

Sozialpsychiatrische Aspekte des Alters; Prophylaxe von psychischen Krankheiten bei Betagten

A. Hedri

Artikel eingegangen am 2. Oktober 1970

Zusammenfassung

Eine Prophylaxe seelischer Störungen im höheren Alter setzt eine Theorie zur Dynamik des psychischen Alterungsprozesses voraus. Eine soziokulturell mitbedingte Wendung der aggressiven Dynamismen gegen die eigene Person wird durch das Altern gefördert. Altersselbstmordfälle zeigten einwandfrei, daß körperliche Gebrechen, Vereinsamung, Psychose, Untätigkeit die Hauptrolle bei seelischen Störungen spielen. Unter den Psychosen wird nebst den wohlbekannten Altersdepressionen noch auf die sogenannten «vorzeitigen Versagungszustände» hingewiesen, die selbstmordfördernd wirken. Nachdem die konkreten Möglichkeiten einer Prävention erörtert werden, schließt die Arbeit mit drei klinischen Beispielen.

Die freundliche Aufforderung der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Präventivmedizin, Ihnen ein Referat über sozialpsychiatrische Aspekte des Alters, über Prophylaxe von psychischen Krankheiten bei Betagten zu halten, erfüllte mich mit großer Freude, aber auch mit Demut.

Die Hochburg der Geronto-Psychiatrie ist zweifelsohne die französische Schweiz, insbesondere Lausanne und Genf. Das Lehrbuch der Alterspsychiatrie par excellence stammt von Müller (1967), den Fortbildungskurs der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie: «Die Psychiatrie des Alters» haben vollumfänglich Autoren der französischen Schweiz bestritten: Müller (1969), Ciompi (1969), Tissot, Richard und Constantinidis (1969), der so früh und tragisch verstorbene Villa (1969), Burner (1969) usw. Wenn wir unseren Blick auf die Sondernummer der «Therapeutischen Umschau», die dem Thema: Sozial- und Präventivmedizin gewidmet war, richten, verdanken wir die wichtigsten Aussagen Delachaux (1969) in seinem Beitrag: «La prévention des infirmités de la vieillesse».

Andererseits hat die Gerontologie in der deutschsprachigen Schweiz reiche Traditionen, um nur die Namen von Gsell, Schäfer,

Schär und Steinmann zu nennen, ganz abgesehen vom Lebenswerk von Verzár und vom Doyen der Gerontologie, A. L. Vischer. Unter diesen Umständen werden Sie es vielleicht nicht als Überheblichkeit, sondern als Informationsbereitschaft interpretieren, wenn ich das einzige tue, mit dem ich Ihnen dienen kann: über eigene Impressionen berichte, die ich während 20 Jahren klinischer Tätigkeit und während meiner Arbeit als Präventivmediziner sammelte. Einige Überdeckungen mit an dieser Tagung zur Sprache gekommenen und kommenden Themen ließen sich nicht vermeiden und weisen darauf hin, daß die Selbstmordproblematik und die Prophylaxe körperlicher Gebrechen aus der Psychoprophylaxe nicht mehr wegzudenken sind.

Wenn ich das Wort «Impressionen» brauchte, wollte ich damit betonen, daß ich nicht in erster Linie über quantitative und statistisch abgesicherte Daten berichten möchte. Vischer (1965, 1968) hat betont, daß das Alter das Individuelle noch individueller macht, und so müssen wir uns fragen, ob der Weg der Untersuchung einzelner menschlicher Schicksale dem mathematischen manchmal nicht ebenbürtig ist.

Darum wird die vorliegende Arbeit so gegliedert, daß sie drei verschiedenen Aspekten zu dienen versucht: Vorerst soll versucht werden, eine dynamische Psychiatrie des Alters herauszuarbeiten. Die meisten Autoren sind sich einig, daß eine solche Theorie noch nicht vorhanden ist. Dieser erste Teil ist der einzige theoretischen Charakters, alle anderen bewegen sich auf dem festen Boden der Empirie. Einmal bin ich gezwungen, quantitative Daten zu liefern, namentlich in der Frage des Altersselbstmordes, weil ich davon ganz konkrete prophylaktische Schlüsse ableite. Im letzten Teil bediene ich mich meiner Lieblingsmethode: ich führe Ihnen Beispiele als Modellfälle vor, die für sich sprechen und Material zum Nachdenken geben.

