

Zur Psychosomatik und Psychotherapie von Störungen im Alterungsprozess

R. Vandieken

Rhein-Klinik, Bad Honnef

Zusammenfassung

Die psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen ist eine gesundheitspolitische Aufgabe, deren jahrzehntelange Vernachlässigung angesichts der Alterspyramide ein drängendes Problem geworden ist. Nur ein Bruchteil des Bedarfs an psychotherapeutisch-psychosomatischer Versorgung der über 60-Jährigen findet sich in den psychotherapeutischen Praxen und Krankenhäusern. »Nehmen Sie mal was zur Beruhigung, fürs Herz, für den Magen, die Nerven etc.« reicht nicht mehr, obwohl die über 65-Jährigen etwa die Hälfte der insgesamt verordneten Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie ein Drittel der Tranquilizer und ein Drittel aller verordneten Antidepressiva erhalten. Psychopharmaka gehören zu den im Alter am meisten verordneten Medikamenten. Bisher kommt es gerade in der Gruppe der über 60-Jährigen immer wieder zu Fehldiagnosen, z. B. bei Depressionen, die wegen der begleitenden körperlichen Beschwerden im somatischen Medizinbetrieb häufig über Jahre mit hohen Kosten fehlbehandelt werden und so mit allen psychosomatischen Folgen chronifizieren. Um so notwendiger ist es, die Kenntnisse über die Erkrankungen dieser Altersgruppe (sog. 3. und 4. Lebensalter) zu verbessern. Allerdings bestehen auch auf Behandlerseite häufig noch Vorurteile gegenüber älteren Patienten, u. a. wegen angeblich fehlender Lern- und Veränderungsmöglichkeiten. Dies stellt nach heutigem Wissensstand über die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten alter Menschen auch einen Schutz vor der Berührung mit dem Prozess des eigenen Älterwerdens dar. Altern in Deutschland ist darüber hinaus bis heute noch unauflöslich mit unserer speziellen Vergangenheit verbunden, nämlich der Geschichte von Tätern und Opfern der Nazizeit. Die Vernachlässigung und fehlende Konfrontationsbereitschaft mit dieser Zeit ist wohl auch als unbewusste Abwehrhaltung der Helfer dieser Bevölkerungsgruppe gegenüber zu verstehen. Wir erleben aber in der Klinik zunehmend die altgewordenen Opfer dieser Zeit. Sie leiden durch die Kriegswirren während ihrer Kindheit unter z. T. erheblichen Folgewirkungen.

Schlüsselwörter: Alterns-Psychosomatik und -Psychotherapie, altersspezifische Symptombildung, Somatisierung, Leitbilder, Umgekehrte Übertragung

About psychosomatic medicine and psychotherapy of ageing disorders

R. Vandieken

Abstract

Having been neglected for decades, the need for an adequate psychosomatic-psychotherapeutic treatment of the elderly has become an urgent problem for health policy nowadays. Only a small percentage of the over 60 years old patients with need for psychotherapeutic-psychosomatic treatment are treated in hospitals or psychotherapeutic practices. »You should take something for calming down, something for your heart, your stomach, your nerves« etc. is not enough, although the over 65 years old patients receive about the half of all barbiturates and sedatives and a third of all tranquilizers and antidepressants that are prescribed. Psychiatric drugs are among the most frequently prescribed drugs for the elderly. Especially in the group of the over 60 years old patients diagnostic errors are frequent, e. g. concerning depressive patients who often get a wrong – but expensive – treatment because of the accompanying physical symptoms. The untreated depression develops a chronic state with various psychosomatic consequences. This proves how important it is to improve the medical know how about diseases of older patients. Though, a number of physicians have prejudices against older patients who are supposed to lose the capacity to learn and develop. The underlying reason for this point of view may be that the physician tries to protect himself against the idea that he himself will be old one day. Besides this, ageing in Germany is indivisibly linked with our special history, the history of offenders and victims of the Nazi era. The attempt to avoid the confrontation with this time causes an unconscious defensiveness against the surviving witnesses of this time. But in our practice we meet more

and more of the old-age victims of these days. The experiences they made as children during the war can severely affect their state of health today.

Key words: psychosomatic and psychotherapy in old age, symptomatic of the elderly, somatisation, role models, countertransference

© Hippocampus Verlag 2005

Die psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen ist eine gesundheitspolitische Aufgabe, deren jahrzehntelange Vernachlässigung angesichts der Alterspyramide ein drängendes Problem geworden ist. Der Bedarf an psychotherapeutisch-psychosomatischer Versorgung der über 60-Jährigen wird auf etwa 10% geschätzt [2]. Wahrscheinlich dürfte er eher höher liegen. Aber nur ein Bruchteil dieser Altersgruppe findet sich in den psychotherapeutischen Praxen (0,3–1%) und Krankenhäusern (ca. 6%) [1, 5]. In der Zwischenzeit haben sich jedoch einige Schwerpunktzentren entwickelt. Alter selbst ist keine Krankheit. Wir sprechen deshalb auch von Erkrankungen bzw. Störungen im Alterungsprozess.

