

Zeitschrift: Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA
Herausgeber: Verein für Schweizerisches Heimwesen
Band: 60 (1989)
Heft: 11

Artikel: Psychogeriatric, einige Bemerkungen zur Betreuung älterer Menschen mit psychischen Störungen : Psychogeriatric umfasst nicht nur cerebrale Abbauprozesse
Autor: Rixhon, Marion / Hug, Iris / Ritter, Erika
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-811228>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 09.07.2025

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

Psychogeriatric umfasst nicht nur cerebrale Abbauprozesse

Die meisten Menschen möchten bis ins hohe Alter offen bleiben für neue Erlebnisse, neue Menschen, auch für Liebesbeziehungen. Doch mehr und mehr stellen uns die erhöhte Lebenserwartung des einzelnen und der steigende Anteil Betagter und Hochbetagter an der Gesamtbevölkerung vor wachsende vielseitige, ökonomische, medizinische und pflegerische Aufgaben. So wird vor allem der Umgang mit dem «verwirrten alten Menschen» zu einem belastenden Problem für Angehörige und Betreuerpersonal.

Vor diesem Hintergrund führte unser Regional-Verein für aargauische Alterseinrichtungen im Mai einen Weiterbildungskurs über den Umgang mit verwirrten alten Menschen durch. Der grossen Nachfrage wegen musste der Anlass wiederholt werden. Die beiden Kursreferentinnen, Dr. med. Marion Rixhon, Oberärztin, und Sr. Iris Hug, Gesundheitsschwester (beide am Ambulatorium der Psychiatrischen Klinik Königsfelden tätig), haben ihre Ausführungen für das Fachblatt schriftlich zusammengefasst. Als Ergänzung bringen wir einen Beitrag von Jürgen Lotze, Lüneburg, über «Gerontopsychiatrie in der Ausbildung von Altenpflege, Krankenpflege und Sozialpädagogik» aus dem Buch «Gerontopsychiatrische Qualifikation in der Altenpflege». (Am 30./31. Oktober fand im Kongresshaus, Zürich, eine Tagung der Pro Senectute zum Thema statt.)

Erika Ritter

Die Verbesserung der Arbeits- und allgemeinen Lebensbedingungen sowie hygienische und medizinische Massnahmen führen weltweit zu einem erhöhten Anteil der Betagten an der Gesamtbevölkerung. So beträgt dieser auch in unserer Gesellschaft bereits 15 Prozent und soll laut Schweizerischem Landesbericht zu Händen der UNO-Weltkonferenz über das Alter in den nächsten 30 Jahren auf rund 20 Prozent ansteigen (Anteil der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung).

Die erhöhte Lebenserwartung des einzelnen und der steigende Anteil Betagter und Hochbetagter an der Gesamtbevölkerung stellen uns alle vor wachsende, vielseitige, ökonomische, medizinische und pflegerische Aufgaben. Es sind in dieser Lebensphase vor allem chronische Krankheiten, die zum Arzt und ins Spital führen, und oft treten die verschiedenen Leiden nebeneinander auf (Multimorbidität). Unserem Handeln sind zunehmende Grenzen gesetzt. Die Ziele lauten nicht nur heilen und wiederherstellen, sondern vor allem auch stützen, betreuen, begleiten und erhalten. Oft eng vergesellschaftet mit körperlichen Leiden stellen auch psychische Krankheiten und seelische Störungen häufige Probleme dar. So leiden von den über 65jährigen rund 25 Prozent an psychischen Störungen, wobei in Altersheimen der Prozentsatz bis über 40 Prozent ansteigt.

Sehen wir uns nun die im dritten Lebensalter auftretenden psychischen Störungen genauer an, so ergibt sich, aufgeführt nach Häufigkeit, etwa folgende Verteilung (Bild 1).

Dass bei Betagten vor allem reaktive Störungen überwiegen, entspricht auch der Tatsache, dass das Alter einen natürlichen Lebensabschnitt darstellt, in dem, bei häufig verminderten Reserven, zahlreiche Anpassungsprozesse zu leisten sind: Umsiedlung aus der gewohnten Umgebung, Pensionierung, allgemeine Verkleinerung des Wirkungskreises, drohende Abhängigkeit, Einsamkeit, schwere Behinderung und Schmerzen, Trennung und Verlust von nahen Bezugspersonen. Manchmal misslingt diese Umstellung. Es kommt zu abnormen seelischen Reaktionen, ängstlicher, depressiver, hypochondrischer oder paranoid-wahnhafter Natur. Apathie, Rückzug, Resignation und Aufgabe eigener Initiative prägen dann die letzten Lebensabschnitte und können sogar chronische hirnrorganische Störungen vortäuschen.

