

NeuroGeriatric 2008; 5 (2): 62–73

Alterspsychotherapie

G. S. Barolin

Wien

Zusammenfassung

Wir werden heutzutage älter und bleiben länger aktiv. Daraus ergeben sich auch neue Problem- und Krisensituationen, welche der von uns so genannten »**Integrierten Psychotherapie**« bedürfen. Diese verlangt systematische Zusammenarbeit mit dem Sozialbereich, mit der ganzen medizinischen Arbeitsgruppe und den Angehörigen in ständiger Koordination, damit der Patient nicht hindurchfällt wie zwischen den sprichwörtlichen »zwei Sesseln«.

Als »**basale Psychotherapie**« muss einerseits ein psychotherapeutisches Grundverständnis bei allen den alten Menschen Betreuenden gefördert werden. Andererseits gilt es, die **speziellen Facetten einer Alterspsychotherapie** zu kennen und einzusetzen.

In der **Gesprächstherapie** tritt die analytische Komponente in den Hintergrund. Es geht um Förderung der Erinnerungsgespräche (»Reminiszenztherapie«) und um Beratung im *hic et nunc*.

Alterspsychotherapie weist breite Überschneidungen mit der **Rehabilitationspsychotherapie** auf. Einerseits kommen im Alter zusätzliche invalidisierende Erkrankungen regelhaft dazu (Schlaganfall, Parkinson, Polyneuropathie etc.). Andererseits wird der Alterspatient per se durch die heutige lange Überlebenszeit (mit Hilfe der modernen Medizin) zum Rehabilitationspatienten. Wichtig ist: **Re-Motivation – Re-Integration – Ressourcenmobilisierung**, weiters **Mediation** bei den häufigen Problemen mit der jüngeren Generation.

Die **sexuellen Fragen** sind in der Alterspsychotherapie keineswegs auszuklammern, im Gegenteil (da vielfach als Tabu unterdrückt) speziell anzusprechen.

Die Alterspsychotherapie sollte sinnvollerweise schon als **Prophylaxe** für die Pensionskrise in der Prä-Pensionsphase beginnen. Dafür und für danach hat sich besonders unsere **2-stufige Gruppenpsychotherapie mit integriertem Autogenem Training** bewährt.

Speziell im Alter geht es für die Psychotherapie weniger um »Heilen«, als um den Umgang mit Krisen, stützendes Begleiten bei der unvermeidlichen Altersdepression sowie Besserung der **Lebensqualität** im jeweiligen Stadium.

Schlüsselwörter: Gesprächstherapie, Integrierte Psychotherapie, basale Psychotherapie, Rehabilitationspsychotherapie, Sexualtherapie, zweistufige Gruppentherapie mit integriertem Autogenem Training

Gerontopsychotherapy

G. S. Barolin

Abstract

Humans are getting older and staying active until a greater age. This gives rise to new problems and situations of crisis, which require use of what we have named "**integrated psychotherapy**". This method necessitates systematic cooperation with the field of social services, the medical working group and the relatives in constant coordination, in order to prevent the patient from falling through the net.

"**Basal psychotherapy**" on one hand demands general knowledge of psychotherapy for all professions attending to the elderly. On the other hand, the **special aspects of gerontopsychotherapy** have to be realized and applied.

In **conversation therapy**, the importance of the analytic component is diminished. The emphasis is on encouragement of recollection ("life review therapy"), on guidance *in hic et nunc*.

Gerontopsychotherapy exhibits considerable overlap with **rehabilitational psychotherapy**. Firstly, additional incapacitating affections frequently occur in advanced age (stroke, Parkinson's disease, polyneuropathy, etc.). Secondly, through the overall increase in life expectancy (aided by modern medical science), the elderly patient per se becomes a rehabilitational patient. The focus therefore needs to be on **remotivation – reintegration – resource mobilisation**, besides **mediation** with regard to the prevalent problems in relations to the younger generation.

Sexual issues are not to be excluded from gerontopsychotherapy, on the contrary they have to be explicitly addressed (to overcome the still widespread sex-taboo for seniors).

Ideally, gerontopsychotherapy should begin in the pre-retirement phase as a **prophylaxis** for the retirement crisis. For this, and for the immediate post-retirement phase, our **two-step group psychotherapy with integrated autogenic training** has proven to be particularly successful.

Especially in old age, psychotherapy is less concerned with "healing" than with crisis management, supportive accompaniment during the inevitable degeneration of age, and improvement of **life quality** at the respective stage.

Key words: Conversation therapy, integrated psychotherapy, basic psychotherapy, sex therapy, two-step group psychotherapy with integrated autogenic training

© Hippocampus Verlag 2008

Entwicklung und Stellung der Alterspsychotherapie

Die Psychotherapie im Alter ist aus mehreren Gründen eine **relativ neue Disziplin**.

1. Hat sich unsere menschliche Gesellschaft aus einer Drei-Generationen- zu einer **Vier-Generationen-Gesellschaft** entwickelt. Zwischen die (lernenden) Jungen, die (arbeitenden und verdienenden) Berufstätigen und die (nur mehr ausruhenden und abwartenden) Alten schiebt sich eine vierte große Gruppe der »aktiven Alten«. Dies hat zu tun a) mit dem durch die fortschreitende Medizin wesentlich verlängerten Lebensalter und besseren Gesundheitszustand der alten Menschen, und b) mit dem degressiv immer früher werdenden Pensionsantritt.
2. In den Ursprüngen der Psychotherapie hat *Freud* selbst die Psychotherapie alter Menschen abgelehnt (»da sie nicht mehr lernfähig sind«).

Inzwischen haben wir eine Menge dazugelernt. U.a. ist die Psychotherapie auch weit über *Freud* hinausgegangen. Dies soll keinesfalls als eine Minderwertung des großen Psychotherapie-Pioniers missverstanden werden, aber *Freud* drängte vorwärts, und lebte er jetzt, würde er sich keineswegs mit der Berufung auf »alte *Freud*-Dogmen« begnügen. Seine wortgetreuen Anhänger handeln eigentlich gegen seinen Geist. Ein gutes Wort hat diesbezüglich *Frankl* geprägt: »Auch ein Zwerg, der auf den Schultern eines Riesen steht, sieht weiter als dieser.«

In meinem Arbeitskreis waren wir unter den ersten, die sich mit Psychotherapie alter Menschen befasst haben und eine mehrjährige Erfahrung bereits 1986 publizieren konnten. Inzwischen nimmt zwar die Befassung mit Alterspsychotherapie zu, sie ist aber heute noch aus obigen Gründen unzureichend wahrgenommen.

Es wirkt aber das ***Freud'sche Alters-Embargo*** für Psychotherapie noch heute insofern fort, dass viele Psychotherapeuten »ohne Alterspsychotherapie« ausgebildet worden sind und somit nur wenige sich mit Alterspsychotherapie befassen. Es ist daher leider heute nur eine relativ geringe Zahl von Psychotherapeuten, die bereit sind, sich gezielt mit alten Menschen zu befassen.

3. Man hat in der allgemeinen Psychotherapie schon mit dem »**systemischen Ansatz**« gelernt, dass wir unter Mitberücksichtigung des sozialen Umfeldes wesentlich weiter kommen als mit einer Ein-Personen-Psychotherapie. In der Alterspsychotherapie gilt das besonders. Der

Psychotherapeut muss über die starren Scheuklappen einer schulischen Ausbildung hinausschauen und sozialarbeiterische und familientherapeutische Überlegungen und Maßnahmen mit einbeziehen.

Integrierte Psychotherapie

Wir sehen die Alterspsychotherapie als Paradigma der von uns so genannten »Integrierten Psychotherapie« an. Das meint eine Psychotherapie, die aus einem isolierten Elfenbeinturm heraustritt und sich der gesamten Medizin zum Wohle der Patienten zur Verfügung stellt.

Das Präfix »integriert« will darauf hinweisen, dass die Psychotherapie, die wir meinen, nicht isoliert oder elitär arbeiten, sondern in Übereinstimmung mit der gesamten Gesundheitsversorgung, und damit auch »sozial« sein soll. Dabei sollen die unterschiedlichen Psychotherapiemethoden sinnvoll kombiniert werden, Schlagwort: »**Nicht schulzentriert, sondern patientenzentriert**«. Es gehört dazu neben einer berufsspezifischen Psychotherapieausbildung auch die Ausbildung zu einer **basalen Psychotherapie** bei allen Gesundheitsberufen.

In enger Verbindung respektive weitgehender Überlappung damit steht die Altersrehabilitation. Denn einerseits kommen im Alter häufig invalidisierende Erkrankungen dazu (vor allem Schlaganfall und Parkinson). Andererseits wird der »physiologisch« alt werdende Mensch (dank unserer lang am Leben erhaltenden Medizin) allmählich so gebrechlich, dass er rehabilitativer Obsorge bedarf. Die Rehabilitationspsychotherapie haben wir kürzlich in einem speziellen Artikel bearbeitet. Dort und in einigem des Folgenden kommen die **Überschneidungen zwischen Alterspsychotherapie und Altersrehabilitation** zum Tragen.

Das Senioerentum mit seinen speziellen Problemen

Der Dichter *Arthur Schnitzler* (Zeitgenosse *Freuds*), der die damalige Wiener Bürgergesellschaft feinsinnig durchleuchtet hat, lässt eine seiner Bühnenfiguren sagen: »**Das Altwerden ist allemal eine einsame Beschäftigung**«.

Die Vereinsamung im Alter ist heute in unserem Kulturkreis größer denn je. Gleichzeitig mit dem immer Älterwerden der Menschen sind die alten Familienstrukturen aufgebrochen. Die **Single-Haushalte** nehmen zu. Es gilt das (zumindest teilweise) als »cool« und fortschrittlich. Doch ist dabei jeweils immer schon

die Einsamkeit des Alters vorprogrammiert. Die (verschwindende) Großfamilie bot Chancen auf mehr sozialen Rückhalt (allerdings nicht obligat! Man denke an manche bäuerlichen Geschehnisse, wo Eltern im Ausgedinge dann miserabel behandelt wurden). In anderen Kulturkreisen und Ethnien gibt es teilweise noch stärkeren Zusammenhalt der alten mit der jungen Generation. Doch hier wird auf unsere Situation Bezug genommen.