Und nun zum vulnerablen Teil: zur Theorie. Es ist mir aufgefallen, daß die wenigen Autoren, die es versuchten, den psychischen Alterungsprozeß dynamisch zu interpretieren, meistens – wahrscheinlich unter dem Einfluß analytischer Denkweise – vom libidotheoretischen Ausgangspunkt das Problem zu lösen versuchten. In einer Monographie, *Hedri* (1964), glaubte ich den Standpunkt vertreten zu dürfen, daß das Schicksal der Libido im höheren Alter vielleicht weniger wichtig sein dürfte als das Schicksal der aggressiven Dynamismen. Ich habe die Arbeitshypothese aufgestellt, der psychische Alterungsprozeß erleichtere die Wendung der Aggressionen gegen die eigene Person, und dachte damals sogar, im höheren Alter eine «physiologische» Wendung der Aggression gegen das eigene Ich erblicken zu dürfen. Heute distanzieren mich von meiner eigenen damaligen Auffassung und sehe in der Tendenz der Autoaggression eine soziokulturell mitbedingte Erscheinung. Um die sozialpsychiatrischen Aspekte näher abklären zu können, habe ich einen Weg eingeschlagen, zu welchem mich ein Dichtertext inspiriert hat: «Was die Lebenden uns verbergen, verraten uns die Verstorbenen...» Ich bin von der Arbeitshypothese ausgegangen, daß wir, wenn wir die seelischen Nöte alternder und alter Menschen erfahren möchten, uns an diejenigen wenden müßten, welche die *letzte* Konsequenz gezogen haben, und diese im buchstäblichen Sinne des Wortes letzte Konsequenz ist der *Selbstmord*. Natürlich haben viele Psychiater nach einem Selbstmordversuch die Geretteten exploriert, aber die moderne Selbstmordforschung unterscheidet den Selbstmordversuch von dem erfolgreichen Selbstmord, und diese Differenzierung ist berechtigt: Suizidversuch und Suizid weisen wesentliche epidemiologische Unterschiede auf, und dieser Unterschied ist gerade im höheren Alter noch ausgeprägter.

Erfolgreichen Selbstmorden nachzugehen ist in der Schweiz durchaus möglich, da in den meisten Kantonen für außergewöhnliche Todesfälle eine Meldepflicht besteht, so daß die sogenannte Dunkelziffer auf ein Minimum reduziert ist. Jeder Selbstmord wird gründlich untersucht, nicht zuletzt um ein Verbrechen oder einen Unfall auszuschließen. Die Protokolle sind mit einer derartigen Sorgfalt verfaßt, daß es dem Psychiater möglich ist, auf die Lebenssituation des Selbstmörders zur Zeit seiner Tat Rückschlüsse zu ziehen. Natürlich kann man von diesen Protokollen nicht erwarten, daß sie eine psychiatrische Fachdiagnose beinhalten, jedoch konnte man an Hand der Untersuchungen rekonstruieren, welches die wichtigsten Komponenten des Motivbündels waren, und sogar, in welchen Fällen eine ausgesprochene Psychose vorhanden war.

Auf diese Weise wurden von mir in Zürich die Selbstmorde verarbeitet, die zwischen dem 1. Januar 1961 und 31. Dezember 1965 von 65jährigen und älteren Männern und Frauen im Kanton Zürich begangen worden sind. Die folgende Tabelle orientiert über die Selbstmorde im höheren Alter im Kanton Zürich:

Alter	Männer	Frauen	Total
65 bis 74	30	14	44
75 und mehr	22	14	36
Total	52	28	80

Tab. 1 Altersselbstmord im Kanton Zürich 1961–1965.

Aus diesen Zahlen geht hervor, daß die größere Häufigkeit des vollendeten Selbstmordes bei Männern auch im höheren Alter als Regel betrachtet werden darf.

