

Weiler, H (1983): Gesundheit, Krankheitsgefühl und Krankheit – Ansätze zu einem integrativen Verständnis. Psychother. med. psychol. 32, 15-34

Staudinger, UM, Freund, AM, Linden, M, Maas I (1996): Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In: Mayer, K. U., Baltes, P. B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. 12, 321-350

Zapf, D. (1999): Mobbing und Konflikteskalation am Arbeitsplatz. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, S3

PSYCHOTHERAPIE IN DER LEBENSMITTE

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Abteilung Rehabilitation

Psychotherapie in der Lebensmitte



Träger: Rhön-Klinikum AG
Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale
Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 659301
e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
www.rhoen-klinikum-ag.de

*Jedes Jahrzehnt des Menschen hat sein eigenes Glück,
seine eigenen Hoffnungen und Ansichten.
J.W. von Goethe*

Psychotherapie in der Lebensmitte

Einleitung

In der Abteilung Rehabilitation der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt wird den Patienten in der Lebensmitte, also ab dem etwa 50- zigten Lebensjahr, ein spezielles Therapieprogramm angeboten. Diese Konzeption ist schon viele Jahre in das Behandlungsangebot der Klinik integriert und hat sich bewährt. Es können auf diese Weise die speziell ältere Menschen betreffenden Probleme besser angegangen werden. Die Patienten finden sich in ihren Stationen mit Gleichaltrigen oder Älteren zusammen, von denen sie ausgehen können, dass diese mit der zunehmenden Lebenserfahrung auch ihre eigenen Probleme besser verstehen können. Im Folgenden soll das Konzept vorgestellt werden, das darauf abzielt, den Menschen über 50 bei der Lösung ihrer besonderen Konflikte zu helfen, was in manchen Fällen heißen kann, eine Hilfe zum Altern anzubieten, die auf eine aktive Bewältigung der sich stellenden Lebensprobleme abzielt und vor Resignation bewahrt. Es ist notwendig, dass älter werdende Menschen ihre eigene Identität in einem positiven Sinne weiter gestalten und sich nicht in ihrem Altern selbst diffamieren, da sie ebenso, wie die Bevölkerung in großen Teilen, dem Jugendwahn unterliegen und dem Alter nur Gebrechen, Leid und Überflüssigkeit unterstellen. Es ist notwendig, auch im Alter starke Selbstbilder zu entwickeln, um so der Überzeugung entgegen zu treten, dass Altern nur Verhängnis ist. 2002 wurde in einer amerikanischen Studie (Levy et al.) herausgearbeitet, dass der Wille zum Leben im Alter im Sinne eines positiven Selbstbildes und eines positiven Bildes des Alters für die Überlebensrate der Menschen größere Auswirkungen hat, als die Behandlung eines zu hohen Blutdruckes oder zu hohen Cholesterins. Die Studie begann 1975 und wurde als 20 Jahre währende Langzeitstudie angelegt. Die Teil-

nehmer der Studie wurden über die Dauer von 20 Jahren sechs Mal befragt, wie sie über ihr eigenes Altern und das Alter denken. Die Studie ergab ernst zunehmende Hinweise darauf, dass diejenigen, die das Alter für eine erfüllte Phase ihres Lebens ansahen und über ältere Menschen positiv dachten, im Schnitt 7 1/2 Jahre länger lebten als diejenigen, die vom Alter nichts erwarteten. Im Gegensatz dazu bewirkte eine zu hoher Blutdruck oder zu hohe Cholesterinspiegel höchstens eine Lebensverkürzung von 4 Jahren oder weniger.

In unserem Konzept haben wir die Altersgrenze von 50 Jahren als Kriterium zur Zuordnung für die Lebensmitte gewählt. Dabei ist diese Grenze selbstverständlich variabel. Doch ist die Grenze nicht ganz willkürlich gewählt, da jeder, der 50 Jahre alt geworden ist, weiß, wie er diesen Tag verbracht hat und welche eventuellen Einschnitte er für sich dabei erlebte. 50 Jahre, also ein halbes Jahrhundert, alt zu werden, bedeutet für viele Menschen, nun endgültig zu altern, vielleicht bald zum alten Eisen zu gehören, auf jeden Fall aber den Zenit des Lebens überschritten zu haben, die Jugend zu verlieren und sich in der Gesundheit gefährdet zu erleben.

Demographischer Ausblick- Versuch einer Prognose

Dass auf die deutsche Gesellschaft erhebliche demografische Veränderungen zukommen, ist ja bereits seit geraumer Zeit bekannt. So hatte der Deutsche Bundestag schon im Oktober 1992 eine Enquête-Kommission eingesetzt, die den Namen „Demografischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ getragen hatte.

Im Schlussbericht der Enquête-Kommission, der im März 2002 vorgelegt wurde, sind die Probleme, die sich auf die Gesellschaft, insbesondere auf die Arbeitswelt, die Unternehmenskultur, aber auch die Auswirkungen auf Gesundheits- und Alterssicherungssystem beziehen, ausführlich erörtert worden.

Ohne weitere Zuwanderung wird die Bevölkerung in Deutschland bei gleich bleibender Geburtenziffer bis zum Jahr 2050 auf unter 60 Millionen,

die Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter von heute 46 auf 27 Millionen sinken. Die Proportionen im Altersaufbau werden sich deutlich zugunsten älterer Bevölkerungsschichten verschieben. 2040 wird die Hälfte der Bevölkerung über 50 Jahre und älter sein.

Gleichzeitig nimmt die Lebenserwartung der Menschen kontinuierlich zu. In den letzten 160 Jahren ist ein linearer Zuwachs von jährlich drei Monaten zu verzeichnen; während dies anfangs durch geringere Säuglingssterblichkeit und Behandlung von Infektionskrankheiten vor allem die jüngeren und mittleren Altersstufen betraf, setzt sich dieser Trend inzwischen auch im sogenannten „dritten (60-75 Jahre) und vierten Alter (75 und älter)“ fort.

Bis zum Jahr 2050 wird mit einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung in Deutschland um mindestens vier Jahre gerechnet. Ein jetzt geborenes Mädchen hat aufgrund der statistischen Berechnungen zu 45% die Chance, 100 Jahre alt zu werden.

Seit den 1980er Jahren hat sich der Zeitpunkt des Rentenzugangs dagegen kaum noch verändert. Allerdings haben sich erhebliche Verschiebungen zwischen den Rentenarten ergeben. Das durchschnittliche Rentenzugangsalter bei Altersrenten betrug im Jahr 2001 für Männer 62,6 Jahre und 62,9 Jahre für Frauen. Bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit betrug das Rentenzugangsalter im Jahr 2001 bei den Männern 52,02 Jahre und bei den Frauen 50,20 Jahre. Das Rentenzugangsalter liegt damit heute durchschnittlich bei 60,13 Jahren (Männer) bzw. bei 60,94 Jahren (Frauen). Dabei stellen Rentenansprüche aufgrund einer psychosomatischen Diagnose den höchsten prozentualen Anteil.

Wie allgemein bekannt, führen die geburtenstarken Jahrgänge nicht nur zu Ungleichgewichten in der Altersverteilung der Bevölkerung, sondern demnächst auch im Arbeitskräfteangebot. Letzteres wird zunächst nur gering absinken, da die geburtenstarken Jahrgänge vorerst im erwerbsfähigen Alter bleiben. Allerdings ist diese zahlenmäßige Konstanz mit einer starken Alterung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter verbunden. Wenn diese Altersjahrgänge aus dem Erwerbsleben ausscheiden, steht ein wesentlicher Teil des heutigen Arbeitskräfteangebotes nicht mehr zur Verfügung und kann auch nicht vollständig ersetzt werden.

Diese absehbaren Veränderungen stehen allerdings in deutlichem Widerspruch zur bisherigen Entwicklung in der Arbeitswelt. Hier hat sich in den letzten Jahren eine scheinbar paradoxe Entwicklung abgezeichnet: Während die Bevölkerung insgesamt altert, sind die Belegschaften immer jünger geworden. So hat sich etwa in der Industrie gerade in den letzten Jahren der Anteil der Älteren an den Beschäftigten durch die „altersselektive“ und jugendzentrierte Personalpolitik der Betriebe drastisch vermindert. Bis dato ist die Frühverrentung ja auch ein – von der Politik durchaus gewünschtes – Mittel der Arbeitsmarktpolitik gewesen, um damit die bestehende Arbeitslosigkeit in gesellschaftlich akzeptabler Form zu mindern. Es ist bereits mittelfristig absehbar, dass der demografische Wandel vor den Betrieben nicht halt machen wird. Die Betriebe stehen vor der Herausforderung, ihre bisherigen personalpolitischen Strategien überdenken und eine qualitative Antwort auf die Alterung der Belegschaften finden zu müssen. Aufgrund des demografischen Wandels müssen die Unternehmen überprüfen, ob sie es sich wie bisher leisten können, das in den älteren Arbeitskräften schlummernde Humankapital ungenutzt zu lassen. In dem Maße, wie sich die Erwerbsbiografien aber nach hinten verlängern, erscheint es unausweichlich, Strategien zur Förderung und Erhaltung der Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsproduktivität der älteren Arbeitskräfte zu entwickeln. Schon in sechs bis acht Jahren wird es einen großen Bedarf an Arbeitskräften geben, der nur durch ältere Menschen zu decken ist. (Irle 2003)

Auf diese zu erwartenden Veränderungen müssen wir uns vorbereiten und uns aktiv mit unseren Erwartungen an die zweite Lebenshälfte befassen. Es kann gut sein, dass wir alle mehr Flexibilität und Anpassungsleistung aufbringen müssen als wir zum jetzigen Zeitpunkt für denkbar halten. Doch kann mehr Flexibilität auch bedeuten, uns jünger und vor allen Dingen weiter gebraucht zu fühlen.