»Nehmen Sie mal was zur Beruhigung, für's Herz, für den Magen, die Nerven etc.« reicht nicht mehr: Die über 65-Jährigen bekommen etwa die Hälfte der insgesamt verordneten Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie ein Drittel der Tranquilizer und ein Drittel aller verordneten Antidepressiva [7]. Psychopharmaka gehören zu den im Alter am meisten verordneten Medikamenten. Etwa 87% der Älteren nehmen Medikamente. Nach den Daten der Berliner Altersstudie von *Mayer* und *Baltes* ist bei mindestens 24% aller Älteren diese Medikation nicht korrekt bzw. nicht optimal eingestellt (zit. nach [5]). Dazu trägt auch bei, dass es gerade in der Gruppe der über 60-Jährigen immer wieder zu Fehldiagnosen kommt, z.B. wegen der oft unschweligen Symptomatik bei Depressionen (*Kipp* et al. 2005), die im somatischen Medizinbetrieb wegen der begleitenden körperlichen Beschwerden häufig über Jahre mit hohen Kosten fehlbehandelt werden und so mit allen psychosomatischen Folgen chronifizieren. Hier besteht also eine relevante Versorgungsaufgabe für die psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Der Bedarf an psychotherapeutisch-psychosomatischer Versorgung der über 60-Jährigen wird auf etwa 10% geschätzt [2]. Reine Richtlinien-Psychotherapie wird nach Information des Zentral-Instituts der KV 1999 in 0,31% durchgeführt. Mitte der neunziger Jahre lag der Anteil der über 60-Jährigen für alle Formen von Psychotherapie in den Praxen Niedergelassener nur bei 0,2–2%. Der tatsächliche Bedarf dürfte – wie oben gesagt – erheblich höher liegen.

Was heißt »alt« in der Alter(n)s-Psychosomatik und -Psychotherapie ?

Bisher gibt es keine verbindliche Differenzierung der Altersstufen. Gängig ist die Einteilung in 3. (ab 60) und 4. (ab 75) Lebensalter, eine weitere Differenzierung wird mit zunehmender Lebenserwartung wohl notwendig werden (z. B. junge Alte bis 75, mittelalte Alte bis 85 und Hochbetagte).

Lufi [4] unterscheidet das chronologische vom biologischen und psychischen Alter folgendermaßen:

- Das chronologische Alter misst soziale und administrativ festgelegte Lebenszeiten wie Schuleintritt, Berufsbeginn und -ende. Nach WHO sind damit die 61-Jährigen Ältere, das sind heute die 1944 Geborenen.
- Das biologische Alter betrifft die körperlichen Veränderungen. Es ist das »gefühlte« Alter.
- Davon unterschieden ist die »psychische Dimension« des Alters. Die Psyche altert nicht [7].

Die Konflikte und Traumata stellen sich das ganze Leben hindurch als Wiederholung der neurotischen Grundmuster dar. Bezogen auf die Psychosomatische Praxis sehen wir häufig Somatisierungen von ursprünglich neurotischen Kernkonflikten [1], die entweder schon früher symptomatisch geworden sind oder nach lebenslanger Kompensation i. R. einer Schwellentypischen Auslösesituationen zur Symptombildung führen, wie das folgende Fallbeispiel zeigt.

Kasuistik

Es erscheint pünktlich zum Gesprächstermin eine altersadäquat wirkende 72-jährige Patientin, die zuletzt 1996 aus unserer stationären Behandlung entlassen wurde. Sie ist gepflegt gekleidet, benutzt eine Gehilfe und zieht beim Laufen das linke Bein nach. Nachdem sie Platz genommen hat, beginnt sie zunehmend geordneter über den Grund ihres Kommens zu berichten. Während ihrer Schilderung ist sie um emotionale Kontrolle bemüht, bricht jedoch zwischendurch immer wieder heftig in Tränen aus.