Zum Nicht-einsam-sein muss menschliche Gesellschaft vorhanden, aber die **menschlichen Beziehungen** in dieser auch gut sein (worauf – wegen der zentralen Wichtigkeit – folgend näher eingegangen wird).

Es kommen in der Altersentwicklung auch eine Menge andere Probleme neben und mit der Einsamkeit zum Tragen, welche das Alter zu einer wesentlichen **Lebenskrise** machen können. Psychotherapie im Alter ist jedenfalls **mehr als nur eine Beschäftigungstherapie**, die von ein paar ehrenamtlichen Besuchern übernommen werden kann. (Dieser Irrtum liegt auch in der Politik teilweise vor, wie ich leider aus öffentlichen Diskussionsbemerkungen der zuständigen Regierungsverantwortlichen erfahren musste.) Sicherlich kann aber der Einsatz **ehrenamtlicher Besucher und Betreuer zu einem Zusatzangebot** in einer gezielten Alterspsychotherapie gemacht werden (wie wir es bei der Einschaltung von Laien und Kindern bewiesen haben. – Siehe folgend).

Der Begriff der »späten Freiheit des Alters« wird vielfach gebraucht. Dazu gehört aber das Fehlen von wesentlichen freiheitsbegrenzenden Faktoren, nämlich

- materieller Not (Autonomie),
- behindernder Beeinträchtigung (Gesundheit),
- widrigen Umständen aus der Umgebung (Sozialintegration).

Erst dann kann die genannte »späte Freiheit des Alters« im Sinne von Wegfall der beruflichen und gesellschaftlichen Zwänge zum Tragen kommen. Es ist sehr wichtig, diese positiven Aspekte des Alters auch psychotherapeutisch mitzubedenken, speziell in der **Ressourcenmobilisation**.

Dass man andererseits dem alten und behinderten Menschen nicht gleich sagen darf, »es ist ja doch gut« und »es ist ja alles halb so schlimm« gilt speziell bei der Psychotherapie der Depressiven. Aber auch der Alters- und Rehabilitationspatient allgemein (depressiv oder nicht) braucht primär ein empathisches Eingehen auf seine Beschwerden, Besorgnisse und Befürchtungen. Erst dann kann man die positiven Alternativen langsam und vorsichtig anbringen.

Abb. 1 gibt die **Hauptproblemzonen des Senientums** wieder, wie wir sie uns nicht etwa theoretisch ausgerechnet, sondern in jahrzehntelanger Psychotherapie mit Senioren und in Diskussionen mit Altenbetreuern erfahren haben. Der Psychotherapeut, der mit alten Menschen zu tun hat, muss sich jener wichtigen (hierarchisch geordneten) Zielpunkte des alten Menschen bewusst sein, um darauf – stadiengerecht und zustandsgerecht – eingehen zu können. **Die menschliche Beziehung kann allgemein zu einem der wichtigsten Lebensfaktoren des Menschen gezählt**

Hierarchie der menschlichen Werte im höheren Lebensalter und deren Förderung von außen

<p>Auf allen Ebenen wesentlich</p> <ul style="list-style-type: none"> – Menschliche Beziehung – Kompetenz und Sinngehalt – Wirtschaftliche Absicherung (dient der allgemeinen Autonomie) – Neugierde, Weltoffenheit, Interesse <p>Die intakte Persönlichkeit betreffend</p> <ul style="list-style-type: none"> – Gesundheit <p>Alterstypische Abbauprozesse betreffend</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beschwerdefreiheit 2. Mobilität und Selbstversorgungsfähigkeit (dient der persönlichen Autonomie) 3. Essen und Ausscheidung 4. Sozialfähigkeit 5. Wärme, sowohl körperliche als auch mitmenschliche 6. Genussfähigkeit 7. Würdiges Sterben 	<p>Geistige und organisatorische Unterstützung, Psy-Propyl., Psy-Therapie</p> <hr/> <p>Rehabilitation (einschl. Rekreation, Motivation, Reha-Dienst, Psycho-Ther.)/Angehörigenarbeit/Pflege/Erhaltung der Würde/ »Alters-Reha-Versicherung«</p>	<p>Über allem steht der Wunsch nach: Kommunikation, Selbstbestimmung (Autonomie), Respekt, Würde</p> <p>Maßnahmen:</p>
--	---	--

Abb. 1: Die hier dargestellten Hauptzielpunkte im höheren Lebensalter sind nicht theoretisch ausgeklügelt, sondern entstammen vieljähriger Erfahrung in der Therapie alter Menschen sowie mehrfachen Diskussionen mit erfahrenen Berufskollegen. – Mutatis mutandis gelten jedoch die hier genannten »Hauptzielpunkte« für jeden Dauerinvalidisierten, also **auch im jüngeren Lebensalter**. Zuerst kommen organisatorische und psychohygienische Maßnahmen in Frage. Dann, bei höhergradiger Behinderung, Koordination der Psychotherapie mit körperlichen Rehabilitationsmaßnahmen, was auch sinnverwandt ist mit dem, was in Deutschland »aktive Pflege« heißt.

werden (wenn sie nicht überhaupt der Wichtigste ist!). Sie entspricht einem menschlichen Grundbedürfnis (das wird später bei der Sexualität nochmals zur Sprache kommen). Im Alter ist sie nicht nur **ein wesentlicher Faktor für die Lebensqualität**, sondern kann sogar lebensverlängernd wirken.

Berberich und Mitarbeiter ebenso wie *Böhmer* (2003) geben an, dass Post-Herzinfarkt-Patienten über 65 Jahre bei Fehlen einer emotionalen Unterstützung eine **doppelt so hohe Sterblichkeit** aufwiesen wie Patienten mit einer solchen. *Kemper* hat nachgewiesen, dass in den Altersheimen, wo (entgegen der noch immer mancherorts existierenden rigiden Regelung der Geschlechtertrennung) die Möglichkeit gegeben wurde, dass ältere Menschen zusammenziehen können, der **Psychopharmakaverbrauch um 1/3 sank und die Lebenserwartung beträchtlich anstieg**. Ein Hauptgrund für diese große Bedeutung der menschlichen Beziehung im Alter mag in der **Vereinsamung** liegen. Die allgemeine Vereinsamung der Menschen aufgrund der jetzigen soziokulturellen Bedingungen wurde schon eingangs erwähnt. Es liegt aber auch eine gewisse **Regression** und Tendenz zur Selbstisolierung vor, die vom alten Menschen selbst kommt, nämlich: – schlechte Anpassungsfähigkeit, – Hemmungsminde- rung, – Eigenwilligkeit, – Überempfindlichkeit, – Altersgeiz (der natürlich ein gewisser Ausfluss der Zukunftsängste ist). All das muss der Betreuende kennen und tolerieren lernen. Parallel zu all dem bleibt aber das Beziehungsbedürfnis des alten Menschen bestehen. Bei Behinderung im Alter ist überdies die **Autonomie** (als weiterer Faktor für die Lebensqualität des alten Menschen) auch an eine konstante persönliche Beziehung gekoppelt. Die Wesentlichkeit der Beziehungsdimension besteht in Extremsituationen besonders. *Barbara Distl* konnte in ihrem Buch »Frauen

im Holocaust« eindrucksvoll zeigen, wie auch dort die menschliche Beziehung unerhörten (unter Umständen lebenserhaltenden) Wert bekam. Durch Vereinsamung plus körperliches Handicap plus Verringerung der Distanz zum Tode kommt auch der alte Mensch in eine Art **Extrem-situation** und die archaische menschliche Ur-Beziehung gewinnt an Wesentlichkeit.

Im Alter (und in der Rehabilitation) gehört neben der menschlichen Beziehung **das Bewahren einer gewissen Kompetenz und Würde** zum Wesentlichen. Das liegt noch vor der Wesentlichkeit der Gesundheit, gleich nach dieser aber das Streben nach **Autonomie**, respektive die Angst vor deren Verlust, mit Fremdbestimmtheit im sozialen Umgang und dadurch Verlust der Möglichkeit, Bedürfnisse und Wünsche zur Wirkung zu bringen etc.

Die weiteren Schlagworte in Abb. 1 mögen für sich selbst sprechen, werden aus Platzgründen nicht näher erklärt. Wenn Abb. 1 bis zum »würdigen Sterben« geführt hat, so sei jetzt wiederum auf eine frühere Phase des Altwerdens zurückgegangen.

Das Gespräch in der Alterspsychotherapie

Hauptingredienzen jedes psychotherapeutischen Gesprächs müssen **Ehrlichkeit** und **Empathie** sein, dazu kommt das **Positivieren**.

Ehrlichkeit darf nicht mit Schonungslosigkeit und Taktlosigkeit verwechselt werden (Holzhammer-Methode).

Empathie meint ehrliches Mitgefühl und psychisches Mitschwingen mit dem Patienten.

Positivieren ist ein Ausdruck, der aus meinem Arbeitskreis stammt. Gemeint ist damit: bei bestehender Wahrhaftigkeit auch aus den evt. unangenehmen Wahrheiten noch das Beste herausholen; nicht als rhetorischer Trick, sondern als Ausdruck einer ärztlichen Grundeinstellung. Es überschneidet sich teilweise mit dem Begriff, den die systemische Psychotherapie als »reframing« eingeführt hat.

