

Psychische Störungen im Alter: Besser spät als nie – Besonderheiten und Therapie psychischer Störungen im Alter

Dossier von Pro Psychotherapie e.V.

Inhaltsverzeichnis

Psychische Störungen im Alter: häufig nicht erkannt und nicht fachgerecht behandelt	2
Psychotherapie erhöht auch im Alter die Lebensqualität der Betroffenen.....	2
Welche Belastungen bringt das höhere Lebensalter mit sich?	3
Arten und Besonderheiten von psychischen Störungen im höheren Alter	3
So findet man Hilfe und Behandlung: Praktische Tipps	5
Einzelne psychische Erkrankungsbilder im höheren Lebensalter	7
Depression.....	7
Demenz	10
Angststörungen.....	15
Schlafstörungen.....	17
Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit.....	20
Missbrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln.....	23
Andere psychische Störungen im höheren Lebensalter	25
Delir	25
Schizophrene und wahnhaftige Störungen	25
Manien und bipolare Störungen	26
Quellen.....	27

Psychische Störungen im Alter: häufig nicht erkannt und nicht fachgerecht behandelt

Alten Menschen wird häufig nachgesagt, dass sie mit der Zeit immer „seltsamer“, „sonderbarer“ oder sogar „verrückter“ werden. Das ist natürlich nicht bei allen älteren Menschen der Fall – und gewisse Marotten und Eigenheiten deuten auch nicht unbedingt auf eine psychische Störung hin.

Viele ältere Menschen leiden – ebenso wie jüngere – an psychischen Problemen. Bei den über 65-Jährigen sind etwa 25 Prozent von psychischen Erkrankungen betroffen. Dabei ist etwa die Hälfte der Erkrankungen leicht ausgeprägt, die andere Hälfte so schwer, dass eine Behandlung erforderlich ist. Oft aber werden psychische Störungen bei Menschen im höheren Lebensalter gar nicht erst erkannt, da Ältere häufig eine größere Scheu haben, sich gegenüber dem Arzt oder Angehörigen offen mitzuteilen, sei es aus Angst, stigmatisiert oder für verrückt erklärt zu werden oder sie glauben, sich zusammenreißen zu müssen. In vielen Fällen verbergen sich die seelischen auch hinter körperlichen Problemen. Manche haben bereits eine langjährige Krankheitsgeschichte hinter sich, andere entwickeln im höheren Alter zum ersten Mal psychische Symptome oder sogar eine psychische Erkrankung.

Im Großen und Ganzen ähneln die Symptome psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen denen jüngerer Erwachsener. Auch die Behandlungsansätze unterscheiden sich meist nicht wesentlich. Trotzdem werden psychische Erkrankungen bei Älteren häufig nicht fachgerecht behandelt, weil z.B. Hausärzte die Signale nicht erkennen oder aber sehr schnell Psychopharmaka verschreiben.

„Nach einer Untersuchung der Gmünder Ersatzkasse nimmt spätestens ab 60 Jahren die Häufigkeit von Psychotherapien steil ab, ab 75 Jahren werden diese kaum noch in Anspruch genommen, obwohl sie auch im höheren Alter wirksam sind.“ Bestätigt werden diese Ergebnisse von einer Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen durch niedergelassene Psychotherapeuten. Hier waren nur 5% der Patienten über 60 Jahre alt - bei einem Bevölkerungsanteil von 20%. 90% der befragten Psychotherapeuten sagten, dass sie keinen einzigen Klienten über 60 Jahre behandeln.

Psychotherapie erhöht auch im Alter die Lebensqualität der Betroffenen

Lange Zeit wurden Wissenschaft und Gesellschaft von dem Bild geprägt, dass Älterwerden quasi automatisch mit einem allgemeinen Niedergang der körperlichen, geistigen und psychischen Fähigkeiten verbunden sei. Viele wissenschaftliche Studien haben dieses falsche Bild des sog. „Defizitmodells“ mittlerweile korrigiert.

So kommt z.B. die „Baltimore Longitudinal Aging Study“ zu dem Ergebnis, dass Altern nicht auf allgemeine Art mit dem Verlust von psychischen und physischen Fähigkeiten einhergeht, sondern ein sehr individueller Prozess ist.

Zahlreiche neuere wissenschaftliche Erhebungen zeigen, dass alternde Menschen, das Älterwerden positiver wahrnehmen, wenn sie ihr Leben weiterhin möglichst lange aktiv und selbstbestimmt gestalten können. Grundlage eines solchen „selbstbestimmten“ Älterwerdens ist das Erhalten bzw. Wiederlangen der Gesundheit, auch der seelischen.

Auch im höheren Lebensalter lohnt es sich also „noch“, sich bei psychischen Problemen professionelle Hilfe zu suchen. Allerdings gibt es im höheren Lebensalter einige Besonderheiten, auf die in diesem Artikel näher eingegangen wird.

Welche Belastungen bringt das höhere Lebensalter mit sich?

Eine Besonderheit des höheren Lebensalters ist, dass ältere Menschen häufiger und länger krank sind als jüngere und oft unter mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden. Die psychischen Belastungen, die mit dem Kranksein verbunden sind, können das Auftreten einer psychischen Störung begünstigen.

Weiterhin müssen ältere Menschen mit ganz unterschiedlichen Verlustsituationen zurechtkommen. So nehmen die körperliche Gesundheit, die körperliche Attraktivität und körperliche und geistige Fähigkeiten (wie Sehen, Hören, Merkfähigkeit, geistige Schnelligkeit) mit zunehmendem Alter allmählich ab – es kann aber auch sein, dass unerwartet eine schwere Krankheit entdeckt wird. Auch der Tod nahestehender Menschen und der Austritt aus dem Berufsleben sind Verluste, mit denen ältere Menschen zurechtkommen müssen. Darüber hinaus fehlen im höheren Alter oft neue Ziele und Zukunftspläne. Gerade nach einschneidenden Verlusterlebnissen kommt es häufig zur Entwicklung einer psychischen Störung.

Arten und Besonderheiten von psychischen Störungen im höheren Alter

Die häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter sind Depressionen und Demenz. Außerdem treten hier häufig Angststörungen, Schlafstörungen und der Missbrauch von Alkohol und Medikamenten auf. Manien und schizophrene bzw. wahnhaftige Störungen kommen im höheren Alter dagegen eher selten vor.

Ein Problem bei der Diagnostik psychischer Erkrankungen ist, dass ältere Menschen häufig an vielfältigen körperlichen Erkrankungen leiden. Außerdem lassen ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten allmählich nach, es kommt zu einer Verlangsamung und geringeren geistigen Umstellungsfähigkeit. Diese Veränderungen machen es zum Teil schwierig, eine psychische Störung von normalen Altersveränderungen oder einer körperlichen Erkrankung

eindeutig abzugrenzen. Weiterhin muss bei der Diagnose beachtet werden, dass auch manche Medikamente zu psychischen Symptomen, zum Beispiel zu Verwirrtheit oder Vergesslichkeit, führen können.

Eine weitere Besonderheit bei älteren Menschen ist, dass sich viele Körperfunktionen allmählich verändern. Dies führt dazu, dass Psychopharmaka bei ihnen häufig anders oder stärker wirken und andere bzw. stärkere Nebenwirkungen hervorrufen als bei jüngeren Menschen. Da ältere Menschen oft eine ganze Reihe von Medikamenten einnehmen, kommt es außerdem häufiger zu unerwünschten Wechselwirkungen als bei Jüngeren.

Ein wichtiger Aspekt bei der Behandlung älterer Patienten ist auch, dass die Suizidrate bei älteren Erwachsenen deutlich höher liegt als bei jüngeren. Dies gilt sowohl für Patienten mit einer Depression als auch für die Gesamtgruppe der älteren Erwachsenen.

Besonderheiten bei der Behandlung älterer Menschen

Eine Besonderheit bei der Behandlung älteren Menschen mit psychischen Problemen ist, dass bei vielen oft keine „Heilung“, also ein vollständiges Verschwinden der Symptome, möglich ist und deshalb auch in der Therapie nicht angestrebt wird. Stattdessen wird häufig versucht, den momentanen Zustand zu erhalten oder eine gewisse Verbesserung der Symptomatik zu erreichen.

Die Behandlung einer psychischen Erkrankung im Alter wird oft durch verschiedene Faktoren erschwert. So müssen dabei immer auch andere (körperliche) Erkrankungen und die eingenommenen Medikamente berücksichtigt werden. Wenn Psychopharmaka verordnet werden, sollte zunächst mit einer niedrigen Dosierung begonnen und diese erst allmählich gesteigert werden. Dabei sollten die Wirkung und Nebenwirkungen der Medikation regelmäßig kontrolliert werden.

Problematisch bei einer Behandlung ist außerdem oft, dass viele ältere Patienten Probleme beim Sehen oder Hören haben oder in ihrer Beweglichkeit oder Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sind.

