

SGSP INFO SSPS

Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP) Société Suisse de Psychiatrie Sociale (SSPS) Società Svizzera di Psichiatria Sociale (SSPS)

Liebe Leserin, Lieber Leser

Das letzte INFO haben wir der Migration und deren Auswirkung auf die sozialpsychiatrische Arbeit gewidmet. Diesmal entschlossen wir uns, eine andere „Randgruppe“ zum Thema zu machen, die „Alten“ oder vielmehr die Gerontopsychiatrie.

Wir bedauern, dass wir im letzten INFO aus Platzgründen nicht alle Artikel publizieren konnten, deshalb lesen Sie heute den Beitrag von Ilario Rossi: „Zugang zur Behandlung als Herausforderung des Gesundheitswesens“, ist doch das Thema auch im Bezug auf die Gruppe der alten Menschen von Bedeutung.

Alter, Älterwerden ist zunehmend ein Thema, das in den Medien eher kontrovers behandelt wird. So wurde etwa in der Radiosendung „Kontext“ vom 22. September 2008 unter dem Titel „Die Diktatur der Alten?“ ein Gespräch mit Thomas Straubhaar, Leiter des Weltwirtschaftsinstituts in Hamburg gebracht. Von der Prognose ausgehend, dass im Jahre 2030 ein Viertel der Bevölkerung über 65 sein wird, zeichnete Straubhaar ein Zukunfts-Szenario, in dem die Politik hauptsächlich von den Alten nach ihren Bedürfnissen bestimmt wird. Daraus könnte, so seine Meinung, eine Abwanderung der Jungen mit den entsprechenden Auswirkungen auf die Schweiz resultieren. Um dieser Entwicklung etwas entgegen zu wirken, fordert

► S. 28

Chère lectrice, cher lecteur

Nous avons consacré le dernier numéro d'INFO au thème de la migration et de ses conséquences dans le travail de psychiatrie sociale. Pour la présente édition, nous avons choisi de centrer notre attention sur un autre groupe en marge, soit les personnes âgées en ciblant plus précisément notre réflexion sur le domaine de la gérontopsychiatrie.

La dernière fois, nous n'avions malheureusement pas suffisamment d'espace pour publier tous les articles, ce que nous regrettons vivement. C'est pourquoi, nous faisons paraître cette fois-ci celui de Ilario Rossi, légèrement raccourci et intitulé „L'accès aux soins des migrants comme enjeux de santé“ et dont la thématique concerne également de manière importante le groupe des personnes âgées.

Le vieillissement est un thème qui prend de l'importance dans les médias, qui le traitent par ailleurs de manière controversée. Cet dynamisme tensionnel fut notamment au centre de l'émission radiophonique „Kontext“ du 22 septembre 08 et qui fut diffusée sous le titre „La dictature des vieux“. L'émission était construite sur la base d'un entretien avec Thomas Straubhaar, chef de l'institut d'économie mondiale à Hambourg. Partant du pronostic annonçant pour 2030 un taux de 25% de la population âgée de plus de 65 ans, Straubhaar esquissa un scénario du futur,

► p. 28

Care lettrici, cari lettori,

L'ultimo numero di Info é stato dedicato al tema della migrazione e delle sue implicazioni nella presa in carico psichiatrico-sociale. In questa edizione abbiamo scelto di concentrare la nostra attenzione sulla popolazione anziana, altro gruppo di persone passibile di emarginazione, dedicandoci in modo particolare alla riflessione in ambito psico-geriatrico.

Nell'ultimo numero purtroppo mancava lo spazio per pubblicare tutti gli articoli che ci sono pervenuti e dunque troverete in queste pagine l'articolo di Ilario Rossi dedicato al tema dell'accesso alle cure per la popolazione migrante, che viene pubblicato in forma leggermente ridotta. Questo tema riguarda da vicino anche la popolazione anziana.

L'invecchiamento della popolazione é un tema trattato dai media con sempre maggiore frequenza e interesse seppur in forma spesso interlocutoria e controversa. La trasmissione radiofonica «kontext» del 22 settembre scorso dal titolo «la dittatura dei vecchi» ci mostrava in modo eloquente questo aspetto. L'emissione era centrata su un'intervista a Thomas Straubhaar direttore dell'Istituto di economia mondiale di Amburgo che riportava un dato di previsione statistica per la quale nel 2030 il tasso di ultrasessantacinquenni rispetto alla popolazione generale potrebbe assestarsi sul 25%. Straubhaar a partire

► p. 28

27 Editorial (Ruth Waldvogel)

29 La Psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée en Suisse Romande (Isabella Justiniano)

31 Implicazioni dell'attaccamento nella cura delle persone anziane (Rita Pezzati)

37 Umgang mit älteren psychisch kranken Menschen (Eva Krebs-Roubicek)

40 L'accès aux soins des migrants comme enjeux de santé (Ilario Rossi)

42 Bericht aus dem Zentralvorstand
42 Rapport du comité central
42 Rapporto del comitato centrale

er eine drastische Senkung des Stimmrechtsalters, allenfalls bei unmündigen Kindern stellvertretend durch deren Eltern.

Nun sind wir doch wohl eher ein Einwanderungsland. Die Vorstellung, dass sich dies in naher Zukunft ins Gegenteil verkehren sollte ist nicht ganz vorstellbar. Das Gespräch zeigt jedoch einen wichtigen Aspekt in der aktuellen Diskussion um die Bedeutung der Überalterung der Gesellschaft. In hochindustrialisierten Ländern ist es heute nichts Ungewöhnliches, dass es Grosseltern gibt, die sich gleichzeitig um die eigenen Eltern kümmern, also Grosseltern und Kinder gleichzeitig sind. Vielleicht steckt hinter der bangen Frage nach einer möglichen Diktatur der Alten die Angst, selbst in der Rolle des „ewigen Kindes“ gefangen zu sein, kein autonomes, selbstständiges Leben führen zu können.

Wie Eva Krebs-Roubicek in ihrem Artikel erwähnt, ist im Umgang mit älteren Menschen der Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktion besondere Beachtung zu schenken. So sieht sich der Behandelnde mit seinem (unbewussten) Wunsch nach starken, beschützenden Eltern konfrontiert mit den entsprechend ambivalenten Gefühlen, während ältere Patienten und Patientinnen in den Betreuenden die eigenen Kinder mit den entsprechenden Bedürfnissen und Forderungen sehen.

Gerontopsychiatrische Arbeit setzt daher spezifische Ausbildung voraus. Die Auseinandersetzung mit der charakteristischen Problematik hilft beiden Seiten, neue, befriedigende Beziehungen aufzubauen, bei der die Autonomie der Patienten und Patientinnen erhalten bleibt und die Betreuenden Erfahrungen machen können, die ihnen in ihrer eigenen Entwicklung neue Einsichten bringen und so zum persönlichen Wachstum beitragen.

Ruth Waldvogel
September 2008

selon lequel la politique serait à l'avenir déterminée essentiellement en fonction des besoins des personnes âgées. Cela pourrait conduire à son avis à un exode des jeunes de Suisse avec les conséquences qui en résulteraient pour notre pays. Pour pallier partiellement à cette perspective, il propose une baisse radicale de l'âge du droit de vote, avec au besoin pour les mineurs la possibilité d'être représentés par leurs parents.

Pour l'instant toutefois nous sommes plutôt un pays d'immigration, le fait que cela puisse s'inverser dans un avenir relativement proche semble relever d'une vision peu probable. L'entretien diffusé dans cette émission présente toutefois un aspect important du débat actuel autour du vieillissement de la population. Dans les pays très industrialisés, il n'est aujourd'hui pas inhabituel que des grands-parents s'occupent de leurs propres parents et se retrouvent ainsi à la fois dans le rôle de grands-parents et d'enfants. Peut-être que derrière l'inquiétante question d'une possible dictature des vieux se cache en réalité la peur de rester prisonnier dans un rôle d'éternel enfant impliquant le non accès à une vie autonome et indépendante. Comme le relève Eva Krebs dans son article, il s'agit dès lors, dans les relations avec les personnes âgées, d'accorder une attention particulière aux réactions de transfert et de contre-transfert. Dans cette prise de conscience, le soignant se trouve confronté à son désir (inconscient) de parents solides et protecteurs avec les sentiments ambivalents qui en découlent tandis que les patients âgés voient dans leurs soignants leurs propres enfants avec les besoins et les attentes y relatives. Le travail en gérontopsychiatrie requiert donc une formation spécifique. La prise en compte des caractéristiques de cette problématique aide les deux parties à construire des relations inédites et paisibles. L'autonomie des patients y demeure intacte et les accompagnants y bénéficient d'expériences leur offrant de nouveaux éclairages sur leur propre développement et leur réalisation personnelle.

