

Psychotherapie im Alter

Autor(en): **Kaufmann, Ruth**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): - **(1987)**

Heft 18

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-790219>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Psychotherapie im Alter

Ruth Kaufmann, Zürich *)

Das Thema stellt sofort zwei Fragen: Psychotherapie? im Alter?

Zunächst zum Begriff "Psychotherapie":

Beim Nachschlagen im Lexikon der Psychiatrie von MUELLER erweist sich, dass es keine klare Definition gibt; der Begriff wird eher umschrieben. Das Wort "Psychotherapie" taucht im 19. Jahrhundert auf und bedeutet dort in sehr allgemeiner Form "Therapie kranker Menschen mit psychologischen Mitteln"; später, aus naturwissenschaftlicher Sicht, versteht man darunter "jene Behandlungsverfahren, die durch unmittelbare Einwirkung auf die Psyche wirksam sind", auf philosophisch-anthropologischer Grundlage wird sie zu einer "Therapie, in der das Ganze eines Lebensganges als Thema auftritt, wo in gemeinsamer Arbeit von Arzt und Patienten Verfehlungen und Verstrickungen aufgesucht werden" – eine Beschreibung, die mir trotz altmodischer Formulierung schon besser auf das hier erörterte Thema zuzutreffen scheint. Später wird ja der Begriff "Psychotherapie" eingeengt auf bestimmte Konzepte und Methoden, die sich zur Behandlung neurotischer Persönlichkeiten der tiefenpsychologischen Analyse bedienen. Die Mittel der Psychotherapie sind in jedem Fall Sprache, Gespräch, Zuhören, emotionale Beziehung und Übertragungsvorgänge. Der Vermehrung von Psychotherapieformen scheint gegenwärtig keine Grenze gesetzt.

Nun zur Frage "Psychotherapie im Alter"?

Nachdem FREUD anfangs Jahrhundert die Anwendung der analytischen Therapie auf jüngere Erwachsene (in einer seiner Schriften spricht er von einem "ehrwürdigen Greis", der sich einige Seiten weiter als 45-Jähriger entpuppt!) beschränkt hatte, galt diese Lehrmei-

*) Dr. med. Ruth Kaufmann ist Stadtärztin in Zürich. Es handelt sich bei dem vorliegenden Artikel um die Fassung einer mündlichen Kommunikation auf dem multidisziplinären Symposium der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK), Basel vom 11. Dezember 1986.



ANTIHYPERTONIKA ANTIHYPERTENSEURS

TENORMIN[®]

Kardioselektiver, hydrophiler Betablocker
Bêtabloquant cardiosélectif et hydrophile

TENORMIN MITE[®]

100 mg Atenolol
50 mg Atenolol

TENORETIC[®]

Kombiniertes Antihypertonikum
Antihypertenseur combiné

TENORETIC MITE[®]

100 mg Atenolol/25 mg Chlorthalidone
50 mg Atenolol/12,5 mg Chlorthalidone

KALTEN[®]

Kombiniertes Antihypertonikum
Antihypertenseur combiné

50 mg Atenolol/25 mg Hydrochlorothiazide/
2,5 mg Amiloride

INDERAL[®]

Betablocker/*bêtabloquant*

INDERAL[®] LA INDERAL[®] RETARD

10 mg, 40 mg, 80 mg Propranolol
80 mg Propranolol, Retard-Form
160 mg Propranolol, Retard-Form

INDERETIC[®]

Kombiniertes Antihypertonikum
Antihypertenseur combiné

80 mg Propranolol/2,5 mg Bendrofluazide

SINESALIN[®]

Antihypertonikum – Diuretikum
Antihypertenseur – diurétique

5 mg Bendrofluazide

SALURETIN[®]

Kombiniertes Diuretikum, Antihypertonikum
Diurétique combiné, antihypertenseur

SALURETIN[®] FORTE

50 mg Spironolacton/2,5 mg Bendrofluazide
100 mg Spironolacton/5 mg Bendrofluazide

Ausführliche Produktangaben (Indikationen, Kontraindikationen, Vorsichtsmassnahmen etc.) siehe Arzneimittelkompendium der Schweiz oder auf Anfrage.

ICI-Pharma

Landenbergstrasse 34, Postfach, 6002 Luzern
Tel. 041-447222

nung jahrzehntelang unbestritten und verhinderte Versuche, ältere Menschen in Therapie zu nehmen, die in ihrer Gesamtheit als zu starr, zu unergiebig, als unfähig zur Konfrontation mit sich selber und zu weiterer Entwicklung eingeschätzt wurden, eigentlich eine Kapitulation der Therapeuten, aber auch Diskrimination einer Bevölkerungsgruppe mit angeblich vermindertem Wert.

