

R. Probleme und Erkrankungen des Alters

ANTJE HAAG

In 40 Jahren wird – nach demographischen Hochrechnungen – die Gruppe der 70- bis 80jährigen die am stärksten repräsentierte in der Bevölkerung der Industrienationen sein. Diese Umkehrung der Bevölkerungspyramide kontrastiert drastisch zu der randständigen Rolle, die alte Menschen heute in unserer Gesellschaft einnehmen, in der Leistungsfähigkeit und Jugendlichkeit hochidealisierte Werte darstellen. Das psychische Elend alter Menschen heutzutage dokumentiert sich insbesondere in zwei Befunden:

1. Die Selbstmordrate wächst mit dem chronologischen Alter. Die höchste Suizidrate in fast allen Ländern liegt in der Altersgruppe der 70- bis 80jährigen Männer (FINKEL, 1990; SAINSBURY, 1987).
2. Der Konsum von Psychopharmaka steigt ebenfalls mit dem Alter: 48 Prozent aller verordneten Sedativa und Hypnotika, 37 Prozent der Tranquilizer, 31 Prozent der Neuroleptika und 33 Prozent der Antidepressiva werden Patienten verordnet, die über 65 Jahre alt sind, diese nehmen derzeit aber nur 15 Prozent der Bevölkerung ein (SICHOVSKI, 1984). Dabei nehmen Frauen doppelt so viel wie die Männer ein (KRAUSE-GIRTH, 1989).

Nach den Pionierleistungen von RADEBOLD (z. B. 1980, 1983, 1990) mit seiner Kasseler Arbeitsgruppe haben sich in den letzten Jahren auch weitere Forscher mit den psychosomatischen Problemen alter Menschen befaßt. Zu nennen sind HEUFT in Essen (z. B. 1990, 1992, 1993) und HIRSCH in Bonn (z. B. 1992). Dennoch muß festgestellt werden, daß – gemessen

an der Relevanz des Forschungsgegenstandes – die Annäherung an diesen außerordentlich zögernd vor sich geht. Dieses mag zum Teil mit der kulturimmanenten Abwehr gegen alles, was mit Alter, Siechtum und Tod zu tun hat, zusammenhängen. Es hat aber sicher auch wissenschaftstheoretische Gründe. «Altern ist ein Paradigma eines psychosomatischen Prozesses, in dem körperliche, psychische und soziale Prozesse unlösbar miteinander verzahnt sind» (GROEN, 1987, S. 179). Das Krankheitsverständnis des Alters kann nur ein ganzheitliches sein, in welchem die Interdependenz sich verstärkender oder auch kompensierender Faktoren über Gesundheit und Krankheit entscheidet. Eine traditionelle, an naturwissenschaftlicher Methodik orientierte Forschung stößt hier an ihre Grenzen. BERGENER (1985) hat sich mit diesem Problem auseinandergesetzt. Er beklagt, daß eine mehrdimensionale Diagnostik bis heute ein weitgehend uneingelöster Anspruch geblieben sei. Aber er hat auch Hoffnung: «Die Geriatrie ... könnte ... geradezu der Modellfall anthropologischer Medizin und damit beispielhaft für das dringend notwendige Umdenken in der Medizin unserer Zeit werden» (S. 11).

Alter ist die Resultante biologischer und sozialer Veränderungen. Ob diese bewältigt werden können, ist abhängig von Persönlichkeitsstrukturen, deren Muster und Vulnerabilität aus individuellen Sozialisationsprozessen erwachsen sind. Die Grenze zwischen gesund und krank wird dabei bestimmt von der

Adaptationsfähigkeit alter Menschen. In einer sich rasch verändernden Umwelt liegen viele Herausforderungen, die Flexibilität verlangen, wenn man Schritt halten will: sich wandelnde Normen, neue Wertvorstellungen und familiäre Strukturen, aber auch technische Entwicklungen.

Die psychische Stabilität eines Menschen ist das Resultat seiner Fähigkeit, mit Schicksalsschlägen, Konflikten, Verlusten – und den damit verbundenen Ängsten – angemessen umzugehen. Im Alter nimmt nicht nur die Adaptationsfähigkeit ab, sondern auch die in jüngerem Alter vorhandenen Kompensationsmöglichkeiten. So werden Verluste im Alter zu irreversiblen, nicht mehr kompensierbaren Ereignissen, und ihnen kommt eine vitale Bedeutung zu. Die biologischen, sozialen und psychischen Einschränkungen und die Begrenztheit der eigenen Existenz werden zur unwiderruflichen Wahrheit.

1. Verarbeitung von Verlusten als zentrale psychische Aufgabe im Alter

1.1 Verlust körperlicher Funktionsfähigkeit

In einem Zusammenspiel genetisch bedingter (z. B. im ZNS, Endokriniem, Knochenstruktur) und erworbener (z. B. Gefäßsystem) Veränderungen kommt es zu Funktionseinbußen, die die körperliche Leistungsfähigkeit und Reaktionsbereitschaft des Organismus erheblich einschränken. Die Motorik ist verlangsamt, sexuelle Potenz, Gedächtnis und Merkfähigkeit lassen nach, die Widerstandskraft gegen schädliche Umwelteinflüsse, wie z. B. Infektionen, Hitze, Kälte, Noxen, ist geringer, die Erschöpfungsbereitschaft größer. Sehverschlechterung, Schwerhörigkeit und degenerative Skelettveränderungen führen zu einer Verengung des Lebensradius und zu Kommunikationseinschränkungen, die einen großen Einfluß auf die Homöostase einer Persönlichkeit haben. Es kommt zu einem somato-psycho-somatischen Circulus vitiosus. Die Prothesenmedizin, die neue Hüften, Zähne, Schrittmacher oder Hörgeräte anbietet, mag diese Einschränkungen segensreich reduzie-