Belastungen und Probleme der zweiten Lebenshälfte

In der Therapie geht es darum, gezielt Problemstellungen der zweiten Lebenshälfte zu behandeln und Patienten bei der Bewältigung zu helfen.

Berufliche Veränderungen und Einbußen

Ältere Arbeitnehmer erleben sich an ihrer Arbeitsstelle oft an den Rand gedrückt, von Jüngeren verdrängt, in ihren Leistungen nachlassend. Dabei ist die ungünstigste Kombination, wie wir aus unseren eigenen Studien (Beutel et al. 2004) beschreiben können, wenn ein neuer und in der Regel dann auch jüngerer Chef neue Methoden, etwa neue EDV-Verarbeitungsprogramme einführt. Ältere Arbeitnehmer erleben sich dann oft überfordert, klagen über Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, entwickeln Ängste vor „neuen Arbeitstechniken“ (EDV) und bestätigen damit die bei jüngeren Chefs häufig zu findende Annahme, dass ältere Arbeitnehmer nur teuer, aber weniger gut einsetzbar sind, was oft in ein Ausgrenzen und in eine negative Selbstbewertung bei den Betroffenen mündet.

Intellektuelle Veränderungen und Lernen

Nachlassende Spannkraft, geringere Konzentrationsmöglichkeit und eingeschränkte Gedächtnisleistung münden dann bei einer negativen Selbst- und Fremdbewertung oft in depressive Verstimmungszustände, die ihrerseits die Symptomatik verstärken. Die positive Gestaltung der Arbeit und des Privatlebens bleibt auf der Strecke. Wir versuchen, den einzelnen Patienten konkrete Hilfen an die Hand zu geben, auf die im Folgenden weiter eingegangen wird, um diese speziellen beruflichen Probleme zu lösen, Umorientierung einzuleiten und insgesamt wieder eine positivere Lebens- und Altersstrategie zu entwickeln. Die Grundlagen hierzu soll das nächste Kapitel legen. Im privaten Bereich gehört die Verarbeitung von

Veränderungen der Lebenssituation, Verlust und Trauer

zu den schwersten Belastungen der Lebensmitte. Dies kann sich auf den Verlust von Freunden oder Lebenspartnern beziehen, die den einzelnen Patienten die letzten Jahre oder Jahrzehnte begleitet haben. Der Verlust

erstreckt sich aber auch auf die Veränderung der eigenen Familie durch den Wegzug der Kinder und die damit verbundenen Konsequenzen für das eigene Leben. Plötzlich sind die Ehepartner wieder auf sich gestellt, sie müssen wieder mit sich gemeinsam zurecht kommen, die Kinder, die oftmals als Puffer oder Ablenkung dienten, übernehmen diese Rolle nicht mehr. Eine Neuorientierung ist notwendig, und wieder sind es oft die eigenen negativen Gedankenkreise, die einer positiven Ausrichtung im Wege stehen, da sich die Menschen oft suggerieren, in der zweiten Lebenshälfte weniger aktiv, weniger flexibel und damit unbeweglicher zu sein. Sie nehmen an, die zweite Lebenshälfte zusammen mit dem Ehepartner oder auch alleine nicht mehr so positiv gestalten zu können, wie sie dies verbunden mit den Attributen jung, sportlich, dynamisch, flexibel für die ersten Lebenshälfte wie selbstverständlich angenommen haben.

Salutogenese und Widerstandskraft (Resilienz)

Die Auswertungen einer Repräsentativerhebung (Beutel et al., 2002, 2004,) zeigen, dass die Entwicklung von Beschwerden wesentlich von der Verfügbarkeit persönlicher und sozialer Ressourcen abhängt. Unter Ressourcen werden persönliche Stärke und hilfreiche soziale Unterstützungssysteme verstanden. So sind bei beiden Geschlechtern widrige soziale Verhältnisse (Arbeitslosigkeit, geringes Haushaltseinkommen) genau so ungünstige Faktoren wie das Fehlen einer ständigen Partnerschaft. Eine negative Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit hat einen wesentlichen Einfluss auf die Neigung zu Beschwerden.

Mit zunehmendem Lebensalter nehmen bei Männern und Frauen die Zufriedenheit mit der Gesundheit und in der Regel auch die sexuelle Aktivität ab. In anderen Bereichen, etwa bezüglich der Zufriedenheit mit der Wohnsituation und der finanziellen Situation, kommt es zu einer leichten Verbesserung, so dass die Lebenszufriedenheit im Durchschnitt bis ins hohe Lebensalter trotz der zunehmenden körperlichen Beschwerden und der bekannten zunehmenden Häufigkeit von Erkrankungen weitgehend unverändert bleiben kann.

Folglich lässt sich Gesundheit mit zunehmendem Alter kaum als Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens beschreiben. Vielmehr ist Gesundheit stets eine „Anpassung auf biochemischer, physiologischer, immunologischer, sozialer und kultureller Ebene“ (Weiner 1983) oder wie von Weizsäcker bereits 1930 geschrieben hat „die Gesundheit des Menschen ist eben nicht ein Kapital, das man aufzehren kann, sondern sie ist überhaupt nur dort vorhanden, wo sie in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird. Wird sie nicht erzeugt, dann ist der Mensch bereits krank“ (zit. aus Beutel et. al. 2004). Dies bestätigt auch die These von Antonovsky (1981), nach der Menschen vielfältigen äußeren und inneren Belastungen unterliegen und dabei gesund bleiben können. Er folgert daraus die Notwendigkeit, die flexiblen Widerstandskräfte zu untersuchen. Diese generellen Widerstandskräfte werden im Konzept der Resilienz beschrieben. Mit Resilienz ist eine „flexible Widerstandsfähigkeit“ (Gunkel, Kruse 2004) gemeint. Beutel weist in diesem Zusammenhang schon 1989 darauf hin, dass nicht die besonders belastungsarme Entwicklung, sondern die „Bewältigungsressourcen“, also gesunde, insbesondere aktive Kontrollüberzeugung, ein positives Selbstbild, emotionale Stabilität, aktive und konstruktive Krisenbewältigung, optimistische Lebenseinstellung und eine Tendenz zur Problemabschwächung wesentlich zur Gesunderhaltung beitragen. Wenn wir auch im Alter fähig sind, innere und äußere Ressourcen erfolgreich zu nutzen, um anstehende Entwicklungsanforderungen zu bewältigen, haben wir eine gute Chance zu großer Lebenszufriedenheit, auch angesichts nachlassender körperlicher Kräfte und zunehmender Erkrankungen. Diese Widerstandskraft umfasst persönliche Kompetenz, Selbstvertrauen, Unabhängigkeit, Beherrschung, Beweglichkeit und Ausdauer, Akzeptanz des Selbst und des Lebens, Toleranz, flexible Sicht auf sich selbst und den eigenen Lebensweg. Eine psychosomatisch/psychotherapeutische Behandlung im Alter muss also im Auge haben, diese allgemeine flexible Widerstandsfähigkeit zu erhöhen, indem mit den Patienten Ressourcen überprüft und entweder neu entdeckt oder wieder aktiviert werden.

Dieser Ansatz lässt sich auch unter dem Gedanken der Prävention beschreiben, wenn wir Prävention nicht nur als Vorbeugung einer Erkan-

kung, sondern auch als den Umgang mit chronischen Erkrankungen zur Verhinderung einer Verschlechterung verstehen. Ziele einer individuellen präventiven Intervention für gefährdete Menschen sind dann:

- ▶ Einsicht in die Entstehungsbedingungen von Stressreaktionen, Mobbingkonstellationen und psychosomatischen Erkrankungen zu gewinnen
- ▶ Kenntnisse in gesunder Lebensführung, im Umgang mit Suchtmitteln und hinsichtlich der körperlichen und psychischen Gesundheit zu vermitteln