Zu Beginn unseres Jahrhunderts war allerdings ein 45-Jähriger tatsächlich ein älterer Mensch. Seither hat die uns allen bekannte, unerwartete und dramatische Entwicklung eingesetzt, die viel mehr Menschen als je in der Geschichte der Menschheit nahe bis zur biologisch vorgegebenen Grenze überleben lässt und damit die Probleme, die uns in der Geriatrie beschäftigen, mit sich gebracht hat. Nicht nur haben sich Durchschnittsalter und Lebenserwartung verlängert, auch "Altwerden" hat sich verändert; heute erleben im Gegensatz zu früher zahlreiche alte Menschen lange Jahre als Pensionierte, nachelterliche Gefährtenschaft, Gross- und Urgrosseltern-Dasein. In dieser Situation fehlen den Alten gültige Identifikationsbilder für diesen Lebensabschnitt, der ab Pensionierung 10, 15, für manche auch 20 oder noch mehr Jahre betragen mag – ein Viertel oder mehr des gesamten Lebens, eine Zeitspanne, die nicht nur überdauert, sondern auch "gelebt" werden will.

Längst ist man von der Idee abgekommen, dass mit dem Altwerden keine seelische Weiterentwicklung mehr möglich sei, dass somit Versuche mit Psychotherapie aussichtslos wären. Wenn man davon ausgeht, dass "Leben" die Fähigkeit zum Sich-neu-Anpassen an veränderte Situationen oder eben "ändern" bedeutet, so wird aus dieser Überlegung heraus Psychotherapie im Alter nicht nur möglich, sondern sie weist auf die Notwendigkeit und das Bedürfnis nach Behandlung alter Menschen hin, die mit ihrem Anpassungsprozess in Schwierigkeiten geraten sind.

RADEBOLD hat kürzlich ein paar Grundsätze dazu formuliert:

- Der alternde und alte Mensch ist ein Erwachsener, der eine in der Regel reife psychosexuelle und psychosoziale Entwicklung erlebt, erfahren und auch erlitten hat.
- Das Unbewusste ist weitgehend zeitlos, ebenso wie unsere psychodynamischen Gesetzmässigkeiten.

- Der Erwachsene im höheren und hohen Lebensalter muss sich daher unverändert mit eigenen libidinösen und aggressiven Impulsen sowie narzisstischen Strebungen auseinandersetzen, die er erfährt, abwehrt, sowie in innerpsychischen, intra- und intergenerativen unbewussten Konflikten erlebt.
- Unverändert hat er psychosoziale Aufgaben in seinem Lebenslauf zu lösen, die ihm teilweise stärker als in früheren Lebensabschnitten gesellschaftlich vorgegeben werden.

Weiter weist RADEBOLD mit Recht darauf hin, dass Altern nicht automatisch mit hirnorganischem Abbau gleichgesetzt werden darf (nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Betagten, 20 bis 30 % der über 80-Jährigen, erkrankt an seniler Demenz), und dass andererseits psychiatrische Erkrankung nicht in jedem Fall Behandlungsbedürftigkeit bedeutet. Es geht also nicht darum, die Psychiatrie breit in die Altersgruppe der Betagten hineinzutragen, sondern um vermehrte Möglichkeit, alten Menschen, die psychisch leiden, angemessene Hilfe und Betreuung zukommen zu lassen.

Als nächstes stellt sich die Frage, wer denn diese psychotherapeutische Hilfe bei alten Menschen leisten kann. In der Fachliteratur nehmen Berichte über Erfahrungen mit allen möglichen Psychotherapieformen (von analytischer Einzel- und Gruppentherapie über themen- und klientenzentriertes Gespräch, Gestalttherapie und Psychodrama bis zum Autogenen Training) bei Betagten zu, und es werden eindruckliche Therapieabläufe bei Menschen im Alter zwischen 50 und 85 geschildert (PETZOLD und BUBOLZ). Die Anwendung all dieser Therapiemethoden setzt eine aufwendige Spezialausbildung voraus, die sich der Allgemeinarzt selten leisten kann. In psychiatrischen Praxen beträgt der Prozentsatz an behandelten betagten Patienten durchschnittlich weniger als 1 %. Eigentliche gerontopsychiatrische Institutionen als Ausbildungsstätten gibt es da und dort; solange aber die Gerontopsychiatrie nicht als eigenständiger Berufszweig oder zumindest durch einen Ausbildungsausweis anerkannt wird, werden auch immer nur wenige Ärzte sich ganz dieser Arbeit widmen.

