

Aspekte der Altersforschung aus psychotherapeutischer Sicht

Dipl. Psych. Gertrud Corman-Bergau

1. Grundlagen der psychologischen Altersforschung

Die Psychotherapie älterer Menschen und alter Menschen rückt zunehmend in den Fokus der Versorgung und der Versorgungsforschung.

Zunächst ist festzustellen, dass in einschlägigen Publikationen der Altersforschung nicht von einer einheitlichen Lebensphase Alter auszugehen ist. Große interindividuelle Unterschiede sind ein zentrales Ergebnis psychologischer, medizinischer und soziologischer Befunde. (Lehr 2007)

Zugleich ist es vor dem Hintergrund der Forschungsbefunde gerechtfertigt, von einer dritten, (zwischen 60-80 Jahren) und vierten Lebensphase (älter 80) auszugehen.

Hier gilt es, das Augenmerk sowohl auf Gesichtspunkte des psychisch gesunden Alterns wie auf das Scheitern eines für den Betroffenen guten Prozesses des Alterns zu legen. Die Bedingungen, unter denen im hohen Alter Lebenszufriedenheit dominiert, sind dabei Gegenstand der Forschung. Hieraus können dann auch Schlüsse gezogen werden, welche Faktoren eine günstige und weniger günstige auf das seelische Erleben eines Einzelnen haben können.

Entwicklung findet in Stufen und eher zyklisch in Phasen statt. Das Alter stellt somit keine Ausnahme dar, sondern ist eine von vielen Stufen im Leben eines Menschen. Die meisten Stufen werden vorbereitet oder ausgelöst durch innere Reifungsprozesse, die entsprechend häufig auch von äußeren Rahmenbedingungen, die sich verändern, begleitet und unterstützt werden. Wir alle kennen die Schulreife oder den Beginn der Pubertät über körperliche Veränderungen. Es gibt auch Stufen, die lebensgeschichtlich weniger festgelegt sind und eher individuelle Lebenszyklen einschreiben, so ist beispielsweise Elternschaft ein möglicher, kein notwendiger Schritt im Leben eines Menschen. Auch der Zeitpunkt für die Zeugung von Kindern ist nicht festgelegt. Kommt es zu Schwangerschaft und Geburt, bedeutet dies für beide Eltern den Beginn eines neuen Lebensabschnitts.

Jede dieser Phasen wird eingeleitet und bedeutet für das betroffene Individuum, dass durch die Schwellensituation eine erhöhte Verletzbarkeit für psychische Krisen vorliegt, die auch eine Chance für Neuanpassung und Veränderung sind.

Das Alter gehört wie die Pubertät zu den unumgänglichen Phasen. Wann und wie es beginnt, ist zum einen markiert durch gesellschaftlich mehr oder minder festgelegte Daten wie Pensionierung, Berentung und zugleich ist es jedoch, zumal der Übergang ins hohe Alter, von dem hier überwiegend die Rede ist, höchst individuell.

2. Psychische Erkrankungen im höheren Alter

Allgemein gilt, dass das Zusammenspiel von Vulnerabilität, Rahmenbedingungen sowie Resilienz ergeben, ob ein Krankheitsrisiko hoch oder weniger hoch ist.

Ein alter Mensch hat durch das „Überleben“ vieler Jahrzehnte zunächst einmal erwiesen, dass er sich in den vorausgegangenen Lebensphasen hinreichend mit den o.g. Faktoren auseinandersetzen konnte.

Hierzu gehörte für nicht wenige alte Menschen, dass sie in der Vergangenheit die Bewältigung von psychischen Krisen und auch manifesten psychischen Erkrankungen bewältigt haben.

Psychische Ersterkrankung jenseits des 60. Lebensjahres sind ein Gebiet, welches bisher wenig beforscht wurde. Auf einen empirischen Befund möchte ich hinweisen, gibt er doch möglichen Hinweis auf präventive Maßnahmen in der Zukunft: in einer Kohortenstudie zeigten Franz et al (1999) auf, dass ein Fehlen des Vaters in den ersten sechs Lebensjahren das Risiko einer psychischen Erkrankung signifikant erhöhen kann. Interessant an diesem Befund war, dass die Erkrankung erst jenseits des 60. Lebensjahres auftreten kann, d.h. dass das Fehlen des Vaters über viele Jahrzehnte kompensiert werden konnte und erst im höheren Alter sich in einer Erkrankung äußerte. Ähnliches kennt man ja auch von der Erinnerung und Überwältigung durch erlebte Kriegs- Traumata.