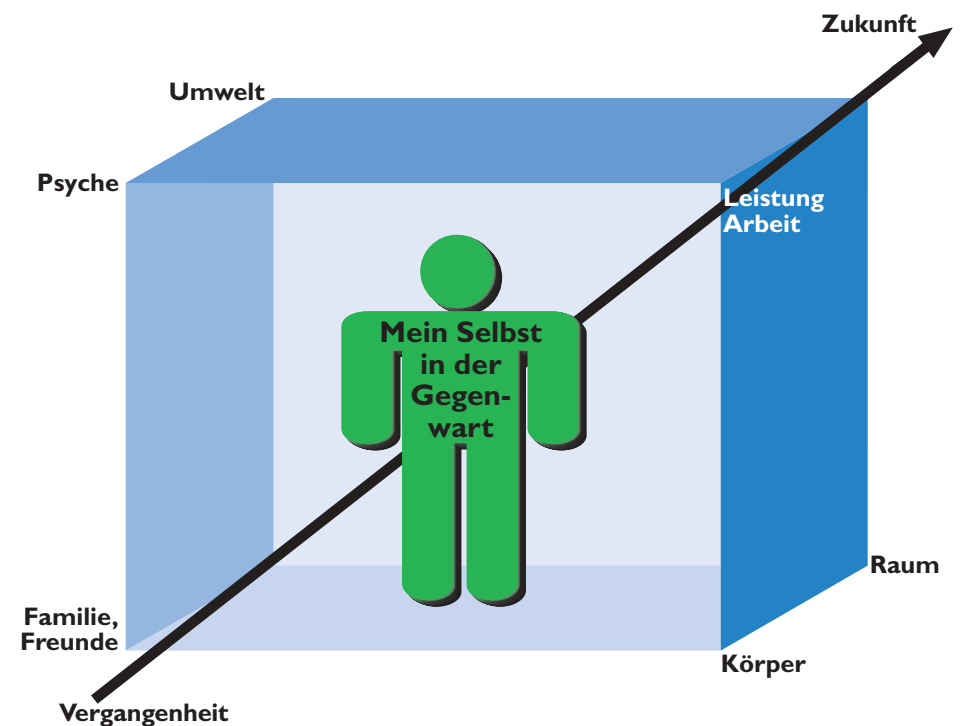


Abb.: | Raum- Zeit- Körper- Leistung

- ▶ Diesbezügliche gefährdende Lebenssituationen und
- ▶ Bewältigungsstrategien für berufsbezogene Problematik zu erarbeiten und
- ▶ Auseinandersetzung mit individuellen psychophysischen Belastungsfaktoren anzuregen (Knickenberg, Beutel 2004).

Was mit zunehmendem Alter auch gelernt wird ist, Dinge hinzunehmen, sich mit ihnen abzufinden und nicht weiter zu hinterfragen. Gerade im Umgang mit körperlichen Erkrankungen ist es für das allgemeine Lebensgefühl manchmal besser, „nicht allen Dingen ihren Lauf zu lassen“, nicht alle Informationen einzuholen und „den Dingen auf den Grund zu gehen“. Im Umgang mit sozialen und ökonomischen Risiken und Krisen kann es sinnvoller sein, bei anderen Menschen Hilfe und Unterstützung zu suchen, als alle Schwierigkeiten alleine bewältigen zu wollen. (Staudinger et al. 1996) Bei den eigenen Bewältigungsstilen ist es also jeweils gut abzuwägen, ob ein mehr ertragendes, hingebendes Verhalten oder ein aktiv lösendes günstiger ist. Dabei hängt die individuelle Auswahl selbstverständlich auch mit der bisherigen Wahl der Bewältigungsstrategien zusammen.

Weitere wesentliche Hilfen für ein zufriedenes Altern sind Optimismus, positive Zukunftsperspektiven und Humor. Sich selbst weiterhin erreichbare Ziele zu stecken, diese mit Optimismus zu verfolgen und humorvoll die eigenen Grenzen zu akzeptieren, verhilft zu einer größeren Alterszufriedenheit. Dabei kommt es immer wieder darauf an, seinen körperlichen Risiken und seinen sozialen Gegebenheiten Rechnung zu tragen.

Immer wieder wird angenommen, dass dem älter werdenden Menschen Zeit rascher verstreicht, sozusagen „durch die Finger rinnt“. Wenn man untersucht, wie die erlebte Geschwindigkeit der Zeit ist – „wie schnell vergeht für Sie die Zeit?“ und wieviel Zeit man für sich erlebt – „wieviel Zeit haben Sie?“ steht eine höhere Zufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation im engen Zusammenhang mit einer subjektiv empfundenen langsamer verstreichenden Zeit. Für Menschen, die angeben, dass für sie die Zeit schnell vergeht, besteht häufig eine geringere Alterszufriedenheit. Daraus folgt, dass es im höheren Lebensalter günstiger ist, den Augenblick zu genie-

ßen, die Ziele realistisch, gemessen an den eigenen Möglichkeiten, zu stecken und zu verfolgen, sich zu bescheiden und dabei im Trend optimistisch und humorvoll zu bleiben. Zentrale Hilfen zur positiven Gestaltung in der zweiten Lebenshälfte trotz körperlicher Einschränkungen und Belastungen sind das sich Bemühen um positive Gefühle und Optimismus und eine gute Abwägungsmöglichkeit für den Einsatz der eigenen Kräfte. Extrem anfällige Menschen mit einer negativen Gestaltung der zweiten Lebenshälfte berichten häufiger das Ausbleiben positiver Gefühle, sehen sich selbst weniger positiv und trachten nach wenig realitätsbezogenen Zielen.

Arbeitnehmer über 50 in der gegenwärtigen Arbeitswelt

50 plus: Potenziale mit Wachstum

Die bis in das Jahr 2006 weit hineinreichende Stagnation der Wirtschaft und die anhaltende Globalisierung haben zu einem drastischen Personalabbau geführt. Viele ältere Arbeitnehmer wurden dadurch arbeitslos oder in die Frühverrentung verabschiedet. Die älteren werden aus dem Berufsleben ausgegliedert, weil vielfach angenommen wird, dass ihre kognitive Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit allgemein nachlässt. Dabei unterliegt die inhaltliche Bestimmung des Bildes vom Alter einem kontinuierlichen geschichtlichen Wandel. Altersbilder entstehen in jeder Generation neu. Unsere Gesellschaft befindet sich diesbzgl. in einem Umbruch. Diese kurze Schrift soll dazu beitragen, nicht weiterhin ein großes Potenzial brachliegen und buchstäblich veraltern zu lassen.

Für die Betriebe können häufig nur ältere Arbeitnehmer die folgenden 6 Voraussetzungen erfüllen, die für einen Betrieb den Wert eines Mitarbeiters ausmachen.

- ▶ hohe Kompetenz
- ▶ Durchsetzungsvermögen
- ▶ zeitlich flexible Verfügbarkeit
- ▶ planbare lange Dauer der Zusammenarbeit
- ▶ Reisefähigkeit
- ▶ wirtschaftliches Denken und wirtschaftlicher Einsatz

Ältere Mitarbeiter sind, auch wenn sie erst spät in den Betrieb eingetreten sind, häufig loyaler und weisen über die Woche eine stetigere Leistungskurve auf. Sie sind oft weniger abgelenkt durch häusliche Probleme und können ihre ganze Willenskraft und Kompetenz in den Dienst des Unternehmens stellen. Sie haben realistischere Gehaltsvorstellungen und stellen eher andere motivationale Faktoren in den Vordergrund (siehe unten).

Stärken und Potenziale Älterer

Die kognitive Leistungsfähigkeit nimmt entgegen der unreflektierten Meinung besonders vieler Personalleiter im Alter nicht durchgängig ab. Gerade Prozesse, die mit der Repräsentation von Informationen, also mit dem Langzeitgedächtnis und der zur Verfügungstellung von Wissen im Sinne der kristallinen Intelligenz zusammenhängen, sind nicht beeinträchtigt und häufig sogar besser als bei Jüngeren. Ältere lassen sich auch von Ablenkreizen weniger zu Fehlern veranlassen, sie können von daher Kontrollprozesse häufig besser und effektiver durchführen. Die Reaktionsgeschwindigkeit auf diese Reize lässt sich bei ihnen durch gleichzeitige akustische Reize deutlich besser steigern als bei Jüngeren. Beim Wechsel zwischen verschiedenen Aufgaben sind Ältere gegenüber Jungen dann verlangsamt, wenn sie die Wechsel selbst steuern müssen. Sie wechseln jedoch schneller als junge Menschen, wenn ihnen der Wechsel durch einen vorausgehenden Hinweis angezeigt wird.

Das planerische Gedächtnis Älterer ist bei realitätsnahen Planungsaufgaben durchgängig besser als bei Jüngeren. Die Älteren verfügen über ein besse-

res Zeitmanagement und haben größere Erfahrungen damit, ihre eigenen psychischen Kräfte einzuschätzen. Sie wissen mehr um ihre eigenen Schwächen und haben bessere Strategien, ihr Wissen effektiv zu nutzen und sich an Geplantes zu erinnern.

Die visuelle Suche ist für zahllose Tätigkeiten notwendig. Ältere sind bei Suchaufgaben in der Regel eher langsamer und müssen deshalb zur Bewältigung mehr kognitive Ressourcen investieren als Jüngere. Allerdings sind sie besser bei der Fähigkeit, durchsuchte Positionen nicht noch einmal zu durchsuchen. Sie prägen sich bereits durchsuchte Positionen besser ein.