ren, schafft aber Abhängigkeiten, die zum Teil als narzißtische Kränkungen verarbeitet werden müssen. Gelegentlich führen diese Prothesen einerseits zu Verleugnungen und andererseits Enttäuschungsreaktionen, wenn an sie illusionistische Vorstellungen neuer Jugendllichkeit geknüpft werden.

1.2 Verlust naher Angehöriger

Verluste werden nicht nur durch *Tod*, mit dem sich alte Menschen sehr viel häufiger und existentieller konfrontiert sehen als junge, erlitten, sondern auch durch *Entfremdung*.

1987 lebte jede zweite Frau in der alten Bundesrepublik und jeder siebente Mann über 65 Jahre in der alten Bundesrepublik allein (KURATORIUM DEUTSCHE ALTENHILFE, 1991). Auch wenn Frauen offensichtlich besser in der Lage sind, sich allein zu versorgen, bedeutet der Tod des Partners, dessen Versorgung für viele Lebensinhalt war und über dessen Status sich viele definiert haben, die Notwendigkeit einer Neuorientierung zu neuen Inhalten, die für viele problematisch ist. Todesfälle unter den Geschwistern, Freunden, vertrauten Weggenossen, aber auch Kindern im mittleren Alter können sehr viel schwerer überwunden werden als in jüngeren Jahren, in denen neue Beziehungen oder narzißtische Gratifikationen helfen, Trauer zu bewältigen.

Die Befunde, die in Roseto, einer italo-amerikanischen Stadt in Pennsylvanien erhoben wurden, sprechen deutlich für die salutogenetische Bedeutung intakter Sozialstrukturen, insbesondere positiver Bindungen in Familie und Nachbarschaft. Bei identischem Cholesterinspiegel war das Infarktrisiko in Roseto dreimal geringer als bei den Bewohnern der Nachbarorte, in denen die sozialen Beziehungen unverbindlicher und lockerer waren. Auch die Prävalenz seniler Demenz war bemerkenswert gering (WOLF, 1987).

Die zunehmende *Vereinsamung* alter Menschen ist nicht zuletzt durch sozio-kulturelle Faktoren bestimmt. Die allgemeine Tendenz zu Einpersonenhaushalten ist hier symptomatisch. Die Scheidungsraten sind hoch, die Generationsbindungen sind locker, nicht zuletzt, weil durch die moderne Sozialgesetzgebung die jüngere Generation ihrer Versorgungsver-

pflichtungen enthoben ist. Im Gegensatz zu Roseto, wo den alten Bürgern offensichtlich, wie heute noch in nicht-industrialisierten Ländern, Verantwortung übertragen und Respekt entgegengebracht wird, ist in unserem Klima die Weisheit der Lebenserfahrung ein kaum gefragter Wert. Auch können alte Menschen, die in ihrer Jugend Krieg und Entbehrungen erleiden mußten, wenig Verständnis für die Generation der Konsum- und Wegwerfgesellschaft aufbringen. Dieses alles führt zu einer Entfremdung und damit Vereinsamung.

1.3 Verlust der sozialen Identität

«Die Zwangsberentung eines gesunden Menschen beinhaltet keinen Wechsel im Sozialstatus, sondern dessen Verlust» (CORSON u. CORSON, 1987). Die Autoren plädieren nachdrücklich für eine flexible Handhabung der Altersgrenze für gesunde ältere Menschen und betonen, daß die derzeitige Praxis gleichzusetzen sei mit der sozioökonomischen Krankheit einer Gesellschaft, die sich nicht am Menschen, sondern an Maschinen orientiere. Die *Aufgabe der Berufstätigkeit* impliziert dabei viele unterschiedliche Aspekte, deren wichtigster die Funktionslosigkeit ist. Diese liegt nicht nur im Wegfall der Berufstätigkeit an sich, sondern auch in einem Gefühl des Nicht-Gebraucht-Werdens, einem Verlust an Kontakten zu Arbeitskollegen und insbesondere der Chance, Herausforderungen zu bewältigen, die für die Aufrechterhaltung des Selbstgefühls von großer Wichtigkeit sind. Die stabilisierende Funktion des Anpassungsmechanismus «Identifikation mit der Rolle» (PARIN, 1978) liegt darin, den Umgang mit der Umwelt zu erleichtern bzw. auch defiziente Ich-Funktionen zu ersetzen. Der Verlust der Rolle im Berufsleben bringt immer eine Erschütterung und Destabilisierung mit sich, die eine erhöhte psychosomatische Vulnerabilität zur Folge hat. Mit dem *Pensionierungstod* haben JORES und PUCHTA (1959) die potentiell katastrophale Folge bei dem Verlust der sozialen Rolle beschrieben. Den beschriebenen Problemen entgehen Menschen, die gezielt und unambivalent ihrer Berentung bzw. Pensionierung entgegensehen.

