

2.10 PSYCHogerontologie

MARTINE HOFFMANN & JEAN-PAUL STEINMETZ

Einführung

Die Beschäftigung mit der Alternsthematik war nie so allgegenwärtig und populär wie heute. Dass dies kein Zufall ist, liegt auf der Hand: Erstmalig in der Menschheitsgeschichte verschieben sich die demographischen Verhältnisse von Jung und Alt zugunsten der Senioren. Die Notwendigkeit, die diesem Phänomen inhärenten Konsequenzen für das (Er-)Leben und Verhalten des alternden Menschen zu beschreiben, zu erklären, vorherzusagen und gegebenenfalls angemessen zu verändern, war Auslöser und zugleich Geburtsstunde des Forschungs- und Praxisfeldes der Psychogerontologie.

Bis dato fanden psychogerontologische Ansätze vor allem Einzug in der Betreuung von Hochbetagten, die sich durch eine zunehmende Anzahl an körperlichen und kognitiven Gebrechen kennzeichnen (siehe: Abschnitt Teilgebiete, Arbeitsfelder und Einsatzgebiete). Mit der Verschiebung der demographischen Verhältnisse weitet sich jedoch parallel das Feld der Psychogerontologie dahingehend aus, dass sich mit dem Zugewinn an vitaler Lebenszeit eine völlig neue „Lebensphase“ herauskristallisiert. Die Rede ist vom „Erwachsenenleben 2.0“, ein neu eingeführter Begriff, der die Altersgruppe der 50- bis 70-Jährigen beschreibt. Demnach eröffnet sich dieser Altersgruppe ein noch nie zuvor dagewesenes Zeitfenster dazugewonnener Lebenszeit, das sozusagen einen „neuen Aufbruch“ jenseits der zweiten Lebenshälfte ermöglicht. Dennoch bleibt die Einstellung zum Alter(n) ein ambivalentes Unterfangen. Vor allem die Tendenz einer kollektiven Prokrastination der Alternswirklichkeit, birgt das Risiko, dass ein frühzeitiger Aufbau entwicklungsförderlicher, sprich adaptiver Verhaltensmuster, versäumt wird. Dies gibt Grund zur Annahme, dass psychogerontologische Interventionen zur effektiven Nutzung und Förderung der Potentiale des „normalen“ Alterns (i.e. Primärprävention) weiterhin optimiert werden können bzw. müssen (Wahl, Tesch-Römer & Ziegelmann, 2012).

Geschichte und Gegenstand

Die Wahrnehmung des Alterns und die soziale Stellung alternder Menschen waren in Europa historisch immer schon durch eine extreme Doppeldeutigkeit gekennzeichnet (Göckenjan, 2000). Einerseits wurde Alter, im Vergleich zum positiven Bild der Jugend, überwiegend durch eine defizitäre Sichtweise (z.B. Gebrechlichkeit, körperlich-geistiger Zerfall) geprägt. Andererseits wurde Alter aber auch mit Erfahrung, Weisheit und geistig-spirituelle Entwicklung in Verbindung gebracht. Diese Zwiespältigkeit angesichts des Alternsphänomens prägte das gesellschaftliche Ansehen und den Umgang mit alternden Menschen ganz entscheidend im Laufe der Zeit (Höpfinger, 2012). In den 1960er Jahren fanden diese beiden Sichtweisen Niederschlag in den Ansätzen von Aktivitäts- und Disengagementthesen (Tartler, 1961; Cummin & Henry, 1961), die das Forschungsgeschehen und das Feld der praktischen Altenhilfe maßgeblich beeinflussten. Seit den 1970er Jahren werden zunehmend differenziertere kompetenzorientierte Ansätze betont, die die Plastizität des Alternsprozesses und Entwicklungsfähigkeit des alternden Menschen in den Vordergrund stellen (z.B. Baltes & Baltes, 1989; Brandtstädter & Renner, 1990). Doch der Versuch einer einheitlichen Definition des Begriffs *Gerontologie*, der der Bandbreite und Komplexität dieser Disziplin gerecht wird, bleibt weiterhin eine Herausforderung. Als kleinster gemeinsamer Nenner kann Gerontologie als multidisziplinäres und transdisziplinäres Forschungs- und Praxisfeld bezeichnet werden, das sich mit körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten alter(nder) Menschen in der Gesellschaft befasst (Wahl, Tesch-Römer & Hoff, 2007).

