

Lebenshorizont Alter

Mösli · Zentrum für Wohnen, Betreuung und Pflege im Alter



Jahresbericht
2004



Editorial



Der vorliegende Bericht illustriert die häufigste psychiatrische Alterskrankheit: **Depression im Alter**. Die im Vordergrund stehende Frage stellt sich für uns alle immer wieder von neuem: Handelt es sich beim Krankheitsbild des betroffenen Mitmenschen um ein demenzielles Krankheitssyndrom oder um eine echte Altersdepression?

Das aufgezeigte, praxisbezogene Fallbeispiel ist ein möglicher Ansatz zur Abklärung, Betreuung und Therapie eines alten Menschen, der an einer Depression erkrankt ist. Es ist ein Stück Mösli-Alltag und verschafft keinen gesamten Überblick. Andere Ansätze sind nicht ausgeschlossen.

Freude und Begabung im Umgang mit jungen Menschen, die alt geworden sind.

Das ganze Mösli-Team hat sich im vergangenen Jahr unter anderem mit dem Krankheitsbild «Depression im Alter» auseinandergesetzt. Die beiden Fachleute, Herr Alfred Siegrist, Frenkendorf (Psychiatriepfleger HöFa 1, Erwachsenenbildner AEB) und Herr Dr. Jürg Zühlke, Burgdorf (Chefarzt der Psychiatrischen Dienste des Regionalspitals Burgdorf), begleiteten uns zu diesem Thema mit ihrem grossen, praktischen Fachwissen in mehreren internen Weiterbildungen und Supervisionen. Das Bewusstsein, diese Alterskrankheit als eine Herausforderung mit Interesse, Motivation und der nötigen Wertachtung anzugehen, ist unser tägliches Ziel.

Unser Dank gehört den beiden Herren für die sehr wertvolle und lehrreiche Zusammenarbeit im vergangenen Jahr. Wir freuen uns, auch im 2005 mit ihnen zusammen zu arbeiten. Vielen Dank!

**Jede Begegnung, die unsere Seele berührt,
hinterlässt eine Spur, die nie ganz verweht.**

Lore-Lillian Boden

Tatsächlich, sehr viele Begegnungen haben im vergangenen Jahr die Seelen unserer Bewohnerinnen und Bewohner wie auch von uns, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, berührt. Denn wir wurden wiederum mit unzähligen Erlebnissen beschenkt. Ich denke vorallem an die Ferienwoche im Gwatt/Thun. Diese Zeit hat uns besonders «zusammengeschweisst» und unser Zusammenleben mit viel Freude und gegenseitigem Vertrauen geprägt. Wir alle zehrten noch lange davon.

Erneut haben viele Kinder, Jugendliche, Einzelpersonen, Gruppen und Vereine mit Musik, Gesang, work-shops, Spiel und Unterhaltung frischen Wind, viel Freude und Humor ins Mösli getragen. Ein herzliches Dankeschön geben wir deshalb an dieser Stelle an Gross und Klein zurück.

Den Gemeindeverwaltungen der Trägergemeinden danken wir für die gute Zusammenarbeit, die uns sehr freut.

«Last, but not least», erinnere ich mich gerne an alle Begegnungen mit dem Mösli-Team, der Geschäftsleitung, dem Stiftungsrat, den freiwilligen Mitarbeiterinnen der Cafeteria sowie allen Mösli-Freunden. Ihr Engagement, ihren persönlichen Einsatz und ihre Verbindlichkeit freuten mich ganz besonders. Merci vilma!

Den Antrieb und die Motivation zu unserer Arbeit erhalten wir durch die gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung.

Jürg Kruger, Heimleitung

Neues Mitglied in der Geschäftsleitung

Ruth Knuchel gibt per 01.01.2005 den Stab als Mitglied der Geschäftsleitung an Edith Gyger weiter. Während rund 17 Jahren hat Ruth Knuchel in verschiedenen Gremien ihre Zeit, ihr Fachwissen und ihre soziale Fachkompetenz mit viel Frauenpower dem Mösli zur Verfügung gestellt. Ein herzlicher Dank gehört Ruth Knuchel für ihren grossen Einsatz und ihr langjähriges Engagement. Wir alle schätzen die sehr angenehme, kompetente und konstruktive Zusammenarbeit.