Psychogeriatric umfasst somit nicht nur cerebrale Abbauprozesse, sondern die Beschäftigung mit allen psychischen Leiden und Beeinträchtigungen, die im Prozess des Älterwerdens auftreten können. Sie beschäftigt sich ausser mit den Veränderungen der

Hirnfunktion auch mit den Auswirkungen körperlicher Krankheit auf die Psyche, den Veränderungen der subjektiven Erwartungen und Interessen, der sozialen Rolle und Einbettung.

Die erhöhte Lebenserwartung des einzelnen und der steigende Anteil Betagter und Hochbetagter an der Gesamtbevölkerung stellen uns alle vor wachsende vielseitige, ökonomische, medizinische und pflegerische Aufgaben.

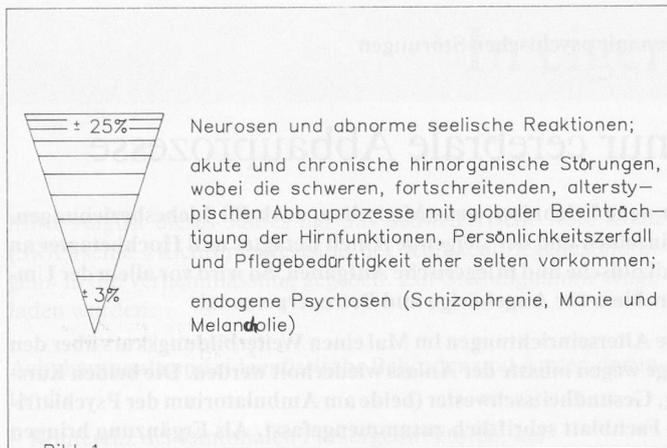
Es würde den Rahmen unseres Artikels bei weitem übersteigen – und wäre auch nicht unsere Absicht –, hier im einzelnen auf die verschiedenen psychischen Störungen einzugehen. Hingegen möchten wir einige wenige, alltägliche und praktische Problemstellungen herausgreifen, die sich für uns, für Angehörige und Betreuer in Alters- und Pflegeheimen aus dem Umgang mit älteren Menschen mit psychischen Problemen ergeben. Es sind dies:

- Verwirrtheitszustände;
- Aggressionen und unkontrollierte affektive Äusserungen;
- depressive Zustände und Suizidalität;
- Aktivierung von Alterspatienten.

Verwirrtheitszustände

Bei der Verwirrtheit des alten Menschen – einer historischen, in der Umgangssprache häufigen, jedoch medizinisch nicht mehr allgemein gebräuchlichen Bezeichnung – handelt es sich um eine Gruppe von Symptomen, die durch einen ungeordneten Gedankengang, durch Desorientierung, Fehlwahrnehmungen (illusionsäre Verkennungen, Halluzinationen), manchmal auch durch Störungen des Schlaf-Wachrhythmus gekennzeichnet ist. Der Betroffene weiss nicht mehr, wo er sich befindet, wie er heisst, wie alt er ist, an welchem Tag, in welchem Monat oder in welchem Jahr er lebt. Er hat Mühe, sich räumlich zurechtzufinden, ist mehr oder weniger erregt und ängstlich und beschränkt seine Handlungen auf wenige mechanische, sich wiederholende Aktivitäten oder aber auf dauerndes zielloses Umhergehen.

Für die Desorientierung ist vor allem eine Schwächung des Erinnerungsvermögens verantwortlich, die zunächst Geschehnisse betrifft, die sich erst vor kurzem ereignet haben und Kindheit und



Jugend noch häufig unbeeinträchtigt lassen. Die immer grösseren Schwierigkeiten, sich an feste Anhaltspunkte zu erinnern, Gesichter, Örtlichkeiten und Dinge zu identifizieren führen zur Unmöglichkeit, die Zeit zu kontrollieren, sich örtlich und räumlich zu orientieren. So glaubt der Betroffene zum Beispiel, dass man ihn für Stunden verlässt, auch wenn es nur wenige Minuten sind. *Sein Leben ähnelt einem Film, der mitten in der Vorstellung besucht wird, und bei dem unklar bleibt, was soeben passiert oder sich abspielt.* In dieser chaotischen Welt hat der Verwirrte unweigerlich *Angst* und reagiert je nach affektivem Zustand und Persönlichkeit mit *Resignation, Depression, Feindseligkeit* oder aber mit *wahnhaften Verfolgungsideen*.

