Konflikte (VERLUSTE) im Alter führen zu spezifischen Belastungen:
wir haben logischerweise 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<br>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<br>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 gilt dabei als 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 92Jahre alt

# 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 häufig 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“.***

# Krankheitsbilder und Interventionen

# Depressionen

# Symptome der Depression

GEDRÜCKTE STIMMUNG
FREUDLOSIGKEIT
PESSIMISMUS
INTERESSENSVERLUST

ANTRIEBSLOSIGKEIT
SCHLAFSTÖRUNG
APPETITLOSIGKEIT

SOMATISCHES SYNDROM
PSYCHOMOTORISCHE
HEMMUNG ODER AUCH
AGITIERTHEIT

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 bösartige 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 Alters-stereotypen 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

2024 starben in Österreich 1.219 Personen durch Suizid
das sind dreimal so viele Tote wie im Straßenverkehr

mehr als drei Viertel der Suizidtoten sind Männer (80%)

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 2024: 112** Personen (58Frauen, 54 Männer)

*ein Suizid belastet im Schnitt sechs weitere Menschen*
30% davon entwickeln in weiterer Folge psychische (krankheitswertige)Störungen!

*Quelle: Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2024, BMSGPK 2025*

# 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 ausgeschalten, 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
  *Suizid dient nicht nur der Selbstvernichtung, sondern kann unbewusst auch den Wunsch ausdrücken, die Trennung vom Objekt aufzuheben und mit dem geliebten oder verfolgenden Objekt vereinigt zu bleiben (Objektbeziehungstheorie)*

# 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

( Beihilfe zum Selbstmord seit 2022 in Österreich rechtlich erlaubt)

- **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** (Gültigkeit 1 Jahr)
  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)

# Assistierter Suizid

ÖSTERREICHISCHES STERBEVERFÜGUNGS-GESETZ
seit 1.1.2022

(VERFASSUNGS)
RECHT AUF SELBSTBESTIMMUNG + MENSCHENWÜRDIGES STERBEN

ÖSTERREICH
2022 – 51
2023 – 98
**2024** – 112 SUIZIDE
168 ABGABEN
546 VERFÜGUNGEN

HOLLAND
während der Pandemie
30% Steigerung von
Suiziden auf Verlangen

SCHWEIZ
3 Menschen pro Tag in der
Freitodbegleitung

# Selbsttötung beim assistieren Suizid

- Im privaten Rahmen
  das bedeutet natürlich auch in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen, Wohnheimen….
- Natrium-Pentobarbital (+Begleitmedikation Metoclopramid)
  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

*Quelle: Küchenhoff,J. (2022)* *Sich selbst töten mit Hilfe Anderer*

## **CHRISTIAN SCHARFETTER,** 76A

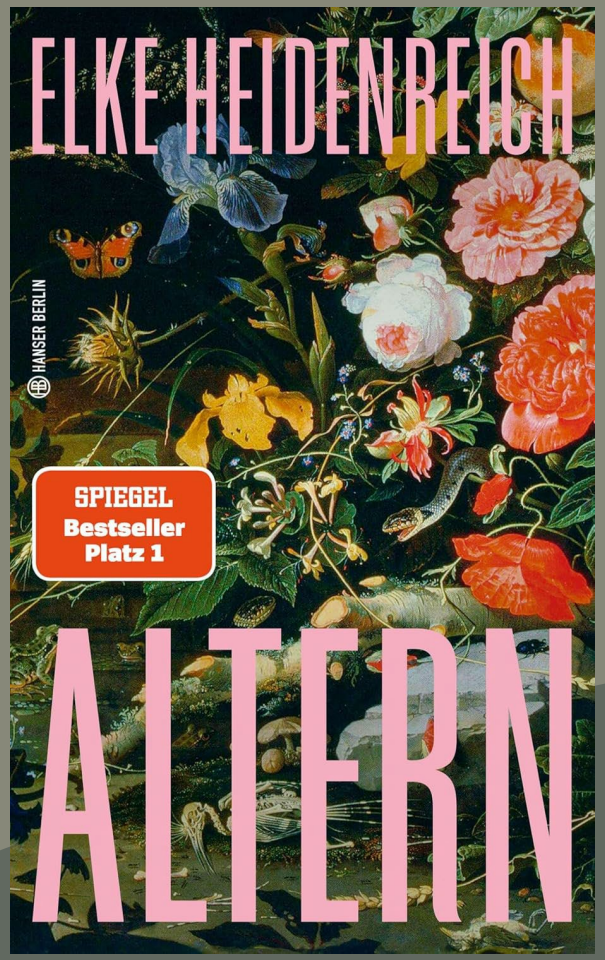
Erkrankt im Mai 2012 an rasch progredienter Gelbsucht, die durch ein bereits metastasierendes Gallengangs Karzinom verursacht war. Mehrmalige palliative Eingriffe (Drainage des Gallenganges) hat er in Anspruch genommen, die Lebenserwartung schrumpfte auf wenige Monate – er entschließt sich zu sterben. Sein Zwillingsbruder 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 6Wochen 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“.