Ein Entwicklungsmerkmal der Altenarbeit in Luxemburg besteht darin, dass es zwar schon recht früh Altenheime und -betreuungseinrichtungen gab, die Altenarbeit vor allem jedoch auf der erwähnten defizitären Sichtweise des Alters beruhte und weitestgehend losgelöst von fachlich-wissenschaftlichen Erkenntnissen erfolgte. Erst durch das im Jahre 1991 vom damaligen Ministerium für Familie und Solidarität vorgelegte „*Programme national pour personnes âgées*“ wurde ein wesentlicher Grundstein für den Auf- und Ausbau einer wissenschaftlich fundierten und präventiv ausgerichteten Altenarbeit gelegt. Mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1999 wurde die konkrete Umsetzung dieses ganzheitlich ausgerichteten und personenzentrierten Betreuungskonzeptes maßgeblich vorangetrieben. Das neue Finanzierungssystem ließ nicht nur die Forderung nach entsprechend ausgebildetem Personal laut werden, sondern bewirkte auch

Fusionen und Neueröffnungen spezialisierter – u.a. teilstationärer und ambulanter – Strukturen, Wohn- und Betreuungsformen (e.g. centres intégrés pour personnes âgées, maisons de soins, foyers, etc.).

Teilgebiete, Arbeitsfelder und Einsatzgebiete

Die Psychogerontologie als vergleichsweise junges Forschungs- und Handlungsfeld verfolgt mit zunehmendem Erfolg eine ganze Bandbreite von Zielen, die neben der Verbesserung der Lebensqualität alternder Menschen auch die Bedeutung der Alternswissenschaft untermauert (Wahl, 2012). Grob lassen sich zwei grundlegende Felder des in der Gerontologie tätigen Psychologen identifizieren: *Psychodiagnostik* und *Interventionsgerontologie*.

Psychodiagnostik

Die psychologische Diagnostik wird allgemein als Methodenlehre verstanden, die im gerontologischen (und geriatrischen) Kontext die Zielsetzung hat, inter- und intra-individuelle Unterschiede bzw. Veränderungen im Erleben und Verhalten des alternden Menschen zu identifizieren. Die Güte des psychodiagnostischen Urteils hängt, zum einen, wesentlich damit zusammen, ob die angewandten diagnostischen Verfahren wissenschaftlich validiert und hinreichend praxisbezogen ausgerichtet sind. Zum anderen steht die Qualitätssicherung in der Psychodiagnostik in direkter Verbindung mit der methodischen Fachkompetenz des Psychologen, der das Verfahren durchführt, auswertet und interpretiert.

Im Rahmen der Psychogerontologie stellt die *neuropsychologische Diagnostik* eine zentrale Form der Diagnostik dar: Zu den Hauptaufgaben der neuropsychologischen Diagnostik (und Behandlung, siehe unten) gehört, degenerative kognitive Veränderungen möglichst dezidiert zu identifizieren, um darauf aufbauend, entsprechende Interventionsmaßnahmen planen und durchführen zu können (siehe hierzu den Punkt Interventionsgerontologie). Eine eher klinisch-psychologisch orientierte Herangehensweise im Rahmen der individuellen Diagnostik scheint vor allem bei psychologischen Syndromen (e.g. affektiven Störungen) des alten Menschen indiziert. Aufgabe einer klinisch-psychologischen Diagnostik ist es somit, sowohl den Ist-Zustand (hierzu zählen auch die lebensgeschichtlichen Begebenheiten) festzustellen als auch den Soll-Zustand zu definieren, mit dem Ziel, die vorhandene Ist-Soll-Diskrepanz in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt (und weiteren Mitgliedern eines multi-disziplinären Teams) zu reduzieren.

