

13. Curriculums Psychosomatische Grundversorgung, Bad Nauheim,

23.- 25.11.2007

Psychotherapie im höheren Lebensalter  
unter Berücksichtigung der Psychosomatik  
und der Salutogenese

©: 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

# Einleitung

Bis in die 1970er Jahre hin wurden Psychotherapien für über 45 Jährige nicht durchgeführt, weil sie als nicht erfolgreich behandelbar galten. Als Folge der Ergebnisse der Psychotherapieforschung wird die Behandlung der Patienten im Lebensabschnitt 45-60 Jahre Schulen übergreifend wenn auch gegen viele Widerstände und Vorurteile mittlerweile akzeptiert. Erst 1992 wurde durch eine Arbeitstagung „Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie“ erst in Essen, dann in Münster und eine gleichnamige Arbeitsgruppe des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) diese Forschungsfelder als selbstständige Ausrichtungen und Weiterbildungen etabliert (Heuft et al., 2006, S. 209) Heute kommen der Alterspsychotherapie, der Behandlung der Erwachsenen der zweiten Lebenshälfte, also der über 60 Jährigen, zunehmende Bedeutung zu, wobei eine Differenzierung und Ergänzung der bekannten und anerkannten Verfahren notwendig geworden ist.

Durch die demographische Entwicklung gewinnt die Behandlung älterer Menschen zunehmend an Bedeutung. Dies gilt auch und insbesondere für die Behandlung psychischer Störungen. Die psychologischen Erwartungen des betagten Kranken an die Arzt-Patient-Beziehung gehen weit über die übliche emotionale Atmosphäre der medizinischen Behandlung hinaus. Hier kommt der psychologischen Einstellung des somatisch tätigen Arztes, die auch therapeutisch sein kann, eine große Bedeutung zu. Andererseits darf der psychotherapeutisch tätige Arzt oder Psychologe die Bedeutung der begleitenden biologischen und sozialen Bedingungen nicht außer Acht lassen.

Der alte Patient hat ein zwiespältiges Verhältnis zur Arzt-Patienten-Beziehung. Die Mitteilung einer körperlichen Erkrankung kann eine Krankenhauseinweisung zur Folge haben, die er fürchtet. Die zunehmende körperliche und geistige Abhängigkeit kann reaktive depressive Züge nach sich ziehen bis hin zur Suizidalität. Sie beschädigt das Identitäts- und Selbstwertgefühl und ruft Schamreaktionen hervor, wenn die schwindende Gesundheit mit Abwertung verbunden ist. Im Alter werden hohe Ansprüche an die psychische Anpassungsfähigkeit an die Gefühle von Minderwertigkeit, Nutzlosigkeit, affektive Vereinsamung und soziale Isolierung gestellt.(Goda, 1986). Der westlichen Kultur entsprechend bleibt dem Alten nur die Rolle des Kranken, der sämtliche Leiden auf seinen Körper projiziert und dem cartesianisch geprägten Arzt präsentiert, der auf die mehrfache Dimensionen der Botschaft gar nicht vorbereitet ist. Und dazu gehört insbesondere die affektive Dimension des Kontaktes. Sein Heilungs- und Selbstideal führt angesichts von Siechtum und Tod zwangsläufig zu Abwehrverhalten. Die Übertragung der Betagten auf den Arzt als unbewusste Elternfiguren reaktiviert bei diesem ödipale Konstellationen. In der für ihn zunächst unübersichtlichen Gemengelage aus tatsächlichen körperlichen Symptomen und psychosozialer

Problematik, läuft der Arzt Gefahr, auf mechanistischen Behandlungsmethoden zurückzugreifen. Die Vernachlässigung der spezifischen Beziehungsebene zwischen dem Arzt und dem betagten Kranken führt zu einer erheblichen Reduzierung der diagnostischen Gesamtschau und durch die Unterschätzung der stabilisierenden verbalen und psychotherapeutischer Interventionen, zu einer ungewollt insuffizienten Behandlung der alten Patienten.

Eine Abkehr vom weit verbreitetem Defizit- und Defekt-Modell hin zu einem Entwicklungsmodell (Heufft, 2000), das dem Betagten Entwicklungschancen einräumt, eröffnet dem Arzt dagegen ein tieferes Verständnis seiner alten Patienten und verschafft ihm selbst größere berufliche Zufriedenheit.