# *Tipp*

## Sternstunde Philosophie / SWR / August 2024 –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

# 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



HÖHERE ANZAHL VON SITZUNGEN



WENIGER INTENSIVE KONFRONTATION



MEHR ZUSAMMENARBEIT MIT ÄRZTI:NNEN UND SOZIALEM NETZ



ANGSTLÖSER

BENZODIAZEPINE

ALKOHOL!



TODESANGST

AKTIV THEMATISIEREN

# Persönlichkeits-störungen

# BPS im Alter

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

88% der untersuchten Personen erfüllten nach 10Jahren die Kriterien einer Remission,

vor allem – wenn kein erlebter sexueller Missbrauch, kein Substanzmissbrauch in der Familienanamnese

über 50jährige haben im Durchschnitt ein Sechstel aller BPS-Traits verloren

Impulsivität und Sensation-Seeking nehmen signifikant ab (schizoide Merkmale scheinen zu steigen )

Traumata können „eingebunden“ werden

Traumata bleiben immer ein negativer Faktor, aber es besteht die Möglichkeit der persönlichen Bedeutungszuschreibung / Sinnfindung – *posttraumatic growth / benefit finding*

# Pathologischer Narzissmus im Alter

*M. Klein: wenn Neid und Rivalität nicht allzu groß sind, wird es möglich, die Freuden anderer stellvertretend mitzuempfinden.*

*Die erfolgreiche Auflösung von Neid und Rivalität ist eine wesentliche Voraussetzung für die Anpassung an das (Erwachsenen)ALTER:*

(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 mitunter bedroht durch das hohe Tempo der Veränderungen. Die Grenzen der Kreativität / Grenzen des eigenen Schaffens werden bewusst und 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

Im günstigen Fall verschmilzt Freude an der Selbstverwirklichung und Kreativität 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

# Dement, aber noch da!



# 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 Österreich etwa 130.000 Personen, in Deutschland rd 1.8Millionen Demenzkranke
  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?
- Gedächtnislücken ……Termine 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

# Hannelore Hofsommer, 2018



# 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**

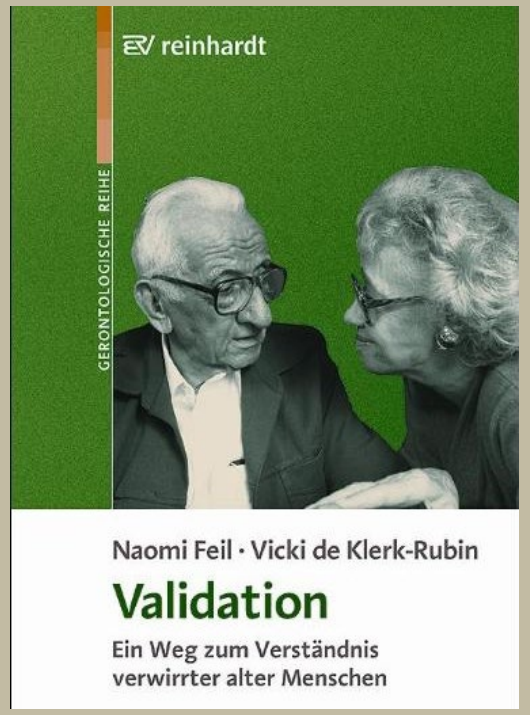
1. **Fieberhafte Infekte**: Hohe Körpertemperatur aufgrund von Infektionen kann zu einem Delir führen
2. **Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes**: Ungleichgewicht in den Elektrolyten oder Flüssigkeitsmangel kann das Bewusstsein beeinträchtigen
3. **Erkrankungen des zentralen Nervensystems**: 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. **Tumore** 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, Biographiearbeit
- Umgang mit Verhaltensproblemen
- Realitäts- und Orientierungstraining
- **Angehörigenarbeit!**
- **Medikamente:** Antidementiva, Ginkgo, aber auch Antidepressiva, Antipsychotika

# Validation nach Naomi Feil






Naomi Feil (1932 -2023)
war eine deutsch-amerikanische 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. Schmerzhafte Gefühle, die von einem vertrauenswürdigen Zuhörer ausgedrückt, anerkannt und bestätigt werden, werden abnehmen. Schmerzhafte Gefühle, die ignoriert oder unter drückt werden, werden 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“

# 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“

# Glady Wilson and Naomi Feil, 2009



# 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

# Marta C. Gonzalez 2020



**Bis 9. Oktober**

# 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



# 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?



# Vielen Dank!

Gertrude Thil-Eicher