Das psychodiagnostische Tätigkeitsfeld des in der Gerontologie/Geriatrie tätigen Psychologen findet sich vermehrt in klinischen Strukturen wie beispielsweise der Gedächtnisambulanz (*Memory Clinic*) oder der (stationären) *geriatrischen Kurz-/Langzeitbetreuung* wieder. So besteht beispielsweise das vorrangige Ziel einer *Memory Clinic* vor allem darin, ein Angebot zur detaillierten diagnostischen Abklärung bestehender oder sich entwickelnder kognitiver, psychischer und gegebenenfalls funktioneller Beeinträchtigungen älterer Personen bereitzustellen. Neben dieser Aufgabe der (neuropsychologischen) Diagnostik wird vom Psychologen auch eine engmaschige Zusammenarbeit im Team (i.d.R. mit Medizinern, Ergo- und Physiotherapeuten, Sozialarbeitern) gefordert, mit dem Ziel, die Diagnosestellung zu unterstützen und die bestmögliche Weiterbetreuung des Patienten zu organisieren. Folglich schließt sich an den psychodiagnostischen Prozess innerhalb des multidisziplinären Teams immer auch eine Beratung und Orientierung des Patienten zu der weiterführenden Behandlung an. In der *geriatrischen Kurz-/Langzeitbetreuung* (Akutgeriatrie, Tagesklinik, Alten- und Pflegeheim) fungiert der Psychologe ebenfalls als zentrales Mitglied eines breit aufgestellten multidisziplinären Teams, bestehend aus Pflegern, ergo- und physiotherapeutischen Fachkräften. Die psychodiagnostische Herangehensweise findet auch hier vermehrt ihren Einzug, indem umfassende geriatrische Assessments (Evaluation typischer geriatrischer Syndrome) – unter anderem – durch den Psychologen getätigt werden. Im Kontext der Langzeitbetreuung nimmt insbesondere auch die biographische Analyse (i.e. Biographiearbeit) einen hohen Stellenwert ein und ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten/Bewohners unter Berücksichtigung des Lebensspannenbezugs.

Interventionsgerontologie

Die Interventionsgerontologie (auch *angewandte Psychogerontologie*) ist vor allem an der Umsetzung und Anwendung wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse in der gerontologischen Handlungspraxis interessiert. Dabei hat der zunehmende Bedarf an nicht-invasiven und nicht-medikamentösen Therapien mit remedierender Wirkung auf alterstypische Erscheinungen (e.g. Funktionseinschränkungen, kognitive Defizite) maßgeblich dazu beigetragen, dass sich dieses Tätigkeitsfeld des Psychologen in den letzten Jahren verstärkt herausgebildet hat. Die Qualitätssicherung in der Interventionsgerontologie ist idealerweise geprägt durch eine wissenschaftliche Herangehensweise, bei der spezifische Interventionen immer

Fusionen und Neueröffnungen spezialisierter – u. a. teilstationärer und ambulanter – Strukturen, Wohn- und Betreuungsformen (e. g. centres intégrés pour personnes âgées, maisons de soins, foyers, etc.).

Teilgebiete, Arbeitsfelder und Einsatzgebiete

Die Psychogerontologie als vergleichsweise junges Forschungs- und Handlungsfeld verfolgt mit zunehmendem Erfolg eine ganze Bandbreite von Zielen, die neben der Verbesserung der Lebensqualität alternder Menschen auch die Bedeutung der Alternswissenschaft untermauert (Wahl, 2012). Grob lassen sich zwei grundlegende Felder des in der Gerontologie tätigen Psychologen identifizieren: *Psychodiagnostik* und *Interventionsgerontologie*.

Psychodiagnostik

Die psychologische Diagnostik wird allgemein als Methodenlehre verstanden, die im gerontologischen (und geriatrischen) Kontext die Zielsetzung hat, inter- und intra-individuelle Unterschiede bzw. Veränderungen im Erleben und Verhalten des alternden Menschen zu identifizieren. Die Güte des psychodiagnostischen Urteils hängt, zum einen, wesentlich damit zusammen, ob die angewandten diagnostischen Verfahren wissenschaftlich validiert und hinreichend praxisbezogen ausgerichtet sind. Zum anderen steht die Qualitätssicherung in der Psychodiagnostik in direkter Verbindung mit der methodischen Fachkompetenz des Psychologen, der das Verfahren durchführt, auswertet und interpretiert.