Das Gespräch an sich kann schon ein Therapeutikum gegen die **Einsamkeit des Alters mit seinen sozialen Kontaktverlusten** sein. Inhaltlich geht es kaum darum, zu interpretieren, sondern **zu helfen aus dem hic et nunc** – also aus der gegenwärtigen psychischen, sozialen und körperlichen Situation des Patienten – das Bestmögliche zu machen, **Ressourcen zu identifizieren und zu mobilisieren** (*Anita Rieder*). Dabei spielen auch **konkrete Ratschläge** (im Gegensatz zu deren möglichsten Vermeiden in der Psychotherapie mittleren Lebensalters) eine Rolle. Auch in der **Gruppentherapie** bei alten Menschen sind die Ratschläge, die aus der Gruppe kommen, sehr wesentlich.

Damit der Psychotherapeut konkrete Ratschläge geben kann, muss er gewisse (**»sozialarbeiterische«**) Kompetenzen auf familiären, sozialen und rechtlichen Gebieten haben und ein **aktiver Advokat** des alten Menschen sein. Er muss bereit sein, sich mit der sozialen und materiellen Umwelt, dem Lebenspartner oder der Institution auseinanderzusetzen, weil beim alten Menschen eine vergrößerte Hemmschwelle vorliegt, andere Beratungsinstitutionen aufzusuchen.

Alte Menschen (auch schwerkranke und solche vor dem Sterben) haben oft das Bedürfnis, aus ihrer eigenen Kindheit und Entwicklung zu erzählen. *Martina de Zwann* spricht von **»Reminiszenztherapie«** (Englisch: »life review therapy«).

Diese kann Folgendes bewirken:

- Altersspezifische **karthartische** Abreaktion,
- Ermutigung und **Kraftholen** aus besserer Vergangenheit,
- nachträgliche **Lösung für Jahrzehnte unbewältigte Konflikte**. Das können lang bestehende **Feindschaften mit Angehörigen** sein. Es hat sich aber auch bei **Holocaust-Überlebenden** gezeigt, dass hier noch eine späte Erleichterung ihrer lebenslang bestehenden posttraumatischen Belastungsstörung in Frage kommt.

Der Therapeut hört zu und stimuliert vorsichtig den Redefluss. Deutungen, Interpretationen und Ratschläge anbieten steht im Hintergrund, kann aber die Lösungsversuche fördern. – Wir haben Passagen des Reminiszenz-Hochkommens auch mehrfach bei den Senioren in der Gruppentherapie erlebt und anschließend daran (ohne irgendwelche autogene Formelgebung [siehe noch später] und ohne irgendwelche Ratschläge aus der Gruppe etc.) deutliche Erleichterungen und Besserungen erlebt.

Ganz neu ist das übrigens nicht. Der berühmte Internist *Kussmaul* (*Kussmaul'sche* Atmung) hat es 1899 so gereimt:

»Musst du Gram im Herzen tragen
Und des Alters schwere Last,
Lade dir aus jungen Tagen
Die Erinnerung zu Gast.«

Die Pensionierungssituation

Schon etliche Jahre vor der Pensionierung beginnt üblicherweise die **Berufsproblematik**. Der ältere Mensch kann mit den neuen technischen Apparaten nicht mehr so gut umgehen, kann sich nicht so rasch daran gewöhnen wie Jüngere, und diese zielen im harten beruflichen Konkurrenzkampf speziell auf jene Schwächen des älteren Menschen ab.

Denn der »Respekt« vor dem »würdigen und weisen« Alter mag vielleicht im alten China existent (gewesen) sein und in manchen Indianerstämmen. Aber in unserer Gesellschaft suchen wir ihn meist vergeblich. Diese »Regeln« leite ich aus vielfachen Erfahrungen in der Gruppenpsychotherapie mit Senioren ab. In Diskussionen mit Studenten wurde mir aber entgegengehalten, dass man das keineswegs verallgemeinern sollte, sie z. B. manche »alte« Lehrer sehr schätzen. – Umso besser!

Wir haben wegen jenes Beginns der Altersprobleme in der **Vorpensionsphase** mehrfach auf die Sinnhaftigkeit von **Pensionsvorbereitungseminaren** hingewiesen. Arbeitnehmer- und Arbeitgeberverbände oder auch fortschrittliche Firmen könnten und sollten diese organisieren. Doch ist dieser Gedanke (soweit wir sehen) noch nirgends realisiert worden.

Das für viele auftretende **»Pensionsloch«** hat mehrere Gründe:

- Wegfall vieler sozialer Kontakte durch die Berufsaufgabe,
- Wegfall einer sinnvollen Tätigkeit,
- Wegfall eines über Jahrzehnte eingefahrenen klaren Zeitablaufschemas,

- Dadurch auch notwendige neue Organisation der Partnerschaft (»Mann steht im Haushalt herum und redet überall drein«).

Frauen haben es dabei leichter als die **Männer**. Denn bei den Frauen ist (zumindest in unserer heutigen Sozialstruktur) ständig ein »zweiter Beruf«, nämlich der Haushalt, daneben hergelaufen und sie können diesen dann als einzigen Beruf durchaus noch gut ausfüllen und darin eine gewisse Befriedigung finden.

Bei den Männern besteht ein deutlicher Unterschied zwischen den Büroarbeitern und den Manuell-Arbeitern. Letztere haben den Ausweg des »**Pfusch**«. Sie können ihre handwerkliche Tätigkeit auch nach der Pensionierung weiterhin sinnvoll anwenden. Das ist zwar vom Finanzminister nicht gerne gesehen, aber psychohygienisch äußerst wünschenswert. Es verbleibt sinnvolle Tätigkeit (Kompetenz).

Der **Schreibtischarbeiter** (Englisch: white-collar-worker) fällt aber, wenn er sich nicht eine nachberufliche Tätigkeit sorgfältig vorbereitet hat, in das besprochene Loch. Und dieses Loch kann sehr tief und sehr ernst sein. Die allgemeinen **Selbstmordstatistiken** (z.B. *Sonneck; Pöldinger* und *Stoll-Hürlimann; Haller und Lingg*) spiegeln die Problematik des Alters, speziell der alten Männer, sehr deutlich und dramatisch.

Ab etwa dem Pensionsalter steigt allgemein die Selbstmordrate an. Darin ist jedoch **der Anstieg von männlichen Selbstmorden auf ein Mehrfaches der weiblichen** gegeben.

Die »Verwendung« des alten Mannes im Haushalt ist nicht immer ein wirklicher Ausweg, kann sogar das »Pensionsloch« noch tiefer empfinden lassen. – Ich erinnere mich z.B. eines pensionierten Offiziers, der im ehelich-gemeinsamen kleinen Pensionsbetrieb staubsaugte und mir zähneknirschend die Fäuste ballend zuzischte "I hate it".

Es geht also nicht um »Beschäftigung« oder Zeitvertreib, sondern darum »**Sinn** zu finden« (das entspricht auch den salutogenetischen Gedankengängen *Franks*). Denn Sinn (und damit auch die wichtige **Motivation**, für sich selbst und die Umgebung etwas zu tun) kommt manchmal in jener Spätzeit abhanden und muss vom Therapeuten speziell mit dem Patienten neu erarbeitet (»fokussiert«) werden. Die oft gebrauchte Formulierung »such Dir ein Hobby« ist ein Unsinn. Das geht nämlich im Alter kaum. Nur ein lange gepflegtes Hobby kann im Rahmen der neu gewonnenen Zeit in den Vordergrund gerückt werden und vermehrt Sinn und Motivation geben. Auch in den Tätigkeitsprojekten, die in vorliegenden Zeilen mehrfach figurieren, wird immer versucht, etwas Sinnhaftes zu geben, denn nur dabei stellt sich Befriedigung und/oder erhöhte Lebensqualität ein. Erwähnt sei diesbezüglich auch die von *Kojer* für moderne Pflegeheime inaugurierte (»sinnvolle«) Gartentherapie.

Zu den vordem schon aufgezeigten »Verlusten im Alter« kommt häufig der **Partnerverlust**: Die Hälfte aller Frauen über 65 sind verwitwet, ein Viertel aller Männer.

Das »Pensionistenbankerl«, also die Schaffung einer Clubatmosphäre für alte Menschen, ist nur von beschränktem Wert. *Brigitte Papst* stellt demgegenüber ein Projekt des

österreichischen Roten Kreuzes **Aktivitätsgruppen für Senioren**, wo gemeinsame sinnvolle Tätigkeiten (ehrenamtlich) organisiert werden.

Sie argumentiert sehr richtig. Wenn man alte, bis dahin einander fremde Menschen nur in Art eines Clubs zusammenbringt, haben sie kaum Kontaktpunkte, trinken Kaffee und reden nur über ihre Krankheiten. In einer gemeinsamen Aktivitätsgruppe hingegen kann Folgendes erreicht werden:

- Es ist eine **sinnvolle Tätigkeit** (und nicht nur eine Beschäftigungstherapie).
- Sie kann sogar **für die Allgemeinheit**, wo sie ausgeführt wird, etwas nützen,
- und es ergibt sich daraus ein **Thema**, das in dem damit zusammenhängenden Club besprochen werden kann.

Langmaack beschreibt einen »**Verein für Hilfsangebote**«, in dem man für geleistete Hilfe, die zu Gunsten anderer ist, Bonuspunkte bekommt. Diese kann man dann selbst als Hilfeempfang einfordern. Neben dem unmittelbaren Ziel der wechselseitigen Betreuung (mit handgreiflicher »Sinnhaftigkeit«) kommt es dabei natürlich auch wiederum zu vermehrten sozialen Kontakten.

Grond (2004) glaubt, dass in der Zukunft menschenwürdige Sterbebegleitung und bessere Lebensbegleitung nur finanzierbar wird, wenn das **Ehrenamt zur Bürgerpflicht** wird. Die Tendenz dazu scheint mir in Österreich noch ziemlich unterbelichtet zu sein. Gegenteiliges habe ich in England und Israel gesehen.

