

Alterspsychosomatik

Therapiekonzept





IMPRESSUM

Herausgeber:

Psychosomatische Klinik der RHÖN-KLINIKUM AG Kurhausstraße 31, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Redaktion und Textverarbeitung:

Dr. phil. Lothar Schattenburg, Burkhard Bingel, Prof. Dr. med. Martin Siepmann, Dr. med. Dagmar Stelz

Gestaltung und Satz:

MainKonzept, Berner Straße 2, 97084 Würzburg, www.mainkonzept.de

Bildnachweis:

RHÖN-KLINIKUM AG

Druck:

kraus print u. media GmbH & Co. KG, Am Angertor 11, 97618 Wülfershausen im Dezember 2016

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

THERAPIEKONZEPT DER PSYCHOSOMATISCHEN KLINIK BAD NEUSTADT

Alterspsychosomatik

INHALTSVERZEICHNIS

5 EINLEITUNG

6 ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE

EINFLUSSFAKTOREN

- 7 Gesellschaftliche und sozialpsychologische Einflüsse
- 8 Soziologische und Bildungseinflüsse

WISSENSCHAFTLICHE ERKENNTNISSE

- 9 Wissenschaftliche Erkenntnisse
- 10 Zeitgefühl beim Altern
- 10 Individuelle Herausforderungen der Patienten 60+
- 11 Psychotherapeutische Unterversorgung älterer Patienten

THERAPIE

- 12 Themen dieser indikativen Gruppe
- 13 Ziele der Gruppe
- 13 Supportive Maßnahmen
- 13 Indikation und Modus der Zuweisung der Patienten

14 LITERATURVERZEICHNIS

EINLEITUNG

"Alter könne die beste Zeit sein, die ein Mensch je hat." (Fromm, 1966)

"Wir wollen uns doch nicht aufschwatzen lassen, das Alter sei nichts wert." (Hesse)

Seit 1975 ist die Alterspsychosomatik ein Behandlungsschwerpunkt in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt. Wir bieten eine indikative Gruppe an, die wir **Psychotherapie des Alterns** (**PA**) nennen. In dieser Gruppe werden Patienten ab 60 + überwiesen. Spezifische Belastungen, denen sich die Patienten ab 60 + ausgesetzt sehen, werden in dieser Gruppe fokussiert.

Diese Gruppe findet zweimal wöchentlich statt à 50 Minuten mit maximal zwölf Patienten. In der Regel mindestens vier-, höchstens achtmal. Therapeutisch wird in dieser Gruppe integrativ gearbeitet, d. h. es kommen Elemente der Informationsvermittlung, psychodynamische und verhaltenstherapeutische Aspekte zum Tragen.



ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE

Entwicklungspsychologie der Lebensspanne

Die Beschäftigung mit dem Altern ist hoch aktuell. Wir sprechen vom Anti-Aging (Jacobi et al. 2005). Die Stimmung ist die, das Altern möglichst hinauszuzögern. Im Folgenden werden einige Argumente dafür aufgelistet. Das psychologische Altern mag sich verändern, das biologische Altern kann nicht aufgehalten werden. Jedoch sind ältere Menschen biologisch heute jünger als früher.

Die moderne Entwicklungspsychologie spricht von mehreren Lebensphasen. Die frühere Einteilung in drei Lebensphasen: früheres, mittleres und älteres Alter ist heute nicht mehr aktuell. Heute spricht man in der Entwicklungspsychologie von mindestens 6 Phasen, wobei die Phaseneinteilung natürlich willkürlich ist: Kindheit, Jugend, mittleres Alter, mehrere Phasen des Alterns mit früher Phase (60-70 Jahre), mittlerer Phase (70-75) und späte Phase des Alterns (ab 75 Jahren). Diese Einteilung hat mit der demographischen Entwicklung zu tun. Frauen haben in unserem Kulturkreis eine Lebenserwartung von 83 Jahren, Männer von 78 Jahren. Die Zahl der Jugendlichen veränderte sich bis 2010 von 17,7 auf unter 10 Millionen und die Zahl der über 80-Jährigen verdreifachte sich. Jedes zweite kleine Mädchen hat heute eine Lebenserwartung von 100 Jahren, jeder zweite kleine Junge von 95 Jahren (Zahlen nach Schirrmacher, 2004). Welchen Einfluss die aktuelle Flüchtlingskrise auf die Demographie nehmen wird, ist im Moment nicht zu berechnen.

