

Forum Psychotherapie im Alter

Forum für
Psychotherapie,
Psychiatrie,
Psychosomatik
und Beratung

Herausgegeben von
Peter Bäurle, Münsterlingen; Johannes Kipp, Kassel; Meinolf Peters, Marburg/
Bad Hersfeld; Hartmut Radebold, Kassel; Angelika Trilling, Kassel;
Henning Wormstall, Schaffhausen/Tübingen

Beirat

Beate Baumgarte, Gummersbach

Doris Fastenbauer, Wien

Peter Fischer, Wien

Nikolaus Grünherz, Hagen

Eike Hinze, Berlin

Rolf-D. Hirsch, Bonn

Johannes Johannsen, Köln

Ursula Koch-Straube, Bochum

Andreas Maercker, Trier

Gertraud Schlesinger-Kipp, Kassel

Ulrich Schmid-Furstoss, Wuppertal

Roland Schmidt, Erfurt

Ursula Schreiter Gasser, Zürich

Gabriela Stoppe, Basel

Martin Teising, Frankfurt

Werner Vogel, Hofgeismar

Claus Wächtler, Hamburg

Dirk Wolter, Münster

Impressum

Psychotherapie im Alter

Forum für Psychiatrie, Psychotherapie,
Psychosomatik und Beratung

ISSN 1613-2637

2. Jahrgang, Nr. 8, 2005, Heft 4

ViSdP: Die Herausgeber; bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen die Autoren. Namentlich gekennzeichnete Beiträge stellen nicht in jedem Fall eine Meinungsäußerung der Herausgeber, der Redaktion oder des Verlages dar.

Erscheinen: Vierteljährlich

Hg: Dr. Peter Bäurle, Dr. Johannes Kipp, Dr. Meinolf Peters, Prof. Dr. Hartmut Radebold, Dipl.-Päd. Angelika Trilling, PD Dr. Henning Wormstall

Die Herausgeber freuen sich auf die Einsendung Ihrer Fachbeiträge! Bitte wenden Sie sich an die Schriftleitung:

Dr. Johannes Kipp, Esther Buck
Ludwig Noll Krankenhaus, Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum Kassel
Dennhäuser Straße 156, 34134 Kassel
Tel. 0561/48 04-0 · Fax 0561/48 04-402
E-Mail: psychalter@yahoo.de

Redaktion und Satz
Vera Kalusche, Bonn
www.schreibschluessel.de

Redaktionelle Unterstützung
Karola Wehmeier

Übersetzungen
Keri Shewring

Umschlag
Majuskel Medienproduktion GmbH

Umschlagabbildung
Nuklearmedizinisches Bild eines fortgeschrittenen M. Alzheimer

Abonnnenntenbetreuung, Verlag
Psychosozial-Verlag
Katharina Sattler
Goethestraße 29
35390 Gießen
Tel.: 0641/9716903 · Fax: 0641/77742
E-Mail:
katharina.sattler@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Bezug
Jahresabo 49,90 Euro · 83,30 SFr
(zzgl. Versand)
Einzelheft 14,90 Euro · 25,90 SFr
(zzgl. Versand)
Studierende erhalten gegen Nachweis
25% Rabatt.

Bestellungen von Abonnements bitte
an den Verlag, Einzelbestellungen beim
Verlag oder über den Buchhandel.
Das Abonnement verlängert sich um
jeweils ein Jahr, sofern nicht eine Abbe-
stellung bis zum 15. November erfolgt.

Copyright
© 2005 Psychosozial-Verlag. Nachdruck
– auch auszugsweise – mit Quellen-
angabe nur nach Rücksprache mit den
Herausgebern und dem Verlag. Alle
Rechte, auch die der Übersetzung,
vorbehalten.