Die Ursachen sind auch häufig körperlicher Natur

Verwirrheitszustände können über längere Zeit bestehen oder aber sehr akut innerhalb von wenigen Stunden auftreten. Oft genügt eine Verlegung in eine ungewohnte Umgebung (Spital, Heim) oder der Verlust einer nahen Bezugsperson, um eine Dekompensation zu begünstigen. Neben psychischen und sozialen Belastungen sind die Ursachen häufig körperlicher Natur, wie zum Beispiel *cardiovaskuläre Krisen* (Herzinsuffizienz, Herzinfarkt), *Infektionen* (Lungenentzündung, Harnwegsinfekt), *Stoffwechselstörungen* (Entgleisungen des Blutzuckers, Flüssigkeitsmangel) und *nicht selten auch Medikamente*.

Erst wenn diese in den allermeisten Fällen *reversiblen und behandelbaren Ursachen* durch eine gründliche, ärztliche Untersuchung *ausgeschlossen* sind, dürfen die Verwirrheitszustände in Zusammenhang mit anderen chronischen, nicht behebbaren Leiden gebracht werden. Hierzu gehören im Alter vor allem *cerebrovaskuläre Erkrankungen* mit Verschlüssen kleiner und kleinster Arterien des Gehirns (Multiinfarktdemenz, «Zerebralsklerose») sowie *degenerative Veränderungen des Nervensystems* bei dem einzelne Bereiche des Gehirns zu atrophieren (schwinden) beginnen (Alzheimer Krankheit). Verwirrtheit ist somit lange nicht immer eine psychiatrische Problematik, sondern verlangt, wollen wir Irrtümer vermeiden, nach einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit Allgemeinärzten und eventuell anderen Spezialisten (Bild 2).

Resignation und Hoffnungslosigkeit sind fehl am Platz

Leidet der Betagte nun aber an einer nachgewiesenermassen irreversiblen Störung, so sind auch hier *Resignation und Hoffnungslosigkeit fehl am Platz*. Dem betagten Menschen, dem jede Art von Veränderung Mühe bereitet und der sich oft nur sehr langsam in einer neuen Umgebung zurechtfindet, soll versucht werden, die *Orientierung zu erleichtern* und somit eine möglichst *selbständige konstruktive Lebensbewältigung möglichst lange zu er-*

halten. Ein *klar strukturierter Tagesablauf*, die *Stimulation aller Sinnesreize* (zum Beispiel durch häufige Ansprache, durch Tragen von Brille, Hörgerät, Gebiss) und eine *gut erkennbare Umgebung* erleichtern ihm das Zurechtfinden.

- **Orientierungshilfen** sind Farben, Bilder, Zeichen, Uhren, Kalender und Informationstafeln an zentraler Stelle. Ein farbiger Punkt am Liftknopf weist auf das Stockwerk eines bestimmten Zimmers, ein Pfeil zeigt die Richtung zum Essraum, eine Nachtlampe orientiert in der Dunkelheit.
- **Realitätstraining** kann hilfreich und förderlich sein, indem es stimuliert, alltägliche Informationen vermittelt und Kontakte fördert. Es soll dem Betroffenen geholfen werden, sich orientiert zu verhalten und wieder einen Bezug zur Realität zu finden. Neben bereits angesprochenen Orientierungshilfen ist es wichtig, den Patienten mit einfachen und klar formulierten Sätzen immer wieder mit seinem Namen anzusprechen, uns selbst vorzustellen, Ort, Datum und Tagesablauf zu erklären. Auch ein sogenanntes Gruppenrealitätstraining hat sich bewährt.
- **Orientierungsfreundliche Umgebung.** *Unsere Alters- und Pflegeheime sind in ihrer Gestaltung dem alten (und jungen) Menschen oft nicht angepasst.* Mitarbeiter und Bewohner treffen *uniforme bauliche Bedingungen* an, bei denen sich Abteilungen, Stationen und Zimmer fast aufs Haar gleichen. Eine *individuellere Ausstattung* würde hier nicht nur die Orientierung erleichtern, sondern dem betagten Heimbewohner auch den benötigten Gestaltungs- und Handlungsfreiraum lassen. Spürt er, dass seine Handlungen keine Wirkung mehr zeigen, dass er an Entscheidungen nicht mehr beteiligt wird, kommt es oft zu Hilflosigkeit und Depression oder zu Aggressionen und Trotzhandlungen (zum Beispiel bestimmte Formen der Inkontinenz). Besonders ausgeprägt kann dies bei Dauerbewohnern von Mehrbettzimmern sein, die zum Beispiel die Kontrolle über ihre sozialen Beziehungen verlieren, nicht mehr entscheiden können, wann sie alleine sein wollen oder nicht.