Die nächste Tabelle ist für unsere Betrachtungen von Bedeutung, wir haben die Lebenssituationen tabellarisch dargestellt. Der Häufigkeit nach war Hauptsache im Motivbündel:

	Körperliche Gebrechen	Psychose	Vereinsamung
Männer	20	14	10
Frauen	10	13	4

Tab. 2 Wichtigste Lebenssituationen bei Altersselbstmord.

Auf diese Daten kommen wir noch zurück, weil wir unsere prophylaktischen Überlegungen auf diese Erfahrungstatsachen stützen wollen.

Vorerst aber müssen wir Ihnen noch die weniger häufigen Lebensumstände tabellarisch zusammenfassen, um alle unsere Fälle erfaßt zu haben.

	Pensionierung	Alkohol	Umzug
Männer	4	3	1
Frauen	–	1	–
Total	4	4	1

Tab. 3 Die weiteren Lebenssituationen.

Wir konzentrieren uns jetzt auf die drei häufigsten Lebenssituationen unserer Lebensmüden. Unter den körperlichen Gebrechen spielten die Herz- und Kreislaufstörungen die größte Rolle und insbesondere die Folgen eines Schlaganfalles. Hier können wir die ersten prophylaktischen Gedanken äußern, indem wir ganz allgemein auf die Lebensweise hinweisen, die geeignet ist, den arterio-

sklerotischen Vorgang so lange wie möglich einzudämmen. Nach dem erfolgten Schlaganfall müssen wir bedenken, daß etwa 80% der Fälle nicht auf Massenblutung, sondern auf thrombotische Vorgänge zurückzuführen sind, so daß eine sorgfältige Pflege und eine fachgerechte Rehabilitation die Chancen eines ersprießlichen Daseins wesentlich erhöhen.

Auffallend häufig haben wir als Hauptmotiv das Nachlassen der Funktionen der Sinnesorgane angetroffen. In erster Linie war es die Beeinträchtigung der Sehkraft, die diese alternden Menschen zum Verzweifeln brachte. Wenn wir bedenken, daß die häufigsten Alterskrankheiten im ophthalmologischen Bereiche, der graue und grüne Star, für fachärztliche Eingriffe zugänglich sind, wird es uns klar, daß rechtzeitige somatische Therapie gleichzeitig Psychoprophylaxe in gerhygienischem Sinne sein kann.

Wesentlich schwieriger ist die Lage bei der Altersschwerhörigkeit. Erfahrungsgemäß beeinträchtigt der Verlust des Gehörs den menschlichen Kontakt einschneidend. Krankhafte seelische Entwicklungen haben oft ihren Ursprung in einer Kommunikationsunfähigkeit, die durch Schwerhörigkeit zustande gekommen ist. Dazu kommt, daß die Altersschwerhörigkeit heute als klassische Innenohrstörung aufgefaßt wird, für die als solche zurzeit noch keine spezifische Therapie bekannt ist. Hörgeräte können viel eher bei den Schalleitungsstörungen als bei den Perzeptionsstörungen Hilfe leisten. Hier müssen wir bei der Umgebung um Verständnis werben. Wir müssen anstreben, daß mit diesen Leuten nicht laut, sondern langsam und deutlich gesprochen wird, und es sollte versucht werden, soweit dies möglich ist, die Betroffenen zu beeinflussen, sich im Ablesen von Mundbewegungen zu üben.

Außerordentlich große Bedeutung kommt selbstverständlich den Alterspsychose zu. In diesem Zusammenhang möchten wir nur

auf zwei Krankheitsbilder hinweisen. Die den Selbstmord am meisten fördernde Psychose ist sicher die Altersdepression. Hier kann eine sicher erfolgreiche Selbstmordprophylaxe in einer rechtzeitigen Hospitalisierung bestehen. Die Hospitalisierung von Alterspatienten ist ein im Augenblick noch nicht ganz gelöstes Problem, weil die einweisenden Ärzte mit einem Platzmangel zu rechnen haben. Wir können mit Freude feststellen, daß in dieser Hinsicht gerade heutzutage viel geschieht, und es ist zu hoffen, daß der Platzmangel in absehbarer Zeit überwunden sein wird.