Ruth Waldvogel
Septembre 2008

da questo dato evocava uno scenario politico del futuro determinato in modo preponderante dai bisogni degli anziani con un possibile susseguente esodo di giovani dalla Svizzera dalle indesiderabili conseguenze. Un rimedio atto a controbilanciare questa tendenza potrebbe essere, secondo il suo pensiero, la drastica riduzione dell'età di voto politico e la possibilità per i minorenni di essere rappresentati a questo livello dai propri genitori.

La realtà attuale peraltro è che siamo un paese di forte immigrazione e che un'inversione di tendenza a breve termine risulta improbabile. Questa intervista d'altro canto ci mostra un altro aspetto del dibattito odierno intorno al tema dell'allungamento della vita media in occidente: non è raro ormai che persone di mezza età si trovano confrontate con il problema di dover integrare contemporaneamente il ruolo di nonni e di figli di persone anziane, accudendo nipoti e genitori. In questo senso è possibile che l'inquietante scenario evocato di una futura «dittatura dei vecchi» esprima un timore sempre più diffuso che l'individuo nell'età adulta non possa affrancarsi dal suo ruolo di figlio divenuto una trappola che impedisce emancipazione e indipendenza. Questa considerazione, come ci mostra Eva Krebs nel suo articolo, indica l'importanza delle dinamiche transferali e controtransferali attivate nella relazione di cura con la persona anziana. La presa di coscienza di questi aspetti evidenzia come nella presa in carico si attivino vissuti inconsci del tipo genitore-figlio con desiderio inconsapevole dei curanti di vedere nei propri pazienti dei genitori solidi e protettivi. Questo vissuto si intreccia con quello dei pazienti che possono vivere i propri terapeuti come figli con relativi bisogni e aspettative, ingenerando ambivalenza e difficoltà nella relazione. Il lavoro in psicogeriatrica necessita dunque di una formazione specifica. La conoscenza dei problemi tipici permette la costruzione di relazioni migliori ed equilibrate che mantengono intatta l'autonomia dei pazienti. I curanti d'altro canto da questa esperienza possono trarre benefici sottoforma di chiarimenti e approfondimenti del proprio sviluppo e della propria realizzazione personale.

Ruth Waldvogel
Settembre 2008



stlishijo iflockr

La Psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée en Suisse Romande

Rappel historique

Le titre FMH de formation approfondie en psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée est récent puisqu'il date de 2006. La spécificité de la personne âgée n'est apparue sur le plan social que vers le milieu du 20^{ème} siècle. Elle a en effet émergé dans le contexte de l'évolution démographique avec un nombre de plus en plus important de personnes d'un certain âge, voire d'un âge certain. Dans ce contexte, la prise de conscience de la spécificité des soins psychiatriques pour les personnes âgées est prise en compte très tôt en Suisse Romande, puisque des hôpitaux psychogériatriques ont été créés tant à Genève qu'à Lausanne, déjà dans les années 60. Les Professeurs J. Richard et J. Wertheimer, grands pionniers dans le domaine, ont défini la psychogériatrie ou psychiatrie gériatrique comme étant la discipline de la psychiatrie générale chez la personne âgée incluant toutes les pathologies psychiatriques dès l'âge de 65 ans. Ils ont mis en place un service ambulatoire, des hôpitaux de jour et une liaison médico-sociale dans les EMS

et les CMS et un service de consultation/liaison dans les hôpitaux universitaires.

Dans leur travail de conceptualisation des soins psychogériatriques, ils ont valorisé le travail des infirmiers, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des psychomotriciens, des sociothérapeutes, des assistants sociaux et autres professionnels qu'ils ont fortement encouragés à développer leur spécificité dans l'approche de la personne âgée. Dans ce sens, ils ont œuvré en faveur d'un travail pluridisciplinaire en interdisciplinarité. Ils ont également favorisé la recherche et l'enseignement dans cette spécificité. Le travail de ces pionniers a obtenu une reconnaissance importante en 1989 avec la création d'une première chaire de psychogériatrie à l'Université de Lausanne et une collaboration avec l'OMS. Plusieurs publications sous forme de déclaration de consensus concernant la psychiatrie de la personne âgée, l'organisation des soins et des infrastructures, l'enseignement et la recherche en psychiatrie de la personne âgée et la réduction de la stigmatisation des patients âgés souffrant de troubles

mentaux sont issues de cette collaboration fructueuse.

La personne âgée

Arrivant à l'âge de la retraite, chacun peut compter sur une longue expérience de vie acquise. Durant ces longues années, des stratégies d'adaptation, de gestion des conflits et des compétences relationnelles ont été développées en fonction de la personnalité de chacun. C'est sur ces ressources que s'appuiera le jeune retraité pour réorganiser sa vie quotidienne, sa vie de couple et sa vie sociale. Il sera aidé bien entendu par un entourage relationnel portant. Il se peut néanmoins qu'à cette époque, une symptomatologie psychiatrique telle l'anxiété, la dépression, voire l'agressivité, puissent apparaître témoignant ainsi d'une grande souffrance psychique. D'autres crises peuvent survenir quand la santé physique se détériore, des proches tombent malades ou meurent. En perte de ses repères habituels, la personne peut se sentir complètement désorientée et avoir besoin de

quelqu'un sur qui s'appuyer, qui lui serve d'étayage, de moi auxiliaire. Selon sa personnalité, elle pourra alors accepter cet appui s'il est présent dans son entourage. Le cas échéant, une aide spécifique pour accepter d'avoir besoin de quelqu'un s'avère nécessaire.

Le rôle du psychiatre psychothérapeute de la personne âgée

Le spécialiste offre des soins psychiatriques à des patients souffrant de troubles psychiques, soit apparus dans la vieillesse, soit connus de longue date

tionnel. Une implication et une étroite collaboration avec l'entourage seront incontournables pour aider l'ensemble des personnes concernées à trouver un nouvel équilibre avec moins de souffrance et une qualité de vie acceptable pour chacun. Chaque situation de crise comporte la chance d'une reprise évolutive que cela soit au niveau du fonctionnement intrapsychique ou au niveau du fonctionnement dans les rapports avec les autres. Il n'est donc pas rare de trouver après une crise un meilleur équilibre psychique et relationnel qu'auparavant, et ceci même lors de situations objectivement plus difficiles avec des maladies physiques présentes

ticulièrement difficile des réaménagements explicites. Et malheureusement, ce qui n'est pas dit ne peut pas être entendu, mais peut engendrer des malentendus. L'intervention d'un professionnel, qui explicitement, recherche les ressources des uns et des autres et les met en lien avec les besoins actuels des uns et des autres qu'il s'agisse d'aide concrète, permet de réajuster les attentes mutuelles et la réalisation et la réorganisation concrète des différentes aides et soutiens. Le syndrome d'épuisement ne concerne pas que des managers ou des professionnels du soin mais également les personnes âgées trop sollicitées par leur entourage par rapport à leur santé physique et psychique actuelle.



Face à chaque patient, le psychiatre psychothérapeute de la personne âgée sera amené à faire une évaluation approfondie dans les domaines bio-psycho-social en étroite collaboration avec des médecins somaticiens et l'entourage socio-familial du patient.

(dépression récurrente, schizophrénie, troubles bipolaires, retard mental) ou de troubles psychiques liés à une maladie somatique ou une atteinte organique du cerveau (maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, maladie de Parkinson). Face à chaque patient, le psychiatre psychothérapeute de la personne âgée sera amené à faire une évaluation approfondie dans les domaines bio-psycho-social en étroite collaboration avec des médecins somaticiens et l'entourage socio-familial du patient. Il posera alors un diagnostic de trouble psychique et investiguera très attentivement les ressources du patient et de son entourage, mais également les besoins en soins et en aide du patient et de son entourage. Le projet thérapeutique et les moyens thérapeutiques mis en place (relationnels et médicamenteux) viseront la résolution des troubles par une modification du fonctionnement intra-psychique et / ou du fonctionnement rela-

voire handicapantes et l'absence d'étayage antérieur tel le travail, le conjoint, la fratrie, etc...