Weiterhin sind bei der Behandlung älterer Menschen mit psychischen Problemen oft mehrere Versorgungsansätze notwendig, die sinnvoll miteinander kombiniert werden müssen. Dazu gehören die medikamentöse Behandlung der körperlichen und der psychischen Erkrankungen, psychotherapeutische und soziotherapeutische Ansätze sowie die Versorgung der Patienten im Alltag. Daher müssen hier oft verschiedene Behandlungseinrichtungen eng zusammenarbeiten – zum Beispiel Hausarzt, Psychiater, Psychotherapeut und gerontopsychiatrische Dienste, die leichter erkrankte Patienten langfristig zu Hause betreuen. Bei schwerer erkrankten Patienten sind außerdem teilstationäre und stationäre Einrichtungen an der Versorgung beteiligt.

Ein Problem in der Praxis ist, dass ältere Menschen häufig die vom Arzt verschriebenen Medikamente nicht oder falsch einnehmen – entweder, weil sie sie nicht einnehmen möchten (zum Beispiel wegen tatsächlicher oder befürchteter Nebenwirkungen) oder weil sie mit der Einnahme überfordert sind (zum Beispiel, wenn sie viele Medikamente gleichzeitig einnehmen müssen oder die Verordnung nicht richtig verstehen).

Besonderheiten bei der Psychotherapie mit älteren Menschen

Ein Problem bei der psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen ist, dass relativ wenige Therapeuten auf die Arbeit mit älteren Menschen spezialisiert und mit ihren besonderen Lebensumständen vertraut sind. Außerdem nehmen die Betroffenen selbst, aber auch viele Psychotherapeuten an, dass eine Psychotherapie im höheren Lebensalter nur wenig erfolgversprechend ist – dies trifft jedoch in den meisten Fällen nicht zu.

Für ältere Menschen mit psychischen Problemen ist es deshalb wichtig, sich einen Therapeuten zu suchen, der mit der besonderen Situation älterer Menschen vertraut ist. Er sollte bei der Therapie mit älteren Menschen eine positive Erwartung haben und diese den Patienten auch vermitteln.

Wichtig bei der Psychotherapie mit älteren Menschen ist, genau zu überprüfen, welche Veränderungen machbar sind und welche nicht. Der Therapeut muss dabei akzeptieren, dass viele Dinge nicht veränderbar sind oder der Patient sie nicht verändern möchte. So zielt die Therapie – anders als bei jüngeren Patienten – meist weniger auf weitreichende psychische Veränderungen ab. Stattdessen geht der Therapeut eher auf konkrete, alltagsnahe Probleme und Bedürfnissen des Patienten ein. Gleichzeitig sollte der Ablauf der Therapie eher einfach strukturiert sein, um den Patienten nicht zu überfordern.

Ein weiteres wichtiges Ziel in der Therapie ist, gemeinsam mit dem Patienten nach Ressourcen zu suchen und ihn dabei zu unterstützen, seine Probleme aktiv zu bewältigen. Dabei kann der Therapeut immer wieder auf die große Lebenserfahrung des Patienten verweisen, die eine wichtige Ressource ist.

Neben der eigentlichen psychotherapeutischen Behandlung ist es bei älteren Menschen oft notwendig, andere notwendige Unterstützungsmaßnahmen (z. B. durch Angehörige oder Pflegedienste) gemeinsam mit dem Patienten zu planen und in die Wege zu leiten.

So findet man Hilfe und Behandlung: Praktische Tipps

Beim Erkennen von psychischen Erkrankungen älterer Menschen und dem Weiterverweisen an Spezialisten spielt der Hausarzt eine wichtige Rolle. Er sollte feststellen können, ob sich hinter körperlichen Symptomen eine psychische Erkrankung versteckt und z.B. eine Demenz von einer Depression unterscheiden können. Bei Bedarf sollte der Hausarzt den Patienten an

den passenden Spezialisten, z.B. Psychiater, Psychotherapeuten oder Neurologen überweisen.

Auch Angehörige und Freunde können eine wichtige Hilfe bei der Aufdeckung und Behandlung psychischer Erkrankungen sein. Sie sollten die Symptome psychischer Störungen ernst nehmen, den Betroffenen bei der Suche nach einem Therapeuten unterstützen und ihn u.U. zum ersten Gespräch beim Therapeuten zu begleiten. Kontraproduktiv ist hingegen die Aufforderung an den Betroffenen, sich weiterhin „zusammen zu reißen“. Enge Angehörige können zusätzlich auch in die Therapie einbezogen werden.

Welche Ärzte / Therapeuten könnten helfen?

Einen Überblick über die verschiedenen „Anbieter“ von Psychotherapeutischen Leistungen finden Sie hier: <http://www.therapie.de/psyche/info/fragen/unterschied-psychotherapeut-psychologe-psychiater/>

Wo findet man eigentlich den geeigneten Therapeuten?

Einen detaillierten Artikel mit vielen Hinweisen und Tipps für eine erfolgreiche Suche nach einem geeigneten Therapeuten finden Sie hier:

<http://www.therapie.de/psyche/info/fragen/psychotherapeuten-finden/>

Falls Sie schon genauer wissen, wonach Sie suchen, können Sie in der Therapeutensuche von therapie.de selbst direkt online nach einem passenden Therapeuten suchen:

<http://www.therapie.de/psychotherapie/>

Wie läuft eine Psychotherapie eigentlich ab?

Lesen Sie hier alle wichtigen Informationen zum Ablauf einer Psychotherapie:

<http://www.therapie.de/psyche/info/fragen/psychotherapie-ablauf/>

Einzelne psychische Erkrankungsbilder im höheren Lebensalter

Depression

Detaillierte Informationen zum Störungsbild Depression finden Sie im Kapitel „Depression“: (<http://www.therapie.de/psyche/info/diagnose/depression/einleitung-und-haeufigkeit/>)

„Johann S. hat vor zwei Jahren seine Frau verloren. Er leidet noch immer unter diesem schweren Verlust. Seine Nachbarn und Kinder bemerken, dass er sich über nichts mehr freuen kann und das Haus nur noch selten verlässt. Während er früher lange Spaziergänge machte und gern verreiste, lehnt er solche Aktivitäten jetzt ab. „Was soll ich mir die Welt anschauen? Es macht mir keine Freude mehr“, sagt er, als ihn seine Bekannten zu einem Kurzurlaub einladen. Oft wacht er in den frühen Morgenstunden auf und kann keinen Schlaf mehr finden, er sitzt dann stundenlang am Küchentisch und grübelt. Einem Freund erzählt er, dass er dabei kaum einen klaren Gedanken fassen kann, sondern dass er das Gefühl hat, sich ständig im Kreis zu drehen. Johann S. geht regelmäßig in die Kirche und war stets ein aktives Mitglied der Gemeinde. Dem Pfarrer bleibt nicht verborgen, dass Johann S. Probleme hat. Er spricht ihn an und schlägt ihm vor, einen Arzt aufzusuchen. Johann S. reagiert verständnislos. „Ein Arzt kann mir meine Frau auch nicht zurückbringen. Ich bin jetzt 78 Jahre und erwarte nicht mehr viel vom Leben! Es wäre wohl besser, wenn ich Platz für die Jungen mache.“

Johann S. zeigt die Symptome einer Depression: Schlafstörungen, Grübeln, Unfähigkeit zur Freude und Todessehnsucht. Wenn Menschen in dieser Situation stecken, sehen sie alles schwarz und haben kaum noch Antrieb, glauben auch nicht mehr daran, dass es besser werden könnte.“

(Entnommen: Broschüre: Wenn die Seele krank ist – Psychotherapie im höheren Lebensalter, Hrsg.: BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.) und DPtV e.V. (Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V.), Bonn 2010.)

Häufigkeit und Verlauf

Depressionen sind die häufigste psychische Störung im höheren Lebensalter: Etwa 18 Prozent der älteren Menschen sind von einer depressiven Störung betroffen. Das bedeutet, dass mehr Menschen an einer Depression leiden als in jüngeren Lebensjahren, wo die Häufigkeit bei etwa fünf Prozent liegt. Schwere Depressionen treten dagegen, ebenso wie bei jüngeren Menschen, nur bei ein bis vier Prozent der älteren Menschen auf.

Dabei geht die depressive Erkrankung bei 25 Prozent der älteren Patienten wieder vollständig zurück, bei 25 Prozent besteht sie chronisch, bei den übrigen Patienten können die depressiven Symptome erneut wieder auftreten.

Symptome

Die Symptome einer Depression im Alter unterscheiden sich nicht wesentlich von denen jüngerer Menschen. Hauptsymptome sind Niedergeschlagenheit, der Verlust des Antriebs und der Verlust von Freude und Interesse an den meisten Tätigkeiten. Weiterhin können Schlafstörungen, Selbstmordgedanken, sozialer Rückzug und Schlafstörungen auftreten.

Ein Unterschied zu Depressionen bei jüngeren Menschen ist, dass ältere Menschen die „charakteristischen“ Symptome einer Depression wie Traurigkeit oder den Verlust von Interessen oft nicht spontan ansprechen oder diese Symptome bagatellisieren.

Dagegen treten bei älteren Patienten bei einer Depression häufiger psychosomatische Symptome – wie Schmerzen oder Schwindelgefühl – auf. Diese Beschwerden lassen sich oft nur schwer von tatsächlichen körperlichen Symptomen unterscheiden.

