

13. Curriculums Psychosomatische Grundversorgung, Bad Nauheim,

23.- 25.11.2007

Einführung in die Psychosomatik im höheren Lebensalters

©: Pierre E. Frevert 2007

Anschrift: pierre.frevert@dgn.de

Für Rückfragen: Pierre E. Frevert, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ Psychoanalyse. Liebigstr. 8a, 60323 Frankfurt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Autors

Psychosomatik im höheren Lebensalter

Einleitung

Patientengeschichte 1

Frau B., 78 Jahre, ruft aufgeregt nachts den ärztlichen Notdienst, weil ihr Blutdruck auf 211/105 mm Hg gestiegen sei. Den ganzen Abend messe sie schon. Dem eintreffenden Hausarztvertreter sagt sie, ihre vom Pflegedienst gerichteten Medikamente seien durcheinander geraten, sie habe vorsichtshalber ihre Abendmedikation weggelassen. Während der Arzt den Blutdruck misst und den erhöhten Blutdruck mit einer Phtiole Bayotensin wieder normalisiert, beginnt sie ihm unaufgefordert zu berichten, dass ihr Ehemann nach schwerer Krankheit dialysepflichtig vor zwei Jahren gestorben sei und dass die Pflege ihres zuletzt dementen Mannes sie sehr beansprucht und zuletzt überfordert habe. „Ich habe es aber aus Liebe gemacht“ Am Vormittag sei ihr neuer Lebensgefährte mit Blaulicht in die Uniklinik gebracht worden. Er leide „am Herzen“. Dies sei seine Wohnung. Sie selbst habe ihre vertrauten persönlichen Dinge zuhause in A. gelassen, insbesondere ihr Nitrospray, das sie seit ihrem Herzinfarkt vor 10 Jahren immer wieder brauche. Wenn sie in die Klinik überwiesen werden sollte, dann nur in die Uniklinik zu ihrem Lebenspartner, damit die Kinder nicht an zwei Orten kommen müssten. Als der Arzt geht, ist sie immer noch besorgt, obwohl die Blutdruckverhältnisse normalisiert sind. Eine Stunde später meldet sie sich erneut sehr besorgt wegen des wieder angestiegenen Blutdrucks. Sie hat inzwischen ihre Nachtmedikation eingenommen, aber es helfe nicht. Neben einer erneut erfolgreichen medikamentösen Intervention versucht der Arzt, ihr die Sorge für die Nacht zu nehmen und sie auf den Hausarzt am nächsten Tag zu verweisen. Er füllt „für alle Fälle“ eine stationäre Einweisung aus. Einer weiteren Stunde später meldet ihm die Notdienstzentrale, dass die Patientin auf ihr Drängen hin stationär eingewiesen worden sei.

Obwohl die Begegnung zwischen Patientin und Arzt eine zufällige und zeitlich beschränkte war, ist das ganze Tableau möglicher psychosomatischer Verursachung oder Mitverursachung angedeutet. Handelt es sich um eine Somatisierung eines **Aktualkonfliktes**, der durch „neue und unvorhergesehene Lebensereignisse“ ausgelöst wurde, wie der bedrohlichen Krankenhauseinweisung des Lebenspartners, der nicht vertrauten Umgebung ohne die für sie wichtigen Medikamente ausgelöst wurde? Oder handelte es sich um eine Somatisierung infolge **Traumareaktivierung**, weil ihr Lebenspartner wie sie unter dramatischen Umständen in die Klinik gefahren werden musste und die Ereignisse um den eigenen Herzinfarkt wachrief? Oder war es die Somatisierung eines **neurotischen Konfliktes**, der als Kernkonflikt einen Autonomie/ Abhängigkeitskonflikt sein könnte. Dass die Bindung an den Lebenspartner, die enge Bindung an den Ehe-

mann reproduzierte, die sich in der Übertragung auf den Arzt übertrug, der nicht weggehen durfte, ohne die Symptomatik, die das Herz bedrohte, zu evozieren?

Das Fehlen von Zusatzinformationen und vor allem einer tragfähigen langjährigen Arzt-Patienten-Beziehung erlaubt keine abschließende Beurteilung. Gleichwohl sind viele Situationen, bei welchem außerhalb der Sprechzeiten notfallmäßig ein Arzt gerufen wird, typische Szenen einer psychosomatischen Inszenierung, bei der ungelöster Konflikte zur Präsentation von Symptomen unter hohem Leidensdruck führen.