Zurück zu den **menschlichen Beziehungen**. Dreierlei ist von besonderer Bedeutung:

1. Die Partnerbeziehung (kommt zusammen mit der Sexualität des alten Menschen noch zur besonderen Besprechung)
2. Die Sozialbeziehung (spielt in mehreren Passagen dieses Artikels eine wesentliche Rolle)
3. Die Beziehung zur jüngeren Generation soll folgend noch besonders herausgegriffen werden.

Die Beziehung zur jüngeren Generation

Sie wurde schon als **beruflicher Problempunkt** für den älter werdenden Menschen beschrieben. Noch viel mehr können diesbezügliche Probleme in der **Familie** auftreten. Einerseits gibt es Fehler in der Erziehung der Kinder (bis zu schuldhaften Vernachlässigungen, Misshandlungen, etc.), die zu den alten Menschen dann als Bumerang zurückkommen. Andererseits gibt es aber naturgegebene Divergenzen zwischen Alt und Jung, die keineswegs schuldhaft auf der einen oder anderen Seite sein müssen. Freud hat den Vater-Sohn-Konflikt als »Ödipus-Problematik« stark in den Blickpunkt der Psychotherapie gerückt. Es gibt aber auch das Konkurrenzieren der Tochter mit der Mutter um die Zuneigung des Vaters, die überprotektive Mutter, die den Sohn an einer selbstständigen Entwicklung hindert, etc. In extremen Fällen kann sich das natürlich bis in das Senium der Elterngeneration perpetuieren, und/oder es können solche pathogene Situationen zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufbrechen und die Generationenbeziehung vergiften.

Die »Alt-Jung-Beziehung« kann Alten ebenso wie Jungen gleichermaßen zu schaffen machen. Leider ist auch

unsere gesamte heutige Gesellschaftskultur mit ihrem übertriebenen Jugendkult (**Anti-Aging statt Pro-Aging!**) **keineswegs besonders altenfreundlich**, teils sogar altersfeindlich, wenn auch der Kommerz sich recht gern auf die zahlungskräftigen Alten konzentriert.

Trotzdem möchte ich aber (mit *Küstner*) davor **warnen, immer nur das Konfliktuöse der Generationenbeziehung zu sehen** und zu suchen. Es gibt neben dem Negativen (das vor allem in einer Therapie gestörter Menschen herauskommt) viel Positives in der Generationenbeziehung. Die soziale und persönliche Weiterentwicklung ist von positivem Vorbild, positiver Identifikation, vernünftiger Erziehung etc. mitbestimmt. Diese positiven Seiten und Möglichkeiten soll sich der Therapeut bemühen mitzubewerten und auch in sein Therapiekonzept einzubeziehen und zu fördern (**»Ressourcenmobilisierung«, »Salutogenese«** als Schlagworte).

Bei Projekten zur Mitbetreuung alter Menschen durch Laien zeigte sich insbesondere bei unserem Einsatz von Kindern und Jugendlichen, dass es dadurch gelingt, neue Brücken zwischen Jung und Alt herzustellen.

An einem Wochennachmittag kamen jeweils Mitglieder einer Altpfadfindergruppe und am Samstagnachmittag jeweils Schüler aus der 4. Klasse einer Versuchshauptschule zu unseren alten Patienten, führten mit diesen verschiedene Aktivitäten durch, wie Mühlespielen, Vorlesen, Singen, Erzählen oder einfach nur reden. Außerdem wurden ein Laienmusiker und Studenten eingesetzt. Das Ergebnis wurde von Betreuern und Betreuten **sehr positiv gesehen**. Von den Kindern sagten zwei am Ende der Versuchszeit, sie wollen Altenpfleger werden. Es ist dabei natürlich gleichgültig, ob sie diesen Berufswunsch dann verwirklichten, zeigt aber, dass auch die Kinder die »Brücke zwischen den Generationen« gern benutzt hatten. Es ergab sich **keine Einsparung an professioneller Arbeitskraft** (wie auch nicht zu erwarten und beabsichtigt), denn die Tätigkeit der Laien musste (natürlich) professionell gesteuert werden.

Gleich gute Erfahrungen ergab ein Projekt des Bregenzer Bundesoberstufenrealgymnasiums »Gallus« »Arbeit für Gemeinwesen«, wo Letztklasseschüler zwei Stunden pro Woche teilweise auch alte Leute betreuten. Es ergaben sich dabei gute **Beziehungen, die sogar über Jahre weiterbestanden**.

Als Resultat scheint Folgendes zu betonen:

- Ein zusätzliches kommunikativ-humanes Angebot **für die Patienten**.
- **Motivierung und Erziehungswert** für den wechselseitigen Umgang zwischen Jung und Alt.
- Damit glauben wir auch eine Prophylaxe für den von *Rosenmayr* so genannten **»Generationenkrieg«** geleistet zu haben. Dieser schwelt in den USA schon längere Zeit und wird auch in Europa (aktualisiert durch die wegen der längeren Überlebenszeiten notwendigen Pensionsreformen) immer aktueller.

Unseres Erachtens würde es sich lohnen, derartige Laienbetreuung zu institutionalisieren. Es könnte dabei vielleicht auch ein dankbares Arbeitsgebiet für die schon vor dem genannten **Aktivitätsgruppen der (noch rüstigen) Senioren** gegeben sein.

Es gelingt also durchaus, **Brücken – sogar von einer gewissen Tragfähigkeit – zwischen den Generationen** herzustellen. Es ist für den engagierten Psychotherapeuten wichtig, das zu wissen, denn es gehört dann auch zu seinen – in vorliegenden Zeilen mehrfach angemerkt – Obligationen, auf Verwirklichung möglichst hinzuarbeiten und auch die Öffentlichkeit (je nach seiner Stellung auch das politische Establishment) diesbezüglich zu stimulieren (**»Immer wieder, denn einmal ist keinmal«** unter Umständen auch lästig, um bemerkt zu werden).

Psychotherapeutische Wege

Unter den Methoden für die Alterspsychotherapie wurden Gespräch und Gruppentherapie schon erwähnt. Es sei noch auf ein besonderes, von uns entwickeltes Modell, die **2-stufige Gruppenpsychotherapie mit integriertem Autogenem Training** hingewiesen. Nicht nur deshalb, weil jeder Krämer seinen Laden lobt, sondern weil jener therapeutische Weg seit vielen Jahren in unterschiedlichen Varianten sehr genau ausgearbeitet und durch systematische Evaluierung auch positiv erwiesen wurde (**Abb. 2**). Die beiden psychotherapeutischen Prinzipien, das Hypnoide (im Autogenen Training) und das Gruppendynamische (in der Gruppentherapie) laufen nicht nur nebeneinander, sondern einander potenzierend.

Die besonders (sogar statistisch signifikant) gute Wirkung bei Senioren und Rehabilitationspatienten zeigte sich in den schon kurz aufgezeigten Prä- und Post-Pensionierungsschwierigkeiten mit sich selbst und mit der Umwelt. Bei den (Alters-)Rehabilitationspatienten konnten die sich aus Behinderung (plus Alter) ergebenden psychischen Probleme gebessert werden (**psychotrope Wirkung**).

Man sollte aber nicht vergessen, dass Psychotherapie (entsprechend unserer eingangs gegebenen Definition) keineswegs nur auf die Psyche wirkt, sondern auch körperliche Wirkungen entfalten kann (**somatotrop**). So gab es bei manchen (Rehabilitations-)Patienten auch körperliche Besserungen. Speziell gegen die altersimmanente Vereinsamung kann die Gruppentherapie per se wirken. Daneben kommt es zu allem, was die Gruppentherapie kennzeichnet: **Kathartisches Abreden, neue Erkenntnisse** aus dem Gespräch, Neu-erleben von gestörten Beziehungen unter der **»geschützten« Atmosphäre** der Gruppe etc.

Radebold und Hirsch sprechen gleichsinnig aus, dass die **Therapie des Einzelnen durch die Gruppe** das Wesentlichste in der Altersgruppentherapie ist, also nicht das Interpretieren und Deuten. Das erscheint mir deshalb besonders bemerkenswert, da die Autoren ursprünglich aus der tiefenpsychologischen Tradition kommen, ebenso ihre weitere Aussage: Es hat das mögliche Ziel der **charakterlichen Veränderungen zurückzutreten** und eine psychodynamisch orientierte **Beratung** stattzuhaben.

Weitere Methoden in der Psychotherapie werden nur kurz aufgezählt, um nicht den Rahmen zu sprengen:

- hypnotische Verfahren können neben den selbsthypnotischen des Autogenen Trainings auch wirksam sein;
- die imaginativen Verfahren;

2-stufige Gruppen-Psychotherapie mit integriertem Autogenem Training

- jeweils 3 Quartale
- geschlossene Gruppe
- einmal wöchentlich 2 Std.
- AT + Gespräch
- alternierende Führung
- Psychogene + Somatogene gemischt

224 Patienten

eine 7-Jahres-Serie (mit *Wöllersdorfer*)
eine 9-Jahres-Serie (mit *Baghaei Yazdi*)

2/3 gute Erfolge

- besonders gutes Ansprechen:
- Senioren
 - Rehabilitations-Patienten

Autogenes Training

- fördert durch gemeinsamen zeremoniellen Einstieg
- Förderung der Introspektion

Gruppendynamik

- fördert Übungsfortschritt und Motivation
- ermöglicht gemeinsame Formelhafte Vorsatzerarbeitung im AT

Abb. 2: Dieses (hier durch einige Schlagworte charakterisierte) Psychotherapie-Verfahren wurde von uns in vielfachen methodischen Änderungen erprobt und hat sich schließlich so als optimal seit vielen Jahren bei uns bewährt.

Die beiden gegenläufigen Pfeile wollen symbolisieren, dass die beiden psychotherapeutischen Prinzipien der Gruppendynamik und des Autogenen Training einander wechselseitig potenzieren.