Tabelle 1: Kognitive Veränderungen mit zunehmendem Lebensalter:

Verschlechterungen	Mögliche Verbesserungen
Arbeitsgedächtnis	Kurzzeitgedächtnis
Prospektives Gedächtnis	Langzeitgedächtnis
Fluide Intelligenz	Wortschatz
Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit	Kristalline Intelligenz
Exekutivfunktionen	Räumliches Vorstellungsvermögen
Geteilte Aufmerksamkeit	Selektive Aufmerksamkeit

Aus: Wagner, S., Paulsen, S., Bleichner, F., Knickenberg, R.J., Beutel, M.E. (2008). Kognitives Training in der Rehabilitation. Programm zur Behandlung leichter kognitiver Beeinträchtigungen. Im Druck

Berufliche Weiterbildung

Insgesamt zeigten sich neben ganz spezifischen Schwächen und Stärken Älterer insbesondere ihre erhebliche kompensatorische Kompetenz. Leistungseinbußen Älterer lassen sich durch kognitives und physisches Training erheblich verbessern.

Der letzte Punkt ist hinsichtlich der beruflichen Weiterbildung besonders zu berücksichtigen. Auch ältere Arbeitnehmer brauchen eine berufliche Weiterbildung und werden durch sie motiviert. Grundsätzlich lernen Ältere besser additiv, d. h. sie fügen dem schon vorhandenen Wissen neue Informationen bei. Schwerer fällt es, wenn sie sich vollständig neue Lerninhalte erschließen sollen. Eine wesentliche Begründung für eine berufliche Weiterbildung auch für ältere Mitarbeiter beruht neben dem Zuwachs von Wissensinhalten und Erweiterung des beruflichen Horizontes auf der Tatsache, dass als Folge die Selbstwirksamkeitsüberzeugung deutlich steigt und damit die Motivation insgesamt wächst. So schätzen Ältere die allgemeine Lernfähigkeit und Lerngeschwindigkeit ihrer Altersgruppe geringer ein als Jüngere und halten die eigenen Fertigkeiten für weniger leicht veränderbar als bei jüngeren Menschen. Über entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen können sie feststellen, dass sie durchaus noch in der Lage sind, neues hinzuzulernen, dies erhöht ihre Selbstsicherheit, so dass es weniger notwendig wird, zum eigenen Selbstwertschutz sich der Weiterbildung oder der Umstrukturierung am Arbeitsplatz zu verweigern. Hinsichtlich der Präsentation der Weiterbildungsinhalte bevorzugen ältere Mitarbeiter zur Verminderung von Selbstwertgefährdungen nicht interaktive Lernformen. So lesen sie z. B. Fachliteratur lieber selber oder arbeiten Vorträge nach, als dass sie in den Erfahrungsaustausch mit jüngeren Kollegen treten.

Kollegialer Austausch

Ist die Bereitschaft zur Weiterbildung erst wieder geweckt, lässt sich auch der kollegiale Austausch mit Jüngeren besser voranbringen. Dabei haben viele Unternehmen mittlerweile registriert, dass die auf junge Mitarbeiter zentrierte Personalpolitik, die den Ausbau und die Erweiterung der organisatorischen Wissensbasis in erster Linie über die Einstellung neuer, jüngerer Mitarbeiter im Austausch mit älteren zu leisten versucht, schnell an ihre Grenzen stößt. Es wird wieder stärker berücksichtigt, dass auch bei der Entwicklung neuer Produkte das kundenbezogene Erfahrungswissen der älteren Mitarbeiter unverzichtbar ist, und die Wissensbestände von jung und alt

nicht konkurrieren, sondern komplementäre Wissensstände sind, die sich in vielerlei Hinsicht ergänzen können.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass ältere Arbeitnehmer nicht weniger, sondern anders leistungsfähig sind als jüngere. Dabei hängt die Beantwortung der Frage, welche Leistung ein älterer Mitarbeiter für sein Unternehmen erbringen kann, nicht nur von den Arbeitsbedingungen an seinem jetzigen Arbeitsplatz ab, sondern wird in besonderem Maße auch davon bestimmt, welchen Arbeitsbedingungen er in seiner Berufsbiographie ausgesetzt war: Ein großer Handlungsspielraum sowie abwechslungsreiche Tätigkeiten, wie sie von einer gesundheits- und lernförderlichen Arbeitsgestaltung gefordert werden, erlauben beispielsweise, langfristig Kompetenzen aufzubauen und diese flexibel umzusetzen. Im Gegenzug führen einseitige Spezialisierung und eingeschränkte Entscheidungsspielräume dazu, dass Mitarbeiter neuen Herausforderungen nicht mehr gewachsen und dementsprechend nur noch an einer geringen Anzahl von Arbeitsplätzen einsetzbar sind. Ein zentrales Problem in Bezug auf die Einsatzfähigkeit älterer Mitarbeiter besteht also darin, dass sie in ihrer Berufsbiographie zu lange an festen Arbeitsplätzen verweilt.

Daraus ergibt sich für die langfristige betriebliche Arbeitsgestaltung darüber nachzudenken, Arbeitnehmer in längeren zeitlichen Abschnitten ihrer beruflichen Tätigkeit immer wieder auch an neue Erfahrungen und Aufgaben heranzuführen.

Für ältere Arbeitnehmer ändern sich die Belohnsysteme, aus denen sie Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit ziehen können. Ältere Arbeitnehmer zeigen im Vergleich zu jüngeren, dass sie

- ▶ arbeitsbezogene Autonomie
- ▶ die Verwirklichung persönlicher Ziele
- ▶ soziale Kontakte
- ▶ kollegiale Hilfeleistung

deutlich mehr schätzen als jüngere. Die subjektive Bedeutsamkeit von Fragen des Gehaltes und der Sicherheit des Arbeitsplatzes nehmen dagegen in ihrer Bedeutung mit höherem Alter ab. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass sich die beruflichen Motive und die Bedeutsamkeit verschiedener Aspekte der Arbeitszufriedenheit über das Alter systematisch verändern.

Eine entsprechende Berücksichtigung all dieser Veränderungen ist für eine erfolgreiche und auch humane Personalpolitik essentiell.

Intelligenz und Lernen im Alter

Mit zunehmendem Lebensalter kann es zu allmählichen Veränderung kognitiver Funktionen kommen. Von diesen Veränderungen sind neben der Intelligenz auch die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis betroffen. Man unterscheidet zwei Komponenten der menschlichen Intelligenz (Sowarka 1992). Die **kristalline** Intelligenz beinhaltet durch Bildung und Kultur erworbenes Wissen, sowie sprachliches Wissen und Verstehen. Die **fluide** Intelligenz bezeichnet die Fähigkeit zur Lösung neuartiger Probleme, Prozesse der Informationsverarbeitung und des abstrakten Denkens. Die kristalline Intelligenz kann bis in hohe Alter durch geistige Aktivität gesteigert werden. Die fluide Intelligenz hingegen nimmt mit zunehmendem Lebensalter ab.

Es kommt also mit zunehmendem Lebensalter nicht zu linearen generellen kognitivem Abbau. Teilfunktionen von Gedächtnis (Aufmerksamkeit und Arbeitsgeschwindigkeit) nehmen allmählich ab; andere (Wissen, sprachliches Verstehen) können bei fortgesetzter geistiger Aktivität zunehmen und für die Kompensation eingeschränkter Funktionen hilfreich sein (Reischies, Lindenberger, 1996).

Während unserer Behandlung spielen vor allen Dingen die Diagnostik und Therapie sogenannter „minimaler kognitiver Einbußen“ eine Rolle. Minimale kognitive Einbußen werden vor allem für die berufliche Anpassung relevant, wenn neue Arbeitsanforderungen gestellt werden. Dies ist häufig beim gegenwärtigen rapiden gesellschaftlichen und beruflichen Umbau zu beob-

achten, der oft mit Rationalisierung, Flexibilisierung und forcierter Einführung von Informations- und Kommunikationstechnologien einhergeht. Gerade für ältere Arbeitnehmer mit leichten kognitiven Einbußen können derartige Entwicklungen (vgl. Beutel et al. 2002) zu Leistungsversagen und Einbußen der Lebensqualität führen. Werden Personen mit kognitiven Altersveränderungen im täglichen Leben, besonders im Beruf mit neuen Anforderungen (z.B. Einführung von EDV) konfrontiert, die eine größere kognitive Flexibilität erfordern, kann dies leicht zu Fehlverarbeitungen führen. Kommt es zu einer Fehlverarbeitung kognitiver Beeinträchtigung im Sinne einer Überbewertung und überzogener Ängste, entstehen negative Selbstbewertung, Versagensgefühle, Leistungsvermeidung bis hin zu Erschöpfung oder Depression. Dies kann so angesichts neuerer, komplexerer beruflicher Anforderungen in einen Teufelskreis aus Versagensängsten, Resignation und Depression führen.

Behandlungsindikationen

Aus den vorangegangenen Kapiteln wird deutlich, dass in diesem Konzept zwei Gedankenstränge parallel geführt werden.

1. In erster Linie wird ein Behandlungskonzept dargestellt, das die medizinische Rehabilitation von psychosomatisch Kranken zum Ziel hat. Psychosomatische Störungen sind entsprechend des psycho-bio-sozialen Krankheitsmodells vielschichtig bedingt und haben neben einer konfliktbedingten psychodynamischen Dimension auch eine Lerngeschichte und eine soziale Komponente. Nur ein vernetzter Denkansatz wird diesen Entstehungs- und aufrechterhaltenden Bedingungen gerecht. Aus dem Verständnis der individuellen Entstehungsgeschichte der Störung lassen sich die therapeutischen Schritte ableiten. Dazu gehören die psychotherapeutischen Methoden, wie sie weiter unten beschrieben werden.