Bei Älteren Patienten werden psychische Konflikte häufiger in einer „somatischen Zeichensprache“ dargeboten als in jüngeren Jahren, was bei den oft zusätzlich vorhandenen somatischen Vorerkrankungen eine adäquate psychosomatisch-psychotherapeutische Intervention erschwert. Heuft (2000, S. 1248) weist darauf hin, dass vor allem die Gegenübertragung auf die Indikationsstellung, den Entwurf des Therapieverlaufes und die Therapieziele ganz entscheidend Einfluss nimmt.

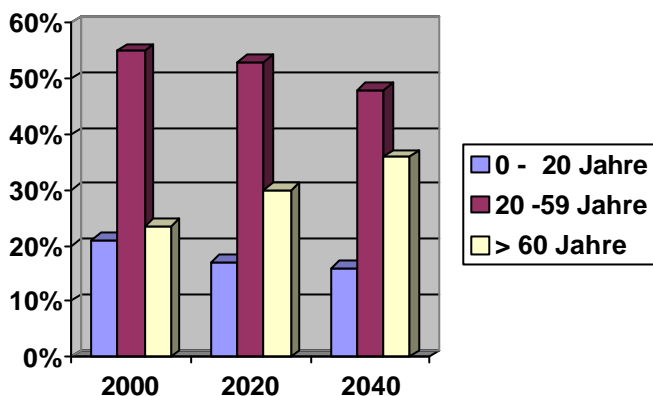
Epidemiologie

Um sich die Bedeutung der Gerontopsychosomatik zu vergegenwärtigen ist es wichtig, sich die demographische Entwicklung in Zahlen vor Augen zu halten.

Von 1960 – 2002 ist die durchschnittliche Lebenserwartung der 60-jährigen Frauen von 18,2 auf 23,7 Jahre, die der Männer von 15,5 auf 19,5 Jahre gestiegen. (Heuft 2006, S. 26). Die Bevölkerung der Bundesrepublik, die 2005 82 Millionen Einwohner zählte wird bis 2020 leicht stärker zurückgehen, wobei das Verhältnis Jüngerer zu Älteren bzw. Erwerbstätige zu Nicht erwerbstätigen (Kinder, Jugendliche und Rentner) zuungunsten ersterer umkehren wird.

Tab. 1 Strukturwandel der Bevölkerung

Alterskohorte	2000	2020	2050
0 - 20 Jahre	21 %	17 %	16 %
20 -59 Jahre	55 %	53 %	48 %
> 60 Jahre	23,5 %	30 %	36 %



Veränderungen der Alterskohorten in Deutschland in % über 50 Jahre (modifiziert n. Heuft 2006, S. 28)

Der Altersquotient ist das Verhältnis der Rentner (> 60 Jahre) zu den Erwerbstätigen (20-60 Jährigen). Bei einem faktischen Rentenalter von 60 erhöht er sich von 42% (2000) auf 72 % im Jahre 2040 und würde bei einer Erhöhung des faktischen Rentenalters auf 65 Jahre von 31 % (2000) auf 52 % (2040) steigen, was in beiden Fällen einer Erhöhung um 70% gleichkäme, im zweiten Fall aber zu niedrigeren Belastungen führte bedeutete. Differenziert man nach den Hochbetagten (>80 Jahren), die ein hohes Risiko für Pflegebedürftigkeit aufweisen, wird dieser Anteil innerhalb von 50 Jahren von 4 % (2000) auf 11 % (2050) steigen. (ebenda, S. 36). Die niedrige allgemeine Erwerbstätigkeit der älteren Arbeitnehmer (55 – 64 Jahre) besonders bei den Frauen und das schlechte innerbetriebliche und überbetriebliche Weiterbildungsangebot für ältere Arbeitnehmer führen zu einem Anstieg der jüngeren Rentner, die noch fast 30 Jahre Lebenserwartung vor sich haben.

Der Anstieg an älteren Menschen bedeutet jedoch nicht, dass ältere Patienten die teuersten sind, denn die stationären Kosten für Betagte sind geringer als für Jüngere, für die die Maximalmedizin eher befürwortet wird. Die Kosten für Ältere fließen vielmehr in die Pflegeeinrichtungen.