Im Rahmen der Psychogerontologie stellt die *neuropsychologische Diagnostik* eine zentrale Form der Diagnostik dar: Zu den Hauptaufgaben der neuropsychologischen Diagnostik (und Behandlung, siehe unten) gehört, degenerative kognitive Veränderungen möglichst dezidiert zu identifizieren, um darauf aufbauend, entsprechende Interventionsmaßnahmen planen und durchführen zu können (siehe hierzu den Punkt Interventionsgerontologie). Eine eher klinisch-psychologisch orientierte Herangehensweise im Rahmen der individuellen Diagnostik scheint vor allem bei psychologischen Syndromen (e. g. affektiven Störungen) des alten Menschen indiziert. Aufgabe einer klinisch-psychologischen Diagnostik ist es somit, sowohl den Ist-Zustand (hierzu zählen auch die lebensgeschichtlichen Begebenheiten) festzustellen als auch den Soll-Zustand zu definieren, mit dem Ziel, die vorhandene Ist-Soll-Diskrepanz in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt (und weiteren Mitgliedern eines multi-disziplinären Teams) zu reduzieren.

Das psychodiagnostische Tätigkeitsfeld des in der Gerontologie/Geriatrie tätigen Psychologen findet sich vermehrt in klinischen Strukturen wie beispielsweise der Gedächtnisambulanz (*Memory Clinic*) oder der (stationären) *geriatrischen Kurz-/Langzeitbetreuung* wieder. So besteht beispielsweise das vorrangige Ziel einer *Memory Clinic* vor allem darin, ein Angebot zur detaillierten diagnostischen Abklärung bestehender oder sich entwickelnder kognitiver, psychischer und gegebenenfalls funktioneller Beeinträchtigungen älterer Personen bereitzustellen. Neben dieser Aufgabe der (neuropsychologischen) Diagnostik wird vom Psychologen auch eine engmaschige Zusammenarbeit im Team (i. d. R. mit Mediziner*innen, Ergo- und Physiotherapeuten, Sozialarbeiter*innen) gefordert, mit dem Ziel, die Diagnosestellung zu unterstützen und die bestmögliche Weiterbetreuung des Patienten zu organisieren. Folglich schließt sich an den psychodiagnostischen Prozess innerhalb des multidisziplinären Teams immer auch eine Beratung und Orientierung des Patienten zu der weiterführenden Behandlung an. In der *geriatrischen Kurz-/Langzeitbetreuung* (Akutgeriatrie, Tagesklinik, Alten- und Pflegeheim) fungiert der Psychologe ebenfalls als zentrales Mitglied eines breit aufgestellten multidisziplinären Teams, bestehend aus Pflegenden, ergo- und physiotherapeutischen Fachkräften. Die psychodiagnostische Herangehensweise findet auch hier vermehrt ihren Einzug, indem umfassende geriatrische Assessments (Evaluation typischer geriatrischer Syndrome) – unter anderem – durch den Psychologen getätigt werden. Im Kontext der Langzeitbetreuung nimmt insbesondere auch die biographische Analyse (i. e. Biographiearbeit) einen hohen Stellenwert ein und ermöglicht eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten/Bewohners unter Berücksichtigung des Lebensspannenbezugs.