## Salutogenese (Antonovski)

In der Medizin dominiert der Pathogenetische Ansatz: “Was macht Menschen krank?” Der Leitgedanke ist die Dichotomie *krank versus gesund*. demgegenüber fragt der Salutogenetischer Ansatz: “Was hält Menschen gesund?” Gesundheit wird als *Kontinuum* gesehen zwischen gesund bis krank (“health-ease-disease“ (Brucks 1998). Prävention und Salutogenese dürfen nicht verwechselt werden. Erstere versucht Risikofaktoren zu minimieren, letztere die Gesundheit zu fördern. Das Konzept der Salutogenese führt in der Medizin zu einem Paradigmenwechsel (Brucks 1998, Schüffel 1998):

1. Epidemiologie: Es werden Merkmale von Gesunden untersucht und auf einen gemeinsamen Nenner gebracht. Diesen gemeinsamen Nenner bezeichnet Aaron Antonovski als „**Kohärenzsinn**“
2. Der Krankheitsbegriff wird durch Betrachtung eines Lebenskontinuums von Krankheit und Gesundheit ersetzt.
3. Die Arzt-Patientenbeziehung ändert sich zugunsten einer maximalen Autonomie von Arzt *und* Patient

Das **Kohärenzgefühl** (Sense of Coherence (SOC). Das SOC ist eine grundlegende Lebenseinstellung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß jemand ein alles durchdringendes, überdauerndes und zugleich dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, dass seine innere und äußere Erfahrungswelt vorhersagbar, ist und eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich die Angelegenheiten so gut entwickeln, wie man vernünftigerweise erwarten kann“.

lässt sich in seinen drei Dimensionen beschreiben:

- Dimension 1: Comprehensibility (Verstehbarkeit; kognitiver Aspekt) beschreibt als kognitives Verarbeitungsmuster die Fähigkeit von Menschen, bekannte und auch unbekannte Stimuli als geordnete, konsistente, strukturierte Informationen verarbeiten zu können.

- **Dimension 2: Manageability** (Handhabbarkeit; praktischer Aspekt) beschreibt als kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster die Überzeugung eines Menschen, dass er geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen – wozu auch der Glaube an die Hilfe anderer Menschen oder einer höheren Macht zählt
- **Dimension 3: Meaningfulness** (Sinnhaftigkeit; emotionaler Aspekt) beschreibt das Ausmaß, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet. Dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich Ihnen verpflichtet, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind, als Lasten, die man gerne los wäre. (Walser 2004; Schüffel 1998, Schmid-Neuhaus 2003)

Je höher das Sense of Coherence (SOC) /Kohärenzgefühl ist, desto flexibler reagiert ein Mensch auf Anforderungen und umso besser ist sein Gesundheitszustand, bzw. seine Fähigkeit zur Genesung. Das Sense of Coherence (SOC) /Kohärenzgefühl entwickelt sich in der Kindheit und Jugend und verfestigt sich im Erwachsenenalter ab etwa 30 Jahren. Eine spätere Veränderung erfordert eine kontinuierliche therapeutische Arbeit.

Dem Konzept der Salutogenese kommt bei der Betrachtung der Ressourcen, die ein erkrankter älterer Patient zur Verfügung hat, um altersbedingte Anforderungen und mitunter Überforderungen zu bewältigen, große Bedeutung zu. Dies gilt sowohl für die ärztliche Behandlung Betagter im Allgemeinen wie für die psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen mit psychisch relevanten Erkrankungen im besonderen.

Bevor die psychotherapeutische Behandlung alter Patienten dargestellt wird, sollten folgende Begriffe kurz voneinander abgegrenzt werden:

## Begriffsbestimmung

- **Geriatric** ist die medizinische Lehre von Diagnostik und Krankheiten im Alter.
- **Gerontopsychiatrie** ist die medizinische Lehre von den seelischen Krankheiten älterer Menschen.
- **Gerontopsychosomatik** ist die Krankheitslehre, die psychischen Prozessen bei der Entstehung körperlicher Leiden älterer Menschen eine wesentliche (kausale) Ursache beimisst. (mod. nach Junkers, 1995)