La personne âgée et son entourage

La personne âgée est tout d'abord et avant tout une ressource pour son entourage. Riche de sa grande expérience de vie, elle dispense des conseils, un encadrement et rend de nombreux services de par ses compétences ou de par sa disponibilité en temps. Ces services rendus ont toujours fait partie des interactions entre la personne âgée et son entourage et paraissent donc immuables. Ils ne sont souvent pas réajustés au fur et à mesure du vieillissement physiologique avec une diminution progressive des performances physiques. Tous ces arrangements intrafamiliaux sont souvent faits de façon implicite, ce qui rend par-

La personne âgée souffrant de troubles cognitifs

Quand la santé des personnes âgées devient très précaire, avec des handicaps importants dans la mobilité, dans la vue, mais également au niveau cognitif, les familles sont très présentes pour rendre les services et l'encadrement nécessaire aussi longtemps que possible. Les situations les plus difficiles concernent certainement celles où une démente entrave gravement l'autonomie et l'indépendance de la personne âgée et nécessite pas seulement une aide et une assistance de la part du reste de la famille, mais également la prise de certaines décisions à sa place. Il s'agit là des situations les plus douloureuses pour la personne âgée elle-même et plus lourdes à assumer pour la famille, également très en souffrance. En plus de soigner la maladie, le psychiatre psychothérapeute de la personne âgée va offrir un soutien psychologique au patient âgé et à la famille tout en leur offrant continuellement des explications sur la situation présente de la maladie et en anticipant les ajustements nécessaires.

Une approche intégrative

La souffrance psychique survient dans le cadre d'une maladie psychique, mais également, nous l'avons vu, dans le cadre de changement dans les différents domaines de la vie. Ces changements

sont nombreux et surviennent souvent dans plusieurs domaines en même temps chez la personne âgée. Le psychiatre psychothérapeute de la personne âgée peut assumer le rôle de gestionnaire de la complexité soit dans les moments de crise, soit si nécessaire,

Riassunto

Dagli anni 60 a Ginevra e a Losanna si é considerata la necessità, per rispondere ai crescenti bisogni di cura della popolazione, che la psichiatria e psicoterapia sviluppasse un proprio approccio specifico alla persona anziana. L'invecchiamento in effetti porta con sé numerosi cambiamenti e inoltre malattie fisiche e psichiche che possono generare momenti di crisi con difficoltà di adattamento in grado di destabilizzare, oltre alla persona che ne soffre, tutto il suo entourage socio-familiare. Lo psichiatra psicoterapeuta formato specificamente per questa fascia d'età curerà la malattia psichica fornendo un accompagnamento terapeutico al paziente e ai suoi prossimi lavorando in stretta collaborazione con gli altri referenti della rete sociosanitaria.

Resümee

Dem Spezifischen der Psychiatrie und Psychotherapie alter Menschen wurde seit den 60er Jahren in Genf und Lausanne vermehrt Beachtung geschenkt, um so dem Behandlungsbedarf der älteren Bevölkerung gerecht zu werden. Effektiv bringt Betagtheit vielfältige Veränderungen, aber auch physische und psychische Krankheiten, die Anpassungsstörungen bewirken und neben der betroffenen Person auch die soziefamiliäre Umgebung destabilisieren können. Der psychotherapeutisch tätige Psychiater, der ältere Menschen behandelt, bietet eine therapeutische Begleitung für Patienten und Patientinnen und deren Umgebung an in enger Zusammenarbeit mit den verschiedenen Helfenden des Gesundheitssystems.

dans la durée. En effet, sa conception du soin est centrée sur la personne plutôt que sur les problèmes ou la maladie et son approche thérapeutique est intégrative. Cette approche particulière lui permet de formuler des projets et des objectifs thérapeutiques réalistes tout en visant l'équilibre bio-psycho-social optimal. Ceci nécessite une très étroite collaboration et une concertation, pas seulement avec le patient et son entourage, mais bien évidemment avec tous les professionnels du domaine socio-sanitaire qui peuvent intervenir auprès de la personne âgée, les médecins, les infirmiers, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les assistants sociaux, les aides familiales, etc. Cet accompagnement peut se réaliser jusqu'au bout de la vie,

jusqu'à la mort. Aider une personne à finir sa vie dans les meilleures conditions possibles est un travail tout ce qui a de plus noble, sans compter l'effet préventif sur les 3-4 générations de descendants.

La richesse de ces rencontres humaines uniques est la récompense pour le thérapeute qui ose s'investir dans des situations de soins de grande souffrance et d'y retrouver l'essence de la vie.

DR ISABELLA JUSTINIANO

Médecin-chef du Service de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée
RSV-IPVR, Route de Morgins 10, 1870 Monthey

Implicazioni dell'attaccamento nella cura delle persone anziane

Processo di invecchiamento

L'allungamento di vita media e l'importante aumento demografico della popolazione anziana, hanno evidenziato l'esistenza di bisogni psicologici d'ordine crescente accanto a quelli già precedentemente riconosciuti di tipo medico, legati all'aumentata fragilità fisica, e di integrazione sociale, cioè della possibilità di adattamento a una società che regola offerte, bisogni e possibilità di trovare appartenenza e riconoscimento. La senescenza, cioè il processo di normale invecchiamento, rappresenta sicuramente la trasformazione e l'abbandono di numerosi aspetti che ci hanno contraddistinto in termini identitari nel corso della nostra vita, e nello stesso tempo ridefinisce la specificità, l'unicità della persona che invecchia. Anche come operatori sociali il rischio, di fronte al processo di invecchiamento, è quello di porci con uno sguardo uni-

voco o legato a nostre rappresentazioni di significato e vedere il tempo della vecchiaia in modo unidirezionale: o un futuro felice e senza difficoltà, fatto di tempo libero, di realizzazione di desideri custoditi lungo tutto l'arco della vita attiva, o come un lugubre tempo costituito unicamente da perdite, rinunce, malattie, sofferenze e solitudine. La vecchiaia inoltre non è solamente il risultato di trasformazioni biologiche, al quale l'approccio rigorosamente geriatrico e quindi improntato alla malattia ci aveva abituato a pensare, ma è un processo altamente individuale dove la propria storia, la modalità con cui si è costruita la visione del mondo e di sé stessi nel mondo, influenzano il processo stesso di invecchiamento individuale nelle sue diverse componenti fisiche, psichiche, sociali/culturali e spirituali.

La letteratura trova oramai consenzienti la maggioranza degli autori nel rilevare come il dibattito sulla vecchiaia

e sull'invecchiamento sia stato a lungo contaminato dall'ipotesi cosiddetta "deficitaria", e cioè che l'età avanzata fosse essenzialmente caratterizzata dall'impegno all'accettazione di perdite in tutti gli ambiti di esperienza quali la perdita di persone care, declino fisico e mentale e della capacità di adattamento a nuove situazioni di vita quali il ruolo in famiglia e nelle relazioni. È stato rilevato come numerosi fattori influenzino il funzionamento psichico nella vecchiaia: quelli genetici, di personalità e svariati aspetti sociali. Ulteriori fattori che giocano un ruolo importante sulla modalità con la quale l'anziano affronta ed interagisce con il compito di sviluppo di questa fase di vita sono i processi concernenti l'attaccamento e il concetto di sicurezza. Il disagio psichico nella vecchiaia può emergere in contesti diversi. Nel quadro di un normale invecchiamento legato a crisi che necessitano un riadattamento, crisi possibili a qualsiasi età come lutti, separazioni, senso di inutilità o inadeguatezza, ma che in questo periodo assumono un rilievo particolare. Legato a sofferenze più antiche, che il contesto attuale della persona fanno riemergere, o come continuità di malesseri che hanno costellato tutta l'esistenza della persona.

La teoria dell'attaccamento

Si tratta di un approccio teorico dalle radici concettuali multiple e complesse, che sottolinea come, nelle relazioni con persone affettivamente significative, un aspetto essenziale sia costituito dalla motivazione innata a ricercare la vicinanza a scopo protettivo nei confronti del pericolo. Il modo in cui l'individuo ricerca attivamente la vicinanza nei confronti della persona che, nel corso della vita rappresenta l' "agente di cura" o caregiver, indica, in tal senso, una costante che caratterizza l'individuo non solo nei suoi rapporti intrafamiliari durante l'intero arco della sua esistenza, ma che risulta anche passibile di una fedele trasmissione nei confronti delle generazioni successive. La propensione a ricercare una vicinanza con il caregiver, infatti, rappresenta lo strumento di fondo con il quale l'individuo affronta le sue vulnerabilità, con il conseguente vissuto di gestione della paura, sofferen-

za, ansia e disagi, in maniera efficace. Nelle prime fasi dell'esistenza tale propensione va intesa come una vera e propria ricerca di vicinanza fisica con l'agente di cura, mentre nelle fasi successive essa va intesa in senso metaforico come una ricerca di accessibilità psicologica dell'altro, che consente di sentirsi "sicuri" nei confronti delle proprie vulnerabilità e debolezze.