Wegen der praktischen Bedeutung möchte ich hier auf ein Krankheitsbild hinweisen, welches als «vorzeitiger Versagungszustand» beschrieben wurde. Ob es sich um eine Krankheitseinheit handelt, muß noch entschieden werden. Tatsache ist, daß in der letzten Zeit immer wieder Patienten zur Untersuchung kommen, meistens im vierten und fünften Jahrzehnt, die über allgemeine und psychosomatische Beschwerden klagen, im Familien- und im Berufsleben versagen, suizidal gefährdet sind und bei denen keine der bisher bekannten Alterspsychose nachzuweisen sind.

Es mag auf den ersten Blick vielleicht paradox erscheinen, daß wir das Krebsproblem unter den psychischen Fragen und nicht unter den körperlichen Gebrechen erwähnen. Allein bei unseren Selbstmordfällen ist aufgefallen, daß es nicht etwa unheilbare, inoperable Karzinomkranke waren, die als eine Art «Bilanzselbstmord» den Freitod gewählt hätten. Nein, die Menschen, die mit der Motivation «Krebs» Suizid begingen, hatten *nachgewiesenerweise* keinen. Nicht der Krebs, sondern die hypochondrisch überbewertete Angst vor dem Krebs war der letzte Grund ihrer Verzweiflung. Systematische Reihenuntersuchungen hätten also in dieser Hinsicht nicht nur den Vorteil der Frühdiagnose und Frühtherapie, sondern könnten

auch zur Prävention seelischer Störungen beitragen.

Die Frage der Isolierung ist ein brennendes Problem geworden. Das am schwersten zu überwindende ist sicher der Tod des Ehepartners. Je besser die Ehe war, je glücklicher das Zusammensein, um so größer die Leere, um so quälender das Alleingewordensein. Hier ist die Prävention vor Aufgaben gestellt, die das Menschenmögliche manchmal übersteigen. Für den verstorbenen Lebensgefährten kann es keinen Ersatz geben. Dankbare Kinder und Enkel können hier und da die Lücke teilweise überbrücken, des öftern aber muß ein sozialer Eingriff vorgenommen werden. Altenklubs haben sich bewährt, bedeuten den Alleingeblienen auch dann etwas, wenn sich diese Leute vielleicht nur einmal in der Woche treffen. Wie dem auch sei, die Integration des alten Menschen ist noch nicht gelöst, vielmehr sehen wir eine Art Segregation, noch gefördert durch den Generationenkonflikt.

Erlauben Sie mir schließlich, daß ich – doch ein unverbesserlicher Kliniker – drei klinische Beispiele bringe:

Beispiel 1. Eine 85jährige Frau, Witwe eines Nobelpreisträgers, kommt wegen einer Altersdepression zu uns. Nach glücklicher Jugend Matur, Phil. I und gewisse Kurse der Akademie. 1917 Eheschließung mit einem Professor der Physiko-Chemie. Die Ehe wurde belastet durch einen Stiefsohn, und es kam schließlich zu einer Scheidung. Die Frau emigrierte 1932 nach Amerika, pflegte Bekanntschaft mit Thomas und Heinrich Mann, Albert Einstein usw. Erfülltes Leben bis 1969, dann Apoplexie. Mit unendlicher Energie hat sie sich selber «rehabilitiert», nur noch Reste einer Hemiparese sind nachzuweisen. Ihre Tragik besteht nicht in der Vereinsamung, im Gegenteil im Angewiesensein an eine Drittperson. Mit 84 Jahren verfaßte sie ein Buch über ihr Leben. Wir zitieren die ersten

vier und die letzten vier Zeilen, die in Gedichtform geschrieben sind: *Zum Eingang*: «Was ich lächelnd einst erzählte / überschattet leises Trauern / dieses Leben, das mich wählte / brachte Freude und Bedauern.» *Zum Ende*: «Doch im Leben ist höchste Kunst: / Daß die Herzen niemals erkalten / das Stäublein Licht im Nebel und Dunst / für eine wärmende Sonne halten.»