Weiterhin klagen ältere Menschen mit einer Depression häufig über kognitive Probleme, zum Beispiel Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Diese Beschwerden können so stark ausgeprägt sein, dass sie den Symptomen einer Demenz ähneln. Deshalb ist es bei der Diagnosestellung wichtig, eine Depression sorgfältig von einer Demenz abzugrenzen.

Ursachen

Häufig wird angenommen, dass ältere Menschen eher an einer Depression erkranken als jüngere, weil sie in ihrem Alter mehr Verluste (zum Beispiel den Tod eines nahestehenden Menschen, eigene Erkrankungen oder körperliche Einschränkungen) hinnehmen müssen. Allerdings leidet die Mehrzahl der älteren Menschen nicht an Depressionen, das heißt, viele kommen mit den Verlusten zurecht, ohne psychisch zu erkranken. Dennoch können Verlusterlebnisse im höheren Alter die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, erhöhen. Dabei lässt sich auch beobachten, dass die Trauerreaktion nach einem Verlust bei älteren Menschen häufig länger dauert als bei jüngeren.

Gleichzeitig können auch altersbedingte körperliche Veränderungen, zum Beispiel Veränderungen im Gehirn oder Veränderungen der Neurotransmitter (der Botenstoffe des Gehirns), aber auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Entstehung einer Depression begünstigen.

Diagnosestellung

Ältere Menschen berichten beim Arzt oft über vielfältige körperliche Beschwerden, sprechen aber häufig depressive Symptome nicht spontan an. Deshalb ist es wichtig, dass der Behandler konkret nach den Symptomen fragt, wenn er vermutet, dass eine Depression vorliegen könnte.

Weiterhin müssen bei der Diagnose einer Depression auch mögliche körperliche Erkrankungen und Medikamente, die zu depressiven Symptomen führen können, mit berücksichtigt werden. Körperliche Erkrankungen, die depressive Symptome hervorrufen können, sind zum Beispiel die Parkinson-Erkrankung, ein Schlaganfall, hormonelle Störungen (insbesondere eine Schilddrüsenunterfunktion) und Diabetes. Zu den Medikamenten, die zu einer depressive Symptomatik führen können, zählen unter anderem Schlaf- und Beruhigungsmittel, Beta-Blocker und Kortison-Präparate.

Therapie

Auch bei älteren Menschen mit einer Depression ist, ebenso wie bei jüngeren, eine Kombination aus Psychotherapie und Medikamenten häufig die erfolgversprechendste Behandlung.

Da ältere Patienten mit schwer ausgeprägten Depressionen häufig lebensnotwendige Tätigkeiten wie Essen und regelmäßiges Trinken und die Einnahme lebenserhaltender Medikamente vernachlässigen, muss bei der Behandlung besonders auf diese Aspekte geachtet werden.

a) Psychotherapie

Eine Psychotherapie bei älteren Menschen läuft im Wesentlichen ähnlich ab wie bei jüngeren Patienten. Der Therapeut wird in der Therapie eine wertschätzende und akzeptierende Haltung zeigen, dem Patienten die Erfolgchancen der Therapie vermitteln, ihm die Zusammenhänge seiner Symptome mit den Lebensumständen oder bestimmten Lebensereignissen aufzeigen und anschließend gemeinsam mit dem Patienten schrittweise Veränderungen einleiten.

Auch bei älteren depressiven Patienten hat sich die kognitive Verhaltenstherapie als die effektivste Therapiemethode erwiesen. Weiterhin haben sich auch bei der interpersonellen Therapie, die darauf abzielt, zwischenmenschliche Beziehungen zu verbessern, gute Erfolge gezeigt. Tiefenpsychologische und psychoanalytische Verfahren werden bei älteren Patienten seltener angewandt, sie können aber ebenfalls zu einer Verbesserung der Symptomatik beitragen.

Ergänzend können bei der Behandlung der Depression übende Verfahren eingesetzt werden. Dazu gehören das autogenes Training und die progressive Muskelrelaxation, die dazu beitragen können, sich zu entspannen und Stress abzubauen. Für manche Patienten ist auch der Besuch einer Selbsthilfegruppe oder einer psychoedukativen Gruppe hilfreich, in denen ein verbesserter Umgang mit der Symptomatik erarbeitet wird.

b) Behandlung mit Psychopharmaka

Auch bei der Behandlung mit Psychopharmaka gelten ähnliche Grundsätze wie bei jüngeren Patienten. Antidepressiva – insbesondere aus der Gruppe der neueren Antidepressiva – gelten als Mittel der ersten Wahl. Ältere, so genannte trizyklische Antidepressiva sollten bei älteren Patienten nicht zum Einsatz kommen, weil die Nebenwirkungen hier deutlich stärker sein können.

Typische Nebenwirkungen von Antidepressiva lassen sich bei über 70-Jährigen sieben Mal häufiger beobachten als in der Gruppe der 20- bis 30-Jährigen. Deshalb ist es wichtig, dass die Medikamente niedrig dosiert sind und die Dosis zu Beginn der Behandlung nur allmählich gesteigert wird. Dabei sollte der Arzt genau auf Nebenwirkungen achten und die Medikation gegebenenfalls anpassen.

Demenz

Demenz ist der schleichende Rückgang der geistigen Fähigkeiten bei Menschen im Alter. Dabei verschlechtern sich Gedächtnis, Denkvermögen, Urteilskraft, Konzentrations- und Lernfähigkeit kontinuierlich. Die Persönlichkeit kann ebenfalls verfallen.

Sie ist keine reguläre Begleiterscheinung des Alterns. Bei der Demenz vermindern sich die geistigen Fähigkeiten dramatisch und werden letztendlich ganz abgebaut. Während sich nicht an Demenz erkrankte Menschen mit zunehmendem Alter schlecht an Einzelheiten erinnern, vergessen Demenzkranke kurz zurückliegende Ereignisse möglicherweise vollständig.

Man unterscheidet primäre Demenzsyndrome, das heißt ohne zugrunde liegende Erkrankung, von sekundären, die sich als Folgeerscheinung anderer Krankheiten entwickeln.

Häufigkeit und Verlauf

Die Demenz ist nach der Depression die zweithäufigste psychische Erkrankung im höheren Lebensalter. Mit fortschreitendem Alter nimmt die Häufigkeit immer weiter zu. Dabei leiden zwei Drittel der Betroffenen an einer Alzheimer-Demenz, etwa 20 Prozent an einer vaskulären Demenz (Durchblutungsstörungen im Gehirn) und rund 15 Prozent an Mischformen.

Seltener Demenzformen im Alter sind die Lewy-Körperchen-Demenz, die Demenz bei der Parkinson-Erkrankung und die frontotemporale Demenz (Morbus Pick). Während von einer vaskulären Demenz mehr Männer als Frauen betroffen sind, erkranken mehr Frauen als Männer an einer Alzheimer-Demenz. Die Unterschiede der verschiedenen Formen werden im Punkt „Ursachen“ dargestellt.

Nach der Berliner Altersstudie (1996) steigt die Zahl der Menschen mit Demenz folgendermaßen an:

Altersgruppe	Anteil Demenzerkrankter
65- bis 69-Jährige	1,2 %
70- bis 74-Jährige	2,8 %
75- bis 79-Jährige	6,0 %
80- bis 84-Jährige	13,3 %
85- bis 89-Jährige	23,9 %
über 90-Jährige	34,6 %

Der Verlauf von Demenzerkrankungen ist dadurch gekennzeichnet, dass sich die Symptomatik im Lauf der Zeit zunehmend verschlechtert und nach einem gewissen Zeitraum zum Tod führt. So haben 65- bis 80-Jährige, die an einer Alzheimer-Demenz erkranken, im Durchschnitt noch eine Lebenserwartung von fünf bis sieben Jahren, über 80-Jährige leben mit der Erkrankung durchschnittlich noch drei bis vier Jahre. Bei Patienten, die an einer vaskulären Demenz erkrankt sind, ist die durchschnittliche Lebenserwartung noch kürzer.

Symptome

Bei allen Demenzformen kommt es durch Erkrankungsprozesse im Gehirn zu einem fortschreitenden Verlust von Gedächtnisfunktionen und anderen kognitiven Fähigkeiten wie Konzentrations-, Sprach-, Denk- und Urteilsfähigkeit. Außerdem lässt die Fähigkeit, im Alltag zurechtzukommen, mit der Zeit immer mehr nach. Gleichzeitig treten Störungen im Bereich der Gefühle (zum Beispiel Stimmungsschwankungen, Ruhelosigkeit, depressive Verstimmungen), des Antriebs und des Sozialverhaltens auf. Im Gegensatz zum Delir (→siehe Delir) ist das Bewusstsein jedoch nicht beeinträchtigt. Nach dem international üblichen Klassifikationsschema ICD-10 müssen die Symptome mindestens sechs Monate lang vorliegen, um die Diagnose einer Demenz zu stellen.

Wenn die Erkrankung weiter fortschreitet, kommt es häufig zu weiteren, schwerwiegenden Krankheitssymptomen. Dazu gehören Störungen der Sprache und der Bewegungsabläufe, das Nicht-Erkennen von Personen und Gegenständen und ein Verlust der Krankheitseinsicht.