Der Stiftungsrat hat am 03.11.2004 Edith Gyger, Sozialarbeiterin HFS, Schalunen, zum neuen Mitglied der Geschäftsleitung, Ressort Personalwesen, gewählt. Edith Gyger gehört bereits seit zwei Jahren zur «Mösli-Familie». Sie setzt sich als Vertreterin der Gemeinde Schalunen im Stiftungsrat für das Geschehen im Mösli ein. Wir freuen uns sehr, dass sich Edith Gyger als qualifizierte und sozial fachkompetente Nachfolgerin für die Zusammenarbeit in der Geschäftsleitung zur Verfügung stellt, und wir somit zwei neue Hände haben, die mit uns am gleichen Strick ziehen werden.

*Stiftungsrat, Geschäftsleitung
Heimleitung, alle MitarbeiterInnen*

Mösli-Fest 27. August 2005

Motto:

«Echt volkstümlich im Mösli»



Jürg Kruger



Depression im Alter



«Depressio» heisst eigentlich «Herabgestimmtheit» (von lateinisch deprimere: hinunterdrücken). Im Zentrum des depressiven Syndromes stehen somit Veränderungen von Stimmung und Antrieb. Traurigkeit und Schwermut, aber auch andere depressive Stimmungslagen kommen vor: Gefühl der Freudlosigkeit, Lustlosigkeit. Schliesslich kann sich eine Gefühls lähmung und Gefühlsleere einstellen: Eine «Gefühlslosigkeit». Der kranke Mensch kann sagen: «Ich kann nicht einmal mehr traurig sein, so leer bin ich.» Im Alter herrscht eine erhöhte Bereitschaft zu Depressionen und zur Suizidalität.

Definition einer Depression

Die Depression ist eine krankhafte Veränderung der Gefühlslage (Affekte) mit typischen seelischen und körperlichen Zeichen und Klagen (Symptome) und mit der Unfähigkeit, die Stimmung der Situation anzupassen.



Häufigkeiten von Krankheiten mit depressivem Charakter

- 5 % der Weltbevölkerung.
- 12 – 15 % der Schweizer Bevölkerung über 65jährig.
- 30 % der geriatrischen Patienten.
- 44 % der Krankenhaus Patienten.
- 30 – 40 % bei verwirrten Patienten.
- 40 % der Patienten, die unter Synkopen (Ohnmacht) leiden.
- bis 80 % der Parkinson Patienten.

Ursachen einer Depression

Biologisch: Störung biochemischer Botenstoffe (Transmitter) im Gehirn.

Biographisch: Lebensgeschichte, Entwicklungsstörung mit ungenügender Verarbeitung möglicher seelischer Verletzungen.

Hereditär: Familiäre Häufung (genetisch, vererblich).

Situativ: Ungenügende Bewältigung aktueller biopsychosozialer Stressoren (aktuelle Lebenssituation).

Echte Altersdepression oder beginnende Senile Demenz?

Dies muss bei einer medizinischen Abklärung immer die zentrale Frage sein. Depressive Verstimmungen bei beginnender Demenz zeigen einen schleichenden Beginn: Auf die Frischgedächtnisstörungen und die damit verbundenen Versagens- und Frustrationserlebnisse folgt ein ängstlich-unsicher-depressives Bild, eventuell mit Affektlabilität (Ausbrüche von Weinen). Meistens versuchen die Kranken, die kognitiven Ausfälle (Sprache, Erkennen, Denken etc.) zu überspielen oder zu bagatellisieren. Die Diagnose einer Depression ergibt sich immer aus einem Gesamtbild, das durch den Hausarzt, den Facharzt, das Betreuungs- und Pflegeteam und die Angehörigen zusammengetragen wird.



Marie Eberhard

Fallbeispiel: Herr T* – Teil I

Vorgeschichte: Herr T., 74jährig, 2 Töchter, seit 3 Jahren zum zweiten Mal verwitwet. Er betrieb eine eigene, sehr erfolgreiche Bäckerei/Conditorei mit Tea-Room. Er war nie ernstlich krank.

* Name ist abgeändert.