Immer aber ist im Zuge der Beendigung des Berufslebens Neuorganisation des Alltags angesagt. Der normale Tages- und Wochenrhythmus ändert sich, «alle Tage Sonntag» hat für viele alte Menschen Schattenseiten, eine neue Zeitstrukturierung ist erforderlich. Durch das intensivere Zusammenleben mit dem Partner bzw. der Partnerin können Krisen entstehen – auch bei vorher harmonischen Beziehungen. Nicht selten sind es die Frauen, die nach der Berentung oder Pensionierung des Mannes mit psychosomatischen Beschwerden Behandlung suchen. Auch langjährige, schon früh geschlossene Ehen werden fast doppelt so häufig auf Antrag der Frauen geschieden (Statistisches Bundesamt, 1991).

2. Psychosomatik: Das Krankheitsspektrum

Abgesehen von den beschriebenen spezifischen Bedingungen der letzten Lebensabschnitte gilt grundsätzlich, daß im Alter alle in früheren Lebensphasen beschriebenen psychosomatischen Störungen auftreten können, wenn die Gewichtung auch eine andere ist.

Grob lassen sich folgende Krankheitstypen unterscheiden:

a) *Klassische Psychosomatosen*

Über die Erstmanifestation der sogenannten klassischen Psychosomatosen liegen unterschiedliche Angaben vor, sicher ist aber, daß sie im jüngeren bzw. mittleren Alter häufiger auftreten (HUNTER u. CLEGHORN, 1982). Das *Ulcus ventriculi*, *Asthma bronchiale* und *Colitis ulcerosa* sind Erkrankungen, die im Alter erstmalig auftreten können. Relevanter sind die im Alter manifesten Folgeerscheinungen früher aufgetretener Krankheiten, wie z. B. der essentiellen Hypertonie oder rheumatoïden Arthritis mit ihren bekannten Einschränkungen und Behinderungen.

b) *Funktionelle Erkrankungen und Konversionsneurosen*

Es handelt sich um Fehlregulationen im Vegetativum, aber auch im Sensorium und/oder

Bewegungsapparat. Funktionelle Störungen im Alter sind rückläufig, aber immer noch häufig. Schlafstörungen, resistente Schmerzen unklarer Genese, insbesondere im Mundbereich, Zungenbrennen, Obstipation, Schwindel und Erschöpfungszustände gehören zum Alltag des Arztes in der Praxis. Die Hyperventilationstetanie mit oder ohne herz-neurotische Komponente ist nicht selten. Ein interessantes Phänomen ist das Verschwinden von Migräne im Alter – möglicherweise als Folge der verminderten Elastizität der Arterien (GROEN, 1987).

c) Manifeste organische Erkrankungen

Sie werden durch seelische und/oder soziale Probleme verstärkt oder für die Bewältigung seelischer Konflikte benutzt.

Multimorbidität und Polypathie (HIRSCH et al., 1992) führen zu verschiedenen Einschränkungen, die individuell sehr unterschiedlich kompensiert werden. KRUSE (1992) weist bei einer Untersuchung an 480 Probanden nach, daß zur Beurteilung gesundheitlicher Einschränkungen die Erfassung des Lebenskontextes unerlässlich sei. Die bereits eingangs beschriebene bio-psycho-soziale Verzahnung, die für Krankheiten im Alter – aber nicht nur hier – so typisch ist, bekommt durch die Verselbständigung organischer Prozesse, die meist irreversibel sind, ihre besondere Färbung (HAAG, 1985; HEUFT, 1993). Die Interaktionsmuster von Psyche, Soma und Umfeld werden gleichsam unübersichtlich. Es ist im klinischen Alltag oft eindrucksvoll zu beobachten, wie «ruhende» Störungen im Zuge eines psychosozial traumatisierenden Geschehens, wie z. B. einem Verlust, manifest werden. Es geht dabei um eine Überbesetzung bereits vorhandener somatischer Erkrankungen, die möglicherweise kulturspezifisch ist. OVERBECK (1984), der sich ausführlich mit den adaptativen Aspekten psychosomatischer Phänomene auseinandergesetzt hat, stellt die Frage, ob ihre zunehmende Häufigkeit eine Anpassung der Patienten an eine Medizin darstellt, in der nur die körperliche Krankheit zählt, seelische Störungen aber keinen Platz finden (S. 33). Körperliche Symptome werden zu Eintrittskarten für die ärztliche Praxis und – hier ist es noch gravierender – Klinik,

und die objektivierbaren Störungen rechtfertigen dann meist frustrane diagnostische, aber auch therapeutische Maßnahmen, die an den wirklichen und vielleicht sogar zu beeinflussenden Problemen vorbeigehen.

Die Anzahl der Erkrankungen steigt proportional mit dem Alter. Sie liegt bei 75jährigen zwischen 4 und 5 Diagnosen pro Patient (LINDNER, 1973). Nicht behandelbare Organveränderungen, wie z. B. Osteoporose, Emphysem, degenerative Gelenkerkrankungen, werden zu biologischen Konstanten, welche die Adaptationsfähigkeit und Widerstandskraft beeinträchtigen und den Verlauf vordergründiger, prinzipiell behandelbarer Erkrankungen mitbeeinflussen. Kommt es zu einer Störung der bio-psycho-sozialen Homöostase, zeigt sich die Vulnerabilität des Organismus vorrangig im Bereich seiner biologischen Achillesferse.

d) Somato-psychische Reaktionen

Es handelt sich dabei um seelische Störungen als Reaktionen auf akut auftretende (z. B. Insult) oder chronisch verlaufende Organerkrankungen. Umgekehrt kann es durch chronische Erkrankungen auch zu schweren depressiven Verstimmungen kommen; sie sind sogar der häufigste Grund. Epidemiologische Studien zeigen einen engen Zusammenhang zwischen körperlicher Behinderung und psychischer Erkrankung (COOPER u. SOSNA, 1983), wobei der Einschränkung der motorischen Beweglichkeit die wichtigste Rolle zukommt, gefolgt von der Reduktion des Sehens und Hörens.