Il fatto che vi sia nell'essere umano una tendenza innata a cercare la vicinanza protettiva di una figura di attaccamento non deve farci ritenere che il sistema di attaccamento sia regolato esclusivamente da variabili innate: le

le esistono notevoli differenze individuali. Numerosi studi hanno affrontato, a questo proposito, il tema delle classificazioni dei pattern di attaccamento, arrivando a definire diverse tipologie: ad un *attaccamento sicuro* corrispondono stili conoscitivi e di regolazione emozionale altamente adattivi ed in grado di consentire lo sviluppo di una personalità improntata all'autonomia individuale, mentre ad un *attaccamento insicuro* corrispondono modalità relazionali più limitate e meno flessibili. Si differenziano in questa seconda tipologia gli insicuri-preoccupati, che tendono a intensificare l'emozione senza però integrar-



E' stato rilevato come numerosi fattori influenzino il funzionamento psichico nella vecchiaia: quelli genetici, di personalità e svariati aspetti sociali.

tendenze innate vengono, infatti, sin dalla loro prima interazione con l'ambiente, integrate dalle condizioni ambientali in cui l'individuo viene a trovarsi in un determinato momento. La tendenza dell'uomo a cercare la vicinanza delle figure di attaccamento corrisponde ad una conoscenza che è basata su uno schema innato, ma che per diventare completamente operativo deve essere integrato con esperienze relazionali concrete. I bambini, a partire dal compimento del primo anno, si costruiscono delle aspettative riguardo al rapporto con le figure di attaccamento che si organizzano in Modelli Operativi Interni (MOI), insieme di memorie ed aspettative, rappresentazioni dinamiche del sé e delle figure di riferimento. Questi modelli contribuiscono a determinare il comportamento d'attaccamento nel qua-

la coerentemente nel processo cognitivo, e gli insicuri-distanzianti, che mostrano una tendenza a minimizzare gli affetti attraverso una strategia di evitamento.

Attaccamento e invecchiamento: La teoria dell'attaccamento non prevede una stabilità assoluta delle differenze individuali formatesi nella prima infanzia, anche se i processi di interiorizzazione della relazione, i MOI, sono resistenti al cambiamento. In parte ciò è dovuto al fatto che tendono ad essere appresi al di fuori della coscienza, e in parte perché la strategia predominante che gli individui utilizzano per processare nuove informazioni consiste nell'assimilarle agli schemi esistenti anziché modificare i propri schemi per accomodarli alla nuova informazione. Infatti i MOI, costituiti di memorie e aspettative comportamentali e degli stati emotivi a

esse associati, per quanto ambiscano alla stabilità devono anche rimanere plastici per poter continuare ad essere adattivi ed utili e sono quindi aperti a revisioni basate su nuove esperienze che contraddicano i modelli stabiliti. La possibilità di cambiamento si lega alla capacità di riflettere sui propri modelli operativi ed esperienze relazionali “correttive”: dentro una buona relazione terapeutica grazie a particolari fasi di transizione del ciclo di vita quali adattarsi ad un partner significativo, l’assunzione del ruolo genitoriale.

Gli stili di attaccamento risultano essere particolarmente rilevanti per le persone vecchie in tre aree maggiori: il dare cura e l’accettazione della malattia cronica, il lutto e la capacità di far fronte alle perdite, la capacità di adeguamento all’età e rispetto al benessere sperimentato. Il dato dell’importante relazione tra MOI e della qualità delle relazioni strette, come possibilità di sperimentare una sicurezza continua percepita e il mantenimento di una stabilità emozionale, sembra porsi come centrale. I comportamenti di attaccamento dell’adulto anziano nel quale situazioni di insicurezza legati a malattia o a perdita di autonomia riattivano in modo significativo il bisogno di vicinanza e protezione, si presentano come una tendenza stabile a cercare e mantenere una prossimità e un contatto con uno o più individui che forniscano il potenziale soggettivo di sicurezza fisica e psicologica. Alcuni studi hanno quindi cercato di utilizzare lo stile di attaccamento come elemento di prevedibilità dei fattori di rischio e fattori protettivi, in relazione con il benessere. Si rileva come per alcune persone anziane le memorie di attaccamento legate ad aspetti problematici possono rimanere “dormienti” durante la vita adulta per essere poi riattivate da eventi di disagio e malessere nella vecchiaia. Persone anziane che non sono riuscite a risolvere le rappresentazioni dell’attaccamento della prima infanzia legati a difficoltà, sono maggiormente esposti a sviluppare patologie con l’aumentare del confronto di eventi negativi di vita, più facilmente incontrabili nella parte finale dell’esistenza sviluppando alti livelli di ansia, depressione e solitudine, e a mostrare maggiori sintomi fisici e psichici.

Caregiving: La teoria dell’attacca-

mento è stata ampiamente utilizzata anche come base per la comprensione delle dinamiche soggiacenti alla cura di persone bisognose di aiuto. Ponendosi nell’ottica della stabilità del passaggio intergenerazionale della capacità di chiedere vicinanza e protezione si è studiato il concetto di caregiving come parte integrante del sistema di attaccamento adulto. Quest’ottica appare particolarmente interessante in quanto sembra emergere che uno stile di attaccamento sicuro, grazie alla sua capacità di lettura dello stato mentale dell’altro, di saper usufruire dei supporti sociali esistenti favorendo così una sensazione di sicurezza percepita, e alla migliore possibilità di integrare le emozioni nel vissuto in una situazione di caregiving prolungata ed intima, diminuisca la percezione soggettiva di burden ad esso associato.

Attaccamento e cura negli anziani:

La valutazione sistematica delle cinque dimensioni della salute fisica, psichica, sociale, funzionale e economica, crea le basi per un intervento terapeutico più razionale e per una prognosi migliore. Questo implica inevitabilmente una aumentata collaborazione interdisciplin-

lare della famiglia. Contesto familiare che declina nel suo sapersi/potersi occupare dell’anziano, le modalità intergenerazionali di trasmissione dell’attaccamento permettendo l’osservazione del dipanarsi di modelli rappresentazionali e di accadimento con i quali cercare di integrare l’aiuto formale. La persona anziana, da parte sua, nel dover integrare sofferenze psichiche e/o fisiche dentro il percorso evolutivo in atto in quel particolare momento della sua vita si trova a dover rivedere modo specifico di costruire e sviluppare la propria identità. Identità intesa come punto di integrazione individuale dei processi cognitivi ed emotivi che portano a una narrazione soggettiva coerente dell’esperienza.

Anche i curanti, nei loro diversi ruoli professionali, si trovano ad interagire con sistemi rappresentazionali, emotivi e comportamentali che costellano il loro percorso di sviluppo. Una conoscenza del proprio modo di costruire vicinanza in risposta a richieste di accudimento in età avanzata e quindi di porsi come basi sicure in momenti di disagio di persone più, o molto più, anziane di sé, degli schemi di riferimento o pregiudizi che

“

Persone anziane che non sono riuscite a risolvere le rappresentazioni dell’attaccamento della prima infanzia legati a difficoltà, sono maggiormente esposti a sviluppare patologie con l’aumentare del confronto di eventi negativi di vita [...]

re fra le diverse figure professionali coinvolte nella cura dell’anziano. In considerazione del fatto che dopo i 65 anni il numero di coloro che necessitano di assistenza nei gesti della vita quotidiana raddoppia per segmento d’età ogni dieci anni, ci rendiamo conto che non è possibile escludere da una presa di coscienza che occuparsi dell’anziano significa tenere conto del processo di invecchiamento nel suo insieme e in partico-

sottendono l’operare con una popolazione di persone che rischia di far sperimentare timori, frustrazioni o speranze legate al proprio modo di dare significato allo scorrere dell’esistenza, e della morte, sembra essere uno strumento estremamente utile. La possibilità di esplorazione che nasce dalla regolazione del senso di sicurezza percepita a parti-

-> S. 36

-> p. 36

re da una base sicura studiata nel bambino, può offrirci una chiave di lettura nell'anziano nei termini di potenzialità di esplorazione nell'affrontare i disagi e le possibili trasformazioni di questo periodo di vita.