Aggressionen und unkontrollierte affektive Äusserungen

Es wurde bereits erwähnt, dass das Alter eine Lebensphase ist, die zu *weitreichenden psychosozialen Umstellungen* zwingt, obwohl viele Betagte mit Mehrfachbehinderungen zu leben haben und bei allen älteren Menschen diejenigen geistigen Fähigkeiten, die ein rasches Erfassen und Verarbeiten komplexer Zusammenhänge erfordern, im Verlauf des Lebens kontinuierlich abnehmen. Wenn nun schon gesunde Betagte sich *langsamer auf neue Situationen einstellen*, inwiefern komplizierter und überfordernder ist es dann für den Kranken mit Störungen der Hirnfunktionen. Dieser kann sich oft unglaublich aufregen und schnell wechselnde Stimmungen zeigen, vor allem dann, wenn er mit ungewöhnlichen Situationen, komplexen Abläufen oder Ansammlungen von Menschen konfrontiert wird. In fortgeschrittenen Stadien können auch *alltägliche Situationen* von der eingeschränkten Denkfähigkeit *nicht mehr verarbeitet werden*. So heisst nun zum Beispiel ein Bad nehmen für den Betroffenen, dass er das entsprechende Zimmer finden, sich ausziehen, den Hahn aufdrehen und in die Badewanne steigen muss. Er kann sich unsicher und in seiner Privatshpäre gestört fühlen.

Auch *Schmerzen, körperliches Unwohlsein, Alkohol* und nicht zuletzt *Wahnideen* und *Halluzinationen*, die durch eine normale Logik und Argumentation nicht beeinflussbar sind, können oft Ursache von Aggressionen sein. Der alte Mensch, der aus Vergesslichkeit Dinge verlegt, ist zum Beispiel trotz gegenteiliger

Versicherungen fest überzeugt, dass man ihn bestiehlt, ihm Böses will oder über ihn redet. Er wird *verunsichert* und *wütend* und verlangt oft heftig nach Verständnis und Unterstützung für seine Belange.

Der Umgang mit aggressiven Patienten

Der Umgang mit aggressiven Patienten ist immer *sehr schwierig, zeitraubend* und wird von den Beteiligten im allgemeinen als *schmerzhaft* und *zerstörerisch* erlebt. Es kann helfen zu wissen, dass hier nicht Gemeinheit und Widerspenstigkeit im Spiel sind, sondern dass es sich um die *Reaktionen eines überforderten, verunsicherten und ängstlichen Menschen* handelt.

Neben der Eruiierung der Ursache der Aggressionen, die zusammen mit allen Beteiligten, gegebenenfalls auch im Team erfolgen sollte, gibt es einige *generell anwendbare Verhaltensweisen*:

Die *eigene Sicherheit*, eine eher *tiefe, ruhige Stimme* wirken auch auf den Patienten beruhigend. Es kann versucht werden, ihn *abzulenken*, in eine *Handlung einzubeziehen* und diese immer gut und langsam zu erklären beziehungsweise sich zu vergewissern, ob er sie auch verstanden hat. Tätigkeiten, die den Patienten erregen sind nur dann sinnvoll, wenn sie für den Betroffenen wirklich wichtig sind.

Bei schweren aggressiven Zuständen und bei Wahnideen und Halluzinationen ist der *Einsatz von Medikamenten* durchaus zu vertreten. Auch kann es hilfreich sein, ein *Verhaltensprogramm* für einen vielleicht ungeduldigen und eigenwilligen Menschen zu erarbeiten, was jedoch voraussetzt, dass dieser nachher auch erfassen kann, wo seine Grenzen liegen, welches die Konsequenzen seines Verhaltens sind und dass alle Betreuer über dieses Programm informiert und damit einverstanden sind.

Depressive Zustände und Suizidalität

Auch im Alter sind depressive Zustände häufig und – entgegen einer verbreiteten Zurückhaltung – durch entsprechende Massnahmen auch *gut behandelbar*. Die depressive Symptomatik erscheint jedoch verschwommener, breitgefächerter und besitzt häufig eine besondere Färbung.