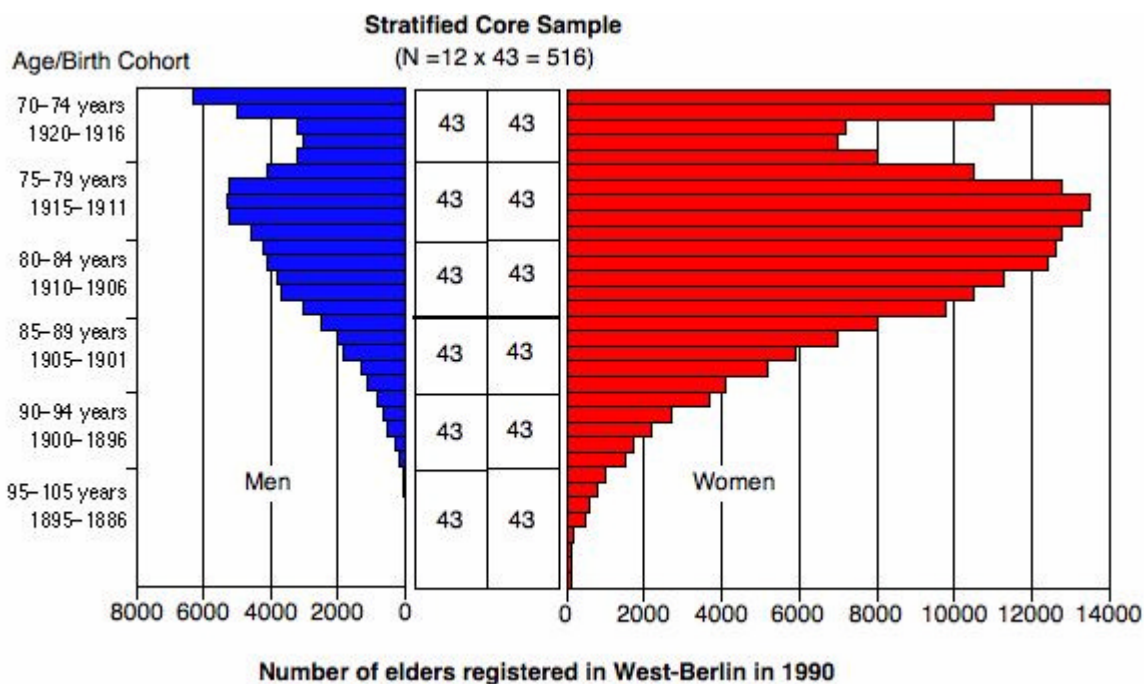
Psychische Erkrankungen kommen im höheren Lebensalter gleich häufig vor wie in der Erwachsenenpopulation insgesamt. Es konnte bei 20,1 Prozent älterer Menschen eine psychogene Beeinträchtigung, das heißt ein Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) nach Schepank von > 5 festgestellt werden, wobei die Symptome den ICD-10-Diagnosen F1 (Abhängigkeit) beziehungsweise F3–6 (affektive und neurotische Störungen, Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsstörungen) zugeordnet werden konnten. (Häffner et al, 2007, S. 42) . Gutzmann (2007, S. 2) schätzt die psychischen Erkrankungen bei über 65-Jährigen dagegen auf 25-30%. Die behandlungsbedürftige psychiatrische Gesamtmorbidität bei den 65-Jährigen wird auf 20 bis 25 Prozent geschätzt. Die von über 65-jährigen Patienten genannten psychosozialen Schwierigkeiten betrafen vor allem

die bestehende Einsamkeit, eine fehlende Lebensperspektive, Probleme, sich zu Hause weiter selbstständig zu versorgen, Verlusterlebnisse und Suizidtendenzen. Vor allem die Persönlichkeitsmerkmale leisten einen bedeutsamen Beitrag zur Vorhersage der Lebenszufriedenheit.

Das gegenwärtige psychosoziale Versorgungssystem weist aber bei der Behandlung älterer psychisch kranker Menschen erhebliche Lücken auf.

Die Gründe für die geringe Inanspruchnahme fachkompetenter psychosozialer Hilfsangebote liegt sowohl bei den Patienten als auch bei den Helfern (inverse Übertragung/Gegenübertragungsphänomene). Freud blieb gegenüber der psychotherapeutischen Behandelbarkeit im Alter skeptisch und bis heute besteht eine auffallende Zurückhaltung von psychotherapeutischer und psychosomatischer Seite, ältere Patienten in Behandlung zu nehmen.