Die häufigste psychische Erkrankung alter Menschen ist die *Depression*, wobei psycho-reaktive depressive Syndrome an erster Stelle stehen, vor endogenen oder hirnganisch bedingten Depressionen (JUNKERS et al., 1976). Körperliche Erkrankungen waren bei Untersuchungen von POST (1986) bei 42 Prozent seiner alten Patienten einer Depression vorausgegangen. Psychische Erkrankungen im Alter werden aber nur zum Teil (zwischen 15 und 67,7 Prozent, ZINTL-WIEGAND et al., 1980) als solche von den behandelnden Hausärzten identifiziert. Aus psychodynamischer Sicht sieht RADEBOLD (1990) eine Ursache für diese «Kurzsichtigkeit» in der Umkehrung

der «klassischen» Übertragungssituation der (meist) jüngeren Ärzte ihren Patienten – und umgekehrt – gegenüber. Die auf den älteren Patienten projizierten abgewehrten infantilen Wünsche und Konflikte eigenen Eltern gegenüber – ebenso wie die Übertragung der Wünsche der älteren Patienten auf den jüngeren Arzt als «letztem Kind» – stehen in einem Widerspruch zu der real notwendigen Rollenverteilung. Daneben kann die Angst vor dem eigenen Alterwerden, der Einsamkeit, möglichen Behinderungen und der Todesnähe Abwehrprozesse mobilisieren, die empathisches Eingehen auf die seelischen Probleme älterer Patienten erschweren. Dieses hat insofern tragische Aspekte, als für viele alte Patienten Ärzte die wenigen noch verbliebenen Kontaktpersonen sind.

3. Zur Psychodynamik psychosomatischer Störungen im Alter

Somatisierungen depressiver Reaktionen, ebenso wie schwere depressive Verstimmungen in Verbindung mit altersspezifischen körperlichen Erkrankungen, sind die Herausforderungen, denen sich die Psychosomatik zu stellen hat. Das zentrale Problem ist die Notwendigkeit, Verluste, die meist oder kaum zu kompensieren sind, zu bewältigen, also Trauerarbeit zu leisten. GROEN (1987) stellt fest, daß die Diagnose «Involutionsdepression» viele Züge einer chronischen Trauerreaktion hat. Wichtig ist es dabei zu sehen, daß bei jedem Patienten eine durch seine Biographie, seine Persönlichkeitsstruktur und aktuelle Lebenssituation bestimmte *individuelle Verarbeitungs-dynamik* ins Auge gefaßt werden muß. Körperliche Symptome sind dann Chiffren im diagnostischen Prozeß und haben die Funktion, Verluste zu maskieren. Dieses ist nicht spezifisch für das Alter, bekommt aber in dieser Lebensphase eine besondere Relevanz (HAAG, 1985). Die erhöhte Suizidrate wurde bereits erwähnt.

Einige klinische Beispiele sollen diese individuelle Verarbeitungsdynamik verdeutlichen:

Nach dem Tod seiner Ehefrau an einem Darmkrebs entwickelt ein 70jähriger Patient eine funktionelle gastrointestinale Symptomatik. Er war seiner Frau 40 Jahre symbiotisch verbunden. Ohne sie ist er völlig hilflos, er zieht sich zurück, gewinnt die Überzeugung, ebenfalls an einem Krebs erkrankt zu sein, ohne daß er emotional davon besonders berührt erscheint.

Wir finden hier eine *identifikatorische Übernahme der Symptomatik* der verstorbenen Ehefrau. In der Krankheit kommt es gleichsam zur Wiederbelebung des verlorenen Objektes durch die gemeinsame Symptomatik im Rahmen einer nicht gelungenen Trauerarbeit bei einer defizienten Autonomieentwicklung.

Eine 67jährige Patientin hat ihre unglückliche Ehe, in der sie häufig betrogen wurde, nur aus Versorgungsgründen aufrecht erhalten. Nach dem kürzlichen Infarkt des Mannes entwickelt sie innere Unruhe, Schlafstörungen, «Herzanfälle». Sie zieht sich zurück, fühlt sich beobachtet, weil sie meint, zu einer Trauer verpflichtet zu sein, die sie nicht aufbringen kann. Insgeheim fühlt sie sich befreit, kann dieses jedoch nicht genießen, weil sie fürchtet, am Tode des Mannes, den sie mehr oder weniger uneingestanden ersehnt hat, schuldig zu sein.

War die Beziehung zum Partner spannungsgeladen und enttäuschend, ist die Ablösung nach dem Verlust oft ebenfalls sehr schwierig. Die Realisierung uneingestandener Todeswünsche gegenüber dem Partner mobilisieren dann Schuldgefühle, die gleichsam durch die Erkrankung gesühnt werden. Auch an diesem Fall finden wir eine identifikatorische Symptomübernahme bei ebenfalls nicht gelungener Trauerarbeit, hier als Ausdruck einer *Schuldverarbeitung*.