Zur Aufnahme führende Symptomatik:

Die alleinlebende, kinderlose Patientin berichtet, seit etwa 1,5 Jahren insbesondere unter Schwindelgefühlen und Gleichgewichtsstörungen zu leiden. Beim Gehen schwanke sie regelrecht, fühle sich so unsicher, dass sie nur noch am Stock laufen könne (»Wenn mich jemand nicht kennt, der glaubt, ich hätte Alkohol getrunken!«). In der Stadt sei sie zu Fuß seither gar nicht mehr gewesen; selten fahre sie zum Einkaufen in die Vorstadt; immer öfter stelle sich das Gefühl ein, mit dem Leben nicht mehr zurechtzukommen. Sie habe furchtbare Angst davor, »umzukippen und dann nicht gefunden zu werden«, bereits beim Durchschreiten der Haustürschwelle schnüre sich ihr der Hals zu. Ähnliche Gedanken kreisten ihr auch durch den Kopf, wenn sie abends versuche einzuschlafen oder zum wiederholten Male des Nachts wach werde. Meist Sorge sie sich dann allgemein, dass ihr etwas zustoßen könne, sie vielleicht nicht mehr aufwache und niemand sie in der Wohnung finde. Sie verspüre dann Herzrasen, fange an zu schwitzen und verliere sich regelrecht in ihren ängstigenden Zukunftsvisionen. Die sonst eher gefasst wirkende Patientin berichtet unter Tränen, seit einigen Monaten wiederholt darüber nachzudenken, warum sie überhaupt noch lebe, sie könne den Sinn darin nicht mehr erkennen.

Auslösende Situation:

Als unmittelbar auslösend erlebt die Patientin selbst eine vor 1,5 Jahren durchgeführte Darmoperation (Divertikulitis des Dickdarmes ohne Komplikationen, mit bereits zuvor über 12 Jahre bestehenden entzündlichen Schüben), wegen der sie vier Wochen im Krankenhaus verbracht habe, was »der Horror« gewesen sei. Als sie zum ersten Mal aus dem Krankenbett aufgestanden sei, habe sie das Schwindelgefühl und die Gangunsicherheit bemerkt, welche sie zunächst für vorübergehend gehalten habe. Anschließend Untersuchungen u. a. beim Hausarzt seien ohne organischen Befund geblieben. Der wegen der Gangstörung aufgesuchte Neurologe könne keinen somatischen Befund feststellen. Er habe dringend zu einem stationären Aufenthalt in unserem Hause geraten. Neben dem von der Patientin genannten Auslöser fällt auf, dass die beschriebenen Beschwerden der Patientin auch in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Tod des letzten langjährigen Lebenspartners der Patientin stehen, welcher im Januar 2003 an Krebs verstorben ist. Frau X. weint bitterlich, als sie berichtet, dass sie mit diesem Mann eine sehr glückliche 7-jährige Zeit verbracht habe; sie habe viel nachholen können, was für sie mit ihrem ersten Mann nicht möglich gewesen sei. Beide hätten viele Reisen unternommen, sich gegenseitig viel gegeben. Seither bestehe mit dessen Tochter ein guter Kontakt, ebenso ein großmutterähnliches Verhältnis zu deren Tochter. Ihren Partner, der an einem Blasen-Ca verstorben sei, habe sie rund um die Uhr gepflegt, sei auch bei ihm gewesen, als er starb, was für sie »sehr schlimm« gewesen sei. Zentrales Thema des letzten Aufenthaltes in unserer Klinik 1996 waren hartnäckige Schuldgefühle der Patientin, da sie ausgerechnet zum Todeszeitpunkt des ersten (Ehe-)Mannes, den sie ebenfalls während seines Krebsleidens lange Zeit zuvor gepflegt und begleitet hatte, selbst nicht hatte bei ihm sein können.

Diagnosen:

- Somatoforme autonome Funktionsstörung des Kardiovaskulären Systems (herzneurotische und Schwindelsymptomatik)
- Agoraphobie mit Panikstörung (F40.1)
- Dissoziation i. S. der Konversion (F44.7) (psychogene Ataxie)
- rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode (F33.1) bei krisenhafter Zuspitzung und eher abhängig strukturierter Persönlichkeit

Psychischer Befund:

Im Vergleich zum Entlassungsbefund 1996 deutlich depressiv wirkende Patientin, welche vor allem von einem sehr beeinträchtigend und verunsichernd erlebten Schwindelgefühl mit Gleichgewichtsstörungen berichtet mit sozialem Rückzug, negativem Denken, Konzentrations- und Schlafstörungen, erheblicher innerer Unruhe, Zukunfts- sowie Krankheitsängsten. In der Untersuchungssituation wirkt sie sehr angespannt, im Kontakt darum bemüht, ihre Situation mit Distanz zu vermitteln, bricht jedoch zwischendurch immer wieder in Tränen aus. Es besteht keine manifeste, aber latente Suizidalität. Die Motivation zur Behandlung ist auf Grund des Leidensdruckes groß.