EINFLUSSFAKTOREN



Gesellschaftliche und sozialpsychologische Einflüsse

Die Patienten 60+ sehen sich neben individuellen Belastungsfaktoren auch mannigfaltigen gesellschaftlichen Einflüssen ausgesetzt. Wir werden alle älter, die demographische Entwicklung hat Einflüsse auf die Psychosomatik des Alterns, biographische Selbstbilder unterliegen gesellschaftlichen Einflüssen und das Bild vom Altern hat sich grundlegend geändert. Die Alterspsychologie hat gezeigt, dass die heutige Generation ein ganz anderes, positiveres Gefühl zum Altern hat als die unserer Eltern und Großeltern, nämlich: Das Alter nicht als ein Triumph des Überlebt-Habens oder als ein Glück zu bezeichnen, sondern als eine "normale Entwicklungsphase", die sehr vielen Menschen zu Gute kommt. Die Stimmung gegenüber dem Alter hat sich einerseits zum Optimistischen entwickelt, es werden vermehrt auch die Chancen einer alternden Gesellschaft gesehen (SPIE-GEL, 2006). Andererseits jedoch werden auch Ängste vor Altersarmut geäußert, die mit der Erosion der Mittelschicht zu tun haben, wie z.B. eine neue Studie des Deutschen Instituts für

Wirtschaftsforschung (DIW) zeigt. Demnach sei die Mittelschicht um mehr als drei Millionen Menschen geschrumpft. Ihr Anteil an der Bevölkerung sank von 60 % auf 54 %. Der Soziologe Heinz Bude spricht in diesem Zusammenhang von "Statuspanik" (SPIEGEL, 19, 2016). Diese gesellschaftlichen Einflüsse dürfen auch einen Effekt auf die Befindlichkeiten unserer Patienten haben. Fazit: Die gesellschaftlichen Einflüsse in Bezug auf die Bewertung einer alternden Gesellschaft müssen differenziert betrachtet werden.

Zu diesen gesellschaftlichen Einflüssen gehört auch die Diskussion um das Burn-out-Syndrom (Schattenburg, 2008). Ferner beschreiben Soziologen wie Ehrenberg und Rosa, dass Menschen in unserer Gesellschaft erschöpft sind und sich die Gesellschaft aus ihrer Sicht beschleunigt habe. Keine Woche, in der die Zeitungen nicht das Burn-Out oder die Beschleunigungen beklagen. Unabhängig nun davon, ob diese Beobachtungen "stimmen oder nicht", dürfte sozialpsychologisch davon auszugehen sein, dass diese Diskussionen eine Rückkoppelung auf unsere Patienten haben können. Ältere Patienten, die unter dem Verlust ihrer Kräfte leiden, könnten dazu neigen, ihre Erschöpfung und mangelnde Anstrengungsbereitschaft zu externalisieren auf die "grassierende" Burn-Out-Epidemie und die "unaufhaltsame Beschleunigung", die an unseren Kräften zehrt und der man als Opfer passiv ausgeliefert ist.

Soziologische und Bildungseinflüsse

Viele Studien zeigen (vgl. Spitzer, 2010), dass die Schichtzugehörigkeit und der Grad der Bildung einen Einfluss auf die Lebenserwartung haben können. Der Unterschied in der Lebenserwartung kann bis zu 10 Jahren betragen zuungunsten einer unteren Schichtzugehörigkeit und einer geringen Bildung.