So bleibt die Hauptaufgabe eben beim praktischen Arzt, der Anlaufstelle für alle Übel und Gebrechen ist, und der bekanntlich in seiner Praxis zahlreiche alte Patienten betreut. Ihm fehlt meist eine spezifische Psychotherapie-Ausbildung; hingegen verfügt er in hohem Mass

über Erfahrung mit seinen alternden Patienten, über Kenntnis ihrer Lebensumstände und Miterleben ihrer pathologischen Entwicklungen, — dieses Kapital gilt es zu nutzen, damit mehr an psychosozial bedingten Störungen leidende Betagte adäquate Hilfe bekommen können.

In der Regel erwartet ein Patient von seinem Hausarzt, dass dieser seinen Klagen zuhört und darauf mit hilfreichen Behandlungsvorschlägen reagiert. Dieser Vorgang kann beide durchaus zufrieden stellen und beim Patienten zu momentaner oder auch länger dauernder Entlastung in einer schwierigen Situation führen; Psychotherapie ist das noch nicht. Dem Anspruch eher genügen könnte ein Gespräch zwischen Arzt und Patient, bei dem der Arzt mit Wissen um psychodynamische und psychosoziale Zusammenhänge dem Patienten ein Stück voraus ist und deshalb durch gezielte Fragen den Dialog strukturieren und den Patienten dazu führen kann, dass er über die Entstehung seiner Schwierigkeiten etwas mehr begreift.

Ich möchte am Beispiel vom Umgang mit depressiven Patienten näher ausführen, was ich damit meine. Depressionen treten bei alten Menschen so häufig auf, dass sie nicht nur als eigentliche Alterskrankheit bezeichnet, sondern sogar zu den stereotypen Attributen des Alters gezählt werden. Als gängige Therapie gilt der Einsatz von antidepressiven Medikamenten kombiniert mit unterstützendem Gespräch. Dieses läuft wohl oft so ab, dass der Arzt, der dazu gar nicht eigentlich die Zeit hat, dem Patienten immer wieder dieselben Klagen über Einsamkeit, Müdigkeit und Schwäche, Verstopfung und andere Übel abhört. Ein Gespräch könnte auch anders ablaufen.

Es gibt neuere praktisch brauchbare Vorstellungen dazu, wie depressive Reaktionen entstehen, nämlich als Folge unerledigter Trauerarbeit. Trauer beim Verlust eines geliebten Menschen (— analog dazu bei jeder Art Verlust: Berufsrolle, Prestige, Gesundheit, Schönheit usw. —) verläuft in aufeinanderfolgenden Stadien von anfänglich vorherrschender Verneinung der Wirklichkeit des Verlustes ("ich kann es nicht glauben . . .") über das Aufbrechen heftiger Emotionen von Trauer und Verzweiflung, auch Wut und Zorn, zum Bestreben, sich in symbiotischem Versenken in die Erinnerung an die geliebte verschwundene Person zurückzuziehen, und schliesslich zum Beenden des Trauerprozesses, bei dem das Bild des Verstorbenen unzerstörbar

ins eigene Innere introjiziert bleibt, wodurch der Trauernde frei wird für neue Zuwendung nach aussen und für neue Kreativität – Trauer als Möglichkeit zur Reifung (KAST).

Verluste und Trauer kommen in jedem Menschenleben vielfach vor, gehören zu den physiologischen Krisen, keiner wird davon verschont. Depression hingegen ist eine Krankheit; sie entsteht dann, wenn der Trauernde mit seiner Arbeit im Trauerprozess steckenbleibt, seine Trauer "versitzt". Die überholten Erziehungsideale der Jahrhundertwende mögen solches Steckenbleiben noch begünstigen, z.B. die Bewunderung für "Haltung bewahren", "keine Tränen zeigen" oder jahrzehntelanges Tragen von schwarzer Witwenkleidung als Ausdruck von immer wähernder Treue. – Konflikthafte Beziehungen und Ambivalenz gegenüber einer verstorbenen Bezugsperson erschweren das Trauern, weil aufkeimende Gefühle von Befreiung sofort durch Schuldgefühle abgewehrt werden. – Nicht miterlebtes Sterben lässt Tod nicht zur Realität werden und erschwert den Trauerprozess ebenfalls, Alte Eltern werden nicht selten durch ihre Kinder, aus dem wohlmeinende Bestreben sie zu schonen, vom Sterben von Familienangehörigen abgeschirmt, – einmal erfahren sie die Tatsache doch und können dann im hintendrein den Schritt zur Wirklichkeit schwer machen. Der alte Mensch erlebt dabei aber auch einen Vertrauensbruch und ein Aberkennen seiner Würde als erwachsene Person. – Schliesslich blockiert wahrscheinlich einmal versessene Trauer später notwendige Trauerarbeit und führt erneut zur Depression; die Fähigkeit zu trauern wäre also erlernbar.