Berliner Alterstudie: Über 70-Jährige 24% Prävalenz und 10% behandlungsbedürftig (Hirsch, 2007, S.28)



Quellennachweis: www.base-berlin.mpg.de, 10/2007

In einer Zufallstichprobe von 1344 verhaltenstherapeutischen Psychotherapieanträgen waren lediglich 0,2 Prozent der Patienten älter als 65 Jahre. Fichter beziffert den Anteil über 60-Jähriger in der psychoanalytischen oder Tiefenpsychologische Kassenpsychotherapie auf lediglich 0,6 Prozent. Damit ist diese Altersgruppe bei der psychotherapeutischen Versorgung erheblich unterrepräsentiert. In einem Planungsgutachten zur gerontopsychiatrischen Versorgung der Stadt Solingen gaben Fachpsychotherapeuten bei den über 65-Jährigen eine psychotherapeutische Behandlungsnotwendigkeit von 0,5 Prozent an. In demselben Gutachten wird aber der Versorgungsbedarf psychisch kranker, alter Menschen

von den befragten Internisten auf 15 Prozent und von Allgemeinmedizinerinnen sogar auf 20 Prozent geschätzt. (ebenda. S.45).

Die Suizidalität im Alter stellt ein besonderes, häufig unterschätztes Problem dar, deren Erkennung und Behandlung deshalb einer besonderen Aufmerksamkeit bedarf.

Die Anzahl der vollendeten Suizide steigt mit dem Lebensalter an. Während pro 100 000 Einwohnern im Alter zwischen 45 und 60 Jahren pro Jahr 24 Suizid begehen, steigt die Zahl bei den 75- bis 80-Jährigen auf 38 und bei den 85 bis 90-Jährigen auf 44 an. Ältere Männer begehen zwei- bis dreimal häufiger Suizid als ältere Frauen. Bei Untersuchungen zur Suizidhäufigkeit steht das Kriterium «Alter» nach den Kriterien «Depression» und «Suchtmittelabhängigkeit» bereits an dritter Stelle der Gefährdungskategorien (ebenda. S.45)..

Faktoren für Gesundheit

Die Frage, wie Gesundheit zu messen ist, ist nicht so einfach, wie es den Anschein haben mag, da „harte Fakten“ wie Diagnose oder somatische Parameter nicht mit den Krankheitsdaten wie Krankenhaustage oder Arbeitsunfähigkeitstage korrelieren. Zu den „objektiven Faktoren“ für Morbidität zählt man den Anteil der Raucher, der Alkoholtrinker und derjenigen mit BMI-Index von 27 bzw. 30 kg/ m². Heute werden zunehmend subjektive Faktoren, wie Befindlichkeit erhoben, die Auskunft darüber geben, ob Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden.

Um den postulierten Zusammenhang von Alter = Krankheit zu erhellen bzw. zu widerlegen wurden umfangreichen Studien durchgeführt, die folgende Ergebnisse erbrachten:

- Es gibt keinen Zusammenhang zwischen dem Grad der Objektiven Gesundheitlichen Belastung (OBG) wie Dyspnoe etc und somatischen Diagnose(n) eines Individuums
- Der Rest an funktionaler Kapazität im Alter (ADL: Activities of Daily Living) sagt nichts aus über die Schwere oder Anzahl von Diagnosen
- Der psychische Beeinträchtigungsscore (BSS) korreliert mit keiner der beiden oben genannten Variablen und auch nicht mit dem
- Alter.

Die Lebenszufriedenheit, ausgedrückt mit dem Philadelphia Geriatric Center Morale Scale) sinkt erwartungsgemäß für die 60-75 jährigen, steigt aber für die über 75 Jährigen wieder an. (ebenda, S. 53). Dieses Phänomen lässt sich nur durch weitere Studien, die die Biographie einbeziehen, untersuchen. Bei den Studien

wurden die älteren Patienten befragt, durch welche Ereignisse in ihrem Leben sie eine Förderung und durch welche sie eine Belastung erlebt hatten. Interessanterweise stellte sich heraus, dass diejenigen, die mindestens eine belastende Lebensphase hatten, aber diese überwunden hatten, weniger im Alter psychisch anfällig wurden, als die die mindestens zwei belastende Lebensphasen hatten und auch gegenüber jene, die keine belastende Lebensphase durchgemacht haben. Diese Befunde passen gut zu den Erkenntnissen, dass Patienten, die in ihrem Leben eine Depression durchgemacht haben, bessere Überlebenschancen aufweisen als solche, die eine vorbestehende Depression hatten oder eine solche erst entwickelten. Die Fähigkeit, Lebenskrisen durchzuarbeiten und zu überwinden ist mit einem deutlichen Zugewinn an psychischer Stabilität im Alter verbunden. Dies erklärt nun, warum in der Studie der Lebenszufriedenheit, bei den sehr Alten die Lebenszufriedenheit wieder ansteigt: Nachdem diese die „Biologischen Zumutungen und Verwüstungen des Alters“ trauernd vollzogen haben und sich an den neuen Status adaptiert haben, finden Sie erneut zur Freude zurück.