2. Es werden Gedanken zur Gesunderhaltung vermittelt, die auf verschiedenen Gesundheitsmodellen basieren. Auf diese Weise wird die Lebenserfahrung und die eigenen Ressourcen mit Modellen zur Gesunderhaltung verknüpft. Dies bekräftigt beim einzelnen Patienten das Gefühl, selbst etwas

tun zu können, Hilfe zur Selbsthilfe zu erhalten, stärkt das Selbstvertrauen und macht Mut, zum Älterwerden zu stehen.

Grundsätzlich treten im Alter psychische Störungen nicht nur in einer chronifizierten Form auf, sondern waren bei einer Erhebung (Heuft et al.2000) zu 26,7% einer Allgemeinstation eines geriatrischen Akutkrankenhauses aktuelle funktionelle Störungen. Dabei besteht gerade in zunehmendem Alter die Gefahr, eine Somatisierung als weitere körperliche Erkrankung zu verkennen. Zwei Fehlbeurteilungen nehmen im Alter zu:

1. Klagen über neue körperliche Beschwerden werden als weitere somatische Erkrankung angesehen, nicht als Ausdruck einer Depression, als Somatisierung bei einem aktuellen Konflikt oder als Verschlechterung einer neurotischen Erkrankung.

2. Psychotherapie erscheint für ältere Menschen nicht mehr angebracht, kontraindiziert oder wird als erfolglos angesehen.

Für eine **stationäre Fokalthherapie** bestehen als Indikation:

- ▶ Ein starker Leidensdruck, dem mit den ambulanten Maßnahmen nicht ausreichen zu begegnen ist.
- ▶ Eine Notwendigkeit zur Entlastung von Konfliktkonstellationen im beruflichen oder familiären Umfeld.
- ▶ Eine intensive Phase zur Motivation zu einer Psychotherapie durch Verbesserung der Einsichtsfähigkeit.
- ▶ Eine Notwendigkeit zu einem mehrschichtigen psychotherapeutischen Vorgehen mit Einzel- und Gruppentherapie, Aktivitätsaufbau, robrierenden Maßnahmen und Indikationen zu indikations-spezifischen Behandlungsansätzen wie Schmerz- oder Tinnitusbewältigung.
- ▶ Arbeitsplatzspezifische Problemkonstellationen mit „burn out“ oder „mobbing“
- ▶ Zur Diagnostik und Therapie kognitiver Einschränkungen.

Therapeutisches Angebot

Menschen in der 2. Lebenshälfte, also nach unserem Verständnis ab etwa 50 Jahre sind auf Stationen mit jeweils 21 Betten in Einzelzimmern untergebracht. Die Station wird durch einen Arzt und einen Psychologen als Bezugstherapeuten zusammen mit einer Krankenschwester betreut. Die Therapeuten sind mit den speziellen Konstellationen dieser Altersgruppe gut vertraut. Hinzu kommen Therapeuten für die Durchführung spezieller Gruppenangebote, die auf bestimmte Krankheitsbilder wie Angst, chronischer Schmerz, Tinnitus (Ohrgeräusche) zugeschnitten sind (weiter ausformuliert in Teilkonzepten der Klinik). Von speziell ausgebildeten Schwestern und Pflegern wird unter der Supervision des leitenden Psychologen ein Gruppentraining zur sozialen Kompetenz angeboten.

Auf jeder Station führen die Bezugstherapeuten neben den Einzelgesprächen drei regelmäßige Gruppenangebote durch:

- ▶ die verbale Gruppe
- ▶ die interaktionale Gruppe
- ▶ die Körpertherapie.


In der **verbalen Gruppe** kommen abgewandelte psychoanalytische Gruppentherapieelemente zum Einsatz. Allgemein kommt es zu einer vertieften Einsicht in die eigenen Interaktionen mit den anderen Gruppenmitgliedern. Die Gruppe hat einen schützenden und bergenden Charakter, da den Patienten deutlich wird, dass sie mit ihrer Symptomatik nicht allein stehen. Besonders profitieren können die Patienten durch eine Beobachtung und Verbesserung ihres sozialen Verhaltens. Sie schärfen ihr Verstehen und Empfinden sozialer Prozesse, lernen, auf die anderen Gruppenmitglieder einzugehen, erleben auch unterschiedliche Bewältigungsmöglichkeiten der anstehenden Problembereiche. Auf diese Weise werden vor dem Hintergrund der therapeutischen Gemeinschaft einer Station die gruppenspezifischen Prozesse therapeutisch optimal genutzt. In den verbalen Gruppen gilt die Grundregel der freien Interaktion. Die Patienten werden aufgefor-

dert, die Eindrücke aus ihrem Innern und aus der Gruppensituation frei zu äußern. Es entwickelt sich ein spontanes, durch den Therapeuten strukturierteres Gespräch. Der Psychotherapeut beobachtet die sich etablierenden Interaktionen zwischen den Gruppenmitgliedern und versucht, diese Interaktionen mit dem emotionalen Erleben zu verknüpfen.


Bei der **interaktionalen Gruppenpsychotherapie** werden die Patienten über eine gemeinsame Übung zu Beginn auf ein Thema eingestimmt, das sie dann miteinander bearbeiten. Themenbereiche können sein: Abschied und Trauer, Selbst- und Fremdbeschreibung des eigenen Wesens, Übungen zu Vertrauen und Abgrenzung oder zu Problemen in der Kommunikation miteinander.

In der **Körpertherapie** herrschen als Aufgaben die Beschreibung der eigenen Sinneswahrnehmung, der Körperbezüge und das Erleben von Körperbewegungen vor. Der Therapeut fordert zu entsprechenden Körperübungen oder zur Konzentration auf die Sinneswahrnehmung auf und nutzt die gemachten Empfindungen dazu, diese mit dem aus der Biographie erinnerten Körpererleben zu verknüpfen. Diese Gruppe ist besonders geeignet für alle Patienten, denen der Zugang zum eigenen Körper und zu den eigenen Gefühlen schwer fällt oder die zu Abwehrvorgängen tendieren wie Gefühlsverdrängung, Intellektualisierung, Rationalisierung oder Affektisolierung. Die Beschäftigung mit dem Körper soll auch dazu helfen, Sinnesempfindungen zu nutzen, um genießen und sich entspannen zu lernen.

Wer den Genuss einfacher Sinneserfahrungen gelernt hat, besitzt eine gute Möglichkeit, in seinem Leben ein Gleichgewicht zwischen den Anforderungen des Tages und seinen täglichen Erholungsmöglichkeiten herzustellen, eine **Lebenskunst** zu entwickeln, ein Gleichgewicht in seinem Leben aufrecht zu erhalten.



Jeder Genuss, dem die
Mitte fehlt, ist sinnlos.
Aristoteles 384-322 n. Chr.



Regeln für das Genießen

- Genuss
 - braucht Zeit
 - bedarf der Konzentration auf die Sinne
 - bedeutet Beschränkung auf Wesentliches
 - muss erlaubt sein
 - braucht Erfahrung
 - fordert Mut und Neugier
 - ist Einklang
 - suum cuique! (jedem das Seine)
 - weniger ist mehr

Lutz, R. (1996); Genussstraining. In: Linden, M., Hautzinger, M.: Verhaltenstherapie. 154-158, Springer

Abb. 2: Regeln für das Genießen

Im **Gruppentraining soziale Kompetenz (GSK)** haben die Patienten die Möglichkeit, in Rollenspielen für sie schwierige Gespräche und selbstsicheres Auftreten direkt zu üben. Sie erhalten Hinweise für Ihr Auftreten, erarbeiten sich, welche Gesprächsführung am günstigsten erscheint, ohne unangemessen aggressiv oder auch zu verbindlich zu wirken.

In **Sport und Spiel**, eingeschränkt auch in der Krankengymnastik und Rückenschule, kann der Patient den Umgang mit seinem eigenen Körper und seinen Interaktionen mit den Mitpatienten überprüfen und verändern. Die Gymnastik einzeln und in Gruppen verbessert die körperliche Leistungsfähigkeit, gibt neues Selbstvertrauen und verbessert das Lebensgefühl. Körperliche Bewegung verbessert auch die Hirndurchblutung und steigert die Konzentration und die seelische Belastbarkeit. Sport und Spiel dienen häufig neben der Förderung des Teamgeistes der Abfuhr von aggressiven Spannungen und dem spielerischen Äußern von Durchsetzungsfähigkeit und Zielstrebigkeit.

In **ergotherapeutischen Maßnahmen** kann der Patient seine Konzentration und Ausdauer fördern, kann seinen Emotionen über Medien wie Ton oder Farbe Ausdruck verleihen und im Gruppenprozess bei Gemeinschaftsaufgaben seine spezielle Art, zu einer Problemlösung beizutragen, wird angeleitet zu reflektieren. Dabei beeinflusst die Verwendung unterschiedlicher Werkstoffe die Stimmung der Patienten und verlangt diesen andere Fertigkeiten ab. Die Patienten entwickeln im Umgang mit einem schwer zu bearbeitenden Material mehr Durchhaltevermögen oder Frustrationstoleranz, mit verfließenden Farben wird die Kreativität angesprochen, die Arbeit kann nicht akkurat ausgeführt werden, was von manchem Patienten kaum toleriert werden kann. Die Verwendung verschiedener Werkstoffe ist auch ein guter Ansatzpunkt für berufsbezogene Fragestellungen. Ergotherapie stellt in der medizinischen Rehabilitation einen wichtigen Schritt zur differenzierten Leistungsbeurteilung dar. Voraussetzung ist Neugier und Experimentierbereitschaft, die Freude an neuen Erfahrungen und der Wunsch, seine Kreativität zu fördern.