Esperienza presso l'ospedale della Beata Vergine di Mendrisio -OBV (Ticino)

L'esperienza di cura nel reparto di geriatria dell'OBV, ospedale regionale di cure acute, trova fondamento nella base teorica esposta precedentemente. L'equipe interdisciplinare è composta dal capo servizio, medico assistente, equipe infermieristica, assistente sociale e psicoterapeuta, oltre altre figure secondo necessità. Data la specificità del reparto le patologie che afferiscono al reparto presentano frequentemente stati di decadimento, disagio o malessere psicofisico. I criteri di ammissione elettivi derivano dalle concezioni geriatriche di fragilità e frequente polipatologia. La visione olistica della persona ospedalizzata vede il momento dell'ospedalizzazione come un tempo di fragilità aggiuntiva, e quindi di attivazione di sistemi di attaccamento, che l'intera equipe prende a carico in funzione delle proprie specificità professionali. Al fine di ottimizzare il breve tempo di degenza e coordinare al meglio le diverse forme di cura, nell'ottica di attivare al meglio le risorse del paziente anziano, il reparto si è organizzato con incontri bisettimanali dell'intero gruppo di operatori, oltre alle normali attività di reparto. Questi incontri hanno lo scopo di evidenziare eventuali problematiche relazionali tra pazienti e personale curante, problematiche legate a disturbi psico-comportamentali o eventuali difficoltà relazionali tra pazienti e i loro cari. L'intervento mira, attraverso una lettura degli eventi attuali legati al contesto ospedaliero, a tenere in considerazione la modalità di costruzione di significato della malattia in quel contesto dell'invecchiamento e allo specifico modo soggettivo di ogni paziente di saper chiedere e accettare l'aiuto necessario per uscire dal momento di rottura esperienziale che lo ha portato in ospedale. Date le indicazioni geriatriche di ricoveri relativamente brevi, per non suscitare ulteriori problematiche secondarie, ogni due settimane partecipano ad uno degli incontri anche i servizi pubblici domiciliari: ciò per sot-

tolinare l'importanza della storia precedente e susseguente il ricovero dei pazienti, persone che restano in ospedale per un breve, anche se importante, tempo di degenza, per tornare poi, se possibile, al loro domicilio e vedersi garantita una continuità di cura.

Rita Pezzati, Studio Nautilus, SUPSI (Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana), Ospedale Regionale (OBV), Mendrisio –

Résumé

Les personnes âgées peuvent vivre au cours de leur vieillissement des expériences de rupture émotionnelle ainsi que des souffrances physique ou/psychiques. Alors que les personnes âgées partagent de plus en plus souvent leur quotidien avec des personnes situées dans d'autres âges de la vie, il devient de plus en plus courant de prendre soin de leurs expériences difficiles. La théorie de l'attachement, originellement ciblée sur l'enfance, offre aujourd'hui des pistes de recherches et des hypothèses théoriques, qui peuvent aider les soignants dans leurs missions. Cet article rend compte de l'état actuel de ce type d'approche et des possibilités qui en découlent dans la pratique en clinique.

Resümee

Im Verlaufe des Alterungsprozesses können Menschen emotionale Krisen erleben sowie mit physischen und psychischen Problemen konfrontiert werden. So wie ältere Menschen in verstärktem Masse ihren Alltag mit Jüngeren teilen, wird es auch zunehmend üblich, ihre schwierigen Erfahrungen zu behandeln.

Die Bindungstheorie, ursprünglich auf die Kindheit bezogen, bietet heute Forschungsansätze und theoretische Hypothesen, welche den Behandelnden bei ihrer Aufgabe nützlich sein können. Im vorliegenden Artikel wird der aktuelle Stand dieses Vorgehens dargestellt und zeigt auf, welche Möglichkeiten sich daraus für die klinische Praxis ableiten lassen.

Umgang mit älteren psychisch kranken Menschen

Die demographische Entwicklung mit der Zunahme betagter und hochbetagter Menschen ist unbestritten, ebenso sich daraus ergebender Zuwachs an älteren psychisch kranken Menschen und deren Versorgungsbedarf. Um qualitätsorientiert psychisch kranke alte Menschen behandeln zu können, bedarf es spezifischer, insbesondere psychopathologischer und gerontologischer Kenntnisse. Die Einführung des Schwerpunktes Alterspsychiatrie und –Psychotherapie am 1.7.2006 in der Schweiz ermöglicht die Qualitätssicherung der für die Behandlung älterer psychisch kranker Menschen ausgebildeten Spezialisten.

Menschliche Entwicklung im Lauf des Lebens ist vor allem durch Abnahme von Reserven charakterisiert. Im Rahmen einer Berliner Altersstudie wurde durch Baltes und Baltes 1994 ein Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation vorgestellt:

- Selektion bezieht sich auf die Richtung, das Ziel oder das Ergebnis der individuellen Entwicklung
- Optimierung bezieht sich auf die Ressourcen, die Mittel, die das Erreichen der Ziele ermöglichen
- Kompensation bezeichnet die adaptive Reaktion auf den Verlust mancher Ressourcen, die dazu dient, den Funktionsstatus aufrechtzuerhalten.

Obwohl die Optimierung im fortgeschrittenen Alter schwieriger wird, besteht auch da noch ein latentes Potential zur Steigerung der Funktionsfähigkeit.

Viele alte Menschen verfügen noch lange über eine gute körperliche und psychische Gesundheit und leben weiterhin zu Hause. Mit zunehmendem Alter treten jedoch vermehrt eine oder mehrere Erkrankungen (Multimorbidität) auf. Dabei spielt auch die hohe Komorbidität zwischen psychischen und somatischen Erkrankungen eine wichtige Rolle. Somit könnte die Problemvielfalt im Alter eine besondere Herausforderung darstellen:

- Positive Lebenserfahrungen, Bewältigungsstrategien, die „Altersweisheit“
- Körperlicher Abbau und Behinderungen
- Sensorische und neurologische Beeinträchtigungen
- Kumulative Auswirkungen von unglücklichen Erfahrungen und sozialen Belastungen

Wir wissen, dass jeder seelische Vorgang der Aufrechterhaltung eines psychischen Gleichgewichts dient. Jede psychische Krankheit ist demzufolge als bestmögliche Anpassung zur Wiedererlangung eines solchen Gleichgewichtszustandes zu verstehen. Somit wären auch psychische Störungen im Alter nicht als defizitäre Vorgänge, sondern als Bewältigungsversuche zu verstehen, mit veränderten Bedingungen fertig zu werden. Wir wissen auch, dass je weniger flexibel eine psychische Struktur ist, desto mehr ist sie auf Wiederholungen der von früher festgefügtten Beziehungserfahrungen festgelegt. Auch die Beziehungsstrukturen alter Menschen, ganz

besonders aber der Verwirrten, spiegeln Züge der frühen Beziehungsmuster wieder. Bei alten Menschen, die sich aufgrund von funktionellen Einschränkungen und Ängsten mehr und mehr abhängig fühlen, können wir in der therapeutischen Beziehung das Auftauchen kindlicher Gefühle beobachten.

Die Häufigkeit psychischer Störungen bei über 65jährigen liegt bei ca. 25%, bei denjenigen, die in Langzeiteinrichtungen leben, ist dieser Anteil erheblich grösser, bis über 65%. Die häufigsten psychischen Störungen im Alter sind Depressionen, gefolgt von Demenzen, Angststörungen, wahnhaften Syndromen und Substanzabusus. Bekannt ist, dass die Suizidrate bei den über 70jährigen Männern die Höchste aller Altersgruppen ist.

Die Erkennung psychischer Störungen im höheren Lebensalter ist durch folgende Aspekte erschwert:

- Die Abgrenzung von psychischen Veränderungen des Alterns
- Die Abgrenzung von Beschwerden und Symptomen körperlicher Erkrankung
- Die Abgrenzung psychischer Störungen untereinander.

Trotz dieser Schwierigkeiten ist es heute möglich, psychische Störungen auch bei sehr alten Menschen differenziert zu erkennen und zu behandeln. Obwohl es anerkannte Spezialisten gibt, wird die Versorgung psychisch kranker älterer Menschen immer noch durch Hausärzte und -ärztinnen durchgeführt. Deren Kompetenz gilt es selbstverständlich zu stärken, mit angebotenen Kursen der Schweizerischen Gesellschaften für Geriatrie- und Alterspsychiatrie, aber die Alterspsychotherapie und die Alterspsychopharmakotherapie sollen durch Spezialisten (Schwerpunktinhaber) durchgeführt werden.