Negativen biologischen Veränderungen stehen auch positive Fähigkeiten des alten Menschen gegenüber. Zwar sinkt die Verarbeitungsgeschwindigkeit im Hirn (fluide Intelligenz), die Umstellungsfähigkeit und die Psychomotorik. Aber dafür werden diese Defizite durch die kompensatorische Funktion der Wissens- und Handlungssysteme (kristalline Intelligenz) kompensiert (Heuft 2006)

Biographische Anamnese und missing link

Die Biographie eines alten Patienten stellt eine Herausforderung an den Arzt. Der alte Mensch hat viel zu erzählen, lässt aber Wesentliches weg, was der geübte Diagnostiker behutsam nachexplorieren muss. Die Krankengeschichte nimmt zum Untersuchungszeitpunkt exponential zu, was die Gefahr mit sich bringt, dass frühere, anscheinend weniger wichtige somatische Erkrankungen in ihrer Knoten- bzw. Triggerfunktion unterschätzt werden können. Auch darf angesichts schwerer, sogar lebensbedrohlicher Erkrankungen nicht übersehen werden, dass weniger bedrohliche subjektiv bedeutsamer sind und das Krankheitsgeschehen aufrechterhalten, was letztendlich nicht weniger bedrohlich sein muss.

Ein Arzt, der einen alten Menschen untersucht, muss kein Experte der Geschichte der Neuzeit sein, aber wer die **historische Dimension** außer acht lässt, wird die oben erwähnten „biographischen Lücken“ nicht als solche erkennen können und den Patienten missverstehen.

Patientengeschichte 2

Anfang der 90er Jahre suchte ich im Ärztlichen Notdienst eine Patientin auf, die über Herzschmerzen geklagt hatte. Sie wohnte in der „berüchtigten“ Ahornstrasse, die der SPIEGEL damals als die „Bronx“ von Frankfurt titulierte hatte, was sich inzwischen geändert hat. Zu der Zeit, war es eine gefährliche Gegend mit extrem hoher Arbeitslosigkeit und Jugendkriminalität, in der abgebrannte Wohnungen und umgeworfene Container und Autos das Straßenbild prägten. Die Ärzte mussten zu Patienten in diesem Viertel in Begleitung eines Streifenwagens zum Patienten fahren, wobei ein Beamter den Wagen des Arztes vor Vandalismus und der andere den Arzt vor möglichen tätlichen Angriffen schützte.

Die alte Frau, eine Südländerin, erstarrte als sie den Arzt in Begleitung eines Polizisten in ihre Wohnung eintreten sah. Wortlos entblößte sie ihren rechten Oberarm und der Arzt konnte unschwer die Tätowierung einer KZ-Nummer erkennen. Sie war Sinti und hatte ihre gesamte Familie in Auschwitz verloren und hatte als einzige überlebt. Schon die Tatsache, im Alter völlig allein ohne unterstützende Sippschaft von Sozialhilfe leben zu müssen, war für sie ein großer Verlust, der sich zu dem der Familie und ihren traumatischen Erlebnissen gesellte. Dass ein Uniformierter an ihrer Tür klingelte hatte für die Frau eine traumatische Qualität, die möglicherweise zu Flashbacks führen konnten. In einer solchen Situation war es dem Arzt unmöglich eine „Routineuntersuchung“ durchzuführen und wieder zu gehen. Ohne sein Wissen hatte er der Patientin Leid zugefügt, dass er nur mildern konnte, indem er ihr sachlich die Begleitumstände erklärte und sich die Zeit nahm, mit ihr über ihre Erfahrungen und Erlebnisse zu sprechen, sofern sie dies in der Besonderheit der Situation überhaupt konnte und sie sowohl in ihrer Erkrankung wie in ihrer Lebensgeschichte ernst zu nehmen.

Patientengeschichte 3

Ich entnehme diese Patientengeschichte Heuft et. al (2006, S.114-115) und gebe sie stark verkürzt wieder.