Ich meine nun, das Verstehen derartiger psychodynamischer Überlegungen gibt dem praktischen Arzt die Mittel zur Strukturierung des Gesprächs mit seinen depressiven Patienten in die Hand. In einer ersten Zeit wird es darum gehen, Emotionen der Trauer überhaupt zuzulassen, der Patient soll weinen dürfen, aber auch zu seiner Wut stehen können. Dann wird man behutsam nach früheren Verlusten fragen, versessene Trauer aufspüren. Dieser Weg führt nicht selten zurück in die Kindheit, die bei eindrücklich vielen unserer Alten noch unter Armut und Entbehrung verlief, in der es Verdingkinder gab, uneheliche Geburt als grosse Schande galt, in der viele einen ersehnten Beruf nicht erlernen konnten, weil das Geld dazu fehlte; bei alten Frauen taucht Trauer um frühverstorbenen Kinder auf, auch einmal um Abtreibungen. Das Erfragen der Lebensgeschichte erweist

Migräne



Der Ca-Antagonist Sibelium schützt die Hirnzellen vor Hypoxie und wirkt Kontraktionen der cerebralen Blutgefäße entgegen

(Flunarizin)

Sibelium TRADEMARK

Für ausführliche Informationen über Zusammensetzung, Indikationen, Dosierung, Nebenwirkungen, Kontraindikationen, siehe Arzneimittelkompendium der Schweiz oder Packungsprospekt.



JANSSEN
PHARMACEUTICA AG

Sihlbruggstrasse 111 · 6340 Baar · Tel. 042 33 22 33

sich immer wieder als idealer Einstieg zum therapeutischen Gespräch. Wenn es dem Arzt gelingt mit den "richtigen" Fragen alte verdeckte Wunden blosszulegen, fühlt sich der Patient zutiefst verstanden und angenommen; so kann eine tragfähige Beziehung des Vertrauens wachsen. Nicht selten werden nach wenigen derartigen Gesprächen die anfänglich vorgezeigten körperlichen Symptome überflüssig. Depressive alte Patienten auf diese Art "behandeln", erweist sich oft als ausgesprochen dankbar.

Der Umgang mit neurotischen Patienten ist um einiges schwieriger. Mit ähnlichem Vorgehen wie oben geschildert, kann manchmal ein beschränktes Ziel, eine Symptomverminderung, und damit ein etwas verbessertes Gleichgewicht im Seelenhaushalt erreicht werden, auch wenn dabei auf eine grundlegende Umstrukturierung durch intensive Auseinandersetzung mit unbewussten Konflikten, wie sie analytische Psychotherapie erstrebt, verzichtet wird. Die Themen, die betagte Menschen beschäftigen und umtreiben, sind immer wieder Fragen nach Sinn und Wert des Lebens, Ambivalenz und Zulassen von Ärger, Wut und Vorwürfen.

Dornenvoll erweist sich eh und je der Umgang mit wahnkranken alten Menschen. Der Paranoide hat ja immer recht, Wahnideen lassen sich nicht wegdiskutieren. Er sucht aber dann Hilfe, wenn er an seiner Situation leidet. Nur macht er einem das Helfen schwer, da ja für ihn, der sich selber als gesund erlebt, sich im Recht fühlt und alles, was ihm zustösst, in seine Umgebung projiziert, andere zurechtgewiesen, bestraft oder ärztlich behandelt werden müssen. Er hat allermeistens die Erfahrung gemacht, dass sein Verhalten jeden auf Hilfe angesprochenen über kurz oder lang zum Aufgeben bringt, — und sucht doch immer wieder einen neuen Helfer. Eigentlich signalisieren Paranoide einem: "Komm mir nicht zu nahe, aber lass mich nicht im Stich!" — eine schwierige, paradoxe Botschaft! Nimmt man diese aber an, respektiert man die Distanz zu dieser Art Patienten, die zuviel Nähe nicht ertragen können, lässt man sich wegschicken, gibt aber nicht auf, kommt wieder, dann kann man gelegentlich erleben, dass ein überaus feinfühligere Mensch sachte mehr von sich zeigt und einem Vertrauen zu schenken beginnt.