Im Gegensatz dazu lassen sich beim normalen Älterwerden sog. leichte kognitive Beeinträchtigungen beobachten – zum Beispiel leichte Schwierigkeiten, Informationen aus dem Gedächtnis abzurufen oder neue Dinge zu lernen, eine geringere geistige Schnelligkeit

und eine geringere Umstellungsfähigkeit auf Neues. Außerdem kann es zu leichten Auffälligkeiten bei der Sprache oder beim planenden Denken kommen. Diese Symptome können auf eine beginnende Demenz hinweisen, müssen es aber nicht: So entwickelt etwa der Hälfte der Betroffenen im Lauf von drei bis vier Jahren eine Demenz – bei der anderen Hälfte bleiben die Symptome jedoch über längere Zeiträume weitgehend gleich.

Die Leipziger Langzeitstudie (1997 - 2005) in der Altenbevölkerung (LEILA75+) hat bspw. mit etwa jeder fünften Person (19,3 Prozent) ab 75 Jahren ohne Demenz einen hohen Anteil an Menschen mit leichteren kognitiven Beeinträchtigungen nach den MCI-Kriterien in der Altenbevölkerung identifiziert. Die im Studienverlauf ermittelte jährliche Inzidenz von MCI im Alter betrug 76,5 pro 1.000 Personen-Jahren, wobei sich auch hier signifikant höhere Inzidenzraten in den höheren Altersgruppen zeigten.

Ursachen

Der Hauptgrund für das Auftreten einer Demenz sind krankhafte Veränderungen des Gehirns, die mit höherem Lebensalter zunehmen. Darüber hinaus gibt es weitere Risikofaktoren, die zum Teil beeinflussbar sind. Dazu gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ein erhöhter Blutdruck, Diabetes und Übergewicht. Auch eine Depression wird heute als Risikofaktor für eine Demenz angesehen, da sie häufig im Vorfeld einer Demenz auftritt.

Bei der **Alzheimer-Demenz** kommt es zu einem Abbau von Nervenzellen des Gehirns. Gleichzeitig lassen sich im Gehirn Ablagerungen, so genannte Plaques, und eine Veränderung der Neurotransmitter – der Botenstoffe des Gehirns – beobachten. Die Erkrankung schreitet dabei meist langsam und kontinuierlich fort.

Bei einer **vaskulären Demenz** kommt es zu Veränderungen der Blutgefäße des Gehirns, die zu vielen kleinen und zum Teil auch größeren Infarkten führen. Auch diese führen mit der Zeit zu Ablagerungen (Plaques) im Gehirn. Der Verlauf der Erkrankung ist oft schwankend, wobei die Symptome oft eine Zeit lang stabil sein sind und es dann wieder abrupt zu einer Verschlechterung der Symptomatik kommt.

Auch den **weiteren Formen von Demenzerkrankungen**, der Lewy-Körperchen-Demenz, der Demenz bei der Parkinson-Erkrankung und der frontotemporalen Demenz (Morbus Pick) liegen Erkrankungsprozesse der Nervenzellen des Gehirns zugrunde.

Neben den genannten Demenzformen gibt es auch so genannte sekundäre Demenzen, bei denen die Symptome auf andere Faktoren – zum Beispiel auf eine internistische, neurologische oder psychische Erkrankung oder auf die Einnahme eines Medikaments – zurückzuführen sind. In diesen Fällen kann die Demenz wieder vollständig zurückgehen, wenn die Grunderkrankung erfolgreich behandelt wird.

Diagnosestellung

Um zu überprüfen, ob eine Demenz vorliegt, wird zunächst die Krankengeschichte des Betroffenen genau erfasst. Dabei ist es oft notwendig, neben dem Patienten auch mit seinen Angehörigen zu sprechen. Weiterhin kann die Symptomatik mithilfe standardisierter Tests und Fragebögen genauer erfasst werden. Dazu gehören zum Beispiel die „Geriatrische Depressionsskala“ (GDS, Skeikh & Yesavage, 1986) und der „Mini Mental Status Test“ (MMST, Folstein et al., 1975).

Um Veränderungsprozesse im Gehirn festzustellen bzw. auszuschließen, werden zusätzlich bildgebende Untersuchungen des Gehirns wie die Computertomographie oder die Kernspintomographie durchgeführt. Eine Analyse der Blutwerte (zum Beispiel Blutbild, Blutzucker, Leberwerte, Schilddrüsenhormone) kann zusätzlich Hinweise darauf geben, ob eine körperliche Erkrankung hinter der Symptomatik steckt.

Präventionsmaßnahmen

Da einige körperliche Erkrankungen das Risiko für eine Demenz erhöhen, ist die Behandlung dieser Erkrankungen eine wichtige Strategie zur Vorbeugung der Demenz. So sollten Depressionen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck und Diabetes möglichst frühzeitig behandelt werden, weil sie das Risiko für eine Demenz erhöhen. Maßnahmen, die die Wahrscheinlichkeit solcher Erkrankungen verringern, können wiederum indirekt das Risiko einer Demenz verringern. Dazu gehören vor allem ausreichende Bewegung und eine gesunde Ernährung, durch die Übergewicht vermieden oder wirksam reduziert wird.

Therapie

Eine „Heilung“, also ein vollständiger Rückgang der Symptome, ist bei einer Demenz nicht möglich. Bei der Therapie wird lediglich versucht, die Symptome etwas zu vermindern und das Fortschreiten der Erkrankung hinauszuzögern.

a) Pharmakotherapie

Mit so genannten Antidementiva wird versucht, das Fortschreiten der Symptomatik zu verzögern und die Symptomatik etwas abzuschwächen. Antidementiva werden bei mittelschweren und schweren Demenzen – sowohl vom Alzheimer-Typ als auch bei vaskulärer Demenz – eingesetzt.

Man unterscheidet zwischen so genannten Cholinesterase-Hemmern und NMDA-Rezeptor-Antagonisten (Memantin). Untersuchungen haben gezeigt, dass Antidementiva den Verlauf der Symptomatik um ein bis zwei Jahre verzögern können. Allerdings sprechen verschiedene Patienten unterschiedlich gut auf die Medikamente an, bei vielen ist die Wirkung nur relativ

schwach ausgeprägt. Außerdem haben die Substanzen häufig Nebenwirkungen, die nicht selten zum Abbruch der Behandlung führen.

b) Stützende Therapieansätze

Mithilfe stützender Therapieansätze wird versucht, die Selbständigkeit und die Fähigkeiten dementer Patienten noch möglichst lange und so weit, wie dies möglich ist, zu erhalten.

Beim Training der kognitiven Fähigkeiten werden Übungen durchgeführt, die Konzentration und Aufmerksamkeit sowie Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis trainieren sollen. Dieses Training ist allerdings nur in frühen Stadien der Demenz wirksam und hat nur so lange einen Effekt, wie die Übungen kontinuierlich durchgeführt werden.

Weiterhin wird häufig das Realitätsorientierungstraining (ROT) eingesetzt, bei dem die Patienten viele Hinweisreize erhalten, um ihre Orientierung zu Ort, Zeit und zur eigenen Person zu verbessern.

Bei stärker ausgeprägten Demenzen werden häufig Wahrnehmungsübungen (zum Beispiel Übungen zum Sehen, Hören, Tasten, Riechen, Schmecken und zur Körperwahrnehmung) durchgeführt, um die Sinneswahrnehmung der Patienten mit einfachen Aufgaben zu trainieren.

Daneben gibt es zahlreiche psychologische Unterstützungs-Angebote, die sowohl den Patienten als auch ihren Angehörigen helfen sollen, mit der oft schwierigen Situation und den damit verbundenen psychischen Belastungen umzugehen.

Beim Umgang mit dementen Patienten wird häufig die Methode der „Validation“ eingesetzt, die von der Altersforscherin Naomi Feil entwickelt wurde. Sie zielt darauf ab, das Wohlbefinden und die Lebensqualität dementer Patienten zu verbessern. Die Betreuer nehmen dabei dem Patienten gegenüber eine wertschätzende Haltung ein, die sein oft stark verändertes Erleben und Verhalten in den Mittelpunkt stellt und als „für ihn gültig“ akzeptiert.

Exkurs: Abgrenzung zwischen Depression und Demenz

Wie bereits beschrieben, berichten ältere Menschen mit Depressionen häufig über – zum Teil stark ausgeprägte – kognitive Probleme. Bei der Diagnostik ist es deshalb wichtig, eine Depression von einer Demenz abzugrenzen. Ein Hilfsmittel kann dabei die „Geriatrische Depressionsskala“ (GDS; Skeikh & Yesavage, 1986) sein, die explizit entwickelt wurde, um beide Störungsbilder voneinander zu unterscheiden.

Für das Störungsbild einer Depression spricht es, wenn bereits depressive Episoden in der Vorgeschichte aufgetreten sind und wenn eine ausgeprägte depressive Verstimmung, selbstabwertende Gedanken und Schuldgefühle vorliegen. Außerdem deutet es auf eine Depression hin, wenn keine schwerwiegenden kognitiven Störungen – etwa Störungen der Sprachfähigkeit, der Orientierung oder der Bewegungsabläufe – vorhanden sind.

Charakteristisch für eine Depression ist auch, dass der Betroffene stark über Gedächtnisprobleme klagt. Patienten mit einer Demenz neigen dagegen eher dazu, die kognitiven Einbußen zu bagatellisieren und zu überspielen.