Ein 63-jähriger Patient litt unter hartnäckiger Dyspnoe, die internistischerseits zur Verordnung eines Pumpsprays wegen erstmals im Alter aufgetretenem Asthma behandelt wurde. „Ich muss so schnaufen“ beschrieb er sein Symptom. Über Umwege kam er in die psychosomatische Ambulanz, wo er dem untersuchenden Arzt von einem Beinahe-Unfall unmittelbar vor Eintreten seiner Symptomatik berichtete, bei dem er nur knapp einem ausscharenden Lastwagen entkommen war und „nach Luft ringen musste“. Differentialdiagnostisch konnte eine Phobie und eine Angstneurose ausgeschlossen werden. Er war wegen der Atemnot arbeitsunfähig geworden, weil er seinen Arbeitsplatz nicht mehr mit dem Auto erreichen konnte. In einem *zweiten* Gespräch erwähnte er den plötzlichen Herztod seines besten Freundes, mit dem er sich nach der Pensionierung noch viel vorgenommen hatte, vierzehn Tage vor seinem Beinahe-Unfall. Dem Untersucher stellte sich die Frage, ob der Herztod des Freundes ein Auslöser der

Atemnotsymptomatik sein konnte. Dagegen sprach aber, dass er, was die ausführliche Exploration ergeben hatte, sich gut von seinen Eltern als Kind gelöst hatte und sich angemessen von ihnen verabschieden konnte als sie im Alter an Krankheiten starben. Auch seine Kinder hatte er ihre Wege gehen lassen. Es fehlte ein biographisches Element, das als missing link den Zusammenhang erhellt hätte.

Dieses fand sich im dritten Gespräch, als dem Untersucher aufgefallen war, dass er die Jugendzeit ausgespart hatte. Jetzt konnte ein lang verdrängtes Erlebnis erstmals besprochen werden. Als „letztes Aufgebot Hitlers“ hatte er mit anderen Jugendlichen schlecht bewaffnet aus Schützengräben in einem kleinen Waldstück den feindlichen Panzervormarsch stoppen sollen. Er hatte es zunächst als „Räuber- und Gendarmenspiel“ gesehen, bis die Panzer ihre Schützengräben ein ebneten und sein damals bester Freund vor seinen Augen von einem Panzer zerdrückt wurde, was er (fälschlicherweise) als ein Ersticken erinnerte. Er selbst konnte sich durch Zufall retten und sprach in der Nachkriegszeit nie wieder von diesem Erlebnis.

Der Herztod des Freundes und sein Unfall, bei dem er beinahe von einem Lastwagen zerquetscht worden wäre, hatten das verdrängte traumatische Erlebnis der Jugendzeit wieder belebt und zu der Symptomatik geführt, die sowohl das Ersticken (Entsetzen) als auch das Seufzen (Trauer) symbolisierte. Eine Fokaltherapie erlaubte es ihm, die Asthmamedikamente abzusetzen und wieder arbeitsfähig zu werden.

Zu den Krankengeschichten ist somit die (ZEIT)GESCHICHTE nicht wegzudenken. Erst wenn der Arzt sie mitdenkt, kommt er zu Fragen, die ihn weiterführen.

Zur Bedeutung der Geschichte:

Von den jeweils 70jährigen waren...

- 1980 (die *1910 Geborenen): die Verantwortlichen, Mitbeteiligten des Dritten Reiches oder ihrer Opfer
- 1990 (die *1920 Geborenen): Soldaten im Krieg, als junge Erwachsene betroffen von den Kriegsschäden und -folgen
- 2000 (die *1930 Geborenen): als Kriegskinder Opfer der Bombennächte und Vertreibungen

Gerontopsychosomatische Diagnostik

In den Krankengeschichten 3 handelt es sich um akute psychische Traumaaktivierung, im Fall 2 sogar um eine mögliche iatrogene Retraumatisierung.

In der 1. Fallgeschichte könnte es sich auch um eine **Traumaaktivierung**, einen **neurotischen Konflikt** oder um einen **Aktualkonflikt** handeln. Erst die weitere Exploration der Patientin, die aber nicht möglich war, könnte nützliche Hinweise hierzu erbringen.