Verlauf

Nach dem ersten Aufenthalt 1996, der nach dem Tod des Ehemannes notwendig geworden war, ging Frau L. eine neue Partnerschaft ein, wobei sie jedoch ihre eigene Wohnung behielt. In dieser Beziehung hatte sie nach der langen chronischen Erkrankung des Ehemannes das Gefühl, »alles machen zu können, was durch die Krankheit meines Mannes nicht ging«, das heißt es gab viele soziale Aktivitäten gemeinsam mit dem Lebenspartner und dessen, der »neuen« Familie. Der Partner starb 2003 nach Auftreten eines

Blasen-CA 2002. Die letzten drei Monate dieser Erkrankung waren für die Patientin schwer erträglich. Die familiären Kontakte haben den Tod des Partners überdauert. Eine Heirat mit diesem Lebenspartner sei für sie nicht in Frage gekommen, da sie Angst vor einem erneuten frühen Tod gehabt habe (Rentenfrage). Die sozialen Kontakte (»Altenclub«) bestehen weiterhin, sie komme sich jedoch ohne Partner dort auch alleine vor. Jetzt wolle sie keine neue Partnerschaft.

Zum Tod des Lebenspartners besteht auch nach zwei Jahren kaum affektiver Abstand: Der Film laufe immer wieder ab und dies eher häufiger als nachlassend. Sie sei weiter in Trauer und habe noch keinen neuen Lebenszugang gefunden, fühle sich vollständig aus dem Tritt geraten. Sie habe sich sozial zurückgezogen. Sie könne sich auch wenig helfen lassen, müsse alles selbst machen und empfinde ihre Bedürftigkeit als kränkend (»vorher habe ich anderen geholfen«). Sie empfinde auch Wut auf beide Männer, von denen sie sich verlassen fühle, wisse jetzt nicht mehr, welche Perspektive sie in ihrem Leben wahrnehmen solle. Auslöser der Dekompensation war eine Darm-OP, die psychodynamisch auch deswegen bedeutungsvoll war, weil sie im Krankenhaus im selben Zimmer und Bett wie ihr kurz zuvor verstorbener Lebenspartner lag und auch von demselben Arzt behandelt wurde. Dies sei jedoch nicht bekannt geworden, da sie nichts gesagt habe. Anschließend sei sie wie in ein Loch gefallen, wo man dann nur noch erwarte, dass »Schutt drauf geschüttet« werde. (Ihre Hypothese zur Gangunsicherheit: eine – objektiv nicht belegte – Komplikation bei der OP). Befragt berichtet die Patientin über suizidale Ideen, ohne feste Absicht.

Die Patientin gibt als Behandlungsziel an: wieder richtig gehen zu können. Belastend ist für sie, dass ihre Familie ihr die Beschwerden jetzt nicht mehr glaubt. Der jüngste Bruder (22!/Sohnersatz) sei allerdings anders eingestellt.

Biographischer Hintergrund

Die Großeltern hätten nach der unehelichen Geburt nicht gewollt, dass sie bei der Mutter blieb, deshalb sei sie drei Jahre zu Pflegeeltern gekommen. Ihr Vater habe sie dann aber dort wieder herausgeholt, weil er nicht wollte, dass sie von diesen Pflegeeltern adoptiert werde.

1942 sei die Mutter mit inzwischen sieben Kindern aus Pommern geflüchtet. Als Erinnerung an ein belastendes Ereignis während dieser Flucht berichtet die Patientin, dass ein Geschwister mit knapper Not von einem Soldaten vor einem heranrollenden Panzer weggerissen worden sei. Der Vater sei damals in englischer Gefangenschaft gewesen. Als er 1946 plötzlich vor der Tür stand, habe er zuerst die Kinder gezählt. Gestorben sei er vor 25 Jahren in einem Asthmaanfall. Die Patientin erinnert sich, dass sie nach seinem Tod eine Woche »krank« gewesen sei. Sie sagt krank statt traurig, sie bedürfte damals keiner Behandlung.

Die Mutter sei sehr resolut gewesen und musste arbeiten. Sie, die Patientin, habe im Grunde die Geschwister alle mit großgezogen. Sie hat acht Geschwister: Brüder -1, -2, -9, -22, Schwestern -4, -5, -10, -20 (diese Schwester ist behindert). Ständig habe sie in ihrem Leben zurückstecken müssen. Noch als sie verheiratet gewesen sei, habe sie die Mutter regelmäßig versorgen müssen, obwohl damals ihr erster Mann auch schon krank gewesen sei. Sie frage sich in der letzten Zeit, ob das denn jetzt das Leben gewesen sei. So hätte sie sehr gerne Kinder gehabt; nachdem sie immer schon Probleme wegen Myomen gehabt habe, sei es 44-jährig zu einer Total-Operation gekommen. Bei genauer Exploration ist aber zu erfahren, dass die Patientin ihren Kinderwunsch auch aus Angst vor einem behinderten Kind nicht weiter verfolgte, nachdem die jüngste Schwester (-20) ein Down-Syndrom hatte.