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:
Antje Becker,
E-Mail:
antje.becker@psychosozial-verlag.de

Die Herausgabe der Zeitschrift wird
dankenswerterweise durch die
Robert-Bosch-Stiftung gefördert.
Die Herausgeber danken auch für die
Unterstützung durch die **Arbeitsgruppe
Psychoanalyse und Altern, Kassel.**

PiA Heft 4/2005

Körper

Editorial 5

Übersicht

Henning Wormstall und Christoph Laske
Somatische Aspekte der Psychotherapie des älteren Menschen 9

Einzelne Aspekte

Hartmut Radebold
Zur Bedeutung des Körpers Älterer in der Psychotherapie 21

Walter Hewer
Körperliche Einflussfaktoren bei der Depression
des alten Menschen 35

Klaus Mörike und Christoph H. Gleiter
Unerwünschte psychische Arzneimittelwirkungen
Teil I: Psychische Störungen als unerwünschte
Arzneimittelwirkung 47
Teil II: Arzneimittel, die psychische UAW verursachen können

Martin Teising
Das Bild des alternden Mannes – die Entwicklung seiner
Geschlechtsidentität, sein Körper und seine narzisstischen
Konflikte 71

Martin Haupt
Therapeutische Interventionen bei psychischen Problemen
im Rahmen kognitiver Störungen 83

Susanne Blum-Lehmann und Renate Drevenšek
Die Bedeutung des Körpers für das Alter(n) 99

Eine Institution stellt sich vor

Claudia Braun und Monika Schmidt

»Drei unter einem Dach« – ganzheitliche und dennoch
spezialisierte Altenberatung am Beispiel der
Beratungsstelle für Ältere in Tübingen 111

Zum Titelbild

Matthias Reimold

[¹⁸F]FDG-PET bei Morbus Alzheimer 119

Berichte und Besprechungen

Arnold Frauenfelder

Anja Müller (2002): Sechzig +. Erotische Fotografien.
Mit drei Bildbeispielen 121

Dirk K. Wolter

Bäurle/Förstl/Hell/Radebold/Riedel/Studer (Hg.) (2005):
Spiritualität und Kreativität in der Psychotherapie
mit älteren Menschen 127

Autorinnen und Autoren 129

Schreibhinweise für Autorinnen und Autoren 133

Editorial

Die Artikel im vorliegenden »Körperheft« der Zeitschrift *Psychotherapie im Alter* sind einem wichtigen Themenbereich der Psychiatrie gewidmet, dem psychophysischen Parallelismus. Psychiatrisch und psychotherapeutisch zu behandelnde Erkrankungen dürfen nicht nur einseitig angegangen werden. Da zahlreiche psychische und physische Wechselbeziehungen bestehen, können diese für die Ätiologie und den Verlauf der Erkrankungen wesentlich sein.

Interessanterweise finden sich bereits in den Werken von J. E. Esquirol und P. Pinel derartige vielschichtige und richtungsübergreifende Denkansätze. In der deutschsprachigen psychiatrischen Literatur beschrieb W. Griesinger 1845 in seinem Lehrbuch über *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, dass bei einer psychiatrischen Behandlung die persönliche, leibliche und geistige Natur des Menschen zu berücksichtigen sei und ätiologisch mannigfaltige, psychische Eindrücke und körperliche Störungen zusammen kommen. In Tübingen wurde die Bedeutung einer »mehrdimensionalen« Denkweise in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts von E. Kretschmer erkannt und später für den Bereich der Altersmedizin als »mehrdimensionale Gerontopsychiatrie« (Wormstall 2000) erweitert.

Mittlerweile lassen sich mehrdimensionale Elemente in unterschiedlichsten Bereichen der Altersmedizin wieder finden. So wird eine mehrdimensionale Funktionsdiagnostik (Assessment) in der Altersmedizin als diagnostischer Standard anerkannt (Nikolaus 2000). Definitorisch handelt es sich hierbei um einen interdisziplinären Prozess zur diagnostischen Abklärung und Therapieplanung bei betagten Patienten, bei dem verschiedene gesundheitliche Dimensionen auf medizinischer, funktioneller und sozialer Ebene berücksichtigt werden müssen. In diesem Zusammenhang gehören zu den Definitionskriterien des »geriatrischen Patienten« neben einem Alter von mehr als sechzig Jahren auch das Leiden an mehreren Erkrankungen, die vielschichtig ineinander greifen. Zusätzlich zur Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Störungen wird die Selbständigkeit des geriatrischen Patienten durch Funktionseinbußen gefährdet, so dass Alltagsaufgaben nur in vermindertem Umfang bewältigt werden können. Deswegen dürfen Therapieziele in der Altersmedizin nicht nur durch die Erkrankung eines einzelnen Organsystems definiert werden, sondern müssen im multimorbiden und interagierenden Zusammenhang sowie im funktionellen Bezug gesehen werden.