Das **Entspannungstraining** in der Form der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson ist für Viele leicht zu lernen. Die Patienten führen es bei uns einmal in der Woche unter Anleitung durch und erhalten schriftliche Informationen zur regelmäßigen eigenen Übung. Die Gruppenstunden dienen der Anleitung und bieten Gelegenheit zu fragen, ein eigenes Training ist unumgänglich. Nur so bekommen die Patienten eine eigene Routine und können die Entspannung auch zu Hause an ihrem Arbeitsplatz als Kurzentspannung wirklich nutzen.

Im Einzelfall können wir mit ihnen auch ein **bio-feed-back-Training** durchführen.

Spezielle indikative, symptombezogene Gruppen

bieten wir für verschiedene Störungsbilder an. Dazu gehören:

- ▶ chronische Schmerzzustände
- ▶ Ohrgeräusche (Tinnitus)
- ▶ Angstzustände
- ▶ Symptome bei berufsbezogenen Problemen, auch „Burnout“ und „mobbing“

Für diese therapeutischen Angebote wurden von uns eigene Behandlungskonzepte erstellt, die gesondert bei Frau Seubert, Tel.: 09771 673302 angefordert oder aus dem Internet - www.psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de - heruntergeladen werden können.

Es ist uns ein Anliegen, den Patienten unsere immer wieder gemachte Erfahrung nahe zu legen, zu bedenken dass:

die Aufenthaltsdauer begrenzt ist und die Patienten daheim nur nutzen können, was sie sich aus unseren Therapieangeboten selbstverantwortlich erarbeitet haben.

Deshalb raten wir während der Therapie das den Patienten bei Aufnahme ausgehändigte Therapietagebuch zu nutzen. Die Patienten können es mit nach Hause nehmen, um auch nach ihrer Entlassung weiter nachlesen und vertiefen zu können, was ihnen in der Therapie wichtig war oder an Zusammenhängen klar geworden ist.

Minimale kognitive Einschränkungen

Konzentration- und gedächtnisbezogener Einschränkungen werden von uns testpsychologisch diagnostiziert und bei Bedarf ein **Hirnleistungstraining** nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen angeboten. Das Trainingsprogramm ist deutlich differenzierter als die herkömmlichen Schulungshilfen zum Gedächtnistraining wie etwa das „Gehirnjogging“. Dies Training soll Spaß machen, nicht nur die Fehler und Defizite verdeutlichen, sondern auch Bestätigung vermitteln. (Knickenberg et al. 2004) Auf eine

kurze Formel gebracht lernen ältere Menschen besser, indem sie zu ihnen schon bekannten Inhalten möglichst spielerisch dazu lernen.

Diese Bemühungen können um ein **EDV-Training** erweitert werden, das nur für unsere Patienten im Rahmen der Therapie vom Christlichen Bildungswerk Bad Neustadt (CBW) angeboten wird und den Umgang mit dem Computer von den Grundbegriffen bis zum selbstständigen Arbeiten vermittelt. Der Kurs umfasst 8 Sitzungen à 2,5 Stunden und ist auf maximal 12 Teilnehmer begrenzt (Beutel et al. 2004, Freiling et al. 2004). In der Klinik stehen Computerarbeitsplätze zur Verfügung, um das Gelernte zu üben und zu vertiefen. Auch ein Internetzugang ist zur freien Nutzung vorhanden.

Ausprobieren und umsetzen

In **Berufspraktika** kann Erlerntes umgesetzt oder neue Erfahrungen in einem Beruf vermittelt oder die Konzentrations- und Konzentrationsleistung in der regelmäßigen Arbeit erprobt werden. Dieser Behandlungsschritt ist sehr aufwendig, wird von einer Sozialpädagogin begleitet und steht für ausgewählte Patienten in verschiedenen Betrieben zur Verfügung. Das Praktikum wird in den Therapieprozess eingebettet, wobei alle Zeiten variabel sind und mit dem Patienten zusammen abgesprochen werden.

Vorgeschaltet werden kann in der Ergotherapie die Konzentrationsförderung durch Aufgaben wie z. B. Entwurf oder Bau eines Karteikästchens oder die Anfertigung einer Federschale, um auf diese Weise das räumliche Denken und die Handgeschicklichkeit zu schulen. Dabei wird auf eine ergonomische Arbeitshaltung geachtet, um die Kräfte einteilen zu lernen.

Medikamente und Psychotherapie

Nach der Aufnahme in die Klinik wird die Krankengeschichte erhoben, eine körperliche Untersuchung durchgeführt und um laborchemische und technische Untersuchungen (EKG, ggfs. Belastungs- EKG) ergänzt. Auch konsili-

arische weiterführende Untersuchungen in der Herz- und Gefäßklinik, der Neurologie und in der Abteilung für Diabetologie der Frankenklinik sind ebenso möglich wie die komplette bildgebende Diagnostik. Für HNO- ärztliche und orthopädische Konsile arbeiten wir seit vielen Jahren vertrauensvoll mit niedergelassenen Ärzten zusammen.

Gemeinsam mit Stationsarzt und Oberarzt wird über die Medikation entschieden, die zunächst, wenn sie nicht kontraindiziert erscheint, von uns weiter gegeben wird. Wenn wir die Patienten näher kennen gelernt haben, unterbreiten wir ihnen unsere Vorschläge zur medikamentösen Behandlung und stimmen sie bedarfsweise auch mit dem behandelnden Arzt am Heimatort ab. Bei Psychischen Störungen empfiehlt sich häufig ein kombiniertes medikamentöses und psychotherapeutisches Vorgehen, wobei immer auch psychodynamische Aspekte bei der Vergabe von Psychopharmaka berücksichtigt werden. Dabei sollte die Erwartung an ein Medikament nicht zu hoch geschraubt werden, es unterstützt aber oft den therapeutischen Prozess oder ermöglicht den Patienten erst den Einstieg in die Psychotherapie. Als Beispiele seien genannt:

- ▶ Die Behandlung akuter Schlafstörungen. Erst nach einem ausreichenden Nachtschlaf sind die Patienten in der Lage, an den angebotenen therapeutischen Maßnahmen konzentriert teilzunehmen
- ▶ Die medikamentöse Schmerzbehandlung als Grundlage einer Schmerztherapie.
- ▶ Die Behandlung der Antriebs- und Stimmungsreduktion im Rahmen einer Depression.
- ▶ Die Behandlung von starken Gefühlsschwankungen und Impulsen bei Persönlichkeitsstörungen.

Es kann sich aber auch als notwendig herausstellen, Medikamente zu reduzieren. Hier sind vermehrte oder unzureichende Arzneimittelannahmen zu nennen, die z.B. im Fall von Schmerzmitteln, möglicherweise zu einem medikamentös bedingten Kopfschmerz geführt haben. Auch im Rahmen von Angsterkrankungen werden gelegentlich zu viele oder Abhängigkeit-

erzeugende Medikamente eingenommen Medikamentenverordnungen werden in jedem Fall mit den Patienten abgesprochen, damit sie unsere Beweggründe für die vorgeschlagenen Maßnahmen kennen.

„Burn out“- nicht nur in sozialen Berufen

Burnout ist ein Gefühlszustand der Erschöpfung, der von zu viel Arbeit und Stress und zu wenig Erholung herrührt. Die Spannkraft lässt nach, Ermüdung tritt immer schneller ein, depressive Verstimmungen können die Folge sein. Schlafstörungen und psychosomatischen Beschwerden oder Abhängigkeit von Suchtmitteln erschweren den Verlauf erheblich. Die Stadien des circulus vitiosus erfolgen immer rascher. Mit der zunehmenden Lustlosigkeit im Beruf wächst die Angst, Fehler zu machen. Die Folge ist eine vermehrte Anstrengung, die Symptomatik wird weiterhin intensiviert.

Die Entwicklung beginnt mit einem idealistischen Enthusiasmus. Der Berufsanfänger engagiert sich über die Maßen und in intensiver Identifikation mit dem Beruf und in sozialen Berufen in der Hilfe für seine Mitmenschen. Er investiert lange zu viel Energie in seine Arbeit und vernachlässigt sich selbst. Diese Entwicklung fällt in die Zeit der Ausbildung, der Existenzgründung und der folgenden Berufsjahre. Nach geraumer Zeit tritt Ernüchterung ein. Was zunächst anregend und spannend war, gehört nun zum Alltag. Zweifel an der eigenen Effektivität melden sich, die eigene Arbeit und das eigene Wertesystem werden dann manchmal in Frage gestellt

Das Burnout-Syndrom lässt sich aber nicht auf eine einzige Ursache zurückführen und bildet sich über einen längeren Zeitraum aus, wobei der Übergang von der „normalen“ Stressreaktion zum Burnout-Syndrom fließend ist. Ungebremst verläuft das Burnout-Syndrom in folgenden aufeinander aufbauenden Phasen:

- ▶ Zu Beginn vermehrtes Engagement für die eigenen Ziele bei gleichzeitiger Überarbeitung und einem Gefühl der Erschöpfung.