Mit ihrem zweiten Mann habe sie jetzt das gelebt, was mit dem ersten Mann nicht gegangen sei. Sie sei gut versorgt worden. Nach seinem Tod habe sie aber wieder alles allein machen müssen. Sie habe die Wohnung aufs Alter eingerichtet, nur damit sie keinen belästigen müsse. Sie habe eben immer funktionieren müssen, was sie bisher auch immer gekonnt habe. Jetzt habe sie sich aber wieder – wie schon nach dem Tod des Ehemannes – verkrochen.

Diskussion

Dieses Fallbeispiel soll auf drei altersspezifische Aspekte aufmerksam machen:

1. die schwellen- bzw. alterstypische Auslösesituation
2. die Schichten der Symptombildung im Alterungsprozess und die Mobilisierung der bereitliegenden intrapsychischen Dynamik
3. die Beachtung der Gegenübertragung und die Berücksichtigung von Leitbildern des Alters auf seiten der Untersucher bei der Diagnosestellung und prognostischen Einschätzung

Auslöser

Als Auslöser finden sich in der Regel belastende Lebensereignisse, die Verlust oder Enttäuschung beinhalten sowie insbesondere signifikante Objektverluste und eigene körperliche Erkrankungen. Aus unserer klinischen Population lassen sich dazu typische Schwellensituationen ausmachen, die bei entsprechender Prädisposition als Auslöser für psychosomatische Dekompensationen wirken können:

- Familiäre Veränderungen: jede Form von Objektverlusten (z. B. Trennung oder Tod des Partners wie im o. g. Beispiel, hier rezidivierend vor dem Hintergrund schon in der frühen Kindheit erlebter Beziehungswechsel), aber auch z. B. die Auflösung der Familie durch Auszug der Kinder (Stichwort: »empty nest«-Syndrom)
- Körperliche Veränderungen: körperliche Einschränkungen oder manifeste körperliche Erkrankungen mit konsekutiven Einschränkungen des Lebensradius, ebenfalls wie im o. g. Beispiel
- Berufliche Veränderungen: hier insbesondere das Berufsende (Stichwort: Pensionierungsschock), aber z. B. auch auf das Alter bezogene Kränkungen durch jüngere Kollegen oder Chefs etc.

Allen diesen Veränderungen ist ein Verlust gemeinsam, der in der Regel nicht mehr oder nur unvollständig kompensiert werden kann.

Ideales therapeutisches Ziel ist, diese Verluste anzuerkennen. Dies wird auch (Pollock 1982, nach [4]) als »Mourning-Liberation-Process« beschrieben, der über die Trauer um die Verluste zur Befreiung führt. Zu Recht betont Luft [4] demgegenüber, dass das rein wiederholende und bewahrende Gedenken (z. B. Jahrestage) vielmehr wie eine Wiederbelebung der inneren Objekte wirkt, während das Erinnern (als analytische Grundfunktion) dazu verhilft, die Vergangenheit und damit die Wirkung der Introjekte aufzulösen. Dieses idealtypische Ziel einer aufdeckenden Behandlung kann

nicht immer erreicht werden, aber ein realistisches therapeutisches Ziel sind alle Teil-Schritte auf dem Weg dorthin.

Soziale Verluste

Der Rückzug aus sozialen Aufgaben, wie z. B. der Ruhestand, bedeutet einen Entzug von Resonanz, die nicht ohne weiteres ersetzbar ist.

Der Wegfall von Lebensaufgaben wie der Verlust des Berufs, aber auch der Kompetenz noch im Berufsleben, des Ansehens (z. B. »Mobbing«), die Auseinandersetzung mit jüngeren Vorgesetzten können Trigger für Reaktualisierungen von spezifischen Konfliktfeldern darstellen.

In Familien markiert z. B. der Auszug der Kinder den Verlust einer bisherigen elterlichen Lebensaufgabe und stellt neue Anforderungen an die Gestaltung einer nachelterlichen Gefährtschaft, die in Folge der zunehmenden Lebenserwartung noch nie über eine so lange Zeitdauer möglich war; aber auch der Tod naher Familienangehöriger kann mit dem Ende der bisherigen Versorgungsaufgabe z. B. ein Gefühl des Überflüssigseins auslösen.