Die Sichtweise im Hinblick auf eine

psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen hat sich zwar entscheidend verändert, da zusätzlich zu ambulanten Angeboten an verschiedenen Orten spezifische stationäre Behandlungsangebote entstanden, dennoch besteht bis heute eine auffallende Zurückhaltung von psychotherapeutischer Seite, ältere Patienten und Patientinnen in Behandlung zu nehmen. In der Zürcher Alterstudie (2005) gaben ca. 5% der über 65-jährigen an, eine Psychotherapie in Anspruch genommen zu haben, entweder alleine oder in Kombination mit Pharmakotherapie. Als Prädiktoren für eine hohe Psychotherapiemotivation erwiesen sich der Leidensdruck und ein geringes Ausmass der Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit. Der geringe Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen (0,5%) steht in auffallendem Gegensatz zu der sonst stark ausgeprägten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (15-20%) bei älteren Patienten und Patientinnen, wie in einem Gutachten postuliert wurde (1996). Während im jüngeren Erwachsenenalter die Beschäftigung mit Beruf, Familie und Freunden im Mittelpunkt steht, nimmt im hohen Alter die Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit und geistigen Leistungsfähigkeit einen zentralen Stellenwert ein. Von der Patientenseite aus betrachtet, mag die geringere Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Hilfe daran liegen, dass ältere Patienten und Patientinnen ein weniger psychosozial ausgerichtetes Krankheitskonzept, eine geringer ausgeprägte Psychotherapiemotivation und Erwartungshaltung zur Psychotherapie haben. Von Seite der Psychotherapeuten und -therapeutinnen werden ungewohnte Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene und das Weiterwirken des Verdikts von Freud als ausschlaggebend dafür angesehen, dass weniger ältere Menschen in Behandlung genommen werden (Häfner 2007).

Die Erfahrungen in der klinischen Praxis wie auch in der Forschung zeigen, wie wichtig und notwendig aber auch wie erfolgreich die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen ist. Auch in der letzten Lebensphase müssen Entwicklungsaufgaben bewältigt werden. Vor allem nach der Pensionierung ändert sich die Stellung in der Familie und der Gesellschaft.

Auftretende körperliche sowie psychische Erkrankungen erfordern eine Auseinandersetzung mit der Krankheit und dem Tod. Zusätzlich führen die Verluste der Angehörigen und von Freunden zu verstärkter Einsamkeit und Isolation. In den aktuellen Beziehungen führen die beschriebenen Veränderungen häufig zu Verunsicherung und Konflikten.

Die therapeutischen Angebote müssen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans aufgebaut werden. Wie schon oben aufgeführt wurde, wächst mit höherem Lebensalter die Gefahr, an einer oder mehreren, meistens chronischen Erkrankungen gleichzeitig zu leiden. Diese Multimorbidität, sowie die Multi-

peuten und Therapeutinnen berücksichtigt werden, die einen besonderen Umgang mit Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen voraussetzt und einer spezialisierten alterspsychotherapeutischen Weiterbildung bedarf. Sowohl das Lebensalter wie auch das Geschlecht beeinflussen das Übertragungsangebot. Die zu erwartende Übertragungssituation ist diejenige mit Wunsch nach beschützenden, Sicherheit gebenden mächtigen Eltern- „Imagines“. Wenn jüngere Therapeuten ältere Patienten behandeln, so tritt eine „umgekehrte Übertragungskonstellation“ ein: die Therapeutin, der Therapeut kann den Patienten an seine Kinder oder Enkelkinder erinnern. In der Alterspsycho-



Während im jüngeren Erwachsenenalter die Beschäftigung mit Beruf, Familie und Freunden im Mittelpunkt steht, nimmt im hohen Alter die Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit und geistigen Leistungsfähigkeit einen zentralen Stellenwert ein.

pathogenese setzen ein mehrdimensionales Behandlungsangebot voraus, welche je nach Störung verschiedene Priorität aufweist.

Ein alter Mensch ist ein älterer Erwachsener, mit intrapsychischen, intergenerativen Konflikten, Triebbedürfnissen und psychodynamischen Gesetzmässigkeiten wie bei jüngeren Erwachsenen, aber gleichzeitig ein von seiner körperlichen, psychischen und sozialen Vergangenheit geprägter und mit der Endgültigkeit konfrontierter Mensch, der neuen Belastungen und Krisen ausgesetzt ist, die er bewältigen muss.

Daraus folgt notwendigerweise, dass sich die Vorgehensweise, diagnostische Methoden, präventive, therapeutische und rehabilitative Interventionen sowohl qualitativ als auch quantitativ von der Allgemeinpsychiatrie unterscheiden müssen. Bei der therapeutischen Unterstützung muss die Konstellation mit den meist um viele Jahren jüngeren Thera-

therapie kann diese Situation den Aufbau einer affektiv stabilen Beziehung erschweren. Beim jüngeren Therapeuten oder Therapeutin werden alle eigenen Bedürfnisse, aber auch Konflikte und Interaktionsmuster gegenüber den eigenen Eltern aktiviert, auf Seiten der älteren Patienten und Patientinnen die entsprechenden gegenüber jüngeren Familienmitgliedern (Geschwister, Kinder). Im Verlauf der Behandlung schwächt sich dies ab. Bei der Gegenübertragung, erlebt der Therapeut die Therapeutin bei manchen Anlehnungsbedürfnissen, bei anderen ein starkes Bedürfnis nach Autonomie und Unabhängigkeit.

Ähnliche Probleme können auch Pflegepersonal im Rahmen der Beziehungspflege erleben. Auch die Kommunikation mit Angehörigen und Betreuungspersonen erfordert ein spezifisches Know-how. In der Behandlung älterer Menschen werden wir aber auch mit der letzten Lebensphase, mit Ster-

ben, Todesängsten und Tod konfrontiert; Situationen, die Therapeuten und Therapeutinnen ohne entsprechende Weiterbildung überfordern können.

Die Behandlung soll den individuellen Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen und den vorhandenen Ressourcen angepasst werden, um die Autonomie des älteren Menschen so weit wie möglich erhalten zu können. Das ganzheitliche Behandlungskonzept, das biologische, psychotherapeutische, sowie soziale- und milieuthérapeutische Verfahren berücksichtigt, hat sich in der Alterspsychiatrie sehr bewährt. Dabei unterscheiden wir in der Milieuthérapie ein strukturierendes (Ergotherapie, Gestaltungstherapie, Gedächtnistraining), ein entspannendes (Musiktherapie, Entspannungsverfahren, Bewegungsgruppe, Tanz) und ein aktivierendes Vorgehen (Einzel- und Gruppenaktivitäten). In der Pharmakotherapie müssen wir die Multimorbidität berücksichtigen, wegen der potentiellen Interaktionen verschiedener Medikamente, die gleichzeitig verschrieben werden müssen. Die Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente unterscheidet sich zum Teil erheblich von der bei jüngeren Menschen und führt dazu, dass die Dosierung der Medikamente entsprechend angepasst werden muss.

Aber auch die Wechselwirkungen der gleichzeitig auftretenden Krankheiten können den Verlauf negativ beeinflussen, so z.B. Depression und Herzkrankheiten.

Die speziellen, interdisziplinären, alterspsychiatrischen Dienste haben die psychischen Störungen der älteren Menschen zur Priorität und zum Schwerpunkt der Arbeit gewählt. Inzwischen hat fast jede psychiatrische Einrichtung in der Schweiz Angebote für über 60jährige, wie in drei Umfragen (1994, 1997, 2004) gezeigt werden konnte.

Auch wenn eine baldige effiziente medikamentöse Therapie der Alzheimerischen Demenz noch nicht absehbar ist, werden wir täglich mit den ansteigenden Zahlen der Fälle konfrontiert. Gerade hier werden neue Rahmenbedingungen für eine demenzgerechte Pflege und Betreuung für die Kranken und eine Entlastung der pflegenden Angehörigen erwartet. Hierbei können die alterspsychiatrisch geschulten Personen ihr Know-how zur Verfügung stellen.