Krankheitsentwicklung: Seit dem Tod der Ehefrau, treibende Kraft der Familie, prägt ihn den Verlust seiner wichtigsten Bezugsperson. Er zog sich immer mehr zurück, er fühlte sich durch die tägliche Hausarbeit überfordert und entwickelte unerklärliche Ängste bei kleinen Anforderungen. Er trifft keine eigenen Entscheidungen, er hat ein andauerndes Stimmungstief und leidet an Konzentrationschwäche. Seine nonverbale und verbale Kommunikation äussert sich mit Bedrücktheit, Unsicherheit und Angst. Herr T. wurde stationär in einer Institution für Psychosomatik behandelt. Herr T. kann nicht mehr selbständig sein Leben gestalten.

Diagnostische Leitsymptome:

- 3jähriger Erkrankungsverlauf.
- Spezifische depressive Symptome.
- Verminderte geistige und körperliche Leistungsfähigkeit.

Häufigste Motive einer Depression im Alter

- Die Lebensumstände alter Menschen, wie die Vereinsamung durch den Verlust geliebter Mitmenschen (das Alter ist jene Lebensphase, in der ein Mensch oft die meisten Verluste zu verarbeiten hat). Verlust von religiösen Bindungen.
- Der Verlust an Selbstständigkeit (beginnende Demenz, Invalidisierung).
- Verlust von Ansehen und Einfluss (z.B. Pensionierung, Aufgabe von Ämtern in der Freizeit etc.), Missachtung des eigenen Alters, finanzielle Sorgen.
- Entwurzelung: Umzug in kleinere Wohnung, fremde Umgebung, Eintritt ins Alters- oder Pflegeheim.
- Inaktivität: Infolge Pflichtleere, mangels an neuen Zielsetzungen, das Fehlen von Aufgaben.
- Typisch sind hartnäckige Schlafstörungen.

Symptome einer Depression

Das depressive Syndrom ist gekennzeichnet durch:

- Hemmung (Motorik, Denken).
- Verlangsamung.
- Antriebsmangel, Entscheidungsunfähigkeit, Apathie.
- Innere Leere, Traurigkeit, andauerndes Stimmungstief.
- Entscheidungsunfähigkeit.
- Angst, Krankheitsangst, Organbeschwerden (larvierte Depression).
- Schuld- und Unfähigkeitsgefühl.
- Gedankenkreisen (Grübeln).
- Gedanken an Selbstmord.
- Konzentrationschwäche.



Alfred Ryser

Das Ausmass der Depression wird jeweils mitgeprägt durch die Persönlichkeitsstruktur des alten Menschen (Neigung zum Schwernehmen, das «In-sich-Gekehrtsein», Kontaktarmut).

Der Beginn ist meistens relativ plötzlich mit Gefühlen der Vereinsamung, des Versagens, von eigener Wertlosigkeit, das Gefühl, überflüssig geworden zu sein – alles Faktoren, welche durch die realen Vorkommnisse bestärkt und dadurch verstärkt werden. Alte Menschen sprechen noch seltener als jüngere spontan über solche Dinge, vielleicht weil ihre Generation «über so etwas nicht zu reden pflegte», zum Teil aber auch deshalb, weil sie selbst das fast obligate Vorurteil ihrer Umgebung gegenüber dem «Altersabbau» teilen und sich schämen.

Larvierte Depression

Im Alter äussern sich Depressionen häufiger als bei jüngeren Menschen in körperlichen, sogenannten «vegetativen» Symptomen, hinter denen sich dann die eigentliche Krankheit, die Depression «verbirgt»: Dann spricht man von «larvierter» oder «maskierter» Depression.

Beschwerden:

- Schlafstörungen.
- Andauernde Müdigkeit und Energielosigkeit.
- Appetitverlust, Gewichtsverlust.
- Kopfschmerzen und diverse Schmerz-Syndrome des Bewegungsapparates (Nackenschmerzen).
- Engegefühl in Hals, Brust (sogenanntes Globus-Gefühl).
- Obstipation (Verstopfung).
- Schmerzsyndrome (seitens des Bewegungsapparates, Magen-Darm-Traktes, Herzens).

Angstbetonte Depression

Etwa 80 % der Depressionen im Alter sind durch Angst geprägt. Das Angstsyndrom kann sich dabei in Form von Agitation (Unruhe) oder Apathie (Lähmung) äussern.

Wahnhafte Depression

Typische Wahnbilder bei Depression: Schuld-, Versündigungs- und Verarmungswahn, hypochondrischer Wahn (Krankheitswahn).