Körperliche Verluste

Altersbedingte körperliche Einschränkungen, insbesondere manifeste körperliche Erkrankungen, konfrontieren mit der Begrenztheit der Lebenszeit und stellen damit eine narzisstische Herausforderung, wenn nicht »Kränkung« dar. Ein zentrales Thema der alten Menschen bekommt beschämende Bedeutung: die Angst vor Abhängigkeit, die in der Generation der jetzt ca. 70-Jährigen häufig noch mit einem besonderen Akzent eines deutschen Erziehungsideals hoher Selbständigkeit in Konflikt gerät (s. o.: »niemandem zur Last fallen«). Luft [4] skizziert als Folge eine Komplikation, die die Verständigung in der therapeutischen Beziehung erheblich erschwert und damit eine alterstypische Kaskade mit allen Folgen für den Verlauf der Erkrankung darstellt: Die Körpersprache der Symptomatik, die die Sprachlosigkeit der alten Patienten ersetzt, wird auch vom Arzt aus Abwehrgründen nicht verstanden, so dass ein regressiver Prozess einsetzt, über Rückzug in Resignation, Depression, psychosomatische Syndrome und Resomatisierungsvorgänge, »bei denen Körperschmerz und Seelenschmerz ununterscheidbar werden«, mit anschließender weiterer Dekompensation bis zu psychiatrischen Erkrankungen.

So wird es also zunächst notwendig, das Körper-Symptom zu übersetzen, die Affekte und das innere Erleben in Worte zu fassen und so überhaupt erst einmal zur Sprache zu bringen. Dies trägt der häufig zu beobachtenden Tatsache Rechnung, dass sich die Selbstwahrnehmung mit zunehmendem Lebensalter an den körperlichen Grundlagen des Allgemeinbefindens orientiert (z. B. Gedächtnis und Konzentration, Sensorium, Motorik).

Dies soll folgendes Zitat aus einem Interview mit dem damals 95-jährigen Philosophen H.-G. Gadamer illustrieren: »Nun, heute ist alles ein bisschen langsamer geworden und vor allen Dingen kommt das berühmte Nickerchen. Man schläft am Schreibtisch ein. Das gibt's wirklich. Und dann: die Hälfte meines Lebens suche ich etwas. Das ist mei-

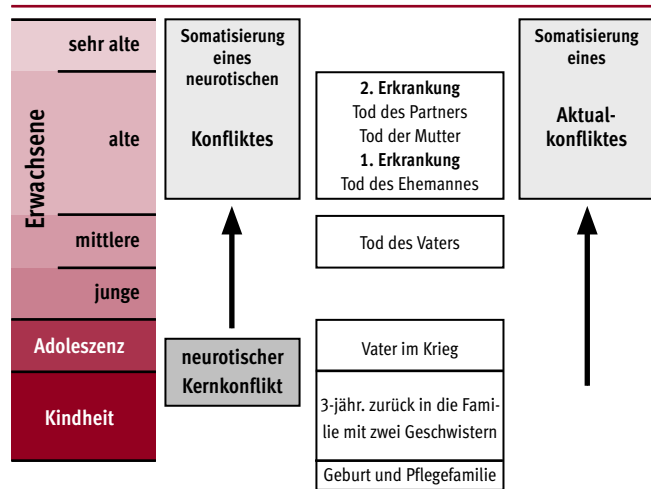


Abb.: Schema der Konfliktmodelle in Anlehnung an Heuft et al. [2] in Verbindung mit den relevanten biographischen Daten der Patientin

ne Hauptbeschäftigung heute. Manchmal finde ich was. Manchmal nicht das, was ich suche. Aber manchmal ist es noch besser als das, was ich suche.« (Zeit-Punkte 1996).

So konzipiert Heuft [1] den körperlichen Alternsprozess als Organisator des Psychischen für die Entwicklung in der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens, während die ersten Lebensjahre durch den Trieb, die erwachsenen Jahre durch die Objektbeziehungen organisiert werden.

Symptombildung im Alternsprozess und die Mobilisierung der bereitliegenden intrapsychischen Dynamik

Häufig stellen sich die Patienten also unter der Präsentiersymptomatik einer Somatisierungsstörung beim Arzt vor. Allerdings ist auch festzustellen, dass das Bewusstsein der Patienten sich in Richtung auf eine gezielte Nachfrage nach Psychotherapie verändert:

So erschien in der Ambulanz eine 73-jährige Patientin, die wegen seit kürzerer Zeit bestehender unspezifischer kardialer Beschwerden stationär internistisch untersucht worden war und bei der nun eine Herzkatheter-Untersuchung durchgeführt werden sollte. Daraufhin verließ diese Patientin die Klinik und kümmerte sich selbst um die Überweisung in unsere Ambulanz, um herauszufinden – wie sie selbst sagte –, ob da nicht doch noch andere Dinge beteiligt seien. Es ließen sich dann auch in der Untersuchung aktuelle Belastungen durch den Auszug der Tochter finden, die mit den Beschwerden korrelierten.