Bei unklarer Diagnose wird der Betroffene häufig zunächst mit Antidepressiva behandelt. Bessern sich dadurch – neben der niedergeschlagenen Stimmung – auch die kognitiven Symptome deutlich, ist dies ebenfalls ein deutlicher Anhaltspunkt für eine Depression.

Allerdings gibt es auch Fälle, in denen eine Depression und eine Demenz gleichzeitig vorliegen. Außerdem ist es möglich, dass eine Depression im Vorfeld einer Demenz oder als Reaktion auf die Symptome einer Demenz auftritt.

Angststörungen

Unter dem Begriff "Angststörungen" werden verschiedene Angstformen zusammengefasst, die durch Panikgefühle und körperliche Begleiterscheinungen wie Schweißausbrüche und Herzrasen gekennzeichnet sind.

Eine Form der Angst sind **Panikattacken**, die nicht an konkrete Situationen geknüpft sind. Sie treten schlagartig auf und werden von starken körperlichen Symptomen wie Herzrasen und Atemnot begleitet. Das erzeugt bei Betroffenen noch mehr Angst bis hin zur Todesangst.

Phobien hingegen sind eine Form der Angst, die mit bestimmten Situationen, Gegenständen, Lebewesen etc. verknüpft ist (z.B. die Angst vor bestimmten Tieren wie Schlangen oder Spinnen, Höhenangst, Flugangst oder Angst vor geschlossenen Räumen) Aber auch in ungewohnten Situationen wie z.B. in großen Menschenmengen, auf großen Plätzen und in fremder Umgebung gibt es phobische Ängste.

Darüber hinaus gibt es Patienten mit einer unspezifischen, lang anhaltenden Angst. Diese ist nicht auf bestimmte Objekte, Orte oder Personen gerichtet und ein dauerhafter Begleiter. Die Betroffenen sind unentwegt Gespanntheit, Ruhelosigkeit, Erregbarkeit, Angespanntheit, Beklemmungsgefühlen und ständiger Aufmerksamkeit ihrer Umwelt gegenüber ausgesetzt.

→ Detaillierte Informationen zum Störungsbild Angst finden Sie im Kapitel „Ängste und Angststörungen“ (<http://www.therapie.de/psyche/info/diagnose/angst/einleitung-angst/>)

Häufigkeit und Verlauf

Verschiedene Angststörungen kommen im höheren Lebensalter unterschiedlich häufig vor. So sind etwa sieben Prozent der über 65-Jährigen von einer Phobie betroffen – ungefähr genauso viele wie in jüngeren Jahren. Frauen leiden dabei doppelt so häufig an einer Phobie wie Männer. Panikstörungen treten im höheren Alter insgesamt seltener auf als bei Jüngeren und kommen hier vor allem bei Frauen vor.

Die Prognose der meisten Phobien ist auch bei älteren Menschen relativ günstig, wenn eine entsprechenden Therapie durchgeführt wird: Bei 60 bis 80 Prozent kommt es zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik. Bei einer Panikstörung und einer generalisierten Angststörung ist die Prognose dagegen etwas schlechter: Hier besteht die Symptomatik oft chronisch weiter, wobei sie phasenweise stärker oder schwächer ausgeprägt sein kann.

Symptome

Die Symptome von Ängsten und Angststörungen sind vergleichbar mit denen jüngerer Menschen. Ähnlich wie bei einer Depression gilt auch bei Ängsten, dass viele ältere Menschen die Symptome nicht spontan ansprechen oder sie herunterspielen.

Ursachen

Auch die Ursachen für Ängste und Angststörungen sind ähnlich wie bei jüngeren Menschen. Zur Entstehung von Ängsten können zum einen genetische Faktoren, zum anderen auch psychosoziale Faktoren beitragen – etwa belastende Lebensumstände oder Angst auslösende Lebensereignisse. Solche Belastungen kommen bei älteren Menschen häufig vor. Zum Beispiel kann die Diagnose einer körperlichen Erkrankung oder der Tod eines nahestehenden Menschen eine Angststörung auslösen.

Auf der anderen Seite können bei älteren Menschen auch krankhafte Veränderungen im Gehirn, bestimmte körperliche Erkrankungen und Medikamente zur Entstehung von Ängsten beitragen – so können zum Beispiel Erkrankungen am Herzen oder an der Lunge, antriebssteigernde Antidepressiva oder das Absetzen von Schlaf- und Beruhigungsmitteln zur Angstzuständen führen.

Diagnosestellung

Sorgen und Befürchtungen werden bei älteren Menschen häufig als „normal“ angesehen, so dass ausgeprägte, Behandlungsbedürftige Ängste häufig nicht erkannt werden. Zudem werden die Symptome auch von den Betroffenen selbst oft nicht angesprochen. Deshalb ist es bei der Diagnose einer Angststörung wichtig, explizit nach den Angstsymptomen zu fragen. Dabei sollte auch erfasst werden, wie stark die Symptome die Bewältigung des Alltags, soziale Kontakte und die körperliche Gesundheit beeinträchtigen. So kann sich vor allem bei älteren Menschen die starke körperliche Erregung bei Angst oder bei einer Panikattacke ungünstig auf Herz- und Kreislauffunktionen auswirken. Weiterhin sollte bei der Diagnose darauf geachtet werden, ob weitere psychische Störungen vorliegen, insbesondere eine Demenz.

Therapie

a) Psychotherapie

Ebenso wie bei jüngeren Menschen gilt eine Psychotherapie auch bei älteren Angstpatienten als Behandlungsansatz erster Wahl. Dabei hat sich die kognitive Verhaltenstherapie als die effektivste Therapiemethode erwiesen, die auch bei älteren Patienten eine gute Wirksamkeit zeigt. Ergänzend können auch Entspannungsverfahren zum Einsatz kommen. Die Wirksamkeit psychoanalytischer Verfahren ist dagegen weniger gut belegt.

b) Behandlung mit Psychopharmaka

Angststörungen werden vor allem dann mit Medikamenten behandelt, wenn die Symptome stark ausgeprägt sind. Das ist insbesondere bei einer schweren Panikstörungen und einer schweren generalisierten Angststörung der Fall. Ziel der Behandlung ist meist, die Symptome so weit zu vermindern, dass der Betroffene in der Lage ist, eine Psychotherapie zu beginnen und die Anforderungen der Therapie zu bewältigen.

Auch bei Angststörungen muss darauf geachtet werden, dass ältere Patienten anfälliger für Nebenwirkungen von Psychopharmaka sind. Gleichzeitig können die körperlichen Nebenwirkungen der Medikamente bei älteren Angstpatienten oft noch stärkere Angstsymptome auslösen als bei jüngeren.

Schlafstörungen

Schlafstörungen sind „über einen längeren Zeitraum anhaltende Abweichungen von der normalen Schlafqualität, Schlafdauer oder Schlafrhythmik, die zu einer spürbaren Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit führen.“

Am weitesten verbreitet ist die Schlaflosigkeit (Insomnie), die sich als Ein- oder Durchschlafstörungen oder als morgendliches Früherwachen äußert. Eine andere Form ist ein krankhaft gesteigertes Schlafbedürfnis (Hypersomnie). Sie zeichnet sich aus durch verlängerte Schlafperioden, Schläfrigkeit und erhöhte Einschlafneigung am Tag. Auch Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, Schlafapnoe, Narkolepsie/Kataplexie sowie Alpträume oder Schlafwandeln beeinträchtigen die Schlafqualität (Parasomnie).

Häufigkeit und Verlauf

Ungefähr jeder vierte Deutsche bräuchte eine Behandlung wegen einer Schlafstörung, ein Viertel aller Verkehrsunfälle ereignen sich aufgrund von Schläfrigkeit und knapp drei Millionen Bundesbürger nehmen regelmäßig Schlafmittel ein. Die Häufigkeit von Schlafstörungen steigt mit dem Alter. Etwa die Hälfte aller Menschen über 65 Jahre leidet an einer Schlafstörung.

Das hängt damit zusammen, dass der Schlaf mit zunehmendem Alter nicht mehr so tief ist und häufiger kurze Wachphasen auftreten.

Eine weitere Besonderheit im höheren Lebensalter ist, dass deutlich mehr Menschen ein verschreibungspflichtiges Schlafmittel (Hypnotikum) einnehmen. Bei den 20- bis 30-Jährigen, die an einer Schlafstörung leiden, sind dies etwa 10 Prozent, bei den über 70-Jährigen dagegen rund ein Drittel.