Dass bei Betagten vor allem reaktive Störungen überwiegen, entspricht der Tatsache, dass das Alter einen natürlichen Lebensabschnitt darstellt, in dem, bei häufig verminderten Reserven, zahlreiche Anpassungsprozesse zu leisten sind.

Charakteristisch ist bei älteren *Depressiven* zwar auch das Kernsyndrom mit Antriebs- und Freudlosigkeit, Minderwertigkeitsgefühlen, Selbstvorwürfen, Appetit- und Schlafstörungen, jedoch bestehen darüber hinaus auch häufig Symptome wie Angst, Reizbarkeit, Klagsamkeit, Misstrauen und hypochondrische Beschwerden. Auch Resignation, Müdigkeit und Verlangsamung können vorherrschen und an eine *hirnorganische Störung* erinnern. Klagt der alte Mensch aus seinem depressiven Erleben heraus auch noch darüber, dass sein Gedächtnis schwindet, dass er sich nicht mehr konzentrieren kann und dass seine Leistungen nachlassen, so ist naheliegend, an einen beginnenden *Hirnbauprozess* zu denken und hier die Diagnose einer Depression zu versäumen. Andererseits können auch Menschen mit Hirnleistungsstörungen bedrückt und traurig sein und über ihr schlech-

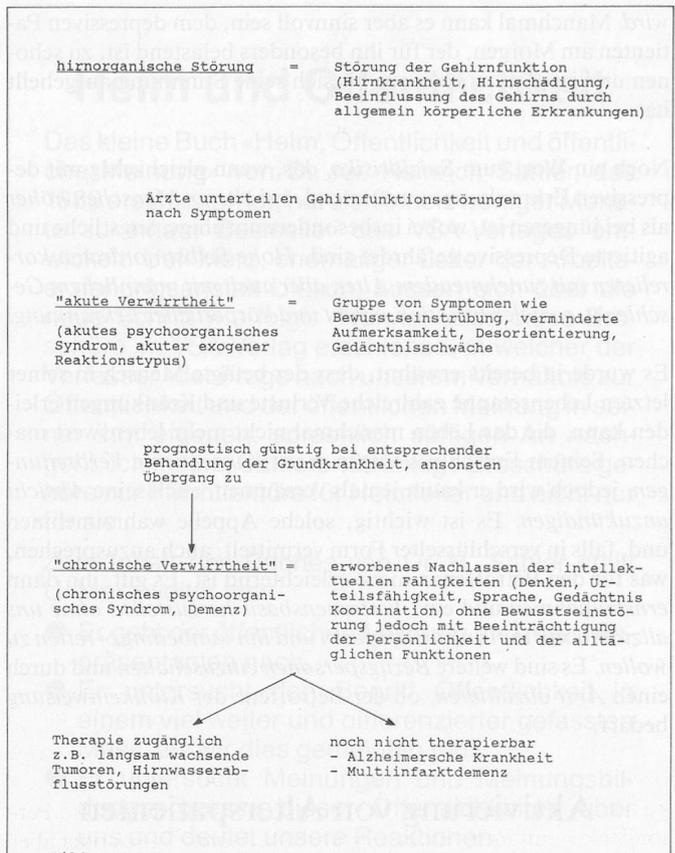


Bild 2

tes Befinden klagen. *Die Unterscheidung ist oft sehr schwierig*, oft hilft nur ein Behandlungsversuch. Andere Ursachen einer Depression sind nicht cerebrale körperliche Erkrankungen (zum Beispiel Herzinsuffizienz) oder Reaktionen auf bestimmte Lebensumstände. Ist ein depressives Zustandsbild einmal diagnostiziert, kommt neben Gesprächen mit dem Betroffenen, Einbezug seiner Angehörigen und einer gezielten medikamentösen Therapie auch dem *Verhalten von betreuenden und pflegenden Bezugspersonen eine grosse Bedeutung* zu. Welche Empfehlungen gibt es nun für den Umgang mit Depressiven?

Einmal ist zu sagen, dass sicher *gut gemeinte Tröstungsversuche* wie Schulterklopfen oder Aufforderungen nach dem Motto «du musst dich etwas zusammenreissen», «du musst nur wollen», «mit etwas gutem Willen» *wenig nützen*, sondern Mutlosigkeit und Minderwertigkeitsgefühle nur verstärken, da es ja gerade oft unmöglich ist, selbst aus der Depression herauszukommen. Sinnvoller wäre es, zum Beispiel zu sagen: «Es wird sicher wieder besser, aber ich kann verstehen, dass sie dies im Moment nicht glauben und annehmen können!».