Beispiel 2. Ein 75jähriger Schriftsteller kommt wegen Altersdepression zu uns. Un auffällige Jugend, Germanistik, Dr. phil. Erfolgreicher Autor, seine Stücke liefen über 40 Bühnen. Freiwillige Emigration vorerst in die Schweiz, dann nach Amerika. 35 Jahre dauernde glückliche Ehe mit einer Opernsängerin. 1968 Tod der Ehefrau. Seither «trage ich eine Kugel in meinem Körper», «meine einzige Hoffnung besteht darin, doch bald abgerufen zu werden». Antidepressive Behandlungen vermochten wenig zu verrichten, systematische kurze Aussprachen brachten ihn so weit, daß er erneut zu schreiben begann und 600 Aphorismen verfaßte, die er bei der Kontrolluntersuchung mitbrachte. Ein einziges Zitat: «Wir verfallen leicht dem Irrtum, daß wir das, was wir beschreiben können, auch bereits verstanden haben.»

Beispiel 3. Ein 94jähriger Philosoph lebte in der letzten Zeit in der Neuen Welt, und es war sein innigster Wunsch, nach Europa zurückzukehren und seinen Lebensabend in seiner Wahlheimat, in der Schweiz, zu verbringen. Blind und in einem Fahrstuhl kam er zu uns. Seine Schwester war Tag und Nacht bei ihm, pflegte ihn aufopfernd, und der blinde Greis hat bis zum letzten Augenblick, bis zum Erlöschen seines physischen Daseins ein zufriedenes Lächeln gehabt.

Bei den erwähnten Fällen habe ich Ihnen keine Katamnese gebracht. Im hohen Alter gibt es nur eine absolute Katamnese. Bei diesem letzten Fall verfüge ich über diese letzte Information: Dieser Mann starb mit 96 Jahren, und seine Wahlheimat, die Schweiz, hat an seiner letzten Ruhestätte ein Ehrenmal errichtet.

Literatur

- Burner M.*: L'abord psychothérapeutique du malade âgé. In: Die Psychiatrie des Alters. Karger Basel-New York 1969.
- Ciampi L.*: Aktuelle Probleme der geronto-psychiatrischen Forschung. In: Die Psychiatrie des Alters. Karger Basel-New York 1969.
- Delachaux A.*: La prévention des infirmités de la vieillesse. *Therapeutische Umschau* 26, 567-570 (1969).
- Hedri A.*: Der alte Mensch und die psychiatrische Klinik. Schwabe Basel-Stuttgart 1964.
- Hedri A.*: Der Altersselbstmord als präventivmedizinisches Problem. *Therapeutische Umschau* 28, 571-573 (1969).
- Heimann H.*: Der Schlaf und seine Störungen im Alter. In: Die Psychiatrie des Alters. Karger Basel-New York 1969.
- Müller Ch.*: Alterspsychiatrie. Thieme Stuttgart 1967.
- Richard J.*: A propos de problèmes institutionnels hospitaliers en gériatrie. In: Die Psychiatrie des Alters. Karger Basel-New York 1969.
- Schäfer R.*: *Schweiz. med. Wschr.* 100, 1429-1430 (1970).
- Schär M.*: Leitfaden der Sozial- und Präventivmedizin. H. Huber Bern-Stuttgart 1968.
- Schär M.*: Prophylaxe der Alterskrankheiten. In: Geroprophylaxe. Steinkopff Darmstadt 1970.
- Steinmann B.*: Die Pflege der Betagten und Chronischkranken. In: Altersprobleme der Schweiz, 1967.
- Villa J. L.*: Die medikamentöse Behandlung der psychischen Störungen im höheren Alter. In: Die Psychiatrie des Alters. Karger Basel-New York 1969.
- Vischer A. L.*: Über den sozialen Aspekt des Alters und der Alterskrankheiten. In: Handbuch der praktischen Geriatrie, Bd. I. Enke Stuttgart 1965.
- Vischer A. L.*: *Abc für alte Menschen*. 2. Aufl. Thieme Stuttgart 1968.

Adresse des Autors:

Dr. med. A. Hedri, Bächlerstraße 53, CH-8802 Kilchberg