Arten von Schlafstörungen, ihre Symptome und Ursachen

Im Wesentlichen lassen sich im höheren Lebensalter die gleichen Störungsbilder und Symptome beobachten wie bei jüngeren Menschen. Die wichtigsten Schlafstörungen werden im Folgenden beschrieben:

Bei einer **Insomnie** kommt es zu Schwierigkeiten beim Ein- und Durchschlafen, zugleich wird der Schlaf als wenig erholsam erlebt. Tagsüber fühlen sich die Betroffenen oft müde und wenig leistungsfähig. Als wichtigste Ursache für die Entstehung einer Insomnie gelten emotionale Belastungen. So treten die Schlafprobleme oft zum ersten Mal in Stressphasen oder nach belastenden Ereignissen auf. Auch ungünstige Schlafgewohnheiten (zum Beispiel unregelmäßige Schlafenszeiten, Alkohol am Abend) können zur Entwicklung einer Insomnie beitragen. Sie kann aber auch ohne erkennbare Ursache auftreten und dann durch schlafhygienische Maßnahmen (z.B. Vermeiden von übermäßigem Alkohol-, Nikotin- und Kaffeegenuss, Einüben von Schlafritualen oder Entspannungstechniken) bekämpft werden, oder sie kann auf Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Schilddrüsenüberfunktion, Epilepsien oder Depressionen zurückgehen. Von einer primären Insomnie, für die sich keine körperliche oder psychische Erkrankung als Ursache finden lässt, sind etwa fünf bis sieben Prozent der älteren Erwachsenen betroffen. Bei älteren Menschen begünstigt außerdem der relativ flache Schlaf mit häufigen kurzen Wachphasen die Entstehung einer Insomnie.

An einem **Schlafapnoe-Syndrom** leiden etwa 40 Prozent der älteren Menschen – deutlich mehr als in jüngeren Jahren. Bei dieser Störung kommt es neben Schnarchen auch zu Atemaussetzern im Schlaf, die zu Müdigkeit und kognitiven Beeinträchtigungen am Tag führen.

Bei einem Schlafapnoe-Syndrom können unterschiedliche organische Ursachen zugrunde liegen. Am häufigsten ist die so genannte obstruktive Schlafapnoe. Hier führt eine zu starke Entspannung der Atemmuskulatur im Schlaf dazu, dass keine oder fast keine Luft mehr in die Lungen gelangen kann. Bei der selteneren Form der zentralen Schlafapnoe werden die Atemaussetzer durch Schädigungen im zentralen Nervensystem ausgelöst, die zum Beispiel bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen entstehen können.

Von **periodischen Beinbewegungen** im Schlaf sind etwa 30 Prozent der älteren Erwachsenen betroffen. Hier kommt es zu wiederkehrenden Bewegungen der Beine im Schlaf, die die Erholbarkeit des Schlafes vermindern können.

Beim **Restless-Legs-Syndrom** treten unangenehme Empfindungen in den Beinen auf, die durch Bewegung reduziert werden können. Von der Störung sind etwa 10 Prozent der älteren Menschen betroffen.

Die Ursachen des Restless-Legs-Syndroms und der periodischen Beinbewegungen im Schlaf sind auch heute noch nicht eindeutig geklärt. Bei beiden Erkrankungen scheint der Botenstoff Dopamin eine Rolle zu spielen. Dass beide Erkrankungen im höheren Lebensalter häufiger vorkommen, könnte damit zusammenhängen, dass der Botenstoff Dopamin und die Rezeptoren (Andockstellen) für Dopamin im Gehirn im höheren Alter abnehmen.

Diagnosestellung

Für die Diagnose einer Schlafstörung werden die Symptome und die Krankengeschichte im Gespräch mit dem Arzt oder Therapeuten erfasst. Weiterhin wird häufig ein Schlaftagebuch eingesetzt, in dem der Patient ein bis zwei Wochen lang Schlafzeiten, Schlafdauer und die Befindlichkeit am Tag festhält. Um körperliche Auffälligkeiten im Schlaf wie Atemaussetzer oder periodische Beinbewegungen zu erkennen, wird bei der Diagnostik auch eine Untersuchung im Schlaflabor (Polysomnographie) durchgeführt. Dabei werden verschiedene körperliche Messwerte mithilfe von Elektroden aufgezeichnet.

Vor allem im höheren Lebensalter ist es wichtig, mögliche körperliche Erkrankungen zu erfassen, die eine Schlafstörung auslösen können oder durch die Schlafstörung bedingt sind. So können zum Beispiel eine Niereninsuffizienz oder eine Schilddrüsenfunktionsstörung die Symptome eines Restless-Legs-Syndroms hervorrufen. Auf der anderen Seite kann eine Schlafapnoe einen erhöhten Blutdruck und Herzrhythmusstörungen nach sich ziehen.

Schließlich muss auch geprüft werden, ob andere psychische Erkrankungen vorliegen, die die Schlafprobleme erklären könnten. So treten Schlafstörungen häufig im Rahmen einer Depression oder einer Demenz auf.

Therapie bei Insomnie

a) Psychotherapie

Die Behandlung einer Insomnie läuft bei älteren Menschen ähnlich ab wie bei jüngeren. Es werden vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden und Maßnahmen der Schlafhygiene (zum Beispiel regelmäßige Schlafzeiten einhalten, die Schlafumgebung angenehm gestalten, abends auf Alkohol verzichten) angewandt. Weiterhin kommen häufig Entspannungsverfahren wie die progressive Muskelrelaxation und das autogene Training zum Einsatz.

b) Behandlung mit Psychopharmaka

Bei der Behandlung einer Insomnie werden von Ärzten häufig Benzodiazepine verschrieben. Gerade ältere Menschen nehmen diese Medikamente jedoch oft über Monate oder sogar Jahre ein. Problematisch ist hierbei die Gefahr, eine Abhängigkeit zu entwickeln.. Außerdem haben Benzodiazepine relativ viele Nebenwirkungen (zum Beispiel Müdigkeit am Tag, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme), gleichzeitig nimmt die erwünschte Wirkung im Lauf der Zeit ab. Bei einem abrupten Absetzen kann es außerdem zu Entzugssymptomen kommen. Alternativ werden häufig benzodiazepin-ähnliche Substanzen (zum Beispiel Zopiclon, Zolpidem) verschrieben. Diese können jedoch ähnliche unerwünschte Wirkungen haben wie die Benzodiazepine.

Andere Medikamente, die zur Behandlung einer Insomnie eingesetzt werden und nicht zu Abhängigkeit führen, sind beruhigende Antidepressiva und niedrig dosierte Neuroleptika. Als milde Schlafmittel können außerdem Naturprodukte wie Baldrian, Melisse oder Hopfen verwendet werden.

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Die **Alkoholkrankheit** (auch *Alkoholabhängigkeit*, *Trunksucht*, *Alkoholsucht* oder *Alkoholismus* genannt) ist die Abhängigkeit vom Trinkalkohol. Das Leben wird zunehmend bestimmt von Alkoholbeschaffung und –konsum. Kennzeichnend ist ein fortschreitender Verlust der Kontrolle über das Trinkverhalten bis zum zwanghaften Konsum. Auch werden frühere Interessen zu Gunsten des Trinkens vernachlässigt, das Suchtverhalten geleugnet, bei reduziertem Konsum treten Entzugserscheinungen auf. Ebenso sind Toleranz gegenüber Alkohol („Trinkfestigkeit“) sowie Veränderungen der Persönlichkeit zu beobachten. In Europa werden gut 7 Prozent der gesundheitlichen Störungen und vorzeitigen Todesfälle auf Alkohol zurückgeführt. Nach Tabakkonsum und Bluthochdruck steht die Alkoholkrankheit an dritter Stelle als Ursache für vorzeitiges Sterben.

Das Abhängigkeitssyndrom ist zu unterscheiden vom schädlichen Gebrauch von Alkohol (oder Alkoholmissbrauch). Eine solche Diagnose wird gestellt, wenn noch kein Abhängigkeitssyndrom besteht, aber dem Betroffenen (oder seinem sozialen Umfeld) durch den Alkoholkonsum körperliche oder psychische Schäden entstanden sind. Für diese Diagnose muss das schädliche Gebrauchsmuster seit mindestens einem Monat bestehen oder über ein Jahr hinweg wiederholt aufgetreten sein.

Häufigkeit und Verlauf

Insgesamt nimmt der Konsum von Alkohol im höheren Lebensalter ab, und auch die Zahl der Menschen, die ein Alkoholproblem haben, ist bei älteren Menschen geringer als bei jüngeren.

Schätzungen zufolge leiden sechs Prozent der Menschen über 60 Jahre an einem therapiebedürftigen Alkoholproblem.

Symptome

Eine Besonderheit bei erhöhtem Alkoholkonsum im höheren Lebensalter ist, dass Alkohol bei alten Menschen langsamer abgebaut wird, so dass die Wirkung stärker ausfallen kann und es schneller zu körperlichen Schädigungen kommt. Außerdem nehmen viele ältere Menschen eine Reihe von Medikamenten, so dass Alkohol hier zu unerwünschten und zum Teil gefährlichen Wechselwirkungen führen kann.

Bei ausgeprägtem Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit im höheren Lebensalter kommt es häufig zu typischen „Alterssymptomen“, zum Beispiel häufigen Stürzen, einer ausgeprägten Fehlernährung oder Blaseninkontinenz. Außerdem lassen sich oft psychische Veränderungen beobachten – zum Beispiel Verwirrheitszustände, eine geringe kognitive Leistungsfähigkeit, Motivations- und Interesselosigkeit, Schlafstörungen und ein verändertes Verhalten, das sich in Reizbarkeit oder einem häufigen Verstoß gegen Regeln zeigen kann.