Der Depressive braucht auch *persönliche Zuwendung, die aber niemals aufdringlich sein darf*. Im Gespräch ist das *anteilmehmende Zuhören* im allgemeinen *wichtiger als die eigene Äusserung*, wobei es oft schwierig ist, sich von der Hoffnungslosigkeit, die manche depressive Menschen ausstrahlen, nicht anstecken lassen. Manchmal ist es unumgänglich, dass der Betreuer kleinere Entscheidungen für den antriebs- und willenlosen Kranken trifft, wobei die Gefahr nicht ausser Acht gelassen werden darf, dass man ihn wie ein kleines Kind behandelt und dadurch noch tiefer in seine Hilflosigkeit stürzt. Sein resignierter Zustand lässt leicht vergessen, dass er in Wirklichkeit alles gut wahrnimmt und besonders Negatives genau registriert. *Es ist eine dankbare Aufgabe, fordert jedoch auch sehr viel Einfühlungsvermögen, den Patienten so zu aktivieren, dass er weder überfordert ist, noch die Wiederinstandstellung seiner eigenen Initiative hinausgezögert*

wird. Manchmal kann es aber sinnvoll sein, dem depressiven Patienten am Morgen, der für ihn besonders belastend ist, zu schonen und im Bett zu belassen bis sich seine Stimmung aufgehellt hat.

Noch ein Wort zum *Suizidrisiko*, das, wenn gleichzeitig mit depressiven Erkrankungen auftretend, *bei älteren Menschen höher* als bei jüngeren ist, wobei insbesondere unruhige, ängstliche und agitierte Depressive gefährdet sind. *Hohe Selbstmordraten korrelieren mit zunehmendem Alter, aber auch mit männlichem Geschlecht, sozialer Isolation, Sucht und körperlicher Erkrankung.*

Es wurde ja bereits erwähnt, dass der betagte Mensch in seiner letzten Lebensetappe zahlreiche Verluste und Kränkungen erleiden kann, die das Leben manchmal nicht mehr lebenswert machen. Seinem Entschluss folgen meist *konsequente Verbreitungen*, jedoch wird er kaum jemals versäumen, auch seine *Absicht anzukündigen*. Es ist wichtig, solche Appelle wahrzunehmen und, falls in verschlüsselter Form vermittelt, auch anzusprechen, was für den Betroffenen meist erleichternd ist. Es gilt, ihn dann *ernstzunehmen* und eine *Vertrauensbasis herzustellen ohne uns allzusehr mit ihm zu identifizieren und ihn «unbedingt» retten zu wollen*. Es sind weitere *Bezugspersonen einzuschalten* und durch einen *Arzt abzuklären*, ob der Betroffene der *Klinikeinweisung* bedarf.

Aktivierung von Alterspatienten

Es wird den meisten in der Betreuung älterer Menschen Tätigen bekannt sein, wie *schwer* es ist, diese für eine Beschäftigung zu

aktivieren. Einerseits bleibt neben den vielen pflegerischen Aufgaben und dem hinlänglich bekannten Personalmangel oft nur wenig Zeit für diese Aufgaben, andererseits wirkt der Betagte schnell überfordert, ängstlich, gelangweilt und würde lieber eine «richtige Arbeit» verrichten.

Altenpflege, vor allem stationäre Altenpflege, ist heute im wesentlichen durch gerontopsychiatrische Probleme gekennzeichnet.

Es kann erleichternd wirken, wenn vor jeder Aktivierung die *Defizite* sowie die *Ressourcen* des Patienten *berücksichtigt* werden. Es geht dabei um die Beantwortung der Fragen, wo die *Stärken*, die *Interessen* und die *Fähigkeiten* des Betroffenen liegen und welches seine *Schwächen* und allenfalls auch *behandelbaren Krankheiten* (zum Beispiel Depression) sind (Bild 3).