# Epidemiologie

- 57% der Praxiskontakte der über 65 Jährigen entfallen auf den Allgemein-  
arzt.
- Der Allgemeinarzt verwendet 44% seiner Zeit mit Patienten dieser Alters-  
gruppe. (Junkers, 1995)
- 20,1 % der stationär behandelten Patienten eines Geriatrischen Akutkran-  
kenhauses hatten einer Studie zufolge psychogene Störungen unter Aus-  
schluss einer psychotischen, dementiellen oder Suchterkrankung. Davon  
hatten 1/3 die psychogene Symptomatik erst im Alter und seit maximal  
einem Jahr entwickelt (Heuft; 2000)
- Knapp die Hälfte der Suizidtote 2003 >60J, größte Gruppe waren die >80J  
(Fiedler 2005)
- Die Prävalenzrate für neurotische, psychoreaktive, psychosomatische Stö-  
rungen einschließlich Charakterstörungen beträgt 10,2 -10.8% (Heuft und  
Radebold, 2003, S. 1260)

## Symptomatik

An hand von drei ausgewählten Bereichen, die in der Psychotherapie zur Spra-  
che kommen können, Sexualität, Schmerzen und Selbstwahrnehmung, soll hier  
exemplarisch gezeigt werden, wie die Datenlagen zu diesen Bereichen für die  
Symptomentwicklung Älterer zu bewerten ist.

### **1. Sexualität**

- Nach einer deutschen Studie mit 450 Personen über 60 Jahre bejahen 2/3  
der 61-70 Jährigen und 1/3 der über 70 Jährigen eine aktive Sexualität,  
wenn ein fester Partner vorhanden ist (Brähler et al, 1994 zit. nach Heuft 2000)
- Nach einer Studie in der Schweiz mit 641 Männer und 857 Frauen von 49  
– 91 Jahre gab sich die Mehrheit der Befragten mit ihrer Sexualität zufrie-  
den. Zwischen den hohen Erwartungen und der Wirklichkeit klafft eine  
Lücke. Gefragt wurde nach psychosozialen Ressourcen und Belastungen  
für das sexuelle Interesse und die sexuelle Zufriedenheit. Soziale Fakto-  
ren, Gesundheit und personale Ressourcen erwiesen sich als wenig aussa-  
gekräftigt für die sexuelle Aktivität (Buchner et al. , 2003)
- Der postulierte Zusammenhang von Gesundheit und sexueller Funktion  
aus früheren Studien (z.B. Vorwoerdt und Pfeiffer, 1969, zit. n. Heuft, 2000) der

klassischen gesundheitspsychologischen Annahmen lässt sich durch neuere Studien nicht bestätigen.

## 2. Schmerz:

- 83% der über 60 Jährigen geben zwischen 2 bis 4 Regionen mit starken bis sehr starken Schmerzen an.
- Es bestand in Untersuchungen kein Zusammenhang zwischen Schmerzerleben und psychogener Erkrankung.
- Die Patienten waren nicht weniger zufrieden oder niedergeschlagen. Durch Betonung des Geleisteten oder im Bemühen um Verbesserung der Situation zeigten sie effektive Copingstrategien.

## 3. Selbstwahrnehmung

- Der körperliche Verfall beeinflusst das Zeiterleben. Der somatische Alterungsprozess ist demnach der **Organisator** der zweiten Lebenshälfte, der mit einer veränderten Wahrnehmung des Körpers und seiner Funktion einhergeht.
- Erforderlich ist für den Diagnostiker hierzu einerseits die kognitive Verarbeitung der körperlichen Veränderung und gleichzeitig den
- Narzisstischen Umgang mit der veränderten Leiblichkeit zu berücksichtigen (Heuft, 2000)

# 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)

# Diagnostik

- Nur eine Diagnostik, die immer die psychische und soziale Dimension, d.h. die Biographie des alten Patienten berücksichtigt, wird diesem - mit oder ohne Multimorbidität - gerecht.
- Die ärztliche Haltung des aktiven Zuhörens, der biographischen Anamnese und der offenen Gesprächsführung sind hierzu die besten Instrumente.
- Hierzu gilt es, auf Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand zu achten.