Die Präsentation der körperlichen Symptomatik unterscheidet diese Altersgruppe zunächst noch nicht von der klassischen psychosomatischen Klientel. Allerdings unterliegen die körperlichen Veränderungen – wie oben gezeigt – der besonderen Aufmerksamkeit alternder Menschen, gerade auch im Hinblick auf einen selbstbestimmten Lebensradius und auf die damit verbundene narzisstische Thematik.

Aktuelle Untersuchungen [Egle et al., Decker et al., 2005] betonen, dass bei somatischen Schmerzstörungen früher Stress die Vulnerabilität für Komorbiditäten wie Angst, Depression und Persönlichkeitsstörungen erhöht und, speziell

auf die Traumatisierungen der Kriegsgeneration bezogen, dass schon die zweijährige Abwesenheit des Vaters in der Kindheit eine hohe negative Korrelation zur Gesundheit im Alter hat.

Wir finden bei unserer Patientin eine typische **Schichtung** einer zunächst körperlichen Präsentiersymptomatik. Der Behandlungswunsch zielt entsprechend auf Wiederherstellung der körperlichen Beweglichkeit und Unabhängigkeit.

Die körperliche, somatoform aussehende Symptomatik wird bald – insbesondere in Verbindung mit der geklagten ängstlichen Tönung und auch phobischen Symptomatik – als Angstäquivalent verständlich.

Sie stellt aber weiter in Verbindung mit dem **psychischen Stress** der Auslösesituation und mit dem in ihr enthaltenen **Symbolcharakter** auch eine Konversion dar. Neben den beiden genannten Kriterien hat die Patientin diese Symptomatik, wie zu erfahren war, in der Vergangenheit bei der Pflege ihres ersten Mannes sowie auch bei der Mutter erlebt, beide hatten entsprechende Paresen nach einem Apoplex entwickelt.

Schließlich ist eine protrahierte, pathologische Trauerreaktion zu diagnostizieren, die ihrerseits auf frühere Trennungen bzw. markante Objektbeziehungswechsel verweist. Trotz der eindrucksvollen Belastungen in der frühen Kindheit (Pflegefamilie in den ersten drei Lebensjahren), trotz der Belastungen durch die Kriegszeit (Vater im Krieg, Mutter im Arbeitsdienst, Patientin war für die Geschwister die »Mutter der Kompanie«) und der späteren, als belastend erlebten Kinderlosigkeit blieb die Patientin bis zum Alter von 63 Jahren weitgehend psychisch gesund. Damals starb der erste Mann. Allein nach dem Tod des Vaters reagierte die Patientin mit einer einwöchigen »Krankheit«, wie sie sagt.

Wir sehen hier die Entwicklungslinie eines bis zur Erstmanifestation mit schwerer Dekompensation im 64. Lebensjahr rezidivierenden Konflikts.

Heuft, Kruse und Radebold [1] schätzen den Anteil relativ neuer psychischer bzw. **psychosomatischer Symptome, die erstmals in der zweiten Lebenshälfte auftreten**, auf etwa 30% jenseits des 60. Lebensjahres. Hier handelt es sich um Erstmanifestationen eines – wie sie es nennen – *persistierenden* Konfliktes, der während der zurückliegenden Lebensspanne nicht zu einer krankheitswertigen Symptomatik geführt hat.

Als Variante wird ein *rezidivierender* neurotischer Konflikt mit früheren, mehr oder weniger ausgeprägten Krankheitsepisoden im Wechsel mit freien Intervallen beschrieben, wie wir es bei unserer Patientin mit Trauer und krankheitswertigen Dekompensationen nach den Verlusten der Männer (Vater, Ehemann, Partner) sehen. Allen diesen Möglichkeiten liegt zugrunde, dass die Psyche nicht altert [Radebold, 1991]. So sehen wir häufig Somatisierungen von diesen ursprünglich neurotischen Konflikten.

Schließlich sieht Heuft [1] im Konzept des *Aktualkonfliktes* die Bewältigungsmöglichkeiten des alternden Menschen gegenüber dem »überwältigend Neuen« (der äußeren Realität im Alternsprozess) überfordert, so dass nicht ein unlösbarer, allerdings nicht prinzipiell unbewusster Konflikt, sondern der Anteil der konflikthaften äußeren Lebensbelastung zum

Auslöser einer psychischen oder psychosomatischen Dekompensation werden kann.

Kenntnisse der somatischen und psychischen Komorbiditäten sind für die Versorgung dieser Altersgruppe deshalb unerlässlich. Als Faustregel kann gelten, dass pro Lebensdekade eine Diagnose gerechnet wird, dies entspricht auch der Untersuchungslage, d.h. 70-Jährige haben im Mittel etwa 7,4 Diagnosen.