- Musiktherapie und Tanztherapie (diese Letztere kommt auch für bewegungsbehinderte alte Menschen in Frage, kann auch im Bett vor sich gehen. Es muss speziell darauf hingewiesen werden, dass es sich dabei keineswegs nur um eine Art der Gymnastik handelt, sondern die Tanztherapie starke psychotherapeutische Möglichkeiten des Ausdruckes bietet);
- Darstellungstherapie: Zeichnen und Modellieren.

Dies alles kann in *Barolin* (2006) eingesehen werden, zusammen mit der Einteilung der verschiedenen **Psychotherapien in sechs große Gruppen**: – verbale Kommunikation, – Soziodynamik, – Darstellung, – Hypnoid, – üben und lernen, – primär über den Körper gehende Psychotherapie.

Altersdepression

Die Altersdepression betrifft ein Viertel bis zur Hälfte aller Alterspatienten; dort höher, wo Alterserkrankungen dazukommen (speziell Parkinson, Schlaganfall). Für solche Fälle haben wir den Ausdruck »**Begleitdepression**« geprägt, um plakativ darauf hinzuweisen, dass man nicht entweder körperlich krank oder depressiv sein kann, sondern beides relativ häufig zusammenkommt (**Abb. 3**).

1. Sie wird **häufig nicht diagnostiziert**, deshalb oft nicht behandelt, da nicht so dramatisch vordergründig. Betreffend die nörglerisch-grantige Art muss vor allem auch den Angehörigen und Betreuern erklärt werden, dass es sich keineswegs nur um eine »Unart« des Patienten, sondern

»Begleitdepression« (nach Barolin)

1. Vordergründig körperl. Erkrankung/Leiden
Plus »begleitende« depressive Faktoren
2. Kommt daher typischerweise zum nicht-psychiatrischen (Fach-)Arzt
3. »Leichte« Ausprägung (»Minor« Depression)
4. Antidepressiva-Ansprechen
 - rascher (3 – 6 d) als »psychiatrische« Depression
 - niedrigere Dosis als »psychiatrische« Depression
5. Häufigkeit nach Kielholz-Nosologie:
 1. somatogen, 2. psychoreaktiv, 3. endogen
 jedoch immer mehrfach überlappend

Abb. 3: Wir treffen die von uns sogenannte »Begleitdepression« relativ häufig im Krankengut des nicht-psychiatrischen Facharztes an, und sie muss für eine gezielt mehrdimensionale Behandlung (siehe Text) besonders beachtet werden.

auch um eine Depression handelt (oder zumindest handeln kann). – Siehe auch folgenden Fall.

2. Wenn diagnostiziert, häufig **fehlbehandelt** (Tranquilizer statt Antidepressiva) und/oder unterbehandelt.
3. Bei der Behandlung hat neben Anderem (siehe noch folgend) **Psychotherapie** einen wichtigen Platz. Diese wird leider in unserer heutigen Medizin zugunsten der medikamentösen und anderen körperlichen Maßnahmen bei der Therapie vielfach »**vergessen**«. Sie gehört aber (auch bei Wirksamkeit anderer Maßnahmen) unbedingt mit dazu.

Mit **Rehabilitationshospitalismus** haben wir ein Bild, das vor allem in der Rehabilitation des höheren Lebensalters vorkommt, speziell benannt (Abb. 4). Das weist einmal mehr hin auf den engen Zusammenhang, der zwischen Alterspsychotherapie und Rehabilitationspsychotherapie besteht. Wir bezeichnen so ein Zurückbleiben des Rehabilitationsfortschritts hinter den feststellbaren körperlichen Fähigkeiten. Die darin als ein Hauptfaktor rangierende (Begleit-)Depression kann sich (wie gesagt) überwiegend oder nur durch negativistische, nörglerische Haltung und Abweisung der Rehabilitationsmaßnahmen zeigen. Unter Umständen kann man sogar bei Fehlen des verbalen Kontaktes durch derartiges Verhalten auf die Depressivität schließen.

Ein Patient kam mit geringer Rechtslähmung, aber hochgradiger Sprachstörung nach Schlaganfall zu uns. Wir wollten dementsprechend eine logopädische Behandlung bei ihm beginnen. Er lehnte aber jeden Kontakt mit der Logopädin ab, drehte sich mürrisch nach der Gegenseite. Das war aus zwei Gründen verwunderlich: 1. Sind Sprachgestörte meistens besonders froh darüber, wenn man sich um ihre Sprachstörung kümmert und 2. war die Logopädin eine attraktive junge Dame, worauf ältere Herren erfahrungsgemäß gut ansprechen. Wir gaben daraufhin Antidepressiva. Zwei Tage später empfing er die Logopädin freundlich und bemühte sich sehr, mit ihr zusammen Übungen zu machen.

Abgesehen von der Depressionsdiagnose ohne Gespräch unterstreicht das auch, dass »Begleitdepressionen« eine deutlich geringere Zeit bis zum Ansprechen auf antidepressive Medikation benötigen als die übrigen Depressionen.

Außer der Depression als Hauptfaktor für den Rehabilitationshospitalismus können aber **auch andere Faktoren** eine Rolle spielen. Und es wäre ebenso falsch und therapieabträglich, die Depressivität hinter gewissen Defiziten im höheren Lebensalter zu übersehen, wie es falsch wäre, sich gleich auf »Depressivität« festzulegen und nicht andere Faktoren, welche phänomenologisch ähnliche Bilder machen können, in Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen.

Rehabilitations-Hospitalismus (nach Barolin)

Zurückbleiben des Rehabilitationsfortschritts hinter den vorhandenen körperlichen Möglichkeiten. Hauptgründe dafür:

- **Begleitdepression:** psychoreaktiv, somatogen plus endogen, meist mehrfach determiniert
- **zusätzliche, körperliche Faktoren:** Herz/Kreislauf, Stoffwechsel, Schmerz, etc.
- somatische **Handicaps:** Brille, Hörhilfe, Zahnprothesen, Ausscheidungsstörungen, etc.
- ungünstige **Umweltbedingungen:** Reha-Organisation, Familie, etc.
- **Gutachtens-Situation** als pathoplastischer Faktor

Abb. 4: Der von uns so genannte Rehabilitationshospitalismus hat die Begleitdepression als eine häufige Ursache. Aber es sind auch andere Faktoren zu beachten. Die hier genannte »Gutachtenssituation als pathoplastischer Faktor« trifft besonders bei jüngeren Patienten mit anstehenden Rentenansprüchen auf. Sie kann aber auch beim Alterspatienten eine Rolle spielen aus Angst vor Rückkehr in eine fehlende Pflege zu Hause und/oder ungeliebten Anverwandten, deren Ablehnung er schon gemerkt hat.

Unbrauchbarwerden der Hilfen des Patienten können (scheinbare oder »wirkliche« – wie man es auffasst) Depressionen verursachen. **Brille, Hörgerät, Gebiss** stimmen und passen häufig nach einem Insult nicht mehr. Es kann sein, dass der Patient sich darüber nicht artikuliert (oder nicht artikulieren kann) und die Betreuer nicht daran denken.

»Scheindepression« kann »organisch« auch dadurch entstehen, dass **Herz-Kreislauf-Schwäche und/oder Schmerzen** keine ordentliche Bewegung zulassen und der Patient sich also zurückzieht. Dabei ist auch zu denken, dass es neben der (heute in der Medizin stark beachteten) Hypertonie auch fallweise einen **Blutdruck** gibt, der sich speziell morgens manifestiert und Schlapheit und Antriebslosigkeit bedingt.

Es können schlechte oder fragliche **familiäre Bindungen** hinter einer solchen Scheindepression (oder echten Depression) stecken, die den Patienten (in einer Krankenhaus- oder Pflegeinstitution) Angst vor dem Nachhausegehen macht. Auch das gehört zu dem, was wir als »Gutachtenssituation als pathoplastischer Faktor« bezeichnet haben.

In der **Depressionstherapie** haben die großen Erfolge der Psychopharmaka leider auch dazu geführt, dass man vielfach die Psychotherapie bei Depressionen vernachlässigt hat (Schlagwort »biologische Psychiatrie«). Fortschrittliche Psychiatrie versucht heute, **Psychotherapie und Pharmakotherapie optimal zu kombinieren**, zusätzlich mit den sonstigen Maßnahmen, die für die Depression in Frage kommen: • reichlich körperliche Tätigkeit, • Lichttherapie und/oder • Schlafentzugstherapie, • Vagusstimulation, • Magnetstimulation, schließlich auch • Elektrokrampftherapie.

Zur letzteren lohnt ein Kommentar (ausführlicher bei *Bschor* 2008). Die Elektrokrampftherapie kam ursprünglich aus Italien (*Bini* und *Cerletti*), war dann in den europäischen Ländern längere Zeit die via regia. Durch die antipsychiatrische Strömung bei uns wurde sie aber perhorresziert. Bezeichnenderweise ist sie jetzt über die USA zurückkehrend wieder rehabilitiert und wird angewandt. Natürlich soll man vorher mit Psychopharmaka versuchen, was geht, aber die Elektrokrampftherapie wirkt – bei manchen sonst therapieresistenten Fällen – prompt, rascher als die Psychopharmaka und hat vernachlässigbare Nebenwirkungen bei richtiger Anwendung.

Aus früherer Eigenerfahrung kann ich z. B. von einem Patienten im akademischen Beruf berichten, der ins Krankenhaus kam mit den Worten »Bitte machen Sie mir wieder eine Elektroschock-Therapie, damit ich arbeiten kann«. Es wurde die damals bei uns übliche Serie von 6 x Elektrokrampf (2 x wöchentlich durch drei Wochen) gemacht. Wenige Wochen später arbeitete Patient wieder in seinem Büro als Steuerberater.