Starker und lang andauernder Alkoholkonsum kann außerdem zu Folgeerkrankungen führen. Dazu gehören Entzugssymptome, bei denen auch Symptome eines Delirs (wie etwa Verwirrtheit, Orientierungsstörungen, Schlafstörungen) auftreten können, psychotische Symptome wie Wahn oder Halluzinationen, starke Gedächtnisstörungen (so genanntes Wernicke-Korsakow-Syndrom) und Symptome einer Demenz.

Ursachen

Zur Entstehung einer Alkoholproblematik können biologische Faktoren und die Tatsache, dass Alkohol leicht verfügbar und gesellschaftlich akzeptiert ist, beitragen. Daneben spielen psychische Faktoren eine wichtige Rolle. So wird Alkohol häufig getrunken, um Stress und psychische Belastungen zu handhaben. Die alkoholabhängigen Senioren können in zwei Gruppen unterteilt werden. Der eine Teil trinkt seit langem, oft schon seit Jahrzehnten regelmäßig Alkohol in großen Mengen. Andererseits können die besonderen psychischen Belastungen und Verlusterlebnisse im höheren Lebensalter (siehe oben) dazu beitragen, dass Menschen erst in höherem Alter eine Alkoholproblematik entwickeln. Schätzungen besagen, dass 30 – 50% der Älteren erst ab dem 60. Lebensjahr mit dem Problemtrinken begonnen haben.

Diagnosestellung

Die Diagnosestellung erfolgt ähnlich wie bei jüngeren Menschen. Es werden die Symptomatik und die Krankengeschichte im Gespräch mit den Patienten erfasst, wobei häufig Screening-Fragebögen und standardisierte Interviews zum Einsatz kommen. Bei älteren Menschen, die

durch die Alkoholproblematik stark beeinträchtigt sind, ist es oft notwendig, die Angehörigen mit zu befragen.

Durch eine Untersuchung der Leber- und Blutwerte wird festgestellt, wie stark die körperlichen Schädigungen durch den Alkoholkonsum ausgeprägt sind. Gleichzeitig wird überprüft, ob ein Mangel an bestimmten Vitaminen und Spurenelementen vorliegt, was teilweise zu gefährlichen Mangelsymptomen führen kann.

Schließlich werden auch mögliche Folgeerkrankungen der Alkoholproblematik erfasst. Dazu gehören Leberschäden, Störungen des Stoffwechsels und Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, aber auch hirnorganische Erkrankungen wie das Wernicke-Korsakoff-Syndrom.

Therapie

a) Entzugs- und Entwöhnungstherapie

Wenn eine Alkoholabhängigkeit besteht, wird zunächst eine – meist stationäre – Entzugs- und Entwöhnungstherapie durchgeführt. Während der Entzugsphase muss der Patient vollständig auf Alkohol verzichten und erhält gleichzeitig Medikamente, um die Entzugssymptome zu mildern. Im Rahmen der Entwöhnung lernt der Betroffene in Einzel- und Gruppengesprächen, die Hintergründe seines Alkoholkonsums zu verstehen und alternative Verhaltensweisen zu entwickeln. Die Behandlung läuft bei älteren Menschen ähnlich ab wie bei jüngeren. Eine Besonderheit ist jedoch, dass die Therapie bei älteren Patienten behutsamer durchgeführt wird und meist längere Zeiträume benötigt werden, um einen anhaltenden Behandlungserfolg zu erreichen.

b) Psychotherapie

Auch eine Psychotherapie gestaltet sich bei älteren Erwachsenen mit einem Alkoholproblem ähnlich wie bei jüngeren. Am Anfang steht dabei eine motivierende Gesprächsführung, die den Betroffenen deutlich macht, wie wichtig es ist, zukünftig auf Alkohol zu verzichten. Als Behandlungsformen können Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie, der interpersonellen Therapie, der tiefenpsychologischen Therapie und Ansätze der Psychoedukation zum Einsatz kommen. Selbsthilfegruppen sind für viele Betroffene hilfreich, um Therapieerfolge – insbesondere die Abstinenz – langfristig aufrecht zu erhalten.

Wichtig bei der Therapie mit alkoholkranken älteren Menschen ist, dass der Behandler anstelle eines konfrontativen Stils einen eher behutsamen und akzeptierenden Therapiestil verwendet. Dabei sollte er immer wieder die Lebenserfahrung und die Lebensleistungen des Patienten ansprechen und wertschätzen. Diese können wichtige Ressourcen sein, um die Alkoholproblematik zu bewältigen.

Missbrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln

Nach Schätzungen von Experten sind in Deutschland rund 1,5 Millionen Menschen medikamentenabhängig. Zwei Drittel davon sind Frauen. Ältere Menschen sind häufiger betroffen als jüngere. Das gilt für Frauen und Männer gleichermaßen. Von den oft verschriebenen Präparaten besitzen etwa vier bis fünf Prozent ein Missbrauchs- oder Suchtpotential. Ein hohes Suchtpotenzial besitzen vor allem Beruhigungs- und Schlaf- sowie Schmerzmittel.

Häufigkeit und Verlauf

Bei älteren Menschen werden deutlich mehr Psychopharmaka verordnet als bei jüngeren – unter anderem mit dem Ziel, die psychischen Begleiterscheinungen von körperlichen Krankheiten zu lindern. Dabei gehören Schlaf- und Beruhigungsmittel aus der Gruppe der Benzodiazepine zu den am häufigsten verordneten Medikamenten: Ihr Anteil an den Psychopharmaka bei älteren Menschen liegt bei 80 Prozent.

Untersuchungen haben gezeigt, dass drei bis 16 Prozent der älteren Menschen Benzodiazepine länger als ein halbes Jahr einnehmen – ein Zeitraum, der die Entwicklung einer Abhängigkeit wahrscheinlich macht. Dabei sind etwa zwei Drittel der Patienten mit einer Benzodiazepin-Abhängigkeit Frauen. Am häufigsten kommt es bei älteren Menschen zum Missbrauch bzw. zur Abhängigkeit von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, wenn sie von Angststörungen, chronischen Erkrankungen oder Schlafstörungen betroffen sind oder wenn bereits vorher eine Suchtproblematik bestand.

Symptome

Typische Symptome bei einem Missbrauch oder einer Abhängigkeit von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln sind Müdigkeit am Tag, Schwindel, ein unsicherer Gang sowie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Typisch ist auch, dass die Wirksamkeit der Medikamente im Lauf der Zeit abnimmt, so dass die Dosis erhöht werden muss, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Beim Versuch, die Medikation abzusetzen, kommt es häufig zu Entzugerscheinungen – vor allem bei einem abrupten Absetzen. Typische Entzugssymptome sind Schlafstörungen, Angst, innere Unruhe, Schwitzen und Kopfschmerzen. Bei älteren Menschen können zusätzlich Schlafstörungen, Muskelkrämpfe und Halluzinationen auftreten.

Ursachen

Schlaf- und Beruhigungsmittel aus der Gruppe der Benzodiazepine führen bei höherer Dosierung relativ schnell, meist schon nach drei bis vier Wochen, zu einer Abhängigkeit. Bei älteren Erwachsenen kommt es allerdings häufig vor, dass sie die Medikamente in niedriger

Dosierung, dafür aber regelmäßig über Monate oder sogar Jahre einnehmen. In diesem Fall kommt es nach einem Zeitraum von etwa sechs Monaten häufig zu einer so genannten „Niedrig-Dosis-Abhängigkeit“.

Viele Ärzte verordnen Schlaf- und Beruhigungsmittel auch ohne eine klare Indikation (also ohne eindeutig diagnostizierte Erkrankung) und oft bedenkenlos über längere Zeiträume. Darüber hinaus werden die Patienten von vielen Ärzten nicht auf die Gefahren von Benzodiazepinen hingewiesen – also zum Beispiel auf die Gefahr einer Abhängigkeit oder die Gefahr von Entzugssymptomen bei abruptem Absetzen. Dieses Verhalten begünstigt die Entwicklung eines Medikamenten-Missbrauchs bzw. einer Abhängigkeit.

Diagnosestellung

Die Diagnosestellung erfolgt, indem die Einnahmeheschichte der Medikamente und die damit verbundenen Symptome (Nebenwirkungen, aber auch Symptome bei Absetzversuchen) genau erfasst werden.

Therapie

Ein Problem bei der Behandlung eines Schlaf- und Beruhigungsmittel-Missbrauchs bzw. einer -Abhängigkeit ist, dass die Problematik häufig von den Patienten selbst aber auch von Ärzten bagatellisiert bzw. bewusst in Kauf genommen wird.

Eine Therapie wird meist dann eingeleitet, wenn der Betroffene selbst über Probleme klagt und den Wunsch zum Absetzen äußert. Auf der anderen Seite wird der Arzt eine Therapie anstreben, wenn es durch die Schlaf- oder Beruhigungsmittel-Einnahme verstärkt zu körperlichen oder psychischen Problemen kommt. In diesem Fall muss der Patient oft zunächst durch Aufklärung und motivierende Gespräche bewegt werden, einer Behandlung zuzustimmen.

Am Anfang der Therapie steht die Entzugsbehandlung. Dabei ist es wichtig, die Medikation allmählich und schrittweise zu reduzieren. Bei einer niedrig-Dosis-Abhängigkeit kann dies ambulant über einen Zeitraum von vier bis zehn Wochen stattfinden. Bei einer hohen Dosis sollte dagegen eine stationäre Entzugsbehandlung stattfinden. Bei älteren Menschen ist es wichtig, den Entzug vorsichtig durchzuführen: Er sollte umso langsamer stattfinden, je älter der Betroffene ist und je länger und höher dosiert die Medikation eingenommen wurde.