Eine weitere Fragerichtung könnte sein: Knüpft eine Erkrankung an Vorerfahrungen an und kann sie in früheren Lebensjahren bereits vorhergesagt und damit auch präventiv bearbeitet werden?

Dies sind Fragerichtungen, die in den Vordergrund der Altersforschung rücken und u.a. die Frage darauf richten, ob psychotherapeutische Interventionen auf diese Altersgruppe speziell angepasst werden müssen.

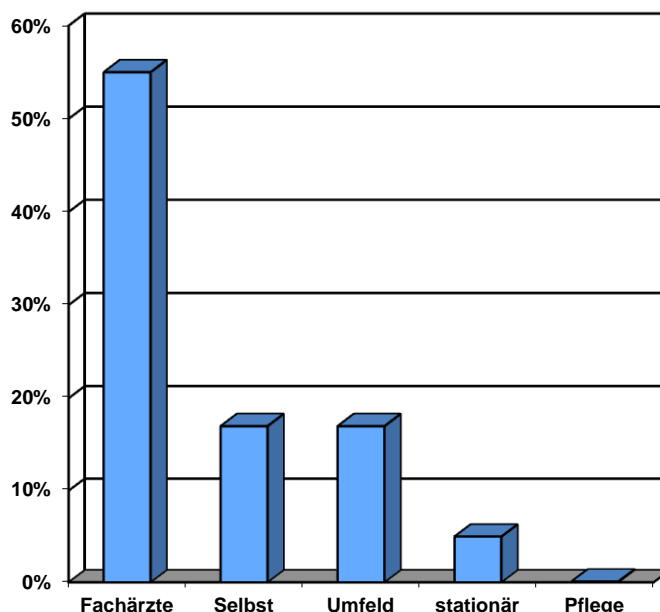
Die Bewältigung von Konflikt- und Krisensituationen, welche im angefragten Zusammenhang besonders interessiert weist im Alter eine Veränderung gegenüber jüngeren Menschen auf: auf Konfliktsituationen reagieren sie eher mit kognitiver Umstrukturierung und vermehrter Impulskontrolle. Es dominieren Prozesse der Akkommodation, der Anpassung persönlicher Präferenzen an situative Gegebenheiten gegenüber assimilativen Prozessen, der Veränderung situativer Gegebenheiten an persönliche Präferenzen.

Diese Fähigkeit wird in der Regel auch als Erwartung an ältere Menschen gestellt, dass sie sich Gegebenheiten anpassen und beispielsweise Verlustsituationen hinnehmen oder sich in Situationen von Hilflosigkeit angebotenen Hilfsmaßnahmen nicht entziehen. Wer das aus inneren Gründen nicht vermag, kann in einer solchen Situation in eine tiefer gehende Krise geraten, die u.U. zur Dekompensation des Lebenswillens führen kann.

3. psychotherapeutische Versorgungssituation ältere Menschen

In Niedersachsen liegen uns meines Wissens noch keine empirischen Befunde zur psychotherapeutischen Richtlinienversorgung älterer Menschen vor. Im Jahr 2005 hat die Berliner Kammer der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen veröffentlicht, aus der ich einige Befunde herausgreifen werde. Die AOK Berlin hat die Daten aller Menschen älter als 65 Jahre mit Diagnose einer psychischen Störung in den Quartalen 1. und 2. 2004 zur Verfügung gestellt. 78,3% der Diagnosen wurden von Arztgruppen festgestellt, die nicht PP, Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, Neurologie oder Psychiatrie waren. Insgesamt entfiel auf diese Gruppe eine deutlich geringere Anzahl von spezifischen psychotherapeutischen Interventionen als es nach der Diagnosestellung zu erwarten sei. Es gab 596.642 Diagnosen und 3712 abgerechnete psychotherapeutische Leistungen (erbracht von Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Fachärzten für Psychotherapie) für diese Gruppe.

Bei Untersuchung der Praxen von PP ergab sich, dass der Anteil älterer Menschen in der Behandlung insgesamt ansteigend ist, eine deutliche Mehrheit weiblicher Patientinnen mit 79,7% vorliegt und zudem die Gruppe der über 80 Jährigen mit 1,4 % so gut wie nicht als Patienten in den psychotherapeutischen Praxen vorkommen.