Da traditionelle Diagnoseschlüssel (ICD, DSM) dieser mehrdimensionalen Sichtweise nicht gerecht werden, ist es erfreulich, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Diagnosemodalitäten um den funktionellen und sozialen Faktor erweitert hat (ICIDH bzw. ICF), was auch der gängigen Sichtweise der Alterspsychiatrie und -psychotherapie entspricht.

Eine mehrdimensionale Sichtweise formiert nicht zuletzt auch die Grundlage der noch jungen Zeitschrift *Psychotherapie im Alter* (PiA), die sich zum Ziel gesetzt hat, ein Forum für unterschiedlichste, altersmedizinisch tätige Berufsgruppen zu bilden. Es ist ein besonderes Anliegen der Herausgeber, mit vorliegendem Themenheft Psychotherapeuten, die auch mit alten Menschen arbeiten, den Blick für somatische Modalitäten weiter zu schärfen und interaktive Vorgänge zu berücksichtigen. Andererseits würden sich die Herausgeber freuen, wenn primär somatisch tätige Ärzte und Therapeuten mehr Interesse für psychische und soziale Zusammenhänge entwickeln und diese gerontopsychiatrischen Themenbereiche weiteren Eingang in die unterschiedlichen ärztlichen und psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildungsverfahren finden würden.

In der vorliegenden Ausgabe der Zeitschrift PiA sollen deshalb zunächst diagnostische Grundlagen, krankheitsspezifische Besonderheiten, spezielle psychotherapeutische Zugangsweisen und – Therapieverfahren beleuchtet werden. Darüber hinaus ist es ein besonderes Anliegen des Heftherausgebers, auch das nichtpathologische, »normale« physische Altern im Auge zu behalten und zu berücksichtigen.

Nicht unerwähnt bleiben soll, dass die Einzelbände der Zeitschrift PiA auch als Nachschlagewerke benutzt werden können, wozu auch das Format der Zeitschrift einladen möchte. Wir hoffen, dass wir inhaltlich den differenzierten Fragen und Wünschen unserer Leserschaft gerecht werden und dass die fachlichen Darstellungen Ihr Interesse finden.

Henning Wormstall

Literatur

- Griesinger W (1845): Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart (Krabbe).
- Nikolaus T (2000): Geriatrisches Assessment – Grundlagen. In: Nikolaus T (Hg) Klinische Geriatrie. Berlin/Heidelberg/New York (Springer), S. 161–188.
- Wormstall H (2000): Mehrdimensionale Gerontopsychiatrie-wissenschaftliche Grundlagen und Versorgungsstrukturen. Habilitationsschrift. Eberhard – Karls – Universität, Tübingen.

Korrespondenzadresse

Priv. Doz. Dr. med Henning Wormstall
Psychiatriezentrum Breitenau
Breitenaustraße 124
CH 8200 Schaffhausen
E-Mail: henning.wormstall@breitenau.ch

Somatische Aspekte der Psychotherapie des älteren Menschen

Henning Wormstall (Schaffhausen) und Christoph Laske (Tübingen)

Zusammenfassung

Die psychotherapeutische Behandlung älterer und alter Menschen ist notwendig und sinnvoll. Allerdings sollte dabei beachtet werden, dass bei älteren psychisch Kranken von einzelnen psychopathologischen Symptomen nicht zu schnell auf eine rein psychiatrische Krankheitsdiagnose geschlossen wird. Vielmehr sollte gerade bei solchen alten Patienten, bei denen eine Psychotherapie in Frage kommt, eine gründliche somatische Diagnostik durchgeführt werden, um möglicherweise ursächliche somatische Erkrankungen wie einen Hirntumor oder einen Morbus Alzheimer nicht zu übersehen. Das frühzeitige Erkennen somatischer Erkrankungen ermöglicht in vielen Fällen eine kausale Therapie und verbessert dadurch auch die Gesamtprognose.