DR. MED. EVA KREBS-ROUBICEK
Psychiatrie und Psychotherapie FMH Schwerpunkt Alterspsychiatrie und-Psychotherapie
Forchstrasse 364 8008 Zürich

Résumé

La souffrance psychique des personnes âgées représente un problème croissant. On estime à environ 25% la part de la population âgée souffrant de troubles psychiques souvent non diagnostiqués. Les difficultés psychosociales y relèvent avant tout de la solitude, du manque de perspectives de vie ainsi que de vécus en lien avec des pertes. Les deux maladies les plus courantes sont la dépression et la démence. S'y ajoutent des risques suicidaires considérés comme élevés, en particulier chez les hommes de plus de septante ans. Comme jusqu'à présent, seuls 5% des personnes âgées bénéficient de soins psychothérapeutiques, le domaine de la psychothérapie pour personnes âgées est lui aussi confronté à un important besoin de rattrapage.

Riassunto

La sofferenza psichica della popolazione anziana é un problema crescente. Si stima che circa il 25% degli anziani soffre di disturbi psichici spesso non diagnosticati. I problemi psicosociali derivano in primo luogo dalla solitudine, dalla mancanza di prospettive esistenziali e dalle esperienze di perdita. Le due malattie più frequenti sono la depressione e la demenza e a questo si aggiunge un elevato rischio di suicidio specialmente per la popolazione maschile degli ultrasessantenni. La psicoterapia dell'anziano necessita di sviluppo ulteriore poiché fino ad oggi solo il 5% degli anziani vi ha accesso.

L'accès aux soins des migrants comme enjeux de santé

L'accès aux soins est un droit que toute collectivité devrait garantir à chaque individu. Et si la maladie relève de l'individuel, la santé, elle, participe du collectif et constitue aujourd'hui un enjeu de société. Devenue valeur de référence, elle se dessine comme une construction socialement et politiquement élaborée dont les limites sont constamment rediscutées. La santé est donc un enjeu majeur de notre société ; elle se déploie dans un contexte sans précédent historique: la mondialisation en cours, qui se caractérise par l'émergence simultanée de diverses innovations – migrations généralisées, globalisation économique, révolution technologique notamment – s'accompagne d'un profond changement de références. Une telle évolution influe considérablement sur la logique de l'offre et de la demande, et donc de l'accès aux soins, tout particulièrement en ce qui concerne les migrants.

Accès aux soins: contexte épidémiologique

S'agissant de la demande, les mutations reposent avant tout sur les transformations épidémiologiques et nosographiques, portées par l'internationalisation des maladies, la réactualisation des pathologies infectieuses et aussi l'émergence de maladies dites «de civilisation» comme les troubles psychosomatiques, les troubles d'adaptation, les troubles gériatriques, la dépression, la souffrance psychique, les maladies dégénératives ou les maladies chroniques. Face à ce que l'on nomme déjà le global burden of disability, à savoir le fardeau

global du pathologique, de l'invalidité ou de l'incapacité, on s'accorde désormais à considérer le contexte de mobilité et de précarité croissantes, marqué par des clivages économiques et sociaux toujours plus accusés, comme étant la matrice de cette situation. Parmi les populations les plus touchées par ces nouveaux phénomènes, les migrants, et notamment «la catégorie» des requérants d'asile.

Le constat est sans appel: la santé des migrants est moins bonne que celle des autochtones. Il existe en effet plusieurs facteurs, d'ordre structurel et individuel, préjudiciables à la santé qui s'additionnent dans cette population. D'après la littérature nationale et internationale, les requérants d'asile sont effectivement susceptibles de souffrir de nombreux problèmes de santé liés à leur vécu spécifique de demandeurs d'asile. La plupart ont été menacés dans leur singularité et dans leur corps pour des raisons politiques et cela dans leurs pays de provenance. Au sein de la société d'accueil, ils vivent dans un équilibre précaire et sont vulnérables à plusieurs niveaux, biologique, psychologique, social, politique et économique. En effet, il ne faut pas oublier que la situation post-migratoire peut tout autant contribuer à l'émergence de la souffrance. Sont à évoquer plus particulièrement les politiques d'accueil et la durée du séjour, les conditions concrètes et les lieux d'existence, la région d'établissement, le comportement de la population locale envers les immigrants, la présence ainsi que l'organisation dans la société d'accueil de communautés transnationales liées au pays d'origine qui peuvent

constituer un soutien ou, au contraire, un frein pour les immigrants.

Pour les requérants d'asile, les dynamiques de construction, déconstruction et reconstruction de soi qui en découlent peuvent engendrer des difficultés d'adaptation et des souffrances – mais aussi des opportunités et des ouvertures. Il n'en demeure pas moins qu'une bonne partie d'entre eux éprouvent dans leur parcours la mise à distance que suscite la différence sociale et culturelle. C'est dans cette optique que la demande de soins doit être comprise comme un phénomène essentiellement polysémique, qui renouvelle les savoirs et modifie les pratiques.

Accès aux soins, diagnostic et clinique

Cette demande passe par le diagnostic, voire l'annonce du diagnostic. Dans le domaine de l'asile, ces diagnostics sont révélateurs. En ce qui concerne le domaine de la santé mentale, plus d'un patient sur dix souffre de troubles psychopathologiques (les syndromes de stress posttraumatique (PTSD) sont particulièrement nombreux), les troubles somatophormes et les troubles psychosomatiques sont répandus, les états suicidaires fréquents et les formes de psychose nombreuses; à cela s'ajoute le constat d'une forte souffrance psychique, de dépressions; les troubles d'adaptation sont aussi quantitativement importants, compte tenu notamment du déracinement et de l'exil, des difficultés de communication verbale et culturelle, du désœuvrement, de la promiscuité constante et de contraintes multiples.

Dans une perspective clinique, il s'agit de déterminer les correspondances entre la pertinence d'un diagnostic, le bien-fondé d'une intervention préventive ou curative et les compétences des agents médicaux et de soins sollicités.

Ce processus est à l'évidence complexe. En clinique médicale coexistent aujourd'hui deux modèles complémentaires: le modèle biomédical et le modèle biopsychosocial. Le premier procède de l'application en médecine de la méthode analytique des sciences exactes, le deuxième tient compte des interrelations entre aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la maladie. Dans le second modèle, la maladie est aussi mise en rapport avec les modalités d'accès aux soins, qu'il faut considérer moins

dans leur dimension quantitative (possibilité d'accès aux différents services) que dans leur dimension qualitative (garantie d'un niveau relationnel et professionnel satisfaisant). A ce titre, le développement d'une approche plus globale, voire «holistique», du diagnostic, de l'étiologie et du traitement de ces problématiques psycho-sociales passe par un élargissement des compétences professionnelles indispensables tout comme par l'ouverture progressive à l'interdisciplinarité ou encore à des approches communautaires.

L'innovation à l'épreuve de l'organisation

Ces innovations doivent pourtant être soumises aux autres impératifs qui commandent toute pratique soignante et médicale. La recherche d'efficacité thérapeutique s'accompagne d'une nouvelle exigence, celle de l'efficacité de la pratique, où à chaque stratégie d'intervention –quelle soit médicale et/ou soignante–, est aussi assignée une valeur financière. C'est en partant de cette logique que se déterminent les rapports

réactualisés entre monde de la santé et monde économique.

Le contrôle des ressources financières doit respecter un certain nombre de conditions définies par la société – satisfaction des besoins, accessibilité, solidarité, équité, règles éthiques – sans lesquelles il serait impensable de conjuguer médecine, soins, économie et politique. La planification des systèmes de santé mobilise actuellement des efforts importants. Leurs objectifs sont explicites: coordonner les prestations pour mieux contrôler les dépenses, et créer de nouvelles références en matière de droits et devoirs des professionnels et des patients. Le «managed care» en assure le suivi administratif et la gestion.

Cette rationalité est de plus en plus formalisée, notamment par la création de «Guides Lines» et de programmes dits de «Evidence Base Medicine». Cette évolution introduit l'économie au cœur des questionnements médicaux, articule les politiques de l'asile avec les politiques de la santé, appelle à une gestion institutionnelle des ressources qui

valorise la coopération et la coordination entre les acteurs de la santé.

Les innovations à l'épreuve de la gestion.