Warum bleiben depressive Erkrankungen häufig unerkannt?

- Darstellung als Schlafstörung.
- Darstellung als chronifizierte Unzufriedenheit, der sogenannten «nichts ist recht» Patient mit hypochondrischen (gesamte Organe des Unterleibes) Klagen, persistierenden (steten, bleibenden) Schmerzen, Unentschlossenheit.
- Darstellung als somatisches Problem.
- Darstellung als motorische Unruhe, Nervosität, Antriebsmangel.

- Darstellung als kognitives Problem, die sogenannte Pseudodemenz.
- Schweres dementielles Syndrom mit depressiven Anteilen.

Unterschied Trauer – Depression

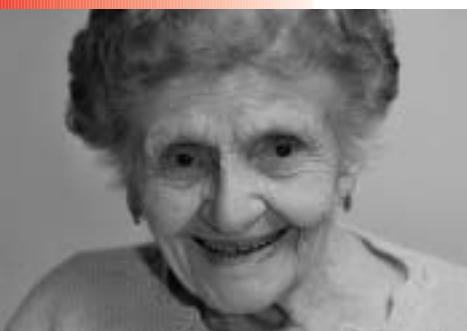
Die Trauer ist ein seelischer Bewältigungsprozess einer Verlusterfahrung, welcher vom Erscheinungsbild her der Depression ähnlich ist, sich jedoch in Bezug auf die Zielsetzung klar unterscheidet. Nämlich, die Verarbeitung eines Verlusterlebnisses in der Weise zu gestalten, dass auf der psychologischen Ebene die Lücke, welche durch den Verlust entstanden ist, wieder für neue Bindungen, Beziehungen oder Erfahrungen bereit gestellt werden kann. Wird dieser Prozess nicht bewältigt, verbleiben diese Menschen nicht selten in ihrer inneren Einstellung beim Objekt oder bei der Person, welche verlustiggegangen ist und sind nicht fähig, sich mit den neuen Herausforderungen, bzw. auch mit neuen Beziehungsmöglichkeiten konstruktiv auseinanderzusetzen. Dies kann bei der Depression in der Form nicht gefunden werden, wir müssen davon ausgehen, dass die Depression als Krankheit nicht im selben Ausmass wie die Trauer einen konstruktiven Bewältigungsprozess darstellt. Die Trauer kann somit als gesunder Bewältigungsprozess identifiziert werden (wie z.B. eine Wundheilung nach der Verletzung), währenddem die Depression dieses Potenzial als Krankheitszustand nicht besitzt.

Die vier Trauerphasen

- Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens = Schock.
- Phase der aufbrechenden chaotischen Emotionen = Wut, Protest: Warum gerade ich? Schuldgefühle, Angst vor dem Leben, Angst vor dem Sterben, Ohnmacht, Verzweiflung, allenfalls Resignation, Kränkung über den verstümmelten Körper, Trauer um die verlorene Zukunft.
- Phase des Suchens, Findens und Sich-Trennens = Besinnung auf das, was bis jetzt war – und in den Verlust einwilligen.
- Neuer Selbst- und Weltbezug = «Abschiedlich leben», Sinn der Krankheit, des Verlustes.

Suizid im Alter

(Aus dem Lateinischen «sich selbst töten») Suizide im Alter sind gehäuft. Die Suizidrate bei Männern ist fast dreimal so hoch wie bei Frauen (altersunabhängig). Der alte Mensch sieht oft keinen Lebenshorizont mehr, vor allem wenn seine Lebensqualität (Isolation, dementielles und körperliches Leiden) immer mehr eingeschränkt oder zur Last wird. Aus seiner Sicht steht er am Ende seines Lebens. Die Suizidarten bei Männern sind meistens sehr zielstrebig und unerschrocken (Schusswaffen, Erhängen,



Aloisia Kummer



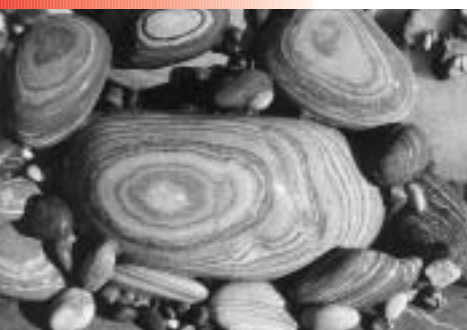
Leni von Arx



Anna Beck



Verena Schmied



Ersticken, Strangulieren, Sturz in die Tiefe, Überfahren lassen durch Zug oder Auto) im Vergleich zu den Frauen (Vergiftung durch Medikamente und Substanzen, Ertrinken, Erhängen, Ersticken, Strangulieren).