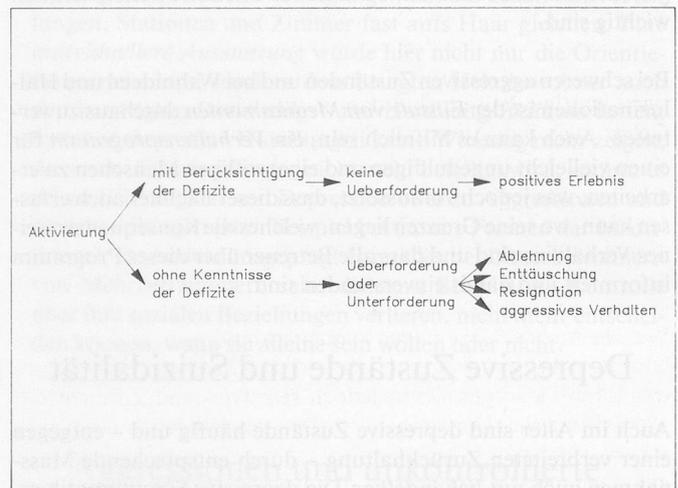


Bild 3

Therapeutisch kaum angehbare Behinderungen sind auch *hirnorganisch bedingte Störungen der Koordination*, des *Mitteilungsvermögens* und des *Sprachverständnisses*. So kann der Kranke zum Beispiel seine Fähigkeit verlieren, seine Hände und Finger für bestimmte alltägliche Verrichtungen und Bewegungen, wie zum Beispiel Essen, zu gebrauchen. Er weiss zwar, was er tun will, aber der vom Gehirn kommende Befehl erreicht Hände und Finger nicht, obgleich diese weder steif noch schwach sind. Man spricht dann von einer Störung der Handgeschicklichkeit oder von einer *Apraxie*. Auch das Sprachverständnis und der Sprachentwurf können bei intaktem Gehör, Mund- und Rachenraum durch eine gestörte Hirnfunktion beeinträchtigt sein (*Aphasie*). Der alte Mensch kann dann einfache Objekte nicht mehr benennen (Wortfindungsstörungen), reiht alltägliche Phrasen aneinander, die aber bei einer näheren Überprüfung keinen Sinn ergeben. Andere wiederum können das ihnen Gesagte oder schriftliche Informationen nicht mehr verstehen und nicht mehr begreifen, was oft als mangelnde Kooperation interpretiert wird.

Überlegungen vor der Aktivierung

1. Leidet der Betroffene an *Bewegungsstörungen*, ist eine Beschäftigung mit den Händen weniger geeignet, hingegen eher eine *Aktivierung durch Musik*. Sind das *Sprechvermögen* und

Abonnements-Bestellung

für das monatlich erscheinende

Schweizer Heimwesen

Fachblatt VSA

Name _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Jahresabonnement Fr. 63.–

Halbjahresabonnement Fr. 40.–

Preisreduktion für VSA-Mitglieder

Bitte ausschneiden und einsenden an

Stutz + Co. AG, Offest + Buchdruck
8820 Wädenswil, ☎ 01 780 08 37

das Sprachverständnis gestört, kann auf *Handarbeiten, Musik* oder *Singen* ausgewichen werden. Erzählt man bei einem Patienten mit *Gedächtnisstörungen* Texte mit Fortsetzung des Themas, weiss er beim nächsten Mal mit Sicherheit nicht mehr, worum es geht. Geeignet sind hier eher *Musik* oder *Gespräche über die weit zurückliegende Vergangenheit* oder der unmittelbaren Gegenwart. Ist ein Patient *motorisch* oder *sprachlich unruhig*, hat er den Drang sich zu bewegen, wird er bei einer sitzenden Tätigkeit oder bei stiller Konzentration überfordert sein. Empfehlenswert sind in solchen Fällen *Spaziergänge, Bewegungsgruppen oder aktive Spiele*.

2. Der Betroffene sollte in kleinen Schritten in das Thema eingeführt werden, dies unter Verwendung möglichst weniger verschiedener Werkzeuge und Materialien. Soll sich ein älterer Mensch mit einer Störung der Gehirnfunktion oder auch einer Depression unter vielen verschiedenen Möglichkeiten entscheiden, so kann er leicht überfordert sein, will vielleicht dann nichts anrühren, will den Raum verlassen und wird sich weigern, das nächste Mal an der Therapie teilzunehmen. *Altbewährte Tätigkeiten, zum Beispiel aus Haushalts- oder eventuell Berufsleben sind ungewohnten, neuen Aktivitäten vorzuziehen.*

3. Es hat sich bewährt, wenn der Betreuer in *möglichst einfachen Sätzen* spricht, pro Satz nur eine Information gibt und hierbei auch *Mimik* und *Gestik* einsetzt. Viele ältere Menschen können langen und komplizierten Erklärungen nicht mehr folgen, benötigen häufige Pausen, sind darauf angewiesen, dass neben dem Gehör auch ihre Augen als Sinnesorgan angesprochen werden. *Körperkontakte*, wie zum Beispiel den Arm des Patienten während der Anleitung antippen oder die Hand auf seine Schulter legen, häufiges Loben, vermehrte Zuwendung wirken in der Regel motivierend und förderlich für die Konzentration.