Tab. 2

Lebensphase	Psychopathologie		
Sehr alte Erwachsene	Somatisierung eines neurotischen Konfliktes	Somatisierung eines Aktualkonfliktes	Somatisierung infolge Traumaaktivierung
Alte Erwachsene			
Mittlere Erwachsene	?	?	?
Junge Erwachsene			
Adoleszente	Neurotischer Konflikt		Traumatisierung
Kinder			

Typologie akuter psychosomatischer oder psychischer Erkrankungen im Alter (modifiziert n. Heuft 2006, S. 98)

Ein **neurotischer Konflikt** aus der Kindheit kann im Alter unter zwei verschiedenen Aspekten auftreten:

1. als **chronifizierte neurotische Störung**, die im Alter akzentuiert sein kann (z.B. eine chronifizierte Angststörung);
2. als **persistierender neurotischer Konflikt** der erst in der zweiten Lebenshälfte zu Symptomen führt (z.B. eine Herzphobie)

Bei einem **Aktualkonflikt** hat der alte Patient sein Leben ohne größere neurotische Fehlentwicklung gemeistert, gerät jedoch aufgrund von ihm überfordernde Konflikte, teilweise einhergehend mit dem Alterungsprozess, in eine Krise, in der erstmals krankheitsrelevante Symptome produziert.

Bei der **Traumaaktivierung** wie in der Fallgeschichte 3, tritt das nicht verarbeitete Trauma aus Kindheit oder Jugend *erstmal*s beim alten Erwachsenen in Form somatischer Symptome (Somatisierung) auf, die sowohl Ausdruck, als auch Abwehr des Traumas sein können.

Davon abzugrenzen ist die **Retraumatisierung**. Dabei pflanzte sich auf ein vorbestehendes Trauma durch eine Triggersituation ein frisches auf, das hiermit eine strukturelle Ähnlichkeit zum Primärtrauma erhält. Das war im Fallbeispiel 1 der Fall. Der Polizist und der Arzt, die gekommen waren, um ihr zu helfen, reaktivieren möglicherweise Bilder von SS-Uniformen und Arztkittel in Ausschwitz, die mit Zigeunerkindern besonders grausame Experimente veranstalteten.

Etwa 30% der psychischen und psychosomatischen Symptome bei älteren Patienten haben sich erstmalig erst nach dem 60. Lebensjahr entwickelt.

Gerontologische Psychosomatik

Die Alterspsychosomatik rezipiert wie die Allgemeine Psychosomatik bereits bestehenden psychotherapeutischen Konzepte und ergänzt sie um die stärker betonte somatische wie auch gesellschaftlich- historische Dimension (Heuft 2006). Folgende Überlegungen finden Anwendung:

- *Konversion* (Freud): Gemeint ist die Umwandlung seelischer Konflikte in eine körperliche Symptomatik (Konversionsneurose)
- *Ausdruckskrankheiten* (Uexküll): Ursprüngliche seelische Konflikte finden einen sinnbildlichen Ausdruck in der Körpersprache
- Überholt ist die Vorstellung, dass die Erstmanifestation einer psychosomatischen Erkrankung jenseits des 65. Lebensjahres *Manifestationszeitpunkt*: selten sei!
- Es lässt sich eine *Chronifizierung* vorhandener psychosomatischer Reaktionsmuster beobachten.
- Psychosomatische Erkrankungen sind im Alter *weniger spezifisch*.
- *Somato-psychische Einflüsse*: Die Multimorbidität wirkt sich auf das psychische Erleben aus (Junkers, 1995)

Vom Trieb zum Körper

Während im jüngeren Erwachsenenalter die Beschäftigung mit Beruf, Familie und Freunden im Mittelpunkt steht, nimmt im hohen Alter die Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit und geistigen Leistungsfähigkeit einen zentralen Stellenwert ein, wie die Berliner Altenstudie bestätigt. Heuft und Radebold (2006) sprechen daher vom **Körper als Organisator der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens**. In den ersten Lebensjahren wurde die psychische Entwicklung vom Trieb (psychosexuelle Triebentwicklung) angestoßen, die die Reifung des Körpers (endokrin und neuronal) voraussetzt. Parallel entwickelt sich das ICH (reife Ich-Funktionen) und der Narzissmus (Selbst-Regulation) mit zunehmender Internalisierung der Selbst- und Objektrepräsentanzen.

Mit **Vulnerabilität** wird das Risiko des älteren Patienten Psychisch zu erkranken bezeichnet, während seine Schutzfaktoren, die ihn davor bewahren unter dem Begriff der **Resilienz** zusammengefasst werden. Psychosomatisches Er-

kranken ist ein Wechselspiel zwischen beiden Faktoren im Umfeld (Rahmenbedingungen) von Umwelt und Biologie.

Allgemeine und Spezielle Gerontopsychosomatik

Zu den Allgemeinen psychischen Erkrankungen des Alters zählen neben der nur im Alter auftretenden Demenz mit 6-8% die weit verbreitete Depression mit 10% (Gutzmann 2007, S.2), die Angsterkrankungen (Lebensprävalenz 15%), die Zwangserkrankungen (Lebensprävalenz 2-3%), die Dissoziativen Störungen, die Persönlichkeitsstörungen (Lebensprävalenz 7-18%) und Trauma bedingte Störungen. Die näheren Beschreibungen finden sich in der Allgemeinen Neurosenlehre, die hier nicht ausgeführt werden kann.