Bei der therapeutischen Beziehung zu Älteren ist von Anfang an auf die veränderte Altersrelation zu achten, die eine **umgekehrte** Übertragungskonstellation bedingt. Unbewusst überträgt der ältere Patient auf den jüngeren Therapeuten die schützende Eltermimagine und möchte bewusst nicht mit ihm als aus seiner Sicht „Lebensunerfahrenen“ seine Probleme besprechen. Dieser Umstand erfordert vom Therapeuten sich bei der Behandlung von älteren Patienten auf diese Besonderheiten einzustellen (Heuft 2000, S. 223)

# Psychotherapie

Bei der psychotherapeutischen Behandlung älterer Patienten ist festzuhalten, dass

- über 60 Jährige mit 0,2- 0,6 % in der psychotherapeutischen Behandlung unterrepräsentiert sind;
- demgegenüber der Bedarf an psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung bei 23 % (Heuft, 2000) bzw. 19% in der Gruppe der 50 – 65 jährigen liegt (Junkers, 1995)

Die realistische Zielsetzung eines Psychotherapieziels Älterer erfordert große klinische Erfahrung. Ein Therapieplan ist erforderlich. Die Motivation und kognitiven Voraussetzungen sind zu prüfen. Als Ziele der Psychotherapie Älterer lassen sich definieren:

- Akute Belastungen und Krisen bewältigen helfen;
- Optimale körperliche und seelische Gesundheit wiederherzustellen;
- auf umschriebene (psychosoziale) Ziele zu fokussieren;
- die Förderung von Ressourcen zu betonen.

Für den Erfolg einer Psychotherapie ist weniger das Alter als vielmehr der Krankheitsbeginn (cave Chronifizierung!), Möglichkeiten der Verarbeitung (Ressourcen), der Gesundheitszustand (Rollstuhl, Bettlägerigkeit, AZ) und das soziale Umfeld (isolierte Arme, Suchtkranke). Bei der Psychotherapie, die prinzipiell altersungebunden ist, ist dennoch folgendes zu berücksichtigen:

- erhöhte soziale Vulnerabilität
- veränderte körperliche Gegebenheiten
- veränderte Fähigkeiten zur Adaptation
- Multimorbidität
- Neigung zur Chronizität
- „verschwommene Krankengeschichten“ (n. Hirsch 2007, S. 26)

### **Psychotherapeutische Verfahren**

An psychotherapeutischen Verfahren kommen alle auch bei jüngeren Erwachsenen eingeführte Verfahren infrage, die kursorisch erwähnt werden sollen.

#### Psychoanalytische Verfahren

Diese Verfahren eignen sich, wenn ein neurotischer Kernkonflikt erst in der zweiten Lebenshälfte manifest wird oder sich ein psychodynamisch wirksamer Aktualkonflikt herausarbeiten lässt oder früher erlebte Traumatisierungen (PTSD) im Alter reaktiviert werden oder aktuelle und familiäre intergenerative Konflikte bestehen oder die psychische Verarbeitung organisch bedingter somato-psychischer Störungen angegangen werden soll. Dabei sind multigenerationelle Übertragungsmuster auf verschiedenen Zeitebenen (sog. inverse Übertragung) zu beachten.

#### Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (psychoanalytische Kurz- oder Fokalthherapie)

Das Verfahren eignet sich, wenn vorbewusste Konflikte bearbeitet werden sollen oder ein Aktualkonflikt (bewusstseinsnaher, emotional wichtiger, aber unlösbarer Konflikt) oder eine reaktivierte PTSD durchgearbeitet werden.

#### Psychoanalytische Gruppentherapie

Die Gruppentherapie wurde in den 60er und 70er Jahre für ältere Patienten vorgeschlagen, als man die Einzeltherapie noch für obsolet hielt. Die Gruppe hat den Vorzug, dass die oft vereinzelt Patienten ihre Erfahrungen mit Gleichaltrigen austauschen können. Die Indikation wird bei Selbstwertproblematik und bei der Trauererfahrung gesehen.

#### Stationäre Psychotherapie

Die stationäre Psychotherapie kommt bei sehr starkem Leidensdruck mit möglicher Suizidalität oder bei Verschlimmerung einer psychischen Symptomatik infrage.