WISSENSCHAFTLICHE ERKENNTNISSE



Wissenschaftliche Erkenntnisse

Die Psychologie der Lebensspanne hat gezeigt, dass wir heute bis ins hohe Alter in vielen Bereichen relativ fit bleiben können. Bei dieser Erkenntnis sollen selbstverständlich die natürlichen Abbauprozesse des Alterns nicht verleugnet werden. Aber es gibt doch Fähigkeiten, die bei gutem Training relativ lange bewahrt werden können, etwa die Konzentrationsfähigkeit, die sprachlichen Fähigkeiten und vor allem die sozialen Kompetenzen. Menschen, die älter werden, sind oft zuverlässiger, in ihrer Identität stabiler und oft auch verantwortungsbewusster. Die 70-Jährigen sind heute so gesund wie früher die 60-Jährigen. Und: Die 60-Jährigen fühlen sich so, wie früher die 50-Jährigen. Psychologisches Wachstum hört mit dem Alter nicht auf. Die persönliche Zufriedenheit alter Menschen ist größer als angenommen (Zahlen bei Schirrmacher, 2004). Altern ist nicht nur eine Entwicklung zum Tode, sondern auch zum "Überleben". Das relative Krebsrisiko nimmt in hohem Alter ab. Ein Mensch kann z.B. mit 90 Jahren gesünder und schöpferischer sein als mit 80 (vgl. die Forschung am Institut für Gerontologie an der Universität Heidelberg, Prof. A. Kruse). Medizinische Untersuchungen zeigen, dass ein gesunder Lebensstil den Erkrankungszeitpunkt von einigen Krankheiten wie Diabetes und Demenz hinauszögern kann.

Zeitgefühl beim Altern

Wir sprechen vom Herbst des Lebens: "Wie ist mir doch die Zeit davongelaufen! Wie lange ist es her, dass wir einander kennen? Zwanzig Jahre? Du liebe Zeit, was hatte ich nicht alles tun wollen, was ungetan blieb. Was möchte ich gerne jetzt noch vollbringen, wenn mir nur die Zeit gegönnt wäre!" In der Jugend wird uns Kredit eingeräumt: Wir können noch dies und jenes werden. Die Zukunft ist offen. Im Alter sind wir nun das, was wir sind. Es wird nicht mehr gefragt, was kannst Du tun. Alle stellen fest: Das hast Du getan! Die Zukunft wird kleiner. Das Zeitgefühl im Alter ändert sich fundamental. Diese Phänomenologie des Zeiterlebens ist entscheidend für die Psychotherapie des Alterns.

Individuelle Herausforderungen der Patienten 60+

Neben diesen guten Nachrichten aus der psychosomatischen Gerontologie sind natürlich auch schmerzhafte biografische individuelle Belastungen zu verkraften. Ab diesem Alter spürt der Mensch seine Belastungsgrenzen, vor allem beklagt er mehr oder weniger starke kognitive Einbußen. Die Zeitlichkeit des Daseins wird spürbarer. Im Beruf muss er mit jüngeren Kollegen und Chefs klarkommen, vielleicht sogar mit ihnen rivalisieren. Bedenken vor Arbeitsplatzverlust, das Gefühl, als älterer Mensch auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr gebraucht zu werden, können jetzt hochkommen. Der Digitalisierungsschub



überfordert oft diese Menschen. Die Familien beginnen sich aufzulösen, die Kinder gehen aus dem Haus, frühere Krisen aus der Kindheit oder aus dem Beginn der Ehe können aufbrechen und den Patienten labilisieren. Es wird Bilanz gezogen, was depressive Störungen auslösen kann. Auch ist heute vermehrt eine Bereitschaft zu beobachten, Ehen auch noch in höherem Alter aufzulösen. Unter dem Einfluss des Älterwerdens brechen die Abwehrmechanismen zusammen, frühere biographische Belastungen und Strukturschwächen können aktiviert werden (vgl. die Konflikt- und Strukturachse im OPD). Dieses Phänomen hat auch der Psychoanalytiker Radebold beschrieben, vor allem bei Kriegskindern, die nach der Berentung dekompensieren (2009). Auch können im Alter vermehrt transgenerationale Konflikte ausbrechen. Der Mensch sieht sich in der Tradition bis zu den Urgroßeltern hinauf. Die Familienpsychologie und die systemische Psychotherapie haben gezeigt, welche Macht bewusst, oft aber unbewusst in diesem transgenerationalen Strang verborgen sein kann. Diese Macht kann positiv sein, aber natürlich auch bei entsprechenden Belastungen (etwa Vertreibungen, Flucht, Ausgrenzungen) oder auch Traumatisierungen negativ. Eine besondere Thematik und unter Umständen auch eine besondere Belastung kann ferner beim Altern die Veränderung des Körperbildes darstellen.

