

Begriffsbestimmungen

Im deutschsprachigen Raum bestehen die Begriffe:

- Gerontopsychiatrie - geriatrische Psychiatrie
- Psychogeriatric - Alterspsychiatrie.

Diese unterschiedlichen Begriffsfassungen sind historisch gewachsen und beinhalten unterschiedliche Akzentsetzungen. Gemeinsam ist ihnen zu versuchen, die Eigenständigkeit der Psychiatrie für ältere Menschen auszudrücken.

Werden diese Begriffe auch häufig synonym verwendet, so lassen sie sich doch vom Verständnis her und z.T. auch von ihrer "Entwicklungsgeschichte" unterscheiden:

Die Begriffe "Psychogeriatric" und "geriatrische Psychiatrie" weisen eher auf die Geriatrie im Allgemeinen hin oder verengen die Betrachtungsweise auf die sog. Alterskrankheiten. Vertreter dieser Begriffe sind z.T. auch der Meinung, dass die Geriatrie der Überbegriff für alle medizinischen Disziplinen ist, die sich mit Älteren und alten Menschen beschäftigen. Die Geriatrie ist aber als Spezialgebiet aus der Inneren Medizin hervorgegangen, die Gerontopsychiatrie aus der Psychiatrie. Beide Begriffe haben ihre jeweils historisch gewachsene spezifische Bedeutung.

Die Begriffe "Alterspsychiatrie" und "Gerontopsychiatrie" weisen eindeutig auf eine Zugehörigkeit zur Psychiatrie hin. Beide Bezeichnungen sind gleichermaßen geeignet, das Spezialgebiet der Psychiatrie zu kennzeichnen, welches sich ausschließlich mit den psychischen Störungen sowie Erkrankungen im Alter bzw. des Alterns beschäftigt. Da sich allgemein in der Bundesrepublik Deutschland der Begriff "Gerontopsychiatrie" durchgesetzt hat - die entsprechenden Abteilungen und Kliniken werden offiziell als "gerontopsychiatrische" bezeichnet - , wird diesem Begriff der Vorzug gegeben.

Abzulehnen ist die z.T. noch sehr gängige "inoffizielle" Bezeichnung der gerontopsychiatrischen Abteilungen der Bezirks- und Landes-Nervenkliniken als "Geriatrie". Sie führen zu falschen Vorstellungen und Fehl-Einweisungen von Patienten.

Besonderheiten der Gerontopsychiatrie

Gerontopsychiatrisches Handeln baut auf dem derzeitigen Wissens- und Erfahrungsstand der Gerontologie und Psychiatrie auf.

Die wichtigsten Erkenntnisse sind, dass:

- 1) Altern ein biologisches, biographisches, soziales, finanzielles, ökologisches, sowie epochales Schicksal ist;
- 2) "Alter" kein statischer, sondern ein mehrdimensionaler dynamischer Prozess in der Zeit ist. Dabei lassen sich mehrere voneinander abgrenzbare

Lebensabschnitte beobachten und damit verbunden stehen sehr unterschiedliche Aufgaben in den verschiedenen Phasen für den Einzelnen zur Bewältigung an;

- 3) die somatischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten beim alternden und alten Menschen intra- und interindividuell sehr schwanken;
- 4) das Alter Phasen intensiver körperlicher, seelischer aber auch sozialer Wandlungen und Wechselwirkungen umfasst. Damit kommt den Veränderungen im Alter nicht nur ein quantitativer sondern auch ein qualitativer Charakter zu. Gleichzeitig können noch Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie neue Formen des Erlebens und Handelns erworben werden;
- 5) sich mit zunehmendem Alter die Gefahr, an einer oder mehreren Erkrankungen zu leiden, erhöht. Diese haben meist eine lange Latenzzeit, verlaufen eher schleichend, symptomarm, häufig chronisch und progredient und neigen verstärkt zur Irreversibilität;
- 6) die Abgrenzung von "normalen" und "pathologischen" Alterungsprozessen oft schwer zu treffen ist;
- 7) die Pharmakodynamik und -kinetik bei Älteren sich erheblich von der Jüngerer unterscheidet;
- 8) jeder Alternde mit der letzten Lebensphase, Krankheit, Sterben und Tod konfrontiert wird und hierauf seine eigene Antwort finden muss;
- 9) sich aufgrund der in der Regel jüngeren Behandler typische und z.T. sehr belastende Beziehungskonstellationen (älterer Patient-jüngerer Behandler) ergeben.

Ein alter Mensch ist:

- ein "Erwachsener", für den innerpsychische, intra- und intergenerative Konflikte, Triebbedürfnisse und psychodynamische Gesetzmäßigkeiten gelten wie für einen Jüngeren und gleichzeitig
- ein von seiner körperlichen, psychischen und sozialen Vergangenheit sowie seiner kulturellen Umwelt geprägter und mit der Endgültigkeit konfrontierter Mensch, der in diesen Lebensphasen neuen Belastungen und Krisen ausgesetzt ist, die er bewältigen muss.

Hieraus folgt notwendigerweise, dass sich Vorgehensweise, diagnostische Methoden, präventive, therapeutische und rehabilitative Interventionen in der Gerontopsychiatrie sowohl qualitativ wie quantitativ unterscheiden müssen von der "Allgemeinpsychiatrie" (syn. "Erwachsenenpsychiatrie").

Gerontopsychiatrie wird als eigenständiges Teilgebiet der Psychiatrie (wie z.B. Forensische Psychiatrie) verstanden. Sie bezieht neben Erkenntnissen und Methoden der Geriatrie die Erkenntnisse der unterschiedlichen gerontologischen Subdisziplinen (z.B. Gerontopsychologie, -soziologie und Geriatrie) sowie Teilwissen

weiterer wissenschaftlicher Disziplinen (z.B. Theologie, Philosophie, Technik und Architektur) in ihre Denk- und Handlungsweisen ein.

Sichtweise der Gerontopsychiatrie

Um den vielfältigen Aufgaben in der Gerontopsychiatrie gewachsen zu sein, bedarf es bestimmter Haltungen und Einstellungen. Hierzu gehören besonders:

- 1) Wahrung der Eigenverantwortung, der Rechte, der Würde und des Willens des Älteren bei allen diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Bemühungen;
- 2) Wahrnehmung eines Kranken unter lebensgeschichtlichen, psychodynamischen, biologischen, familiären und soziokulturellen Aspekten sowie seiner realen Umwelt einschließlich Wohnsituation und Bedrohung durch Gewalt
- 3) Ausdauer und Geduld;
- 4) Erkennen, dass das subjektive Erleben des älteren Menschen anders ist als das des jüngeren (Behandlers);
- 5) Schaffung eines Zugangs zum Zeiterleben, zur Zeit- und Zukunftsperspektive des Älteren;
- 6) Bereit sein, auch Teillösungen sowie qualitativ und quantitativ "andere" Heilungs-/Besserungsschritte als bei jüngeren Menschen zu akzeptieren sowie "auszuhalten";
- 7) "Fördern durch Fordern": d.h. Förderung einer individuellen und maßvollen Aktivierung (Abbau überfürsorglicher und passivierender Einstellungen und Interventionen);
- 8) Orientierung der professionellen Hilfen am älteren Individuum und seinem sozialen Netz;
- 9) Wahrnehmung eigener Problembereiche mit älteren Menschen und deren Bewältigung;
- 10) Wahrnehmung eigener Schwierigkeiten mit Altern und Tod sowie deren Bewältigung.

© DGGPPE.V. 2007