Hypochondrische Symptome nehmen im Alter zu (MÜLLER, 1967; KANOWSKI, 1979). Verstärkte Isolierung, das Gefühl, überflüssig zu sein, sowie die physiologische, altersbedingte Reduktion körperlicher Leistungsfähigkeit führen zu einer ängstlichen Beobachtung körperlicher Funktionen bis zu wahnhafter Phantasieausgestaltung. Diese intensive krankhafte Selbstbeobachtung schützt vor Konfrontation mit schmerzlichen Gefühlen, die sich häufig aus einer Einbuße an Selbstständigkeit, aber auch aus Verlassenheitsängsten ergeben. In der Hypochondrie ermöglicht Krankheit eine *narzißtische Restitution*: Die Beschäftigung mit dem Körper grenzt eine

diffuse, überwältigende Angst vor totaler persönlicher Insuffizienz ein und wird so gleichsam konkretisiert: «Eigentlich bin ich noch leistungsfähig, ich bin nur wegen der Körperbeschwerden daran gehindert, es zu beweisen» (DENEKE u. HILGENSTOCK, 1989). Gleichzeitig bleibt über die «Schöpfung» immer neuer Symptome und die dadurch notwendige Konsultation neuer Spezialisten eine gewisse Beziehung zur Umwelt garantiert. SULLIVAN (1940): «Er (der Hypochonder) fühlt sich gezwungen, alle Details seiner Symptome der Außenwelt mitzuteilen. Die Krankheit wird sozusagen einziger Öffentlichkeitsaspekt seiner Persönlichkeit.» Therapeutisch ist der Patient in seiner somatischen Selbstbezogenheit schwer zu erreichen. Letztlich hat er die Außenobjekte aufgegeben und diese durch seinen «kranken» Körper ersetzt. So ist dieser schließlich selbst zum Objekt geworden, womit das gefährliche Abgleiten in eine objektlose Desorientierung vermeidbar wird (DENEKE u. MÜLLER, 1983).

Eine 62jährige Patientin klagt seit vier Jahren über Schmerzen und Steifheitsgefühle in den Beinen, die sie ans Haus fesseln. Abgesehen von mäßig arthrotischen Kniegelenken sind diese Beschwerden weder von neurologischer noch von orthopädischer Seite her erklärbar. Die Patientin wird von ihrer Tochter, einer jungen Ärztin, angemeldet. Letztere ist das einzige, spät geborene Kind der Patientin, die, seit 17 Jahren verwitwet, in ihr den einzigen Lebensinhalt sieht. Die Zunahme der Beschwerden steht in deutlichem Zusammenhang mit dem Auszug der Tochter, welchen die Patientin als Treulosigkeit und Verrat erlebt.

Die Funktionalisierung einer Körperbeschwerde mit manifestem Organbefund bei realen oder drohenden Verlusten ist weit verbreitet, wird aber bei alten Patienten für die Umgebung besonders bedrängend. Hier bekommt die Symptomatik die Form einer *Anklage*. Das Tragische an diesem Versuch, über körperliche Symptome Trennungen zu vermeiden, liegt darin, daß sie als Erpressung erlebt werden und die Umwelt sich nach anfänglicher Zuwendung und Anteilnahme später zurückzieht. Die gefürchtete Einsamkeit des Kranken, die durch die Symptomatik verhindert werden sollte, wird so umso größer, und die Kranken geraten in einen regressiven Sog, der schwer reversibel ist. Hier werden die kör-

perlichen Symptome zu Vehikeln für nach außen gerichtete Aggressivität, die jede innere Verbindung zur Umwelt zerstören können. Die nach außen projizierte Wut löst bei Angehörigen und Ärzten Schuldgefühle und Ohnmacht aus, die sich therapeutisch häufig in sinnlosem polypragmatischem Agieren widerspiegeln.

4. Psychotherapie im Alter aus psychodynamischer Perspektive

4.1 Indikation

Von zentraler Bedeutung ist, daß die körperliche, soziale und psychische Situation alter Patienten immer gemeinsam gesehen werden müssen, d. h., der Psychotherapeut muß in enger Kooperation mit dem behandelnden Arzt und möglicherweise auch sozialen Einrichtungen arbeiten, um überhaupt die Voraussetzung für seine Therapie zu schaffen. Die psychodynamische Konfiguration sollte nicht durch eine dermaßen schwerwiegende Organpathologie, überwältigende Traumatisierungen oder eine massive Regression deformiert werden, daß die Erreichbarkeit und Arbeitsfähigkeit des Patienten verunmöglicht ist (KAHANA, 1979). Entfallen diese Einschränkungen, unterscheidet sich die Indikationsstellung für eine Psychotherapie nach dem bisherigen Wissensstand nicht wesentlich von der für jüngere Patienten: Neben der Fähigkeit, ein therapeutisches Bündnis einzugehen, eine gewisse Introspektionsfähigkeit, kein unüberwindbarer sekundärer Krankheitsgewinn sowie die Fähigkeit, Übertragungsmuster wahrzunehmen, die für die therapeutische Arbeit nutzbar zu machen sind.