Psychotherapie bei abgebauten alten Patienten wird rasch an Grenzen stossen. Es gibt in geriatrischen Institutionen positive Erfahrungen mit Gruppentherapie, bei der in ganz kleinen Schritten gewisse

Entwicklungen zu beobachten sind. Für den Praktiker werden derartige Versuche kaum im Bereich der Möglichkeiten liegen. Öfter wird er in die Lage kommen, Angehörige von an seniler Demenz Erkrankten psychotherapeutisch betreuen zu müssen, – diese spezielle Problematik anzusprechen würde den Rahmen der vorliegenden Ausführung sprengen.

Zum Schluss einige Gedanken zu den Vorbehalten und Schwierigkeiten, die den Praktiker daran hindern, sich mit alten Patienten auf Psychotherapie einzulassen. Vorgeschoben wird zunächst der Mangel an Zeit. Sicher brauchen Zuhören und Gespräche Zeit. Alte Patienten mit ihren sich immer wiederholenden Klagen können den geduldigen Zuhörer in eine hilflose Wut bringen, weil er dem Gefühl nicht entgegen, Zeit zu versäumen. Strukturierte Gespräche, während denen sich etwas weiterentwickelt, verbrauchen nicht mehr Zeit, aber hinterlassen eher das Gefühl von "gut angewandter Zeit".

Tiefer sitzende Widerstände gegen intensive Beschäftigung mit Alten können unbewusst zusammenhängen mit dem Erleben des Altwerdens und Sterbens der eigenen Eltern. Der behandelnde Arzt ist oft deutlich jünger als seine betagten Patienten. In der therapeutischen Beziehung gerät er zwangsläufig in eine Übertragungssituation, in der er vom Patienten zum Kind gemacht wird, das für mit eigenen Kindern erlebte Enttäuschungen oder für das Fehlen eigener Kinder entschädigen müsste. Gleichzeitig kann der jüngere Arzt seinen alten Patienten als Elternfigur erleben, auf die unbewusst konfliktbehaftete Anteile der eigenen Eltern projiziert werden. Ohne Klärung dieser Übertragung und Gegenübertragung gerät der Therapeut unter Umständen in eine Lage, in der er durch den Patienten und seine Familie in die Familienhomöostase eingebaut und damit handlungsunfähig gemacht wird. Teilnahme an einer Balint-Gruppe dürfte in solchen Situationen hilfreich werden.

Schliesslich konfrontiert Teilhabe an der Auseinandersetzung alter Menschen mit Altsein und Tod mit dem eigenen Altern und Sterben. Sich auf diese Fragen einlassen macht Angst. Steckt vielleicht hinter der unermüdlichen Überlastetheit vieler Ärzte zum Teil Abwehr gegen die Notwendigkeit, sich letzten Fragen zu stellen? Bedeutet Arztsein unentwegten Kampf gegen den Tod, auch gegen den eigenen? Gehört nicht treue Begleitung alter Menschen bis zuletzt zu den vor-

nehmen ärztlichen Aufgaben und lässt einen den Tod als zum Leben gehörend erfahren?

Referenzen

1. Bräutigam W.: Reaktionen, Neurosen, Psychopathien. Thieme Verlag Stuttgart, 1969.
2. Kast V.: Trauern. Kreuzverlag Stuttgart, 1982.
3. Müller Chr. (Hrsg.): Lexikon der Psychiatrie, Springer-Verlag Berlin-Heidelberg, 1973, Kind: zu Psychotherapie
4. Petzold H. und Bubolz E.: Psychotherapie mit alten Menschen. Junfermann-Verlag, Paderborn, 1979.
5. Radebold H.: in Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie. 36. Jahrgang, Heft Nr. 11, November 1986

Suchen Sie **Pflegepersonal?**

Mit einem Stelleninserat in **Leben + Glauben** sprechen Sie eine interessierte und engagierte Leserschaft an.

- Auflage: 86 956 Exemplare
- Leser total: 130 000
- Frauen: 90 000
- Auf dem Lande lebend: 66 000
- Leser in den Agglomerationen Zürich, Winterthur, Schaffhausen: 19 000

Telefonieren Sie uns einfach,
wir beraten Sie gerne!

Inseratenannahme:

Mosse Anzeigenregie Leben + Glauben
Postfach, 8025 Zürich, Tel. 01/47 34 00

MOSSE
ANZEIGENREGIE