Stichworte: Psychotherapie, Alter, Ältere Menschen, Somatische Aspekte

Abstract: Somatic Aspects of Psychotherapy in the Elderly

Psychotherapy with elderly people is necessary and useful. Nevertheless, psychopathological symptoms are not always solely caused by psychiatric diseases. Therefore, it is necessary to include somatic diagnostic especially in gerontopsychiatric patients in order not to oversee possibly underlying somatic diseases such as a brain tumor or Alzheimer's disease. An early diagnosis of somatic diseases allows in many cases a causal therapy, and thus leads to a better prognosis.

Key words: psychotherapy, age, elderly people, somatic aspects

Einleitung

Somatische Faktoren scheinen in der Psychotherapie zunächst nur ein Randthema zu sein. Kommen sie ins Spiel, so wird eher an körperliche Krankheiten oder deren Folgeerscheinungen als an ursächliche Auslöser oder Co-Faktoren seelischer Leiden gedacht.

Aufgrund der demographischen Situation muss neu über die Psychotherapie älterer Patienten nachgedacht werden. Menschen im 60. Lebensjahr haben z. B. noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von über 25 Jahren und stellen Psychotherapeuten vor neue Aufgaben. Wagen sie sich daran, so treffen sie auf Patientinnen und Patienten, bei denen die psychischen Probleme auch im multimorbiden Kontext gesehen werden müssen. Aspekte der Körperlichkeit gewinnen wachsende Bedeutung als Quelle seelischen Leidens, der Körper kann nicht mehr nur als Resonanzboden für psychische Störungen betrachtet werden.

Ältere Patienten sind jedoch nicht automatisch geriatrische Patienten. So wird diese Gruppe von den Autoren folgendermaßen definiert: *Der geriatrische Patient ist über 60 Jahre alt und leidet an mehreren Erkrankungen, die vielschichtig ineinander greifen. Neben der Beeinträchtigung durch körperliche und/oder psychische Störungen wird seine Selbständigkeit auch durch Funktionseinbußen (bei der Bewältigung von Alltagsfragen) bedroht.*

Führt das Wort »Altersprozess« eher zu statischen Vorstellungen, verweist der Begriff »Alternsprozess« hingegen auf dynamische Entwicklungen mit fließenden Übergängen. Diese spiegeln sich auch in der Unterteilung in junge Alte und alte Alte wieder. Junge Alte (drittes Lebensalter ab 60) haben in Bezug auf Körpersymptome sogar mehr Ähnlichkeit mit dem mittleren Erwachsenenalter als mit den so genannten alten Alten (viertes Lebensalter ab 75), wo der Körper zum Organisator der Lebensentwicklung wurde (Heuft et al. 2000).

Unter psychodynamischen Gesichtspunkten sieht Teising bei physischen Abbauprozessen häufig eine Ursache für narzisstische Kränkungen durch eine zunehmende Differenz zwischen Idealselbst und erlebtem Ich. Auch Mayer und Baltes beschrieben 1996 den Unterschied zwischen subjektiver und objektiver Körperrealität. Die somatische Realität kann sich bei älteren Menschen von der subjektiven, d. h. jugendlicher erlebten Einschätzung des Körpers, durchaus unterscheiden. Teising führt in einer aktuellen Arbeit

weiter an, dass die Körperrepräsentanz, also das innere psychische Bild vom eigenen Körper, ständig der sich verändernden Körperrealität angepasst werden müsse: Die Anpassung hinke der Realität oft hinterher, die Veränderungen werden psychisch nicht repräsentiert, es finde eine Verweigerung statt, sie im Innern anzunehmen. Potentielle Konflikte und Kränkungen werden so abgewehrt oder finden, wenn die Abwehrmechanismen nicht mehr ausreichen, in körperlichen Symptomen ihren Niederschlag. Psychosomatische Symptome nehmen mit dem Alter zu.