Die spezifischen Probleme, die sich aus der Konstellation jüngerer Therapeut/älterer Patient ergeben, sind bereits beschrieben worden. RADEBOLD (1980) betont, daß der Therapeut nicht die einzige Bezugsperson für den Patienten darstellen sollte. Die Beziehungsfähigkeit als Ausdruck des Vermögens, Vertrauen zu haben, das auch gleichsam als Indikator für die Schwere der psychischen Störung gelten kann,

ist für die Behandlung das wichtigste Kriterium. Patienten mit schweren narzißtischen Störungen oder schizoiden Persönlichkeitsstrukturen bereiten die größten Probleme. Während diese Patienten in jüngeren Jahren nur in Ausnahmefällen zum Therapeuten kommen, können sie im Alter, wenn ihre narzißtische Abwehrorganisation angesichts der realen Einbußen an Einfluß und Leistungsfähigkeit zusammenbricht, den Therapeuten sehr bedrängen. Diese Patienten werden mehr durch Neid und Wut als durch Trauer und Depression bestimmt. Auf die Notwendigkeit psychotherapeutischer Hilfe reagieren sie mit Gefühlen von Beschämung und der Vorstellung, gescheitert zu sein. Ihre magische Erwartung geht eher in Richtung einer Wiederherstellung ihrer alten Grandiosität als einer Reifung im Sinne einer Umorientierung und angstfreien Anpassung an die Bedingungen der letzten Lebensabschnitte (COHEN, 1982).

Schließlich gibt es Patienten, die in symbiotischer Umklammerung ihre Angehörigen überlasten, so daß letztere einen Psychotherapeuten einschalten.

4.2 Therapeutisches Setting

Dieses sollte flexibel gehandhabt werden, d. h., die Stunden können kürzer und länger sein, die Frequenz wechselnd. Auch Hausbesuche und telefonische Stunden sind gelegentlich sinnvoll. Über Gruppentherapien mit alten Patienten liegen vor allem von der Kasseler Arbeitsgruppe (RADEBOLD, 1983) eindrucksvolle Ergebnisse vor, sollen hier jedoch nicht näher diskutiert werden. Als optimale Behandlungsform hat sich in der Einzeltherapie eine problemzentrierte einsichtsorientierte Behandlung von ein bis zwei Sitzungen pro Woche erwiesen. RADEBOLD (1980) – und dieses entspricht unseren eigenen Erfahrungen – betont, daß das Angebot, sich bei eventuellen Schwierigkeiten auch nach der Beendigung der Therapie zu melden, bei manchen Patienten entscheidend zur Stabilisierung beiträgt. In diesem Zusammenhang ist zu bemerken, daß die Beendigung der Behandlung bei alten Pa-

tienten eine qualitativ spezifische Dynamik hat. Die immer wiederkehrenden Lebenskrisen des Menschen haben als gemeinsamen Nenner das Thema von Trennung und Individuation. Die Auflösung dieser «Modellneurose» (MANN, 1978), die auf unterschiedlichem entwicklungspsychologischem Niveau stattfindet, gehört zum Thema jeder psychodynamischen Behandlung und führt in früheren Lebensjahren zu einem Neubeginn. Die Beendigung einer Therapie mit alten Menschen wird zu einem Abschied, der die Chance dieses Neubeginns nur noch selten impliziert. Gewisse Patienten vollziehen eine Gleichsetzung von Therapiedauer und Weiterleben. Hier gestaltet sich das Therapieende schwierig. Der Abschied bekommt durch das Todesthema gleichsam eine existentielle Dimension.

4.3 Therapieziel

Es orientiert sich bei älteren und alten Menschen an einer Wiedergewinnung des psychophysischen Gleichgewichts unter den Bedingungen subjektiver und objektiver altersspezifischer Veränderungen (MUSLIN u. EPSTEIN, 1980). Dazu gehört eine *Modifizierung des Ich-Ideals*, das sich zunehmenden Einschränkungen anpassen muß, ohne daß dieses mit Scham und Schuldgefühlen erlebt wird. Wichtig ist auch das Zulassenkönnen von Passivität und Abhängigkeit unter Aufrechterhaltung der Selbstachtung trotz verminderter körperlicher Möglichkeiten sowie das Ertragen von Verlusten, ohne ganz zu verzweifeln. Unter der Prämisse, daß eine depressive Dekompensation durch aktuelle Konflikte oder Verluste immer eine Wiederbelebung älterer psychodynamisch relevanter Aspekte impliziert, können falsche bzw. neurotische Einstellungen, Wünsche und Erwartungen aber auch in höherem Alter korrigiert werden. Dabei ist gerade der Aspekt der Versöhnung von großer Bedeutung. Hier ist nicht die resignative Form einer Pseudoversöhnung gemeint, sondern der Gewinn einer neuen Perspektive, die über den Weg eines neuen Verständnisses Verbitterung und Schuldgefühle lösen kann (HAAG, 1986).