Interventionsgerontologie

Die Interventionsgerontologie (auch *angewandte Psychogerontologie*) ist vor allem an der Umsetzung und Anwendung wissenschaftlich fundierter Erkenntnisse in der gerontologischen Handlungspraxis interessiert. Dabei hat der zunehmende Bedarf an nicht-invasiven und nicht-medikamentösen Therapien mit remedierender Wirkung auf alterstypische Erscheinungen (e. g. Funktionseinschränkungen, kognitive Defizite) maßgeblich dazu beigetragen, dass sich dieses Tätigkeitsfeld des Psychologen in den letzten Jahren verstärkt herausgebildet hat. Die Qualitätssicherung in der Interventionsgerontologie ist idealerweise geprägt durch eine wissenschaftliche Herangehensweise, bei der spezifische Interventionen immer

vor dem Hintergrund fundierter klinischer Erkenntnisse (diagnostische Informationen) vorgeschlagen werden. Eine strukturierte Durchführung und eine anschließende Evaluation der Wirkung stellen zwei weitere wesentliche Merkmale einer qualitativ hochwertigen Interventionsarbeit in der Psychogerontologie dar. Der in der gerontologischen Betreuung tätige Psychologe kann sich unterschiedlicher Vorgehensweisen zur individuellen Zielerreichung bedienen. So lassen sich diverse Interventionsansätze unterscheiden, etwa Trainings mit *psychomotorischen*, *kognitiv-therapeutischen* und *sozialtherapeutischen* Inhalten oder eher *klinisch-psychologische Interventionen*, die sich vor allem durch eine patientenzentrierte Problem- und Verhaltensanalyse auszeichnen und als Grundlage für umfassendere psychotherapeutische Maßnahmen fungieren. Parallel hierzu spielen auch rehabilitative Zielsetzungen eine maßgebliche Rolle in der geriatrischen Langzeitbetreuung. Wesentliche Voraussetzung für die Planung und Ausrichtung einer spezifischen Intervention ist dabei immer *a priori* zu differenzieren, ob es sich bei den beobachtbaren Veränderungen um *normale* altersbezogene Prozesse handelt oder *pathologische* Veränderungen der Symptomatik zugrunde liegen (Wahl & Tesch-Röhmer, 1998).

Methoden und Interventionen

Wie die Ergebnisse einer exemplarischen Längsschnittuntersuchung zur Interventionsgerontologie (Oswald *et al.*, 2002) nahelegen, müssen Interventionen bei gerontologischen Populationen nicht ausschließlich auf die Verbesserung von einzelnen Funktionsbereichen (e.g. Aufmerksamkeitsfähigkeit, Gedächtnis, emotionales Wohlbefinden, Körpergleichgewicht, Muskelkraft/Mobilität) abzielen.

Als entscheidendes und allen Interventionsmaßnahmen übergeordnetes Ziel sollte immer die allgemeine Förderung und Verbesserung der persönlichen Lebensqualität stehen – und dies unter Berücksichtigung des individuellen Lebensspannenbezugs (siehe: Wahl & Tesch-Röhmer, 1998).

Grundsätzlich können psychogerontologische Interventionen *spezifisch* oder *unspezifisch* ausgerichtet sein, je nachdem ob sie eng umschriebene Themen- oder Problembereiche fokussieren oder eher allgemeine Maximen der gesunden Lebensführung und Optimierung der Lebensqualität zum Gegenstand haben. Hinsichtlich der Indikationsstellung wird eine Unterscheidung von Interventionen vorgeschlagen, die auf (I) das *normale Altern* ausgerichtet sind und solche, die sich (II) dem *pathologischen Altern*

annehmen. Dabei können bestimmte Interventionen (e.g. Entspannungsverfahren) durchaus auch in beiden Kategorien wirksam sein. Als Beispiel für eine unspezifische Intervention im Kontext des normalen Alterns wäre der *INTERREG SeNS – Senioren Kontaktdienst* zu nennen, ein von der europäischen Union gefördertes Projekt, das die Zielsetzung hat, soziale Netzwerke zwischen Senioren nachhaltig zu stärken, um so ein selbstbestimmtes und zufriedenes Altern zu ermöglichen und zugleich dem Risiko einer „schleichenden Vereinsamung“ im Alter entgegenzutreten. Für eine spezifische Intervention im Kontext des pathologischen Alterns kann exemplarisch die systematische Teilnahme an strukturierten kognitiven Interventionsprogrammen genannt werden. Derartige Programme stellen vielversprechende Ansätze zum Hinauszögern kognitiver Abbauprozesse dar, wobei Transfereffekte auf nicht-kognitive Dimensionen (Mobilität, Aktivitäten des täglichen Lebens) anhand unterschiedlicher Studien nachgewiesen werden konnten (u. a. Verghese *et al.*, 2010; Mirelman *et al.*, 2012).