Ein wesentlicher Anteil dieser spezialisierten Versorgung betrifft aber auch Kenntnisse über Psychogenese und -dynamik der Resomatisierungsvorgänge (*Schur 1974*, nach [4]).

Diagnosestellung und prognostische Einschätzung unter Berücksichtigung von Leitbildern des Alters auf Seiten der Untersucher und deren Gegenübertragung

Das gängige Leitbild bezüglich alternden Menschen ist das einer Regression, etwa beschrieben im Halbkreismodell des Lebenslaufs. Diese Modelle finden sich in Krankheitsentitäten wie z. B. der Involutionsdepression. D.h. es wird hier von einem Defizit-Modell ausgegangen, das wohl den institutionell hergestellten Realitäten z. B. in Pflegeheimen entsprechen mag, aber nicht den gerontologischen Forschungsergebnissen einer Lernfähigkeit bis ins hohe Lebensalter Rechnung trägt.

Die Folgen solcher Vorannahmen sind absehbar und leider noch heute häufige Realität: Allenfalls ergeben sich daraus stützende oder begleitende therapeutische Aufgaben und Ziele, ggf. auch eine gleichfalls resignativ-abwehrende Aufforderung zu besonderer Aktivität: »wer rastet, der rostet«, um einer gemeinsamen Auseinandersetzung mit den bevorstehenden Alterungsaufgaben, dem Betrauern und Befreien (s. o.) auszuweichen.

Die psychotherapeutische Beziehung mit älteren Patienten zeichnet sich durch das Fehlen einer »klassischen« Übertragungskonstellation aus. In der Regel sind wir es gewöhnt, mit jüngeren Patienten zu arbeiten. In der Behandlung Älterer ist es eben gerade umgekehrt, so spricht *Radebold* [7] dann auch von »umgekehrter« Übertragung. Obwohl hier die Enkel- oder Kindergeneration die Elterngeneration behandelt und natürlich entsprechende – insbesondere auf Seiten der Patienten idealisierende, aber auch entwertende – Übertragungsaspekte aktiv sind, muss doch der unbewusste Wunsch der Älteren nach mächtigen, beschützenden Eltern wahrgenommen und berücksichtigt werden, denn die Psyche altert nicht (s. o.).

Insbesondere müssen die Vorannahmen und Vorurteile bezüglich eigener Ängste, aber auch bezüglich der Vorstellungen über Liebe und Hass, über Sexualität im Alter, also insgesamt die Leitbilder der jüngeren Behandler gegenüber den älteren Patienten entsprechend reflektiert werden.

Hier ist eine Entwicklung denkbar zu einer »multigenerationellen« oder »gleichberechtigten« Übertragung, d.h. Übertragungen wie zu wichtigen Bezugspersonen im Verlauf des gesamten Lebens wie z. B. Geschwistern, Freunden, Partnern, Mentoren u.s.w.

Darüber hinaus ist das Altern in Deutschland bis heute noch unauflöslich mit unserer speziellen Vergangenheit verbunden, nämlich der Geschichte von »Tätern und Opfern« der Nazizeit. Die Vernachlässigung und fehlende Konfrontationsbereitschaft (s. *Mitscherlichs* »Die Unfähigkeit zu trauern« [6]) mit dieser Zeit ist wohl auch als unbewusste Abwehrhaltung der Helfer dieser Bevölkerungsgruppe gegenüber zu verstehen. Wir erleben aber in der Klinik zunehmend die altgewordenen Opfer dieser Zeit. Sie leiden durch die Kriegswirren während ihrer Kindheit mit z.T. erheblichen Traumatisierungen unter späten Folgewirkungen, was die o. g. Fallskizze auch verdeutlichen sollte.

Literatur

1. Heuft G, Kruse A, Radebold H: Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie; Reinhardt, München 2000
2. Hirsch R: Gegenwärtige Grenzen und notwendige Entwicklungen der Alterspsychotherapie. Spektrum, Ort 1999, 28
3. Kipp J, Buck E, Groß M: Depressionen im dritten und vierten Lebensalter. *Psyche* 2005; 59 (9/10)
4. Luft H: Psychoanalyse in reiferen Jahren, Fakten und Thesen. *Psyche* 2003; 57 (7)
5. Maercker A: Alterspsychotherapie, Aktuelle Konzepte und Therapieaspekte. *Psychotherapeut* 2003; 2
6. Mitscherlich A, Mitscherlich M: Die Unfähigkeit zu trauern. Piper, München 1967
7. Radebold H: Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Springer, Berlin, Heidelberg 1992

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Roland Vandieken
Rhein-Klinik
Krankenhaus für Psychosomatik und Psychotherapie
Luisenstr. 3
53604 Bad Honnef
e-mail: roland.vandieken@johanneswerk.de