4.4 Psychosomatische Grundversorgung für alte Patienten

Alte Patienten werden selten zu einer Psychotherapie überwiesen und finden auch selten den Weg spontan dahin. In diesem Faktum treffen sich einerseits der Widerstand vieler Therapeuten gegen die Psychotherapie im Alter sowie ein Widerstand vieler Älterer selbst, sich mit ihren psychischen Problemen an andere zu wenden. Dies mag an sich schon Ausdruck einer resignativen (bzw. depressiven) Grundhaltung sein, hat aber auch kulturhistorische Gründe. Alte Menschen sind sehr viel stärker als die jüngeren Generationen, die psychologische Aspekte selbstverständlich in ihr Denken einbezogen haben, in einem Bewußtsein aufgewachsen, daß Konflikte, Probleme und Verstimmungen selbst zu bewältigen seien. Häufig schämen sie sich sogar ihrer emotionalen Bedürfnisse. So verarbeiten sie seelische Beeinträchtigungen schuldhaft und drücken diese eher in Form körperlicher Symptome aus, als daß sie um psychotherapeutische Hilfe nachsuchten.

Mag Psychotherapie für psychoneurotische Patienten auch die Behandlung der ersten Wahl sein, so gilt dies nicht für viele jener Patienten, die ärztliche Praxen und Klinikbetten füllen, weil sie ihre aktuellen, altersspezifischen Probleme somatisieren.

Die Behandlung alter Menschen ist die Domäne des Allgemeinmediziners bzw. des hausärztlich tätigen Facharztes, deren Bedeutung für die geriatrische Versorgung in Anbetracht der Zunahme älterer Bürger noch wachsen wird. Seit Einführung der «psychosomatischen Grundversorgung» in die kassenärztliche Versorgung 1987 sind – unter der Voraussetzung einer strengen Qualitätskontrolle auch in diesem Bereich – die Chancen für eine bessere psychosomatische Versorgung gegeben, von der auch insbesondere alte Menschen profitieren müßten. Ein ganzheitliches Vorgehen, das basale Psychotherapie einschließt, würde insbesondere in die Versorgung der Älteren eine humane Dimension einführen, die vielerorts verloren gegangen ist.

Dies gilt ebenso für die stationäre Versorgung. Über die Hälfte der Patienten auf interistischen Stationen der Allgemeinen Kran-

kenhäuser in Hamburg sind über 65 Jahre alt (HAAG et al., 1989). Auch wenn unter dem Druck dieser Tatsachen neue gesundheitspolitische Überlegungen in Richtung einer angemesseneren Versorgung der älteren Bevölkerung angestellt worden sind und geriatrische Abteilungen geplant und etabliert werden, muß eine Neuorientierung im Sinne einer psychosomatischen Grundversorgung auch im Krankenhaus gefordert werden. Bei 72,8 Prozent der von uns untersuchten Patienten haben wir einen psychosomatischen Zusammenhang bei ihrer Erkrankung festgestellt und/oder zumindest vermutet (WIENCKE, 1990). Empirische Untersuchungen in den USA haben gezeigt, daß zusätzliche psychosoziale Betreuung einen positiven Einfluß auf den Krankheitsverlauf hat, die Mortalität senkt und die Rehabilitationschancen verbessert. Auf seiten der Kostenträger schlägt diese um die psychosoziale Dimension erweiterte Versorgung durch erhebliche Einsparungen (Verkürzung der Krankenhausaufenthaltsdauer, geringere Inanspruchnahme medizinischer Dienste) zu Buche. Bereits bescheidene Interventionen – so wurde nachgewiesen – haben eine große Wirkung, insbesondere bei alten Patienten (MUMFORD et al., 1984). Die Tatsache, daß solche Ergebnisse, die unmittelbar zeigen, daß ein umfassendes, biopsychosoziales Vorgehen auch erhebliche ökonomische Konsequenzen zeitigt, von Gesundheitspolitikern und Kostenträgern bisher kaum zur Kenntnis genommen werden, ist eines der großen Probleme, mit denen wir uns zukünftig sehr viel kämpferischer als bisher auseinanderzusetzen haben.

Literatur

- BERGENER M: Psychiatrie des höheren Lebensalters – Implikationen eines psychosomatischen Krankheitskonzeptes in der Alterspsychiatrie. In BERGENER M, KARK B (Hrsg.) Psychosomatik in der Geriatrie, S. 10, Steinkopff, Darmstadt 1985
- COHEN NA: On loneliness and the ageing process. *Int J Psychoanal* 63, 149–155, 1982
- CORSON SA, O'LEARY CORSON E: Stress of forced idleness: Is chronologic age an appropriate criterion for retirement? In LEVY L (ed) *Society, stress,*