Zur Speziellen Psychosomatik zählt das gesamte Gebiet der Psychosomatik, wie Essstörungen, Sexualstörungen, Somatisierungsstörungen usw.

Psychotherapie

Die Vernachlässigung der psychotherapeutischen Versorgung für alte Menschen wurde bereits erwähnt. Die psychotherapeutische Behandlung und die psychosomatischen Ansätze zur Behandlung psychisch erkrankter alter Patienten wird in einem eigenen Vortrag dargestellt werden, auf den hier hingewiesen wird.

Eine Besonderheit stellt die inverse Übertragungs/ Gegenübertragungssituation dar. Da der Arzt oft erheblich jünger als sein Patient ist, wird das „klassische“ regressive Übertragungsmuster Patient= Kind, Arzt=Mutter/Vater umgekehrt, was mit möglichen Widerständen von Seiten des Arztes und des Patienten verbunden sein kann.

Patienten, die nach dem Krieg Kinder oder Jugendliche waren, wuchsen oft ohne Vater auf und übernahmen früh Elternfunktion (Parentifizierung) Dieser Mechanismus wird durch das Altwerden und die Übertragungssituation gefördert, wenn nun der Arzt die Rolle des managenden Jugend-Ich zugesprochen wird, der Arzt aber mit seinen eigenen kindlichen Widerstände gegen die Elternfiguren beschäftigt ist.

Zusammenfassung

- 33% der Erwachsenen sind über 60 Jahre
- Mit Erreichen des 60. Lebensjahres können Frauen damit rechnen 83,7, Männer 79,5 Jahre alt zu werden.
- Die Alterspyramide verschiebt sich zunehmend zuungunsten der erwerbstätigen Bevölkerung
- Die psychiatrische Gesamtmorbidität beträgt bei den 65-Jährigen zwischen 20 bis 25 Prozent.
- 27% aller psychisch Kranker erkranken erstmals jenseits des 60. Lebensjahres
- Die psychotherapeutische Versorgung Älterer liegt mit 0,3-0,7 % erheblich unter dem geschätzten Morbiditätsrisiko von 20%.
- Die Suizidrate steigt mit zunehmenden Alter rapide an.
- Die psychosomatischen Krankheitsbilder sind die gleichen wie in der Allgemeinen Psychosomatik, wobei Besonderheiten, die mit dem Alterungsprozess verbunden sind, zu berücksichtigen sind.
- Der Körper ist der Organisator der letzten Lebensphase
- Ohne Vergegenwärtigung der Geschichte wird der Arzt dem Patienten nicht gerecht.

Literaturangaben:

- **G. Goda (1986):** Geriatrische Aspekte der Medizinischen Psychologie. In: Eric Martin, Jean –Pierre Junod. Lehrbuch der Geriatrie., Hans Huber, Bern-Stuttgart-Toronto
- **Hans Gutzmann (2007):** Alte Patienten sind unsere Zukunft. In: In: Der Neurologe & Psychiater, Sonderheft, 2007, 8.Jg. S. 1-2
- **Steffen Häfner, Ute Martens und Stephan Zipfel:** Psychische Erkrankungen im Alter, Häufigkeit und Inanspruchnahmeverhalten. In: Psychiatria, 1, 2007 S. 42-45t
- **G. Heuft (2000):** Gerontopsychosomatik. S.277-279 In: H. H. Studt und E. R. Petzold, Psychotherapeutische Medizin, de Gruyter, Berlin New York, 2000
- **Gereon Heuft und Hartmut Radebold (2003):** Gerontopsychosomatik. In: Uexküll, Psychosomatische Medizin, 6. Aufl., S. 1247-1268 ,Urban & Fischer, München und Jena
- **Gereon Heuft, Andreas Kruse und Hartmut Radebold (2006):** Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, Ernst Reinhardt Verlag München Basel
- **Gabriele Junkers (1995):** Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alters, Schattauer, Stuttgart, New York
- **Walser, Dr. med Thomas (2004)** Salutogenese. From cure to care – von der Pathogenese zur Salutogenese. www.dr-walser.ch, updated 10.10.2004
- **Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V(F),Forschungskriterien. Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort (Hg). Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, 1994**