- ▶ Es kommt zur Reduktion des eigenen Einsatzes mit zunehmenden Rückzug und einer negativen Einstellung zur Arbeit und den Kollegen.
- ▶ Negative emotionale Reaktion und Schuldzuweisung, Depression und Aggressionen können beobachtet werden.
- ▶ Deutlicher Abfall von Kreativität, Leistungsfähigkeit und Motivation kennzeichnen den nächsten Schritt.
- ▶ Das Burnout Syndrom endet oft in einer geistigen, sozialen und emotionalen Verarmung mit psychosomatischen Reaktionen wie Schlafstörungen, Übelkeit, Magen-Darm-Beschwerden, Verzweiflung und Depression.

Allgemeine Ursachen für das Burnout-Syndrom liegen in den heutigen Arbeitsbedingungen. Steigende Leistungsanforderungen, Leistungsverdichtung und Verschlanung sind bekannte Forderungen und Schlagworte. Eine Grenzziehung zwischen Arbeitszeit und Freizeit ist kaum noch möglich, Zeit für Privatsphäre und Erholung bleibt besonders in verantwortungsvolleren Berufen und Positionen kaum übrig. Dabei wird in unserer Gesellschaft zu einseitig an die kognitiven Fähigkeiten, an die umfassende Kontrolle aller Abläufe und an die Berechenbarkeit der Menschen und die Fortschrittshörigkeit geglaubt. Der persönliche, auf Intuition und Emotion beruhende, aus der Kreativität entstehende Umgang mit Konflikten wird zu wenig beachtet oder wird aus Zeitgründen immer stärker eingeschränkt. Für spirituelle Bedürfnisse, Entspannung und Selbstfindung ist oft kein Raum.

Besonders gefährdet sind Angehörige sozialer Berufe. Dazu gehören Kranken- und Altenpfleger, Lehrer und Ärzte, Sozialpädagogen und Sozialarbeiter, Krankengymnasten und Logopäden, Priester und Psychotherapeuten. Sie treffen ihre Berufswahl oft aus dem Wunsch heraus, mit Menschen reden, Menschen helfen zu wollen. Im Laufe der Berufsjahre setzt dann eine Desillusionierung ein, die noch leichter als für andere Berufe in das burnout Syndrom führen kann. Paradoxe Weise aber erleben sich Angehörige der genannten Berufsgruppen zunächst von ihrem eigenen Selbstverständnis her als gesund, über die Maßen leistungsfähig und unverwundbar. Sie

erleben sich über lange Zeit als immer im Dienst, einsatzfreudig und in der Lage, auch in schwierigsten Situationen adäquat zu reagieren. Sie vertreten den ihnen anvertrauten Menschen gegenüber die Prinzipien gesunder Lebensführung, die sie bei ihrer eigenen Lebensgestaltung oft grob missachten. Sie überschreiten regelmäßig ihre eigenen körperlichen und psychischen Leistungsgrenzen zu Lasten eines befriedigenden Privatlebens. Dies kann mit therapeutischen Omnipotenzansprüchen zu tun haben, die im Lauf der Jahre stark enttäuscht werden.

Die Kluft zwischen der innerlich eingeräumten, kognitiv emotional nachvollziehbaren oder zumindest vage gespürten Notwendigkeit zu einem auch für die eigene Gesundheit verantwortlichen Leben und der tatsächlichen Lebensführung wird immer breiter und trägt zum Lebensüberdruß bei. Das eigene Unwohlsein wird durch ethisch moralische Forderungen beschwichtigt, deren Erfüllung auch das Gefühl eigener Omnipotenz erneut bestätigt: „Was soll ich denn tun, wenn man mich doch so dringend braucht?“ Dies sind Fragen, mit denen sich diese Menschen immer fester an ihr Hamster-rad binden. Da es dabei auch noch sinnvoll und bewundernswert ist, so zu denken und zu handeln, kommt auch das Gefühl von Sinnlosigkeit und Leere nicht so recht auf. Doch hat die Familie denn kein Recht und vor allen Dingen, haben Sie selbst kein Recht auf das, was Sie den anderen zubilligen? Nur mit einem kurzem Gedanken sei die Frage gestreift, wie die Betroffenen die Aufopferung kompensieren. Denn Berufs- und Lebenserfahrung sagen, dass es Heilige nur recht selten gibt. Sicher entschädigt viele das Ansehen. Wenn es ausbleibt, verschärft sich die Sinnkrise. Vielleicht birgt diese Krise aber auch die Möglichkeit zur Selbstbesinnung und zum Umdenken. Was wäre zu tun?

I. Bestandsaufnahme

Fragen Sie sich, wie viel Zeit Sie für Ihren Beruf, für die Familie, für Freunde und für sich selbst aufwenden. Stellen Sie den täglichen Zeitbedarf auf einem 24-Stunden Kreis dar und verdeutlichen Sie sich, wieviel Zeit Ihnen persönlich bleibt. Wenn Sie zufrieden sind, brauchen Sie nicht weiter zu lesen.

Versuchen Sie sich ehrlich einzugestehen, wenn Sie Alkohol nicht mehr nur zum Genuss trinken, der Nikotinkonsum steigt oder es ohne Psychopharmaka nicht mehr geht.

2. Diskussionsphase

Stellen Sie die Bestandsaufnahme in Ihrer Familie und bei Freunden und Verwandten zur Diskussion. Hören Sie gut zu, wenn der Ehepartner oder die Kinder sich beklagen, Sie zu wenig zu sehen, wenn der Ehepartner seine Eifersucht auf Ihren Beruf ausdrückt und beklagt, dass die Mitarbeiter und Kollegen, die Patienten oder Ihnen anvertrauten Menschen mehr von Ihnen bekommen. Wenn sich keine Veränderungsnotwendigkeiten ergeben, fragen Sie sich nach Ihren Hobbies und Freizeitgestaltungsmöglichkeiten.

3. Wünsche sind nicht verboten

Hätten Sie Wünsche an die Freizeitgestaltung, die Sie immer auf den Urlaub verschieben und die Sie lieber in Ihren Alltag hinein nehmen würden? Haben Sie überhaupt Vorstellungen von einer genussvollen Freizeitgestaltung oder herrscht der horror vacui? Erlauben Sie sich in einer ruhigen Minute, sich Ihre Vorstellungen von einer befriedigenden Lebensführung einzustellen.

4. Motivationsprüfung

Was sind Sie bereit, für eine größere Zufriedenheit in Ihrem Leben, für eine größere Change auf Gesundheit einzusetzen? Sind Sie bereit, die äußeren täglichen Lebensabläufe zu verändern, sich gegen überzogene Anspruchslichkeit und Leistungserwartung zur Wehr zu setzen? Können Sie sich auch mal abgrenzen oder sind Sie bereit, es zu lernen? (Knickenberg 2004)

Wenn Sie sich für eine weitere Selbstbesinnung interessieren, füllen Sie nachstehenden Fragebogen (I) aus.

Reflexion der Lebensführung und Gesundheitscheck

1.) Ich habe einen Gesundheitscheck bei mir durchführen lassen

- a) Nein, noch nie 0 Punkte
- b) Ja, innerhalb der letzten 5 Jahre 1 Punkt
- c) Ja, innerhalb der letzten 2 Jahre 2 Punkte

2.) Ich habe eine Vorsorgeuntersuchung bei mir durchführen lassen

- a) Nein, noch nie 0 Punkte
- b) Ja, innerhalb der letzten 5 Jahre 1 Punkt
- c) Ja, innerhalb der letzten 2 Jahre 2 Punkte

3.) Ich rauche Zigaretten in folgenden Mengen:

- a) Mehr als eine Schachtel pro Woche 0 Punkte
- b) Bis zu einer Schachtel pro Woche 1 Punkt
- c) Nein, ich rauche gar nicht 2 Punkte

4.) Ich trinke Alkohol in folgenden Mengen:

- a) täglich und mehr als 1 Flasche Wein 0 Punkte
- b) mehr als 3 mal pro Woche 1 Punkt
- c) bis zu 3 mal pro Woche 2 Punkte

5) Rezeptpflichtige Medikamente lasse ich mir verschreiben

- a) regelmäßig und häufig 0 Punkte
- b) von Zeit zu Zeit 1 Punkt
- c) Nie 2 Punkte

6) Ihr Körpergewicht liegt in Bezug auf das Normalgewicht

(Körpergröße in cm minus 100)

- a) deutlich darüber 0 Punkte
- b) in diesem Bereich 1 Punkt
- c) 10-15% darunter 2 Punkte

7) Ich betätige mich sportlich (mehr als 30 min):

- a) weniger als 1 mal pro Woche 0 Punkte
- b) 1-2 mal pro Woche 1 Punkt
- c) mehr als 2 mal pro Woche 2 Punkte

8) Meine regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit liegt

- a) über 60 Stunden 0 Punkte
- b) zwischen 50-60 Stunden 1 Punkt
- c) unter 50 Stunden 2 Punkte