Im Anschluss wird – je nach Schwere der Problematik – oft eine psychologische Beratung oder eine Psychotherapie durchgeführt. Sie soll den Betroffenen dabei unterstützen, sein Leben auch ohne Schlaf- oder Beruhigungsmittel wieder erfolgreich zu bewältigen. In einer Psychotherapie geht es gleichzeitig oft darum, die Probleme, die überhaupt erst zur Einnahme der Benzodiazepine geführt haben (zum Beispiel eine Schlafstörung oder eine Angststörung) auf andere Art und Weise zu bewältigen. Mehr zur Problematik von Schlaf- und

Beruhigungsmitteln finden Sie auf therapie.de im Bereich „Psychopharmaka“ in den Abschnitten „Beruhigungsmittel“ und „Schlafmittel“.

Andere psychische Störungen im höheren Lebensalter

Delir

Das Delir ist ein **Verwirrheitszustand**, bei dem es zu Störungen des Bewusstseins, der Aufmerksamkeit, der Orientierung und des Gedächtnisses kommt. Dabei kann das Bewusstsein entweder vermindert oder verändert sein. Beim verminderten Bewusstsein ist die Wachheit des Betroffenen herabgesetzt, so dass Denken, Handeln und die Verarbeitung von Reizen eingeschränkt sind. Beim veränderten Bewusstsein sind Denken und Handeln verwirrt oder auf einen Teilaspekt des Erlebens eingeschränkt. Außerdem können Schlafstörungen und Störungen der Bewegungsabläufe auftreten. Den Symptome sind auf eine organische Ursache oder auf die Einwirkung einer Substanz – wie Alkohol oder bestimmte Medikamente – zurückzuführen.

Ein Delir kann in jedem Alter auftreten, ist bei älteren Menschen jedoch deutlich häufiger zu beobachten. So beträgt die Häufigkeit eines Delirs bei älteren Menschen etwa ein bis 16 Prozent. Ein Grund dafür ist, dass ältere Menschen oft unter vielfältigen Krankheiten leiden, die zur Entwicklung eines Delirs beitragen können. Außerdem kann es bei ihnen nach einer Operation, während einer internistischen Behandlung oder durch Mangelernährung und zu geringe Flüssigkeitsaufnahme zu einem Delir kommen.

Um ein Delir zu behandeln, ist es vor allem wichtig, die Ursache der Verwirrheitssymptome herauszufinden und entsprechend zu behandeln. Gleichzeitig werden Neuroleptika oder Benzodiazepinen eingesetzt, um die Verwirrheits-Symptomatik zu lindern.

Schizophrene und wahnhaftige Störungen

Schizophrene Erkrankungen treten nach dem 60. Lebensjahr nur selten zum ersten Mal auf. Dabei lassen sich solche späten Erkrankungsformen bei Frauen häufiger als bei Männern.

Die Symptome sind im höheren Lebensalter ähnlich wie in jüngeren Jahren. Wichtig ist bei älteren Menschen jedoch, mögliche organische Erkrankungen und Medikamente als Ursache eines Wahns oder anderer schizophrener Symptome auszuschließen. So können die Symptome auch im Rahmen einer Demenz, eines Delirs, einer anderen organischen Erkrankung des Gehirns oder des Nervensystems (zum Beispiel Schlaganfall, Hirntumor) oder bei einer internistischen Erkrankung (zum Beispiel Herzinfarkt, Schilddrüsenfunktionsstörung) auftreten. Zu den Medikamenten, die schizophrenie-ähnliche

Symptome auslösen können, gehören Antiepileptika, Parkinson-Medikamente und Bluthochdruck-Medikamente.

Auch im höheren Lebensalter gelten Neuroleptika bei einer schizophrenen oder wahnhaften Störung als Medikamente erster Wahl. Dabei muss sorgfältig geprüft werden, ob körperliche Risikofaktoren vorliegen, die die Einnahme dieser Medikamente problematisch machen. So können sowohl die so genannten älteren als auch die neueren Neuroleptika das Risiko für einen Schlaganfall erhöhen. Liegen Risikofaktoren vor, müssen Nutzen und Risiko der Medikation sorgfältig abgewogen und die Einnahme engmaschig überwacht werden.

Nach dem Abklingen der akuten Symptome können psychotherapeutische und soziotherapeutische Maßnahmen dazu beitragen, die Symptomatik weiter zu stabilisieren. Ähnlich wie bei jüngeren Patienten geht es in der Therapie darum, dem Patienten durch Gespräche Unterstützung und Entlastung zu bieten, ihn zum regelmäßigen Einnehmen der Medikation zu motivieren und ihn dabei zu unterstützen, seinen Alltag zu strukturieren. Angepasst an das Alter und die Möglichkeiten des Patienten wird außerdem versucht, Aktivitäten aufzubauen und soziale Fähigkeiten zu verbessern.

Manien und bipolare Störungen

Manische Episoden – also Phasen mit extrem gehobener oder gereizter Stimmung und stark gesteigertem Antrieb – treten im höheren Lebensalter selten auf. Die Wahrscheinlichkeit, dass jemand im Rahmen einer bipolaren Störung im höheren Alter erstmals eine Manie entwickelt, liegt bei weniger als einem Prozent.

Zu beachten ist bei älteren Menschen, dass häufig körperliche Erkrankungen oder Medikamente die Auslöser für manische Symptome sein können. Wenn eine Manie auftritt, kann es bei älteren Menschen schnell zu Komplikationen kommen. Manische Zustände führen oft zu einem geringeren Schlafbedürfnis und zu einer geringeren Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme – Faktoren, die bei älteren Menschen schnell zu schweren körperlichen Störungen führen können.

Die Behandlung einer manischen Episode wird in der Regel stationär durchgeführt, wobei die Symptome mit Psychopharmaka behandelt werden. Gleichzeitig müssen bei der Therapie körperliche Erkrankungen und Medikamente, die die Manie ausgelöst haben könnten, mit behandelt werden.

Autorin: Christine Amrhein für Pro Psychotherapie e.V.

Therapeutensuche

<http://www.therapie.de/psychotherapie/>

Quellen

- Haupt, M. & Vollmar, H. C. (2008). Psychische Erkrankungen bei älteren Patienten. In: Schneider, F. & Niebling, W. (Hrsg). Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Springer-Verlag, S. 517-532.
- Abstract zum Weltgesundheitstag 2006: „Psychische Erkrankungen im Alter: Vorbeugen und Therapieren“, Prof. Dr. Rainer Richter.
- Broschüre: Wenn die Seele krank ist – Psychotherapie im höheren Lebensalter, Hrsg.: BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.) und DPtV e.V. (Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V.), Bonn 2010.
- Präsentation: Nehmen psychische Störungen im Alter zu, und sind sie schlechter psychotherapeutisch zu behandeln? Prof. Caspar, Franz ,Institut für Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie Universität Bern.
- <http://www.dggpp.de/>
- <http://www.wegweiser-demenz.de/>
- <http://www.aok.de/bundesweit/91267.php?id=2375>
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Demenz>
- Themenheft Demenz: Leichte kognitive Beeinträchtigungen und Demenzen: Eine Bevölkerungsperspektive –Ergebnisse der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA75+), in: Ärzteblatt Sachsen, 08/2011.
- Skript „Alter. Gerontopsychosomatik – Psychotherapie im Alter“ von Götz Berberich, Psychosomatische Klinik Windach
- Schlafstörungen und ihre Behandlungsmethoden. Ratgeber des Schlafmedizinischen Zentrums der Charité, <http://www.charite.de/dgsm/rat/welcome.html>
- AOK Lexikon Krankheiten Schlafstörungen
<http://www.aok.de/bundesweit/gesundheit/59717.php?id=3000>
- <http://www.gbe-bund.de: Definition Schlafstörungen>
- AOK Lexikon Krankheiten Panikattacke, Angststörung:
<http://www.aok.de/bundesweit/gesundheit/59717.php?id=14396>
- [Skript „Sucht im Alter“ von Prof. Heike Dech, Alice Salomon Hochschule Berlin,](http://www.aok.de/bundesweit/gesundheit/59717.php?id=14396)
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Alkoholkrankheit>
- <http://www.netdokter.de/Krankheiten/Sucht/Medikamentensucht-10690.html>
- [Alkoholsucht bei Senioren auf http://www.senioren-ratgeber.de/Sucht/Alkoholsucht-bei-Senioren-Zum-Aufhoeren-ist-es-nie-zu-spaet-155229.html](http://www.senioren-ratgeber.de/Sucht/Alkoholsucht-bei-Senioren-Zum-Aufhoeren-ist-es-nie-zu-spaet-155229.html)
- Broschüre: Wenn die Seele krank ist – Psychotherapie im höheren Lebensalter, Hrsg.: BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.) und DPtV e.V. (Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V.), Bonn 2010.
- WHO (2010). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 7., überarbeitete Auflage. Hrsg. H. Dilling, W. Mombour & M. H. Schmidt. Verlag Hans Huber, Bern.