Fallbeispiel: Herr T*. – Teil II

Eintritt von Herrn T. ins Pflegeheim.

Persönliche Situation:

• Herr T. ist ein liebenswürdiger und höflicher Mensch. Er schätzt unsere Arbeit. Ein gepflegtes Äusseres ist ihm wichtig. Er ist sehr ordentlich.

Medikamentöse Situation:

- Hat verschiedene Antidepressiva.
- Regelmässige Optimierung der Antidepressivas durch Heimarzt.
- Kein Erfolg beim Ausschleichen (Absetzen) einzelner Medikamente.

* Name ist abgeändert

Biographie-Verständnis:

Aus der Geschichte erkennen wir, dass Herr T. mit sehr vielen Verlusterlebnissen konfrontiert worden ist.

- Unfalltod seiner ersten Ehefrau in jungen Jahren. Betreuung zweier Kleinkinder. Aufbau des eigenen Geschäftes. Keine Zeit für Hobbies, keine Zeit für Trauerverarbeitung.
- Pensionierung. Aufgabe des Geschäftes (Verlust von Ansehen).
- Umzug von Haus in Wohnung (Entwurzelung).
- Tod der zweiten Ehefrau.
- Umzug ins Pflegeheim.
- Unstimmigkeiten unter und mit den Töchtern. Familienbande fällt zusammen (Vereinsamung).
- Inaktivität infolge Pflichtleere.
- Angst vor der langfristigen Finanzierung des Heimaufenthaltes.

Psychosoziale Situation / Massnahmen:

- Herr T. hat Heimweh (Familie).
- Er trauert dem aktiven Lebensabschnitt nach.
- Er fixiert sich auf einzelne Mitarbeiterinnen.
- Viel Zuwendung und Gespräche seitens des Pflegepersonals sind notwendig.
- Verhält sich zurückgezogen, gehemmt und unsicher.
- Für Kontakte und Aktivitäten muss Herr T. motiviert werden.
- Herr T. jastt gerne und gut.
- Einmal unter Menschen ist Herr T. kontaktfreudig. Bewohner respektieren und schätzen ihn.

Ziel:

- Ausbruch aus seiner inneren Isolation durch eine gute Tagesstruktur.
- Herr T. pflegt selbständig Kontakte.

Massnahmen:

- Gezieltes Betreuungsprojekt durch Bezugsperson des Pflegepersonals.
- Abklärung mit Herrn T., ob er bis zu zwei Ämtli pro Woche, wenn möglich innerhalb einer Gruppe, übernehmen will/kann.
- Herr T. besucht zusätzlich einmal wöchentlich das Werken/Gedächtnistraining in der Gruppe (1 – 1½ Std.).
- Gründung einer dritten Jassgruppe.

Medikation – Ziel:

- Herr T. hat ein gutes Selbstwertgefühl. Psychische Stabilität.
- Antidepressiva und Schlaf Medikationen werden weiter optimiert.
- Erneuter Versuch einer Minimierung der Medikamente.

Heutige Situation:

- Tagesstruktur ist gestaltet durch Ämtli und Aktivitäten.
- Herr T. lebt sonst nach wie vor zurückgezogen. Selbstwertgefühl ist gestärkt. Allgemein stabiles Befinden.
- Ist im Alltag öfters gesellig.
- Gesichtszüge von Herrn T. wirken gelöster.
- Abonnieren einer Tageszeitung.
- Medikationen konnten nicht weiter minimiert werden.

Vereinbarung:

- Alle Ämtli von Herrn T. sind freiwillig.
- Alle Aktivitäten des Hauses sind freiwillig.
- Besuch oder auswärtige Anlässe haben immer Vorrang gegenüber Ämtli und Aktivitäten.

Mit Lebensfreude, Identifikation zu unseren Bewohner/innen und mit dem steten Dranbleiben, wollen wir professionelle Arbeit leisten.