Psychotherapeutische Unterversorgung älterer Patienten

Heuft (2009) beschreibt, dass ältere Menschen (über 60 Jahre) in der psychotherapeutischen Versorgung nach wie vor deutlich unterrepräsentiert sind. So beträgt der Anteil der über 60-Jährigen in der psychodynamischen oder verhaltenstherapeutischen Richtlinien-Psychotherapie der GKV 0,6 %. Aus einer Zufallsstichprobe von 1344 verhaltenstherapeutischen Psychotherapieanträgen wurden nur 0,2 % der Anträge für über 65-jährige Patienten gestellt. Heuft deutet diese Zahlen unter dem Gesichtspunkt, dass die Eigenübertragungen gegenüber Älteren in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung zu wenig berücksichtigt werden. Für den Therapeuten ist die Übertragungskonstellation eine Herausforderung, da sich oftmals Gegenübertragungsgefühle mit Eigenübertragungsanteilen mischen, die im Zusammenhang mit ungelösten Konflikten in der Beziehung zu den eigenen Eltern stehen. Daher würde die heutige Psychotherapeutengeneration die verfügbaren psychodynamischen Konzepte hinsichtlich der Entwicklungsaufgaben in der 2. Hälfte des Erwachsenenlebens zu wenig nutzen. Aus dieser Unterversorgung im ambulanten Bereich ergibt sich die Bedeutung einer indikativen Gruppe zur Psychotherapie des Alterns (PA) im stationären Setting (Schattenburg et al., 2003; Schattenburg et al., 2008).

THFRAPIF

Themen dieser indikativen Gruppe

Die Gruppe (PA) arbeitet sowohl interaktionell als auch psychoedukativ, in Abhängigkeit der Fragestellung des Patienten. Folgende Themen sollen – wie oben schon beschrieben – integrativ angegangen werden:

- Beeinflussung eines ungesunden Lebensstils
- biografische Belastungen
- Verarbeitung der Berentung
- Ängste vor einem finanziellen Abstieg im Alter (Stichwort Altersarmut)
- Selbstbilder des Älterwerdens
- Über- und Unterschätzung von Fähigkeiten, die sich beim Altern ergeben
- Akzeptanz des Älterwerdens
- berufliche Belastungsfaktoren, die mit dem Nachlassen der Kräfte zusammenhängen
- Externalisierung eigener Schwächen auf die "böse" Gesellschaft (Burn-Out, Beschleunigung)
- Bilanzkrise
- Schuldgefühle
- Neuorientierungen nach Trennung
- Verarbeitung von Todesfällen und Vergegenwärtigung der Zeitlichkeit des Daseins
- Risiken, aber auch Chancen des Älterwerdens
- Sich-Aussöhnen mit biografischen Belastungen mit Anwendung von Lebensrückblickstechniken
- Entwicklungsaufgaben einerseits, andererseits aber auch Aufgabe von Zielen, die nicht mehr erreicht werden können
- Gefühl des Loslassens, was aber oft mit Angst einhergehen kann
- Bejahung und Versöhnung mit der Biographie
- Positives Altern, ohne zu verleugnen
- Kritischer Umgang mit der Life-Style-Formel: "For ever young"
- Ermutigung: Man darf auch älter werden. In diesem Zusammenhang spielt die Würde des Alterns eine große Rolle.