9) Stress in meiner beruflichen Tätigkeit empfinde ich:

- a) zu häufig und viel zu stark 0 Punkte
- b) häufig und mäßig stark 1 Punkt
- c) gut erträglich 2 Punkte

10) In meiner Freizeit kann ich mich gut entspannen

- a) nicht oder nur sehr selten 0 Punkte
- b) von Zeit zu Zeit aber zu selten 1 Punkt
- c) mehrmals pro Woche 2 Punkte

11) Müde und erschöpft fühle ich mich:

- a) täglich 0 Punkte
- b) bis zu 3 mal pro Woche 1 Punkt
- c) seltener als 3 mal pro Woche 2 Punkte

12) Gedanken daran, den Beruf aufzugeben habe ich:

- a) mehrmals pro Woche 0 Punkte
- b) 3-4 mal im Monat 1 Punkt
- c) etwa 1 mal pro Monat 2 Punkte

13) Meine Zufriedenheit über meine partnerschaftliche Situation ist:

- a) gering bis sehr gering 0 Punkte
- b) befriedigend 1 Punkt
- c) gut 2 Punkte

14) In meinen Leben und Handeln fühle ich einen klaren Sinn:

- a) 0-2 mal pro Monat 0 Punkte
b) 1 mal pro Woche 1 Punkt
c) mehrfach pro Woche 2 Punkte

Anleitung zur Auswertung:

Addieren Sie die Zahlen auf ihrem Blatt (es müßten 13 Zahlen sein), die Summe ergibt den Gesamtwert:

0-12 Punkte: Sie leben ungesund, Ihre Lebensqualität ist reduziert. Nehmen Sie sich unbedingt Zeit und überlegen, wie Sie Ihre Situation zügig verbessern können und nehmen Sie ggfs. adäquate Hilfe an.

13-21 Punkte: Ihr Gesundheitsverhalten liegt im mittleren Bereich, es gibt aber noch deutliche Reserven zur Verbesserung von Lebensqualität und Gesundheitsverhalten

mehr als 21 Punkte: Glückwunsch, Sie kümmern sich überdurchschnittlich gut um Ihre Gesundheit und Lebensqualität, weiter so!

(1) Aus: www.aerztegesundheits.de (Verändert)

Diese Selbstbesinnung hat Ihnen vielleicht auch schon den Weg gewiesen, den Sie zur Veränderung einschlagen müssten. Nehmen Sie sich in Ihrer Therapie Zeit dafür! Unter „**mobbing**“ in Organisationen versteht man definitionsgemäß, dass ein Mensch an seinem Arbeitsplatz von Kollegen oder Kolleginnen, Vorgesetzten oder Untergebenen schikaniert, drangsaliert, beleidigt, ausgegrenzt oder mit kränkenden Arbeitsaufgaben bedacht wird und der Betroffene unterlegen ist. Dies muß häufig und wiederholt geschehen- mindestens einmal pro Woche- und sich über einen längeren Zeitraum erstrecken- mindestens ein halbes Jahr-. Bei einmaligen Vorfällen kann nicht von „mobbing“ gesprochen werden. Es handelt sich auch nicht um „mobbing“, wenn zwei etwa gleich starke Kontrahenten aneinander geraten. Gemobbt wird meist über verbale Aggressionen mit Drohungen und unberechtigter oder überzogener Kritik, mit Angriffen auf das Privatleben oder über sexuelle Annäherungen und Androhung körperlicher Gewalt. Die Menschen werden lächerlich gemacht, nachgeahmt und verspottet. (Zapf et al., 1999)

Die auf der Abbildung 3 dargestellten Belastungsfaktoren: Alter, Mobbing, burn out wirken bei der Entstehung psychischer Störungen oft zusammen. Zunehmendes Alter bedingt eher die Ausprägung eines burn-out-Syndroms, wodurch bei Kollegen auch Mobbingtendenzen gefördert werden können ebenso wie ein manifestes Mobbing burn-out- Empfindungen begünstigt. Zur Aufarbeitung dieser belastenden Trias ist eine stationäre psychosomatische Behandlung mit Therapiebausteinen zur Aufarbeitung der Kränkungs- und Belastungsfaktoren, der Wiederherstellung der seelischen Widerstandskräfte und eine allgemeine Roborierung eine erfolgversprechende Möglichkeit.

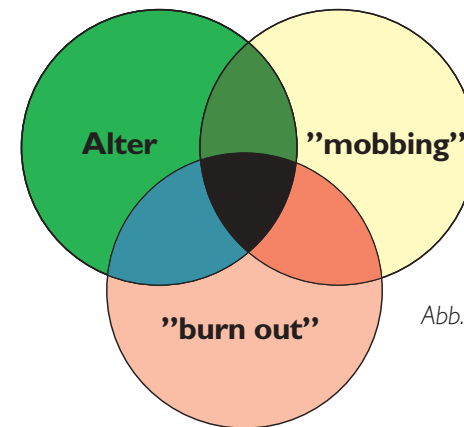


Abb.:3 Belastungstrias

Zum Abschluss seien Ihnen noch einige Hinweise als Einstiegshilfe in eine erfolgreiche Therapie genannt:

Versuchen Sie sich für Ihre Therapie umschriebene Ziele zu setzen, die Sie auch erreichen können.

Nehmen Sie auch kleine Therapiefortschritte wahr, loben Sie sich dafür und schöpfen Sie Mut daraus.

Lassen Sie sich Zeit. Eine seit Jahren bestehende oder akute, aber sehr intensive Symptomatik lässt sich vielleicht nicht in wenigen Wochen vollständig kurieren.

Akzeptieren Sie ihre Selbstverantwortung und nehmen Sie unserer therapeutische Hilfe zur Selbsthilfe

Ihr therapeutisches Team

Literatur

Antonovsky, A (1981): Health, Stress and Coping. Jossey Bass Publishers San Francisco

Beutel, M (1989): Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in Bewältigung von Alltagsbelastung und Lebensereignissen. Psychother. med. psychol. 39, 452-462

Beutel ME, Wiltink J, Schwarz R, Weidner W, Brähler E (2002): Complaints of the Ageing Male Based on a Representative Community Study. European Urology, 41:85-93.

Beutel ME, Knickenberg RJ, Brähler E (2004): Seelische Balance, mentale Fitness. In: Jacobi, Biesalski, Gola, Huber, Sommer (eds.) Kursbuch Anti-Aging. Thieme Verlag, Stuttgart.

Beutel ME, Gerhard C, Bittner R, Bleichner F, Schattenburg L, Knickenberg RJ, Freiling Th, Kreher S, Martin H (2004) Verminderung von Technologieängsten in der psychosomatischen Rehabilitation - Erste Ergebnisse zu einem Computertraining für ältere Arbeitnehmer. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37: 221 – 230.

Freiling Th, Gerhard C, Bittner R, Martin, Beutel ME (2004): Reduzierung von Computerängsten bei älteren Arbeitnehmern – Struktur und Wirkung eines EDV-Trainingkonzeptes in der psychosomatischen Rehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation.

Gunkel S., Kruse G. (2004): Salutogenese, Resilienz und Psychotherapie. Hannoversche Ärzte-Verlags-Union GmbH.

Heuft, G, Schneider, G, Nehen, HG, Kruse, A(2000): Funktionelle Störungen bei älteren Menschen. Dt. Ärzteblatt, 97,, 36, 1971-1974

Irle, H (2003): Forschungsprojekte zur stationären psychosomatischen Behandlung. Fragestellungen, Ergebnisse, therapeutische Umsetzung. Die sozialmedizinische Relevanz der Rehabilitation älterer Arbeitnehmer. Schriftenreihe 1, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt, 4-13

Knickenberg, RJ, Beutel, ME (2004): Prävention vor Kuration psychischer Störungen – ein Konzeptmodell. In: Frieboes, M, Zaudig, M: Rehabilitation bei psychischen Störungen Elsevier, Urban und Fischer Verlag, München.

Knickenberg RJ, Wagner S, Bleichner F, Beutel ME (2004). Möglichkeiten der Erfassung von Gedächtnisstörungen bei psychosomatisch Kranken. 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation, Düsseldorf 8. – 10.03.04. VDR (Hrsg.) Tagungsband 52, wdv-Verlag, Bad Homburg, S. 532-534.

Knickenberg, RJ (2004): Psychomentale Fitness für Ärztinnen und Ärzte. Gegen „Burnout“ im Praxis- und Klinikalltag. Im Druck

Levy, BR, Slade, MD, Kunkel, SR, Kasl S: Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. In: Journal of Personality and Social Psychology, 2002, 83, 2, 261-270

Pfennighaus, D: Desillusionierung im Beruf. Ein Konstrukt in der Burnout-Forschung. 2000, Tectum Verlag, Marburg

Reischies, FM., Lindenberger, U (1996): Grenzen und Potentiale kognitiver Leistungsfähigkeit im Alter. In: Mayer, KU, Baltes, PB (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Akad. Verl., Berlin

Sowarka D: Kognitive Interventionsforschung mit alten Menschen im Bereich der fluiden Intelligenz: Grundlagen und Ergebnisse. Verhaltenstherapie 1992; 2:204-216.