Das psychotherapeutische Gespräch hat vor allem empathisch zu sein. Schon eingangs wurde das für die Alterspsychotherapie allgemein ausgedrückt, und es gilt speziell für den depressiven Patienten: Man darf nicht versuchen, die Beschwerden und Sorgen des Patienten (wohlmeinend) zu bagatellisieren – »... aber es ist ja nicht so arg«, »... das vergeht bald wieder«. Der Patient muss zuerst spüren, dass man seine Leiden versteht. Erst dann, wenn die Beziehung gut hergestellt ist, kann man vorsichtig versuchen, korrigierend zu argumentieren. Dort, wo deutliche psychoreaktive Komponenten evident sind, wird man dann versuchen, diese sowohl im Gespräch, aber gegebenenfalls auch durch sozialarbeiterische Maßnahmen zu entschärfen.

Leider wird heute allgemein die Depression (nach ICD-10 und DSM-IV) weitgehend nur nach Schwere und Art ihres Auftretens klassifiziert. Für die Psychotherapie sehe ich es als wesentlich an, noch an die alte (*Kielholz'sche*) Dreiteilung der Depressions-Ätiologie zu denken, nämlich **endogen, somatogen und psychoreaktiv**. Diese Nosologien sind aber nicht isoliert zu betrachten, sondern kombiniert, wobei jeweils das eine oder das andere überwiegen kann. Das empathische Gespräch gehört überall dazu. Dort, wo psychoreaktive Komponenten evident sind, geht es auch (wie schon gesagt) darum, diese zu entschärfen.

Es entspricht dem Prinzip unserer »Integrierten Psychotherapie«, dass wir uns durchaus auch mit der Medikation auseinandersetzen und diese in einer möglichst optimalen Kombination einsetzen, wobei zu beachten ist, dass oft erst eine medikamentöse Aufhellung der endogenen Grundver Stimmung es ermöglicht, psychotherapeutisch weiterzukommen.

Man gibt im Alter die halbe der sonst üblichen Dosis von Antidepressiva. Bei den eher antriebsgestörten Depressiven mit Morgenpessimismus empfiehlt es sich, leicht antriebssteigernde Antidepressiva zu geben, etwa Sertralin (Tresleen[®], 50 mg 1 x morgens). Es gehört der neueren Generation der SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors) an und bedarf keiner speziellen Altersanpassung. Es wird auch eine leichte Kognitionsförderung angegeben.

Dort, wo eher Schlafstörungen vorliegen, empfiehlt es sich, ein auch müde machendes Antidepressivum abends zu geben, etwa das trizyklische Doxepin als Einmaldosis. Es gibt davon die Dosis 25, 50 und 100 mg. Man kann etwa mit 50 mg beginnen.

Man soll im Alter regelhaft langsam aufdosieren und auf Nebenwirkungen besonders achten, denn sie können im Alter plötzlich und stark störend auftreten (wie etwa Verwirrtheit). Weitere und nähere Angaben in endständigem Buch.

Angehörige

In der allgemeinen Bevölkerung werden bis zu **80 % der alten Menschen von Familienangehörigen betreut**. – Und diese Familienpflege eines pflegebedürftigen Angehörigen dauert **im Durchschnitt 7 Jahre**. Das gilt natürlich besonders dort, wo zu dem »nur Altsein« eine invalidisierende Alterserkrankung dazu kommt (Schlaganfall, Parkinson, Polyneuropathie, Demenz etc.). Hier sind wiederum die eingangs schon erwähnten klaren Übergänge von Alterspsychotherapie und Rehabilitationspsychotherapie gegeben.

Dabei ist es essentiell, auch **für die Angehörigen selbst positiv zu sorgen**, damit sie nicht in ein **Burnout-Syndrom durch die (»ewige«) Pflege** kommen.

Das **Burnout-Syndrom** nimmt ja nicht nur dem Pflegenden die Lebensqualität, sondern beraubt auch den Pflegling seines Pflegers, wenn dieser »zusammenbricht«. Wie ernst das Burnout-Syndrom zu nehmen ist, zeigen die durch dessen Mitursache entstandenen Patientenmorde (ohne dass diese natürlich dadurch exkulpiert werden), auch Selbstmorde.

Ich habe in solchen Fällen den Patienten periodisch (etwa alle Jahre) einmal für drei oder vier Wochen von Zuhause ins Krankenhaus aufgenommen. In dieser Zeit wurde Physiotherapie und allerhand gemacht, was ihm auch tatsächlich im Rehabilitationsprofil nützte. Das führte zu erstauntem Kopfschütteln über unsere Abteilung. Als eine Frau (die ihren schwerkranken alten Mann Tag und Nacht pflegte, dadurch keine einzige ruhige Nacht hatte) wegen Depression in meine Ordination kam, nahm ich den Mann auf und schickte sie auf Urlaub. Darauf machte folgende »wundersame« Geschichte die Runde: Zum *Barolin* kommt eine Patientin, er behandelt aber nicht sie, sondern ihren Mann. Trotzdem ist aber sie davon gesund geworden.

Es gibt eigene **Angehörigengruppen** für chronische Patienten und es gibt auch die Möglichkeit von **periodischen Angehörigenvisiten**, sodass die Angehörigen einmal in der Woche bei der Visite im Krankenhaus mitgenommen werden. Näher auf den Umgang mit Angehörigen bin ich in dem Artikel für Rehabilitationspsychologie eingegangen.

Sexualität im Alter

Die Alterssexualität hat erst in den letzten Jahrzehnten, ja Jahren, vermehrte wissenschaftliche Beachtung erfahren. Das aus zwei Gründen:

1. wegen der schon aufgezeigten demographischen Verschiebung,
2. weil die Alterssexualität unter einem **Tabu** stand und teils noch immer steht. Es zeigt sich sowohl bei den alten Menschen selbst als auch bei der jüngeren Generation vielfach die Ansicht: Sexualität wird im Alter unwesentlich. Wo sie aber besteht, birgt sie das Odium der Unanständigkeit und Lächerlichkeit in sich (Abb. 5).



Abb. 5: (Mit freundlicher Genehmigung der Künstlerin *Franziska Becker*, Alteburgerstraße 7, 50678 Köln) – Die Paarbeziehung (insbesondere eine neu aufgenommene) zwischen älteren Menschen unterliegt heute weitgehend noch einem Tabu, sowohl bei den Betroffenen selbst als auch bei der jüngeren Generation. Der Psychotherapeut soll auf allen Ebenen dazu helfen, dieses Tabu zu brechen.

Vielleicht ist jenes Tabu ein Relikt der naturgegebenen Inzestschranke, da ja unwillkürlich in alte Menschen die eigenen Eltern hineinprojiziert werden, und die kann man sich (zumindest in unserem Kulturkreis) kaum im Geschlechtsverkehr vorstellen. – Jedenfalls gilt es in der Psychotherapie, jenes Tabu weitestmöglich zu konterkarieren.

Die Sexualität kann **mehrdimensional** folgendermaßen (schematisch) gesehen werden:

1. Die Fortpflanzungsdimension,
2. Die Lustdimension,
3. Die Beziehungsdimension,
 - a. die empathische Beziehung als menschliches Ur-Bedürfnis an sich,
 - b. die institutionalisierte Beziehung als (Familien-) Sicherungskomponente.
4. Die spirituelle Dimension.

Jene **vier finalen Dimensionen** (»wozu«) werden von den **drei kausalen Wirkfaktoren** (»wodurch«) gesteuert: **die körperliche, die psychische, die soziale**.

Unter den wesentlichen menschlichen Beziehungen wurde schon auf die Sozialbeziehung und die Beziehung zur jüngeren Generation näher eingegangen. Nun zur **Paarbeziehung**. Sie steht (natürlich) in engem Bezug zur Sexualbeziehung, ist aber keineswegs einfach gleichzusetzen mit dieser. Überdies ist die Wirkungsstärke der aufgezeigten finalen und kausalen Faktoren der Sexualität und deren Verhältnis zueinander in unterschiedlichen Altersgruppen und zwischen den Geschlechtern durchaus unterschiedlich.

Ab dem höheren Lebensalter (genauer gesagt mit der Menopause des weiblichen Partners) fällt der Fortpflanzungsaspekt weg. Der genitale Geschlechtsvollzug kann fortbestehen, wird aber physiologisch seltener, bis dann mit Beendigung der Erektionsfähigkeit des Mannes eine weitere wesentliche Zäsur eintritt.

Organisch kommt es bei der Frau im höheren Lebensalter häufig zu Trockenwerden der Scheide, teilweise auch mit Jucken und Berührungsschmerzhaftigkeit. Das kann natürlich zu einem Ablehnen des geschlechtlichen Zusammenseins bei der Frau führen, muss aber keineswegs noch psychotherapeutisch behandelt werden. Hier zählt die Zusammenarbeit mit dem Gynäkologen (Gleitcreme kann eine einfache Lösung sein. Auch gezielte Hormonbehandlung kann ärztlich indiziert sein).

Zur Erektionsfähigkeit des Mannes gibt *Kockott* (übereinstimmend mit anderen Sexualwissenschaftlern) ein kontinuierliches Abnehmen ab den 30er-Jahren in Häufigkeit, Intensität und Dauer an. Das Auftreten totaler genitaler Impotenz wird von den Sexologen mit einer hohen Variationsbreite zwischen 7. und 8. Lebensjahrzehnt angegeben. Glaubhafte spätere Zeugungen werden berichtet. Sie sind aber keinesfalls die Regel.

Der folgende Witz zeichnet drastisch, aber durchaus realitätsnah den stufenweisen Rückgang der koitalen Aktivität:

Was sind die beiden traurigsten Tage des Mannes?

Wenn er zum ersten Mal merkt, dass es beim 2. Mal nicht mehr geht, und wenn er zum 2. Mal merkt, dass es beim 1. Mal nicht mehr geht.