Ziele der Gruppe

Diese indikative Gruppe verfolgt vier Ziele:

- Die psychotherapeutische Unterstützung bei der Bewältigung der altersspezifischen Belastungen.
- Aufgreifen von altersspezifischen Abwehrmechanismen und Hilfestellung bei deren Labilisierung
- Die Information über die sich aktuell rasant entwickelnde Alterspsychologie und Altersmedizin mit den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen, die dem Alterungsprozesse sehr zu Gute kommen können. Vielen Patienten und Patientinnen dürften diese neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht bekannt sein.
- Den Patienten in der Balance zu unterstützen zwischen dem aktiven Mit-Tun beim Altern und der Würde des Loslassens.

Supportive Maßnahmen

Gegebenenfalls kann die indikative Gruppe mit einem angepassten Sport- und Bewegungsprogramm, Ergotherapie, sozialpädagogischer Beratung und Paartherapie kombiniert werden.

Indikation und Modus der Zuweisung der Patienten

Viele der oben beschriebenen Punkte sind natürlich auch mit anderen Störungen korreliert: mit Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen, sexuellen Funktionsstörungen usw. Die Kunst bei der Überweisung der Patienten in diese indikative Gruppe liegt also darin, die Bedeutung des Alterns bei der Entwicklung und der Aufrechterhaltung der Symptome zu erkennen. Vorschläge für diese Gruppe werden vom Behandlungsteam gemacht. Auf Visite kann die Indikation noch einmal klarer herausgearbeitet werden.





LITERATURVERZEICHNIS

Arbeitskreis (Hrsg.) (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Huber.

Améry, J. (2004). Über das Altern. Revolte und Resignation. Klett-Cotta.

Cranach, M., Schneider, H.-D. Ulich, E. & Winkler, R. (Hrsg.) (2011). Ältere Menschen im Unternehmen. Haupt.

Forstmeier, S. & Marker, A. (2008). Probleme des Alterns. Hogrefe.

Heuft, G.(2009). Psychosomatik und Alter. Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. 1. Schattauer.

Heuft, G., Kruse, A. und Radebold, H. (2005). Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Uni-Taschenbücher. Irle, M. (2009). Älter werden für Anfänger. Rowohlt.

Jacobi, G., Biesalski, H.-K., Gola, U., Huber.J. & Sommer F. (2005). Kursbuch Anti-Aging. Thieme.

Kruse, A. (2007). Das letzte Lebensjahr. Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens. Kohlhammer.

Mayer, K.U. & Baltes, P.B. (Eds.).(1999). Die Berliner Altersstudie. Berlin.

Otten, D. (2008). Die 50+ Studie. Wie die jungen Alten die Gesellschaft revolutionieren.

Radebold, H.+ H. (2009). Älterwerden will gelernt sein. Klett-Cotta.

Ridder de, M. (2010). Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin. DVA.

Schattenburg, L., Gerhard, C., Beutel, M., Knickenberg, R. & Bleichner, F. (2003). Berufsbezogene Gruppentherapie bei älteren Arbeitnehmern: Themen, Behandlungstechniken, Veränderungspotential. Schriftenreihe der Psychosomatischen Klinik, I, 45-55.

Schattenburg, L., Knickenberg, R.J., Beutel, M.E. & Zwerenz. R. (2008). Berufsbezogene Interventionen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Ärztliche Psychotherapie, 4, 263-268.

Schattenburg, L. (2008). Behandlungsmöglichkeiten von Burnout. Interventionsstil in einer strukturierten tiefenpsychologischen Gruppentherapie (STG). Psychologische Medizin, 3, 31-36.

Schattenburg, L. (2016). Psychologie des Alterns. Gelassen, aktiv und – in Würde altern. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript. Psychosomatische Klinik Bad Neustadt.

Spitzer, M. (2010). Medizin für Bildung. Spektrum Akademischer Verlag.

SPIEGEL special (8/2006). Jung im Kopf. Die Chancen der alternden Gesellschaft.

SPIEGEL (19/2016). Absturz der Normalos. 78-82.

Schirrmacher, F. (2004). Das Methusalem-Komplott. Blessing.





Psychosomatische Klinik

der RHÖN-KLINIKUM AG Kurhausstraße 31 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon 09771 67 70
Fax 09771 67 79 000
psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
www.psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