Die Zugangswege zur Psychotherapie wurden überwiegend über Facharztpraxen und Allgemeinpraxen geebnet (55,9%) 17% suchten von sich aus psychotherapeutische Behandlung auf, 17% kamen auf Empfehlung aus ihrem Umfeld. Aus stationärer psychiatrischer Versorgung kamen 5 %, hingegen aus Krisendiensten, Pflegeeinrichtungen und andere Einrichtungen der Altenbetreuung kam es zu keiner Vermittlung. Insgesamt wurde deutlich, dass eine Verbesserung der Zusammenarbeit der verschiedenen Einrichtungen wünschenswert sei.

In der Region Hannover ist wie in anderen Regionen der Republik das Bündnis gegen Depression, in der auch die PKN vertreten ist, mit einer Arbeitsgruppe tätig, die sich speziell mit Depression älterer Menschen befasst. Hier wird der Versuch unternommen, hochspezialisierte und niedrigschwellige Angebote zu vernetzen und einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

In der nächsten Zeit sind eine Fülle von Fortbildungen seitens der Psychotherapeutenkammern und Fachverbände zum Thema der Alterspsychotherapie geplant. Diese dienen neben der Fortbildung der in diesen Bereichen schon Tätigen auch Anregungen für Neueinsteiger in diesem Gebiet und der Rekrutierung versorgungsrelevanter Forschungsprojekte, die den Bereich der Praxis mit den Universitäten vernetzen kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Situation der psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen in den Fokus der Aufmerksamkeit rückt, die Akzeptanz, dass auch ältere Menschen ein Recht auf Behandlung in diesem Bereich haben, steigt. Die Neurowissenschaften haben erwiesen, dass ein Dazulernen und Bewältigen psychischer Problem bis ins hohe Alter möglich ist und auch psychotherapeutische Interventionen bei älteren Menschen gute Behandlungserfolge erzielen können (Maercker, 2003).

4. Zur Suizidalität

Aufgrund der in diesem Symposium mehrfach gestellten Fragerichtung nach Suizidalität möchte ich einige Hinweise geben.

Man kann bei der Suizidalität Situationen unterscheiden, in denen professionelle Helfer mit Problemen der Diagnostik und Risikoeinschätzung konfrontiert sind.

- **Krisenintervention bei Vorliegen einer manifest geäußerten Selbsttötungsabsicht**
- **Suizidgedanken nach – scheinbarer- Bewältigung einer akuten Krise: z.B. nach einer Phase stationärer und/oder medikamentöser Therapie**
- **Suizidgedanken im Rahmen einer längeren psychischen Erkrankung**
- **Suizidalität ausgelöst durch eine somatische Krankheit, die als unheilbar gilt bzw. so erlebt wird**

In seinem Buch Suizidal beschreibt Jürgen Kind sehr genau die Beziehungssituation für Menschen, die in suizidalen Krisen stehen und hilft, Schlussfolgerungen für die Risikoeinschätzung anhand konkreter Parameter zu finden.

Für ihn geht Suizidalität immer mit einem erlebten Verlustleben einher, welches vom Betreffenden als unerträglich wahrgenommen wird. Dies kann der Verlust eines konkreten Menschen sein, kann sich ebenso auf innere „Objekte“ beziehen wie der Verlust von

Sicherheit oder dem Erleben von Selbstwirksamkeit. Die Erfahrung von unerträglich gefühlter Ohnmacht oder Hilflosigkeit spielt ebenso eine Rolle wie Erlebnisse von Versagen.

Deutlich wird, dass das subjektiv empfundene Ausmaß der Bedrohung und das Erleben, keine Bewältigungsstrategien zu haben, zentral ist. Assimilations- und Akkommodationsvorgänge können nicht genügend mobilisiert werden.

Er weist darauf hin, dass die Tendenz, einem Menschen in einer solchen Situation besonders viel oder überhaupt etwas anbieten zu wollen, genau reflektiert werden muss. Denn ein zentrales Thema vieler Suizidenten ist, dass sie sich als jemand erleben, der nicht aktiv eine Beziehung von sich aus gestalten kann und das grundlegende Gefühl für die Wechselseitigkeit einer Interaktion verloren hat und sich einseitig als passiv, hilflos und ohnmächtig erlebt.

Der Suizid wird dann als aktive Handlung antizipiert, die eine Rettung aus der erlebten Ohnmacht und Hilflosigkeit darstellt.

Je stärker das Ringen des Betreffenden nach außen dringt, d.h. unter Umständen je „anstrengender und schwieriger“ der Kontakt sich gestaltet, desto mehr Hoffnung auf Beziehung besteht im Patienten, das heißt umgekehrt auch, dass es innere Positionen der Abgeklärtheit und des Rückzuges gibt, die durch Interventionen von außen nicht (mehr) zu erreichen sind. Hier ist das Risiko des realen Suizids besonders hoch.