Aber die **Sexualität hört im Alter nicht auf!**

Es geht nicht an, die Sexualität ausschließlich im Sinne der männlichen Erektion und der weiblichen Bereitschaft zum Sexualverkehr zu betrachten.

Einerseits gewinnt im Alter die **Beziehung mehr an Gewicht** vor der isolierten Lust (im Gegensatz zum jüngeren Alter, wo durch den hormonellen Überschuss primär oft die Lust gesucht und Beziehung sogar bewusst [auch sozial bedingt] vermieden wird). Die Gefühle von Geborgenheit, Zugehörigkeit, Verständnis und Loyalität sind sehr wesentlich.

Andererseits kann der **Lustdimension auch ohne koitalen Vollzug** einiges an Erfüllung gewährt sein: So gemeinsame Benützung der mechanischen Hilfe des Vibrators, die Schaulust und die Spür-Lust über Körper, Hand und Mund. Dazu gibt es allerdings die Negativvariante, bei Wegfall entsprechender Hemmungen und Hinaustragen jener erotischen Bedürfnisse in die Öffentlichkeit (speziell bei beginnendem dementiellen Abbau). Es kann dann zum sozialschädigenden »Grabschen« und »Spannen« kommen.

Die medikamentösen und mechanischen Behandlungen bei Sexualstörungen sollen auch vom Psychotherapeuten gekannt werden. Auch hierbei gilt wieder kein Entweder/Oder, sondern ein an Indikationen gezieltes Sowohl-als-auch (entsprechend unserer »Integrierten Psychotherapie«). Näheres darüber in der Sexualliteratur. Einige Stichworte:

- *Masters und Johnson* haben eine »Übungstherapie« eingeführt, die im Sinne des rein Mechanistischen als Alleiniges sicher nicht ideal ist, aber durchaus in eine allgemeine Therapie integriert werden kann.
- Die hintergründige Depression kann auch eine Reduktion der Libido (Appetenz = Lust zur Lust) mitbedingen. Bei den Antidepressiva ist darauf zu achten, dass fallweise die SSRI auch eine gewisse Schwächung der Erektion bedingen können.
- Als Aphrodisiaka bezeichnet man Mittel, die »Lust zur Lust« machen. Diesbezüglich wird vor allem das Yohimbin anerkannt (2x 5 bis 2x 10 pro Tag). Das in dieser Indikation auch verwendete Apomorphin wird wegen der häufigen Nebenwirkungen (Übelkeit) heute weniger verwendet.

- Hormonell müsste mit Spiegeluntersuchungen festgestellt werden, ob ein Defizit besteht, dann kann auch Hormonbehandlung helfen.
- Die mechanischen Eingriffe (Injektion in die Schwellkörper, Penisprothese etc.) sind heute weit zurückgetreten gegenüber der medikamentösen Behandlung mit Sildenafil (Viagra und einige Nachfolgemedikamente mit ähnlicher Wirkung). Diesbezüglich gilt es zu beachten, dass dieses zwar die Erektion, nicht aber die Libido (Appetenz) steigert. Vor allem ist auf die Unverträglichkeit mit Nitroglyzerinpräparaten hinzuweisen. Auch bringt die Wiedererlangung der Erektion keineswegs immer die Mitwiedererlangung der Ejakulation mit sich, wobei ja letztere hauptsächlich den männlichen Orgasmus bedingt.

Wichtig ist, dass der Psychotherapeut über diese Dinge Bescheid weiß, mit seinen Patienten offen darüber redet und auch diese dazu anregt, offen untereinander darüber zu reden, im Sinne von: »Was wünschst du dir von mir, und was kannst du mir geben?«

Die spirituelle Dimension der Sexualität wird in der medizinischen Sexualliteratur kaum behandelt.

Spiritualität bezeichnet die über das Naturwissenschaftliche hinausgehende menschliche Dimension (**transpersönal**), welche Suche nach Lebenssinn und -Ausblick sowie ethische und religiöse Werte mitenthält.

Extremsituationen bringen, wie ein Mikroskop, die menschlichen spirituellen Möglichkeiten verstärkt zum Vorschein (leider auch die negativen Eigenschaften, aber davon soll hier nicht die Rede sein). Man denke an:

- Partner, die in den grausamen Konzentrationslagern lieber mit in den sicheren Tod durch Vergasung gingen, als sich von ihren Liebenden trennen zu lassen (*Barbara Distl*),
- Alte Menschen, die ihre dementen oder anders schwerkranken Partner rührend weiter versorgen,
- Etc., etc.

Das Alter mit seiner Vereinsamung, seiner zunehmenden Behinderung und letztlich Todesnähe kann sehr wohl auch als eine Extremsituation gewertet werden und so kann u. U. die Dimension der Spiritualität in der Sexualität respektive in der menschlichen Beziehung hier stark zum Tragen kommen.

»Die Liebe« kam im Bisherigen nicht vor. Sie ist aber auch nicht wissenschaftlich definierbar. Jeder glaubt zu wissen, was das ist, meint dabei aber (je nach Alter und momentaner Situation) etwas sehr Unterschiedliches aus den angeführten Dimensionen. Das Volkslied singt: »Die Liebe, die Liebe ist eine Himmelsmacht«; der Vulgärspruch sagt: »Die Liebe ist ein Zeitvertreib, man braucht dazu den Unterleib.« Zwischen diesen Extremen gibt es die mannigfachsten Abstufungen.

Palliative Psychotherapie

Zur Palliativtherapie gehört wesentlich (wenn auch leider keineswegs immer wahrgenommen) die palliative Psychotherapie. Es handelt sich dabei vor allem um die von uns so genannte »**basale Psychotherapie**«, also das psycho-

therapeutische Grundverständnis. Diesbezüglich ist es aber äußerst wichtig, dass die dafür in Frage Kommenden jene basale Psychotherapie

1. überhaupt wahrnehmen und
2. koordiniert wahrnehmen, sodass sie mit »einer Stimme sprechen«. Es geht das folgende Berufsgruppen an: **Ärzte, Pflegeberuf, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten (so weit involviert), Seelsorger, wenn möglich bis zu den Transport- und Reinigungskräften**: Hier kommt es also auf eine **gut funktionierende Arbeitsgruppe** an. – In Einzelfällen wird sich in der Arbeitsgruppe ergeben, dass die Beziehung eines **berufsspezifischen Psychotherapeuten** sinnvoll sein kann, aber keineswegs immer.

Den engen Zusammenhang zwischen basaler Psychotherapie und Pflege zeigt *Grond* (2004) plakativ auf, indem er eine **3-Z-Pflege** fordert (heißt: Zeit, Zuwendung und Zärtlichkeit). Das steht im deutlichen Gegensatz zu dem was *Uerckwitz* als **3-S-Pflege** als Negativvariante plakativ bezeichnet hat (Patient soll sein: satt, sauber und still).

Dabei sind die in vorliegenden Zeilen schon mehrfach erwähnten Gesprächskomponenten **Ehrlichkeit + Empathie + Positivieren** wesentlich. Auch eine unangenehme Wahrheit, empathisch und positivierend vermittelt, wird allemal besser empfunden als unklare Ängste und Verdachte. Es geht also um eine **sensible Aufklärung** (meist in dosi refracta).

Gleiches gilt für die **Aufklärung der Angehörigen**. Dazu muss natürlich vorher das Einverständnis des Patienten eingeholt werden (wie leider vielfach im klinischen Alltag übersehen!).

Bei uns stand seit Beginn meiner Abteilungsleitung das große Plakat bei der Türe: »**Kinder jederzeit herzlich willkommen**«. Es ist völlig falsch, zu glauben, dass man Kindern einen unheilbar Kranken oder Sterbenden nicht zumuten kann.

Kinder gehen, wenn man ordentlich darüber spricht, sehr klar damit um. Ängste entstehen eher durch falsche Auskünfte und/oder Aussperren. Wir haben regelhaft freudige Emotionen sowohl bei den Kindern als bei den Schwerkranken gesehen. Außerdem ist darin ein wichtiges erzieherisches Element enthalten. Ich pflegte den Angehörigen zu Kinderbesuchen zu sagen: »Wenn die Kinder sehen, wie liebevoll Sie mit der Großmutter/dem Großvater umgehen, haben Sie gute Chancen, dass sie auch mit Ihnen einmal lieb und zugeneigt sind, wenn Sie in der gleichen Situation sind.«

Der **Übergang auf Palliativtherapie** ist ein wichtiger Schritt, den die ganze Arbeitsgruppe untereinander klar besprechen und akkordieren soll. Es kommt das nur bei sicher fehlender Möglichkeit der Gesundung in Frage (etwa ein Patient mit Metastasen oder ein Alterspatient in schwerem terminalem Stadium). Es muss dabei gezielt und gekonnt vorgegangen werden, und vor allem – im Sinne unserer Integrierten Psychotherapie – in enger Zusammenarbeit zwischen Somatotherapie und Psychotherapie.

Palliativtherapie bedeutet Abstandnahme von ätiologisch-gezielten Behandlungs- oder Diagnosemaßnahmen zugunsten von Therapiemaßnahmen, die auf die Lebensqualität des Patienten abzielen. Wir lehnen es ab, von »Therapie-

abbruch« oder »Therapia minima« zu sprechen, denn in einem solchen Terminalstadium ist die Palliativtherapie die einzig sinnvolle Therapie und eigentlich nicht die kleinste, sondern die größte. Zur »palliativen Psychotherapie« gehört auch die **kontinuierliche Einbeziehung der Angehörigen** (also nicht nur eine einmalige Aufklärung!). Auch dabei geht es um Ehrlichkeit + Empathie + Positivieren.

Dabei ist aber zu beachten, dass die Angehörigen zur Einleitung der Palliativtherapie **nicht »um Erlaubnis«** zu fragen sind (wie es fälschlich noch immer fallweise gemacht wird).