On a pu assister au passage progressif de réseaux informels créés par des professionnels du terrain s'occupant des patients migrants à des réseaux de santé formels proposés par l'Etat et s'occupant des communautés migrantes. La différence entre ces deux optiques est sensible. Si dans le premier modèle, centré sur l'individu migrant, la solidarité sociale et la prise en charge socio-sanitaire préexistent à toute décision d'organisation, reproduisant la structure même d'un système libéral de santé basé sur un marché libre, dans le second cas, l'intérêt structuré et organisé du réseau est centré sur une problématique collective et procède de la réunion et de la collaboration d'acteurs d'origines diverses. Sa constitution exige, dès lors, un travail de longue haleine, pouvant porter sur plusieurs années. La réalisation d'un réseau de santé dépend ainsi de la spécificité de son ancrage et de son rôle dans la société à laquelle il fournit ses services. Plus précisément, la situation d'une région, d'une ville ou encore d'un établissement sanitaire – aussi bien public que privé –, détermine les orientations institutionnelles, la structure des soins, la proportion des patients migrants, les modalités de collaboration au sein d'un réseau, l'intérêt des professionnels pour les problématiques traitées.

Entre prescriptions et applications, la création du réseau a vu l'autonomie des soignants et des médecins diminuer considérablement, submergée par la hiérarchisation des procédures administratives. L'introduction progressive des nouvelles technologies comme instruments de pratique professionnelle (gestion des dossiers, administration du travail) passe par la maîtrise de l'informatique. L'espace de liberté est restreint, les contraintes de plus en plus importantes, le sens et l'éthique professionnelle souvent en déroute. En effet, les réformes en cours substituent progressivement aux propriétés qualitatives (les compétences des individus, les relations humaines, la proximité et la durée qui permettent de saisir la complexité des patients, etc.) une démarche quantitative (fournir des actes de soins et me-

Riassunto

L'accesso alle cure è un diritto che la collettività dovrebbe garantire a ogni individuo. E se la malattia riguarda piuttosto la sfera individuale, la salute è un concetto che attiene a quella collettiva e si costituisce oggi come una questione sociale di rilievo. Divenuta valore di riferimento, essa si definisce come un concetto socialmente e politicamente elaborato i cui confini vengono costantemente ridefiniti. La salute è quindi una grande questione aperta per la nostra società che si sviluppa in un contesto che non ha precedenti storici: la mondializzazione in corso, che si caratterizza per la simultanea comparsa nuovi fenomeni – come la migrazione diffusa, la globalizzazione economica, la rivoluzione tecnologica – porta con sé un profondo cambiamento dei punti di riferimento. Un'evoluzione di tale portata finisce per influire notevolmente sulla logica della domanda e dell'offerta e dunque dell'accesso alle cure, e questo è vero in modo particolare per i migranti.

Resümee

Der Zugang zur Behandlung ist ein Recht, das eine Gemeinschaft allen ihren Mitgliedern garantieren sollte. Ist Krankheit Ausdruck des Individuellen, so ist Gesundheit eine kollektive Angelegenheit und gegenwärtig eine gesellschaftliche Herausforderung. Zum Referenzpunkt geworden, erscheint sie als soziale und politische Einrichtung, deren Grenzen laufend neu diskutiert werden. Das Gesundheitssystem ist demnach eine der grossen Herausforderungen unserer Gesellschaft, die sich in einem nie da gewesenen historischen Kontext zeigt: Die gegenwärtige Globalisierung, die durch das Auftreten verschiedener gleichzeitiger Neuerungen – generalisierte Migration, ökonomische Globalisierung und insbesondere technologische Revolution – gekennzeichnet ist, wird von einer grundlegenden Werteveränderung begleitet. Diese Entwicklung hat einen tiefgreifenden Einfluss auf Angebot und Nachfrage und damit verbunden auf den Zugang zur Behandlung insbesondere was die Migration betrifft.

sur, voire justifier ces actes). Tout acte de soins ne dépendrait plus d'une relation spécifique mais des résultats prescrits: l'agir comme quête d'une solution est remplacé par le faire comme production de résultats. Ces changements affectent plus particulièrement la prise en charge des requérants d'asile et participent, avec les politiques migratoires et les relations interculturelles, au contexte du travail des professionnels de la santé.

La médecine et les soins constituent l'avènement continu de la singularité. Elles défendent la personne dans son irréductibilité. Là prend origine son regard sur ses valeurs et sa déontologie. La culture soignante et médicale doit se fonder sur culture de l'humanité subtile, pacifique et ouverte. Mais ce sont précisément ces formes-là de la culture et de la singularité qui tendent à s'effacer. En ce sens, l'accès aux soins pour les requérants d'asile n'est pas uniquement

influencé par la nécessité d'innover tout en s'adaptant aux politiques de l'asile et de la santé, mais ressortit directement au système qui s'organise autour d'une marchandisation du monde et de la vie et qui instrumentalise le requérant d'asile visant la perte de toute immunité de l'humain. Paradoxes des pratiques et de l'accès aux soins.

ILARIO ROSSI
anthropologue, UNIL

Bericht aus dem Zentralvorstand

Wie bereits letztes Jahr fand während des Sommers keine Sitzung des ZV statt, so dass der Bericht in dieser Nummer entfällt.

DAS REDAKTIONSTEAM

Rapport du comité central

Comme l'année dernière, le comité central ne s'est pas réuni durant cet été. En conséquence, ce numéro ne contient pas de rapport du comité central.

LE COMITÉ DE RÉDACTION

Rapporto del comitato centrale

Come l'anno scorso, il comitato centrale non si è riunito durante l'estate. Di conseguenza, questo numero non contiene il rapporto del comitato centrale.

IL COMITATO DI REDAZIONE

Das SGSP-Info dient der gegenseitigen Information über (neue) Dienstleistungen, Projekte und Erfahrungen im Bereich der Sozialpsychiatrie. Beiträge von Leserinnen und Lesern sind sehr erwünscht.

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SGSP); erscheint zwei mal jährlich in der SM Soziale Medizin. Abonnementspreis: Fr. 20.-/Jahr; für Mitglieder der SGSP: im Mitgliederbeitrag inbegriffen.

Les «informations SSPS» devraient servir de plate-forme d'échanges réciproques concernant les (nouveaux) services, projets et expériences dans le champ de la psychiatrie sociale. Les lectrices et lecteurs sont invités à nous transmettre leurs contributions dans ce domaine. Edité par la Société Suisse de Psychiatrie Sociale (SSPS), le bulletin paraît deux fois par année. Prix de l'abonnement (par année): Fr. 18.-; compris dans la cotisation annuelle pour les membres de la SSPS.

Le «informazioni SSPS» vogliono servire alla reciproca informazione su (nuovi) servizi, prestazioni, progetti ed esperienze nel campo della psichiatria sociale. Lettrici e lettori sono perciò cordialmente invitati a far pervenire i loro contributi.

Edito dalla Società Svizzera di Psichiatria Sociale (SSPS); esce due volte all'anno. Abbonamento annuo: Fr.18.-; membri della SSPS: incluso nella quota associativa.



Name, Vorname / Nom, Prénom / Nome, Cognome:

Beruf, Titel, Anrede / Profession, Titre / Professione, titolo, qualifica:

Adresse / PLZ / Ort:

E-Mail oder Fax: Tel.:

- Einzelmitglied/Membre individuel/socio individuale (Jahresbeitrag: Fr. 50.-)
 Kollektivmitglied/Membre collectif, Institution/socio collettivo (Jahresbeitrag: Fr. 200.-)
 AbonnentIn/Abbonée des/abbonamento SGSP-Informationen (Jahresabonnement: Fr. 20.-)

Ort, Datum/Lieu, Date/Luogo, data: _____ Unterschrift/Signature/firma: _____

Senden an / Evoyer au / Spedire a:

Sekretariat der SGSP, c/o BFK, Spital, 3600 Thun
 Sekretariat SSPS, Service de consultation, Rue de l'hôpital 14, 1920 Martigny
 Società Svizzera di psichiatria Sociale, residenze Betulla 12, 6595, Riazino

Redaktionsteam / Gruppo di redazione / Equipe rédactionnelle:

Yvonne Lüdi, lic. phil. Geschäftsleitung
 Stiftung Phönix, Zug
 Stefan Kunz, Dozent Hochschule für
 Gesundheit, Freiburg
 Zbinden, Barbara, Mediation sociale,
 Martigny
 Waldvogel, Ruth, Dr. sc.nat.; lic.phil.
 Psychotherapeutin SPV, Basel

Beiträge bitte an folgende Adresse:

Dr. Ruth Waldvogel, General Guisan-Str. 46,
 4054 Basel. Tel. 061 302 33 10 / Fax 061 272
 59 08 / ruth.waldvogel@bluewin.ch