Fachliches Wissen, Gspüri und Kreativität sind unentbehrliche Werte, um tagtäglich depressive, alte Menschen zu begleiten und mit ihnen zu leben. Uns vom Mösli gelingt dies nicht jeden Tag gleich gut. Immer wieder stehen wir mitten in professionellen und persönlichen «Ohnmachten». Eine wichtige Hilfe ist uns in solchen Momenten die fachliche Beratung, die enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen und die gegenseitige Motivation innerhalb des Teams.

Jürg Kruger, Heimleitung

Die Bewohner-Portraits sind frei gewählt und stehen NICHT im Zusammenhang mit der Thematisierung «Depression im Alter».

Portraits: Elisabeth Marti, Subingen

Literaturnachweis:

Geriatrische Krankheitslehre, Verlag Hans Huber, Bern
Dokumentation Dr. Jürg Zühlke, Mösli-Forum 2004

Die Verantwortlichen

Im Mösli wohnen



Edith Gyger

Stiftungsrat

Ernst Aebi, Präsident
Erich Boggio, Kassier
Ernst Bürki
Edith Gyger, Stv. Präsidentin
Hermann Schmidli
Elisabeth Sciboz
Roland Studer
Margrith Weber
Gertrud Zaugg
Heidi Zürcher

Geschäftsleitung

Ruth Knuchel
Erich Boggio, Stv. Vorsitz
Christophe Bosshart
Rosmarie Habegger
Kurt Jenni, Vorsitz

Mitarbeiter/innen

Käthi Bartlome
Gabriella Binggeli
Elisabeth Biser
Rosmarie Bösiger
Marlis Brechbühler
Verena Bruschi
Francesca Chiffi
Anita Eggimann
Ruth Fankhauser
Priska Fischer
Käthi Frutschi
Esther Gerig
Christine Grundbacher
Sibylle Gschwend
Irmgard Held
Sandra Helscher
Ruth Hostettler
Rita Kiener
Judith Kiss
Ksenija Kljajic
Brigitte König
Jürg Kruger
Elisabeth Kunz
Maria Läng
Maja Lanz



Ruth Hostettler

Judith Leuenberger
Gabi Loosli
Käti Luginbühl
Elisabeth Marti
Nathalie Mattes
Ruth Moser
Marianne Navarro
Heinz Neuenschwander
Verena Rohrbach
Silvia Rölli
Heinz Röthlisberger
Karin Salvisberg
Therese Schindler
Biljana Tosic
Annarös Zedi
Silvia Zurbuchen

Stand per 31.12.2004

Heim

Elisabeth Aeberhard
Anna Beck
Elisabeth Beck-Lanz
Emma Bieri
Ida Buchser
Emma Bürki-Thöni
Henni Bürki
Frieda Bütikofer
Johanna Epprecht
Bendicht Fischer
Marie Frutiger
Frieda Gasser
Martha Gerber
Martha Grünig (Ferienzimmer)
Martha Gurtner
Dora Haeny
Frieda Heller
Stefanie Jeray
Anna Kämpf
Rosa Kobel (Begleitetes Wohnen)
Marie Knuchel-Gehrig
Rosa Knuchel-Nenniger
Aloisia Kummer
Johanna Ledermann
Heidi Lucy
Anna Lüthi
Emma Mathys
Bertha Meier
Elisabeth Ramseier
Alfred Ryser
Mari Schmid
Verena Schmied
Greti Schrott-Winz
Erika Sieber
Hedwig Steiner
Frieda Streit
Klara Suri
Leni von Arx
Martha Wiedmer

Siedlung

Marie Eberhard
Martha Gerber-Hänni
Margaritha Kehrli
Rösli Knuchel-Minder
Paul Langenegger
Heinz Ledermann
Friedrich und Verena Pfister
Julia Rohrbach
Klara Röthlisberger
Johannes Scherrer
Margaretha Schrott
Klara Siegenthaler
Fritz Sommer
Rosa Stuck
Verena Weber
Ernst Widmer

Stand per 31.12.2004



Brigitte König



Mösli · Zentrum für Wohnen, Betreuung und Pflege im Alter

Waldstrasse 54 · CH-3427 Utzenstorf · Telefon 032 666 45 11 · Telefax 032 666 45 12
zentrum.moesli@bluewin.ch · www.zentrummoesli.ch