Schematisch stellt er drei Typen/Stadien der Suizidalität dar, anhand derer Risikoeinschätzung möglich ist:

Form d Suizidalität	interaktionsreich	interaktionsarm	pseudostabil
Innere Objekte	bedroht	aufgegeben	entwertet
Interaktion	heftig, Kampf	gering	Scheinbar ungetrübt
Hauptaffekte	Verzweiflung Enttäuschung	Apathie Resignation	Gelassenheit
Empfinden des Gegenübers	Ohnmacht Wut Schuld	Überflüssigsein, Sorge	Erleichterung Skepsis
Eigenwahrnehmung	Rachegefühle	Innere Leere	Kein Gefühl Ruhe
Grad d. Suizidalität	Dyston, bündnisfähig	Bedroht synton zu werden	Synton, kaum abwendbar

Das Phänomen Suizid im Alter ist neben anderen Fragestellungen sicher eine wichtige Fragerichtung. Ob das Phänomen Alterssuizid angesichts des demografischen Wandels noch an Bedeutung gewinnen wird, wird sich zeigen. Grundsätzlich ist es angesichts einer vergleichsweise hohe Suizidrate älterer Menschen über Ursachen und Behandlung nachzudenken und geeignete Maßnahmen der Prävention bereit zu stellen.

Hier benötigen wir Ergebnisse der psychologischen Altersforschung; es geht um Fragestellungen, ob ältere Menschen anderer psychotherapeutischer Interventionen bedürfen und wie es einen besseren Zugang zur Psychotherapie geben kann.

Hausarztmodelle und Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen mag da ein Beginn sein. Jedoch die Untersuchung der Motivation, um Hilfen aufzusuchen oder gerade zurückzuweisen ist eine wesentliche Größe in diesem Zusammenhang. Die genaue Darstellung und Differenzierung suizidaler Krisen und resultierender Schwierigkeit im Behandlungsprozess ist ebenfalls zu leisten.

Die Tatsache, dass in den beschriebenen Lebensphasen die Suizidrate gegenüber anderen Lebensaltern deutlich erhöht ist und dass diese bei Männern nahezu dreimal so hoch ist wie bei Frauen, lässt Hypothesen über Ursachen zu, die jedoch vor genauer Überprüfung und differenzierten Untersuchungen nicht ausreichend zu beantworten sind.

Wir können davon ausgehen, dass Menschen auch in höherem Alter ihre Zukunftsperspektive in die Hand nehmen und neue eigene Ziele verfolgen, die dann auch das Erleben der Endphase des Lebens sich auswirken werden.

Alle seitens der Gesellschaft gemachten Angebote sollten darauf hin überprüft werden, dass sie das Erleben einer Wertigkeit und eines Sinnes für denjenigen, der sie nutzen soll erhöhen kann. Ein Angebot, welches nur fürsorglich, aufbewahrenden Charakter hat, ist für die Prävention von Suizid eher kontraproduktiv, denn gerade solche Angebote können das unerträgliche Erleben der eigenen Nutzlosigkeit, der Einbahnstraße in der Kommunikation eher fördern.

Solche unmittelbar stützenden Hilfsangebote mögen gut geeignet sein für Menschen die einen positiven Zugang zu ihren Versorgungsbedürfnissen und zur eigenen Passivität haben.

Hannover den 8.11.2016

Verwendete Literatur:

W. Dörmann: therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten, Pfeiffer 1998

M. Franz, et al : Wenn der Vater fehlt...: Zschrft psychosomatische Medizin 45, S. 260-278 1999

W. Görgen, U. Engler: Ambulante psychotherapeutische Versorgung psychosekranker und ältere Menschen in Berlin, Hüthig 2005

G. Heuft, A. Kruse, H. Radebold: Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie , Reinhard UTB 2006

J. Kind: Suizidal Vandenhoeck und Ruprecht Göttingen 1992

A. Kruse: Psychologische Veränderungen im Alter in: Kuhlmei/Schaeffer, Alter, Gesundheit und Krankheit Huber Hogrefe AG 2008

U. Lehr: 2007 in Psychologie des Alterns, 12. Auflage Wiesbaden; Quelle & Meyer

A. Maercker, Alterspsychotherapie, Aktuelle Konzepte und Therapieaspekte, Psychotherapeut 48, 2003 S. 132-149