Perspektiven

Die hohe Komplexität der Ansprüche an die Psychogerontologie macht eine kontinuierliche Forschungs- und Innovationstätigkeit zur Etablierung eines transversalen praxisbezogenen Wissens über das Älterwerden und entsprechender Handlungskompetenzen unabdingbar. Als entscheidend für zukünftige Entwicklungen kann gelten, dass sowohl psychodiagnostische Prozesse als auch zielgerichtete Interventionsmaßnahmen bereits früher ansetzen müssen (i. e. im sog. Lebensabschnitt „Erwachsenenleben 2.0“). Frühzeitig einsetzende Interventionen stellen zweifelsohne vielversprechende Ansätze dar, die neben dem positiven Einfluss auf die persönliche Lebensqualität auch entscheidende Auswirkungen auf der sozial-ökonomischen Ebene haben können und dazu beitragen, die sozialpolitischen und gesundheitlichen Sicherungssysteme nachhaltig zu entlasten (Wimo & Winbad, 2003).

Vor dem Hintergrund der aufgelisteten Handlungsfelder des gerontologisch tätigen Psychologen dürfte – für den Bereich des *normalen Alterns* – unter anderem die gezielte Hinführung der „Mid-Ager“ zu einem bewusst(er)en Umgang mit dem eigenen Älterwerden zu fordern sein (i. e. „conscious ageing“). Hierzu gehören der Auf- und Ausbau von Synergien und landesweiten Angeboten z.B. zur Pensionsvorbereitung, Coaching von Personen im Erwachsenenleben 2.0, Gesundheitsförderung und Krankheitsfrüherkennung. Zum anderen scheint – vor allem im Hinblick

auf diagnostische Expertise und die erforderliche Fachkenntnis zur Durchführung von spezifischen Interventionsmaßnahmen im *klinischen Kontext* – die Etablierung des Psychologen als fester Bestandteil des gerontologisch/geriatrischen Betreuungskonsortiums als notwendig und wünschenswert.

BIBLIOGRAFIE

- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. (1989). Optimierung durch Selektion und Kompensation: Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. *Zeitschrift für Pädagogik*, 35, 85-105.
- Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5, 58-67.
- Cummin, E. & Henry, W.E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- EU KOM – Europäische Kommission. (2009). *Demography Report 2008: Meeting Social Needs in an Ageing Society*. Commission staff working document. Luxembourg.
- Göckenjan, G. (2000). *Das Alter würdigen. Altersbilder und Bedeutungswandel des Alters*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Höpfinger, F. (2012). *Bevölkerungssoziologie. Eine Einführung in demographische Prozesse und bevölkerungssoziologische Ansätze*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Tartler, R. (1961). *Das Alter in der modernen Gesellschaft*. Stuttgart: Enke.
- Wahl, H.-W. (2012). Stellenwert und Ziele von Interventionsforschung und -praxis. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J.P. Ziegelmann (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen* (S. 21-27). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wahl, H.-W., Tesch-Römer, C. & Hoff, A. (Hrsg.). (2007). *New dynamics in old age: Individual, environmental and societal perspectives*. Amityville, NY: Baywood Publications.
- Wimo, A. & Winblad, B. (2003). Pharmacoeconomics of mild cognitive impairment. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107(179), 94-99.
- Mirelman, A., Herman, T., Brozgal, M., Dorfman, M., Sprecher, E., Schweiger, A., Hausdorff, J. M. (2012). Executive function and falls in older adults: new findings from a five-year prospective study link fall risk to cognition. *PloS one*, 7(6).
- Verghese, J., Mahoney, J., Ambrose, A. F., Wang, C. & Holtzer, R. (2010). Effect of cognitive remediation on gait in sedentary seniors. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 65A(12), 1338-1343.