- and disease. Vol. 5, Old Age, S. 44, Oxford University Press 1987
- COOPER B, SOSNA U: Psychische Erkrankungen in der Altenbevölkerung. *Nervenarzt* 54, 239–249, 1983
- DENEKE FW, MÜLLER R: Eine Untersuchung zur Dimensionalität und metrischen Erfassung des narzißtischen Persönlichkeitssystems. *Psychother Psychosom Med Psychol* 12, 329–249, 1983
- DENEKE FW, HILGENSTOCK B: Das Narzißmus-Inventar. Huber, Bern/Stuttgart/Toronto 1989
- FINKEL SL: Suicide in Later Life. In BERGENER M, FINKEL SL (ed) *Clinical and scientific psychogeriatrics*. Vol. 1, S. 287, Springer, New York 1990
- GROEN JJ: Psychosomatic aspects of ageing. In LEVY L (ed) *Society, stress, and disease*. Vol. 5, Old Age, S. 179, Oxford University Press, 1987
- HAAG A: Psychosomatische Aspekte funktioneller Störungen bei der Bewältigung von Verlusten im Alter. In BERGENER M, KARK B (Hrsg.) *Psychosomatik in der Geriatrie*, S. 25, Steinkopff, Darmstadt 1985
- HAAG A: Zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie depressiver Syndrome im Alter. In BERGENER M (Hrsg.) *Depressionen im Alter*, S. 111, Steinkopff, Darmstadt 1986
- HAAG A, STUHR U, WIENCKE T: Psychosomatische Aspekte bei alten Menschen in der stationären Versorgung. In SPEIDEL H, STRAUS B (Hrsg.) *Zukunftsaufgaben der Psychosomatischen Medizin*, S. 44, Springer, Berlin/Heidelberg 1989
- HEUFT G: Zur Auslösesituation internistisch-psychosomatischer Symptome bei älteren und alten Patienten. *Klin Wschr* 68 (Suppl. XXIV), 97–98, 1990
- HEUFT G: Psychoanalytische Gerontopsychosomatik – Zur Genese und differentiellen Therapieindikation akuter funktioneller Somatisierungen im Alter. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43, 46–54, 1993
- HEUFT G: Multimorbidität: Macht und Ohnmacht des Therapeuten aus psychosomatischer Sicht. In HIRSCH RD, BRUDER J, RADEBOLD H, SCHNEIDER HK (Hrsg.) *Multimorbidität im Alter*, S. 108, Huber, Bern/Göttingen/Toronto 1992
- HIRSCH RD, BRUDER J, RADEBOLD H, SCHNEIDER HK (Hrsg.): *Multimorbidität im Alter*. Huber, Bern/Göttingen/Toronto 1992
- HUNTER RCA, CLEGHORN RA: Psychosomatic disorders in the elderly. *Can J Psychiatry* 27, 362–365, 1982
- JORES A, PUCHTA H: Der Pensionierungstod. *Med Klin* 54, 1158–1164, 1959
- JUNKERS G, KANOWSKI S, PAUR R: Forschung, Lehre und Krankenversorgung aus der Sicht einer Abteilung für Gerontopsychiatrie. *Gerontologie* 9, 151–175, 1976
- KAHANA RJ: Strategies of dynamic psychotherapy with the wide range of older individuals. *J Geriatric Psychiatry* 12, 71–100, 1979
- KANOWSKI S: Schlafstörungen im Alter. *Pharmakotherapie* 2, 205–213, 1979
- KRAUSE-GIRTH C: *Schein-Lösungen*. Psychiatrie-Verlag, Bonn 1989
- KRUSE A: Multimorbidität und Polypathie: Analyse des subjektiven Gesundheitszustandes und Vorschläge für ein erweitertes Verständnis der Gesundheit im Alter. In HIRSCH RD, BRUDER J, RADEBOLD H, SCHNEIDER HK (Hrsg.) *Multimorbidität im Alter*. Huber, Bern/Göttingen/Toronto 1992
- KURATORIUM DEUTSCHE ALTENHILFE, Presse- und Informationsdienst 6, 1991
- LINDNER O: Klinische Morbidität, Datenerfassung und Methodik. In SCHUBERT R, STORMER A (Hrsg.) *Schwerpunkte in der Geriatrie*. Multimorbidität, S. 46, Banaschewski, München 1973
- MANN J: *Psychotherapie in 12 Stunden*. Walter, Olten/Freiburg 1978
- MUMFORD E, SCHLESINGER HJ, GLASS GV, PATRICK C, CUERDON T: A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *Am J Psychiatry* 141, 1145–1158, 1984
- MÜLLER Ch: *Alterspsychiatrie*. Thieme, Stuttgart 1967
- MUSLIN H, EPSTEIN LJ: Preliminary remarks on the rationale for psychotherapy in the aged. *Compreh Psychiatry* 21, 1–12, 1980
- OVERBECK G: *Krankheit als Anpassung*. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1984
- PARIN P: *Der Widerspruch im Subjekt*. Syndikat, Frankfurt a.M. 1978
- POST F: Depression, functional syndroms and alcoholism. In BERGENER M (ed) *Psychogeriatrics*, S. 102, Springer, New York 1986
- RADEBOLD H: Der psychoanalytische Zugang zu den älteren und alten Menschen. In PETZOLD H, BUBOLZ E (Hrsg.) *Psychotherapie mit alten Menschen*, S. 89, Junfermann, Paderborn 1980
- RADEBOLD H: Gruppenpsychotherapie im Alter. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1983
- RADEBOLD H: Psychosomatische Sicht des höheren Lebensalters. In VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl., S. 1099, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- SAINSBURY P: Psychosocial factors in developed and developing countries with regard to age and ageing. In LEVY L (ed) *Society, stress, and disease*. Vol. 5, Old Age, S. 74, Oxford University Press, 1987
- STATISTISCHES BUNDESAMT, Bericht 1991
- SULLIVAN HS: *Clinical studies in psychiatry*. Norton, New York 1940

WIENCKE T: Psychosomatik und Alter. Dissertation, Hamburg 1990

WOLF St: The social setting and the pathophysiology of ageing. In LEVY L (ed) Society, stress, and disease. Vol.5, Old Age, S.69, Oxford University Press, 1987

ZINTL-WIEGAND A, COOPER J, KRUMM B: Psychisch Kranke in der ärztlichen Allgemeinpraxis. Beltz, Weinheim 1980