### Verhaltenstherapeutische (kognitiv-behaviorale) Psychotherapie

Diese Verfahren sind symptom- und ressourcenbetont. Bislang sind keine spezifischen Konzepte für alte Patienten entwickelt worden. Zu diesen Verfahren zählen das Operante Konditionieren, das Realitätsorientierungstraining, das Selbstsicherheitstraining, die Kognitive Verhaltensmodifikation sowie die Systematische Desensibilisierung

### Paar- und Familientherapie

Diese Verfahren kann bei Paar, Sexualitätsproblematik und bei Familienkonflikten Anwendung finden.

### Humanistische Psychotherapien

Bei der *Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* wird keine Behebung des Symptoms angestrebt. Dieses Verfahren ist im nichttherapeutischen Bereich, z.B. in der Pflege, empfehlenswert. Mancherorts wird die Gestalttherapie als Behandlungsform im Hier und Jetzt ohne Übertragungsbearbeitung und mit engem Anwendungsspielraum angewandt.

### Entspannungsverfahren

Im ambulanten Bereich haben sich das *Autogenes Training* und die *Progressive Muskelentspannung* nach Jacobson bewährt.

### Musiktherapie

Neuere Ansätze setzen Musiktherapie bei alten und dementen Patienten ein, wobei die Emotionalität zur Förderung des Altgedächtnisses ausgenutzt wird und der Takt der Musik als Ersatzzeitstruktur für Verarbeitungsprozesse im Gehirn nutzbar gemacht werden kann (Wagner 2007)

In Ausnahmefällen ist eine medikamentöse Zusatzbehandlung zu erwägen. In seltenen Fällen kommen die bisweilen zu häufig verordneten Psychopharmaka infrage, bei starker Depressivität können unter entsprechenden Kautelen Antidepressiva verabreicht werden.

## Literaturangaben:

- **Ursula Brucks, Wulf-Bodo Wahl, Wolfram Schüffel (1998):** Die Bedingungen für Veränderung erkennen: Salutogenese in der Praxis. In: Schüffel et al (Hrg) Handbuch der Salutogenese: Konzepte und Praxis, Ullstein Medical, Wiesbaden S. S. 37-47
- **Thomas Bucher, Rainer Hornung, Claus Buddenberg (2003):** Sexualität in der zweiten Lebenshälfte. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*; Heft 3, 16.Jg., September 2003, S. 249-270, Thieme Verlag Stuttgart
- **G. Fiedler (2005):** Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention in [dgpalliativmedizin.de](http://dgpalliativmedizin.de) 31.10.2005
- **G. Goda (1986):** Geriatriische Aspekte der Medizinischen Psychologie. In: Eric Martin, Jean –Pierre Junod. Lehrbuch der Geriatrie., Hans Huber, Bern-Stuttgart-Toronto
- **G. Heuft (2000):** Gerontopsychosomatik., S. 277 bis 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
- **Hirsch, Rolf D. (2007)** Psychotherapie hilft alten Menschen In: Der Neurologe & Psychiater, Sonderheft, 2007, 8.Jg. S. 26-29
- **Gabriele Junkers (1995):** Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alters, Schattauer, Stuttgart, New York
- **Schmid-Neuhaus (2003)** Salutogenese als Therapiemöglichkeit. Interview. [BR-online.de](http://BR-online.de), 22.05.2003.
- **Schüffel, Brucks , John (Hrsg.) (1998):** .Lehrbuch der Salutogenese, Ullstein, Wiesbaden,
- **Schüffel, Wolfram (1998)** Traum, Gesundheit und Ressourcen – Bilanz einer neun-jährigen Konzeptarbeit mit Helfern in Katastropheneinsätzen In: Schüffel et al (Hrg) Handbuch der Salutogenese: Konzepte und Praxis, Ullstein Medical, Wiesbaden S. 197 –214
- **Schüffel, Wolfram (1998)** Kommentar zum Arzt-Patienten-Gespräch. In: Schüffel et al (Hrg) Handbuch der Salutogenese: Konzepte und Praxis, Ullstein Medical, Wiesbaden S. 387-388

- **Wagner, Béatrice (2007)** Musiktherapie- Wie Sie über die Emotionalität das Altgedächtnis anregen. In: Der Neurologe & Psychiater, Sonderheft, 2007, 8.Jg. S. 6-7
- **Walser, Dr. med Thomas (2004)** Salutogenese. From cure to care – von der Pathogenese zur Salutogenese. [www.dr-walser.ch](http://www.dr-walser.ch), updated 10.10.2004