Ein üblicher Abwehrmechanismus im Umgang mit der Realität des alternen Körpers besteht in der Abspaltung der Körperrepräsentanz von der Selbstrepräsentanz. Schlecht funktionierende, störende Körperteile werden so erlebt, als gehörten sie nicht zum eigentlichen Selbst, das damit unverletzt bleibt. Dieser Spaltungsmechanismus funktioniert häufig recht gut, obwohl die Körperrepräsentanz zum Selbst gehört, sozusagen dessen Kern ist – der Körper wird aber gleichzeitig immer auch als Objekt wahrgenommen und repräsentiert. Wir sind Körper und wir haben einen Körper, den wir wie ein Objekt betrachten und behandeln können, so als gehöre er, zumal, wenn er gestört ist und stört, nicht zu uns.

Abwehrmechanismen können aber nicht nur den Patienten lähmen, sondern auch z. B. über projektive Mechanismen den diagnostischen Prozess empfindlich beeinträchtigen (Teising 2003). In der Altersmedizin ist die Grenze zwischen Psychiatrie bzw. Psychotherapie einerseits und innerer Medizin andererseits fließend, dies darf aber nicht zu Ungenauigkeiten verführen. Eine exakte somatische Diagnostik ist deshalb gerade in der Alternspsychotherapie von großer Bedeutung und zwingend erforderlich.

Diagnoseschritte in der Gerontopsychiatrie

Die körperliche Diagnostik sollte mindestens die in Tabelle 1 aufgeführten Elemente umfassen (Wormstall et al. 1999)

Idealerweise sollten in die weitere psychosoziale Befunderhebung unterschiedliche Datenebenen (Leistung, Verhalten, Erleben), verschiedene Datenquellen (Patient, Arzt, Angehöriger) und unterschiedliche Konstrukte (Leistungsdimension, Alltagsaktivitäten, Affektivität/emotionale Befindlichkeit) einbezogen werden. In Tabelle 2 werden Besonderheiten der Anamneseerhebung im Alter beschrieben.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">– Erhebung einer ausführlichen Anamnese (i. d. R. einschließlich Fremdanamnese)– internistische, neurologische und psychiatrische Untersuchung– Bestimmung laborchemischer Befunde– Einsatz apparativer Verfahren– neuropsychologische Untersuchung |
|---|

Tab. 1: Diagnoseschritte

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">– Materialfülle– Datenflut als Abwehrmechanismus– historischer Einfluss– Altersunterschied zwischen Patient und Therapeut– nonverbale Interaktion– soziologische Gegebenheit– größerer Zeitrahmen für die Anamneseerhebung |
|--|

Tab. 2: Besonderheiten beim Erstinterview älterer Menschen
(modifiziert nach Radebold 1992)

Laborchemisch kann zwischen einem Basis- und einem Ergänzungsprogramm unterschieden werden (Tabellen 3 und 4).

Die Möglichkeiten der apparativen Diagnostik sollten berücksichtigt werden, jedoch muss im Rahmen einer »Hierarchisierung« genau bedacht werden, was theoretisch machbar und dann auch praktisch durchführbar ist. Zu den hilfreichen apparativen Zusatzuntersuchungen gehören EKG, EEG, dopplersonographische Darstellung der großen Halsgefäße und ein Computertomogramm (CT) bzw. ein Kernspintomogramm (NMR) des Kopfes. Über weitere Untersuchungsschritte wird im Einzelfall entschieden.

Nuklearmedizinische Verfahren wie SPECT (Single-Photonen-Emissions-Computertomogramm) oder PET (Positronen-Emissions-Tomogramm) sind in der klinischen Routine keine Untersuchungen der ersten Wahl (Schneider et al. 1996). Sie sollten dann zum Einsatz kommen, wenn sie zur Früh- und Differentialdiagnostik der Demenz beitragen oder vielleicht therapeutische Optionen bestehen. Bei älteren Menschen kommt der Berücksichtigung von Wechselwirkungen zwischen körperlichen, seelischen und sozialmedizinischen