Unser Artikel richtet sich an all diejenigen, die sich täglich um Betagte mit psychischen Problemen kümmern. Er soll zu einem besseren Verständnis beunruhigender Symptome und Verhaltensweisen beitragen, kann jedoch selbstverständlich nicht auf alle Besonderheiten eingehen. Im Zweifelsfalle sollte nicht gezögert werden, einen Sachverständigen hinzuzuziehen oder aber mit einem Supervisor die Bemühungen im Hinblick auf die Betreuung älterer Menschen zu teilen.

Psychische Beeinträchtigungen bei Betagten führen keineswegs obligatorisch zu Dauerhospitalisation, Demenz und Tod, sondern sind oft unter Ausschöpfung entsprechender Möglichkeiten ambulant behandelbar.

Literatur: Quellennachweis

1. Kielholz P., Adams C., Der alte Mensch als Patient, Deutscher Ärzte Verlag, Köln, 1986.
2. Mace N.L., Rabins P.V., Der 36 Stunden Tag, Verlag Hans Huber, Bern.
3. Martin E., Jonod J.-P., Lehrbuch der Geriatrie, Verlag Hans Huber, Bern, 1986.
4. Scharfetter Ch., Allgemeine Psychopathologie, Thieme, Stuttgart, 1985.
5. Schweizerischer Landesbericht zuhanden der UNO-Weltkonferenz über das Altern. Redaktion: Nationales Komitee Schweiz für die UNO-Weltkonferenz über das Altern. Herausgeber: Schweiz. Stiftung Pro Senectute, 1982.
6. Uechtenhagen A., Jovic N., Psychogeriatric, Fachverlag, Zürich, 1988.
7. Weakland J.H., Herr J.J., Beratung älterer Menschen und ihrer Familien, Verlag Hans Huber, Bern, 1984.

Heim und Öffentlichkeit

Das kleine Buch «Heim, Öffentlichkeit und öffentliche Meinung» von Dr. iur. Heinrich Sattler, das 1986 erschienen ist, hat sich innert weniger Monate zu einem Bestseller des VSA-Verlages entwickelt. Ueli Merz, ehemaliger Leiter der Arbeits-erziehungsanstalt Uitikon, äussert sich über die neue Schrift wie folgt: «Nun ist» also diese Broschüre im VSA-Verlag erschienen, in welcher der Verfasser «der Frage nach unserem Verhältnis zur Öffentlichkeit und der öffentlichen Meinung in seiner ihm eigenen, sprachlich süffigen Art nachgeht. Ich meine, Sattlers 19fränkige Broschüre gehöre zur Pflichtlektüre für Heimleiter und nicht nur für sie . . .»

Zum Inhalt des Buches von Dr. H. Sattler stellt U. Merz weiter fest:

- Er geht der öffentlichen Meinung und ihren Repräsentanten nach.
- Er untersucht den Begriff Öffentlichkeit in einem viel weiter und differenzierter gefassten Mass, als wir dies gemeinhin tun.
- Er untersucht Meinungen und Meinungsbildungsprozesse dieser Öffentlichkeiten über uns und deutet unsere Reaktionen.
- Und er macht «behutsame Vorschläge für den Umgang mit dem gegenseitigen Ärgernis» und fängt dort eben nicht beim Umgang mit Radio DRS und dem Fernsehen an, sondern bei den kleinen alltäglichen Dingen, die zur Imagebildung jeder Institution viel mehr und viel Nachhaltigeres beitragen, als ein schöner Artikel in einer Wochenzeitung.

Im Verlag VSA sind aus der «Werkstatt» von Dr. H. Sattler ferner erhältlich: «Administrative Arbeitshilfen für Altersheime» (Musterformulare mit Erläuterungen) und «Versicherungen im Heim».

Bestellschein

Wir bestellen hiermit

.....Exemplar(e) «Heim, Öffentlichkeit und öffentliche Meinung» zu Fr. 19.–.

.....«Administrative Arbeitshilfen für Altersheime» zu Fr. 13.–.

.....«Versicherungen im Heim» zu Fr. 15.– (alle drei Broschüren exkl. Versandkosten)

Name, Vorname _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Unterschrift, Datum _____

Bitte senden an Sekretariat VSA, Verlagsabteilung, Seegartenstrasse 2, 8008 Zürich.