1. Handelt es sich rechtlich um eine rein ärztliche Entscheidung, welche der Arzt zu treffen hat, und wozu der Angehörige gar nicht berechtigt ist, und
2. wären die Angehörigen (natürlich) emotional und sachlich weit überfordert. Es muss dabei klargestellt werden: Was geben wir therapeutisch weiter, und was unterbleibt? Es ist sehr wichtig, darüber klare Ansicht und Aussage zu pflegen, und auch koordiniert im Rahmen der ganzen Arbeitsgruppe vorzugehen. Eine vorliegende schriftliche Patientenverfügung kann jedoch für das Gespräch zwischen Arzt und Patienten hilfreich sein (siehe noch folgend).

Zu unterbleiben haben:

- Diagnostik, die mit den darauf aufgebauten Eingriffen keine Erhöhung der Lebensqualität bringt,
- kardiale, kreislaufstützende Medikation, ebenso wie Infektionsbekämpfung (Antibiotika),
- Behandlung von Organversagen (z. B. Dialyse oder Schrittmacherimplantation).

Hingegen sind indiziert und besonders zu forcieren:

- Schmerzbehandlung (ohne Scheu vor Opiaten),
- Tranquilizer und Neuroleptika zur Angst- und Unruhedämpfung,
- Verbesserung des Lebenskomforts (z. B. durch Cortisonbehandlung in kleinen Dosen),
- Behandlung akuter Beschwerden (z. B. die Beseitigung eines Asthma-Anfalls, einer Angina pectoris oder einer Ileus).

Eine dadurch evt. lebensverkürzende Wirkung ist einerseits mit den modernen Medikamenten sehr gering. Andererseits ist sie rechtlich zulässig, ebenso wie kirchenrechtlich: Enzyklika Pius XII. vom »Principium duplicitatis effectus« (Grundsätze bei Doppelwirkung von Medikamenten).

Hier sei auch ein Schlaglicht auf die Diskussion zur »**Sterbehilfe**« geworfen.

Der Begriff der • passiven Sterbehilfe ist in Obigem schon enthalten. Er bedeutet das Weglassen von Maßnahmen, die nur lebensverlängernd sind, ohne Chance auf Heilung oder auf die Verlängerung eines bewussten und sinnvollen Lebens. In den vorigen Jahrzehnten hat man auch dabei über die rechtliche Zulässigkeit diskutiert. Jetzt herrscht aber rechtlich weitgehend Einverständnis darüber, dass dies durchaus erlaubt und sinnvoll sein kann.

Die heutige Medizin ist dabei keineswegs konsequent. Klare Unterscheidung darüber: »**Wo verlängere ich Leben, und wo verlängere ich nur das Sterben?**« ist nicht in allen Fällen leicht. Im Zweifelsfall muss natürlich jede Möglichkeit zur Lebensverlängerung ergriffen werden.

Die technischen Möglichkeiten machen es aber heute möglich, das vegetative Leben eines Menschen sehr lange zu erhalten, auch wenn keinerlei Chancen auf das Wiedererlangen eines bewussten Lebens oder von Lebensqualität vorhanden sind (perkutane

Magensonde, laufende Stoffwechselfanzierungen, Beatmung etc.). Besonders von manchen Prominenten weiß man, dass sie so über Monate bis Jahre in einem komatösen »Halbleben« medizinisch erhalten wurden. Unreflektiertes ärztliches Prestigedenken, auch Geld, spielt dabei eine Rolle.

Ich war kürzlich bei der Bestattung einer Hundertjährigen. Sie war vorher bereits mehrere Jahre lang unbeweglich und versteift bettlägerig gewesen. Lungen- und Harnwegsinfektionen wurden immer antibiotisch wegbehandelt. Es waren gewisse Ressourcen vorhanden, aus denen sie rund um die Uhr gepflegt wurde. Sie war abgesehen davon völlig vereinsamt, auch beim Begräbnis waren nur ganz wenige Leute anwesend. Der Hausarzt sagte zu mir: »Ist das nicht ein schöner Erfolg unserer heutigen Medizin!« Er meinte das ernst und stolz, nicht etwa ironisch!

Es bestehen heute Möglichkeiten, durch ein sogenanntes »Patiententestament«, welches man etwa beim Anwalt hinterlegt, zu verfügen, dass hoffnungslose Lebenserhaltung (Sterbeverlängerung) nicht durchgeführt werden soll. Eine derartige Verfügung macht es beim Übergang auf Palliativtherapie für Arzt und Angehörige leichter, über das heikle Problem zu sprechen – denn es soll natürlich (wie schon gesagt) darüber immer klar gesprochen werden.

Der Begriff der • Sterbebegleitung ist überhaupt nicht in Diskussion, denn es geht dabei um den optimalen Beistand in der kritischen Situation des unheilbar Kranken, und es handelt sich dabei um eine ethisch-menschliche Aufgabe, die natürlich auch uns Ärzte trifft. Es wurde einiges im Rahmen der Palliativpsychotherapie schon gesagt.

Kritisch ist der Begriff der • aktiven Sterbehilfe. Er besagt, dass der Arzt dem unheilbar Kranken auf dessen Wunsch zum rascheren Sterben hilft. Das ist heute in den Niederlanden und in Belgien gesetzlich möglich, im deutschen Sprachraum jedoch als Mord verurteilt. Es sind auf Seite der Befürworter und auf Seite der Ablehner der aktiven Sterbehilfe durchaus gewissenhafte und ernsthafte Menschen mit ihren Argumenten, die ich schlagwortartig folgend wiedergebe:

Dafür: Es ist eine Hilfestellung zur Willensfreiheit und Leidensbegrenzung.

Dagegen: Leidensbegrenzung ist auch medikamentös möglich (siehe oben entsprechende dämpfende und schmerzstillende Medikation) und vor allem, es kann dadurch ein moralischer Druck auf den Sterbenden selbst und auf seine Angehörigen (möglicherweise auch durch diese auf ihn übertragen) ausgeübt werden, dass er seine Umwelt mit seinem Weiterleben nicht belasten solle.

Ich nehme dazu keine Stellung (weder »für« noch »wider«), insbesondere auch deshalb, weil es eine individuelle Situation ist, die in jedem Fall anders liegt, so dass es überhaupt schwierig ist, generelle Richtlinien dafür zu erstellen. Jedenfalls ist es für den Arzt eine äußerst schwere Überlegung, die das eigene Gewissen und die eigene ethische Überzeugung fordert.

Neben der entsprechenden Gesprächsführung und der entsprechenden Einbeziehung der Angehörigen gibt es auch einige **spezielle Wege einer palliativen Psychotherapie:**

- Musik- und Tanztherapie wurden schon aufgezeigt, auch für bewegungsgeminderte bettlägerige Patienten.
- Imaginieren kann eine wichtige Möglichkeit sein.
- Tiertherapie kommt in Frage. Während ich ja schon dafür plädiert habe, Kinder immer zum unheilbar Kranken zu

lassen, muss diesbezüglich gesagt werden: Den Kindern wird es leicht langweilig, wohingegen ein freundlicher Hund oder eine freundliche Katze beim Streicheln praktisch unendliche Geduld hat.

- Auch dort, wo nur mehr wenig Reaktionsfähigkeit besteht, ist Streicheln, freundliches Zureden, in-den-Armen-Nehmen für den (eventuell terminal) Kranken noch etwas Wichtiges, und auch die Angehörigen können in so einem Stadium noch Gutes für ihn tun (»positivierende Äußerungen« von uns Ärzten auch in solchen, objektiv schon »hoffnungslosen« Fällen).

Soll es eigene Geronto-Psychotherapeuten geben?

Es gehen bereits standespolitische Intentionen der Psychotherapeuten in jene Richtung. Wenn dadurch größere Kenntnis der Altersprobleme entsteht, zusammen mit einem größeren Interesse für die Alterspsychotherapie und auch einem größeren Angebot (derzeit ist es sehr schwer, Psychotherapeuten für alte Menschen zu finden!), so ist davon einiges zu erwarten.

Wenn es aber zu einer neuen Subspezialisierung kommt, wo sich wieder jeder auf ein noch kleineres Eigenterritorium zurückzieht und nicht für den ganzen Patienten zuständig fühlt, so ist es ein Schaden.

Wir kennen sattsam Beispiele aus der Allgemeinmedizin, etwa wenn ich einen Patienten zum Lungenfacharzt schicke wegen irgendwelcher Beschwerden und dann nur die lakonische Mitteilung bekomme »Lunge o.B.«, ohne weiteren Hinweis bezüglich Diagnostik des Patienten, oder ohne als Facharzt darauf hinzuweisen, welches Nachbarfach in Frage kommt – »Sie müssen eben zu einem anderen Facharzt gehen!« (alles Originalzitate) – dann ist die Subspezialisierung eine Verschlechterung statt einer Verbesserung.

Ich möchte daher dafür plädieren, dass **allgemein in der Psychotherapie die Altersproblematik mehr fokussiert** wird. Denn sie hängt (wie gezeigt) auch eng mit der jüngeren Generation und mit anderen medizinischen Disziplinen zusammen. Der Einsatz im Sinne unserer »**Integrierten Psychotherapie**« kann beträchtlichen Zuwachs an Lebensqualität im Alter bringen.

Literatur

Näher ausgeführt und mit reichlich weiterführender Literatur in:

1. Barolin GS: Integrierte Psychotherapie – Anwendung in der Gesamtmedizin und benachbarten Sozialberufen. Springer-Verlag, Wien/New York 2006
2. Barolin GS: Psychotherapie in der (Neuro-)Rehabilitation. Neurol Rehabil 2008; 14 (1): 41-49
3. Bschor T: Behandlungsmanual therapieresistente Depression. Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2008

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Dr. hc. Gerhard S. Barolin
Matzingerstraße 11/20
A-1140 Wien
E-Mail: barolin@barolin.at
Tel.: +43(0)1-985 26 66
Fax: +43(0)1-985 26 66 50