

Gesundes Altern als psychische Herausforderung Anti-Aging oder Pro-Aging?!



Das „dritte Lebensalter“ ist mit einer Vielzahl von Anforderungen im Sinne von Umstellungs- und Reifungsprozessen verbunden.



Die WHO (Weltgesundheitsorganisation 1986) versteht unter gesundem Älterwerden nicht das Freisein von Krankheit, sondern das Nutzen von persönlichen Ressourcen.

Menschen im „dritten Lebensalter“, sind auf Grund veränderter soziodemographischer und gesellschaftlicher Veränderungen (siehe Graphik) bezüglich ihrer Lebensgestaltung auch psychisch in besonderem Maße gefordert.

Die Großfamilie (Zusammenleben in mehreren Generationen) als Lebensform nimmt ab, wodurch eine zunehmende Individualisierung eintritt. Diese ist für das Rollenverständnis, beziehungsweise die Rollenfindung älterer Menschen von großer Bedeutung. Denn die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gemeinschaft trägt entscheidend zur psychischen Stabilität eines Menschen bei.

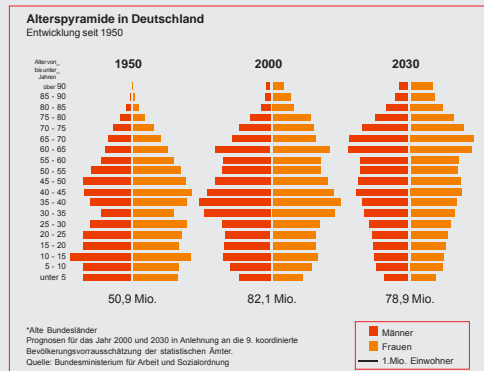
Eine weitere wichtige Dimension des „dritten Lebensalters“ ist die Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit, die einen zentralen Stellenwert hat.

Im Rahmen der Eldermen-Studie (Schneider et al. 1994-1997) wurde allerdings nachgewiesen, dass das psychische Wohlbefinden älterer Menschen entgegen den Erwartungen überwiegend gar nicht vom Ausmaß der körperlichen Einschränkungen abhängt.

Vielmehr hängt das psychische Wohlbefinden mit dem Ausmaß persönlicher Ressourcen und der individuellen Lebensgeschichte zusammen.

Nach Kruse (1999) gehören hierzu:

- **Ausübung persönlich bedeutsamer Aufgaben**
- **Tragfähige soziale Beziehungen**
- **Reflektierter Umgang mit Belastungen und Konflikten**
- **Verarbeitung von Verlusten**
- **Offenheit für neue Erfahrungen und Anregungen**



Schon zu allen Zeiten (siehe Gemälde von Cranach dem Älteren, 1546) hatten die Menschen eine Sehnsucht nach ewiger Jugend; damit steht in letzter Konsequenz die Verleugnung des Todes und der eigenen Vergänglichkeit.

Dagegen ist die grundlegende psychische Leistung des Menschen im „dritten Lebensalter“ nach Erikson das Erreichen der Selbstannahme.

Damit ist gemeint: das Annehmen der eigenen Lebensgeschichte, aber auch die Akzeptanz der Begrenztheit des Lebens. Dies wird durch den ausgeprägten Einsatz verjüngender Maßnahmen eher blockiert als gefördert.

Dem gegenüber sind typische Merkmale eines gelungenen Älterwerdens:

- **Reflexion des Lebens und der eigenen Biographie in Bezügen zu anderen, zur Gemeinschaft, zur jeweiligen Zeitgeschichte**
- **Akzeptanz der Begrenztheit des Lebens**
- **Zufriedenheit mit dem gelebten Leben**

Wird die Selbstannahme nicht erreicht drohen Zynismus, Verbitterung, Depression oder Verzweiflung.

Durch den gelungen Übergang in den letzten Lebensabschnitt kann ein mehr an Freiheit erlebt werden. Somit entsteht die Möglichkeit zu intensiverer Wahrnehmung des Genießens und produktiven Tuns.

Dadurch wird die Chance eröffnet mit Würde und Zufriedenheit zu altern und nicht durch **Anti-Aging** wichtige Entwicklungsschritte zu versäumen, sondern sich im Sinne von **Pro-Aging** ihnen zu stellen.



Hormone machen Sex? Sex macht Hormone!

In unserer bisherigen Betrachtungsweise galt es für Urologen und auch für die Endokrinologie als ein undiskutierbarer Grundsatz, dass vor allem Testosteron unser sexuelles Verhalten steuert. Die Kausalitätskette wurde nie hinterfragt. Erst im Rahmen der Psychoimmunologie, den neueren Arbeiten zur Hirnforschung und bei der Behandlung von Depressionen stieß man auf Ergebnisse, die unsere Vorstellung dieser „EINBAHNSTRASSE“ ins Wanken geraten ließen.

Fallvorstellung:

Ein 48-jähriger Patient wird mit der Vordiagnostik: „Erheblicher Testosteronmangel“ vorgestellt. Er leide unter extremer Lustlosigkeit, massiven Kopfschmerzen, chronischem Tinnitus. Sexuelles Verlangen habe er sehr selten, auch Selbstbefriedigung würde er selten und freudlos praktizieren. Beruflich werde er immer unsicherer, wenig durchsetzungsfähig und fühle sich kaum noch den Aufgaben gewachsen. Die Vorbefunde ergaben ein Testosteron von 173 ng/dl, bei Kontrolle 171 ng/dl (Normalwerte 300 – 1.000).

Ersteindruck:

Hochaufgeschossener, schlanker Patient, leise Stimme, mäßig starker Händedruck bei leicht feuchten Handflächen. Im Kontakt leicht „unterwürfig“ und klagsam. Die bereits im Vorfeld durchgeführte Testosteronsubstitution mit jeweils 250 mg Testosterondepot in Abständen von 14 Tagen habe keinerlei Besserung seiner Stimmung, seiner Lustlosigkeit und seiner Kopfschmerzen gebracht.

Körperliche Eingangsuntersuchung:

Normaler männlicher Habitus, regelhafte Schambehaarung, äußeres Genital inspektorisch-palpatorisch unauffällig. Alle weiteren Untersuchungen regelhaft.

Psychosoziale Anamnese:

Seine Ehefrau war an Krebs erkrankt. Als seine Ehefrau nach fast zweijähriger Krankheit „elend verstarb“, sei auch in ihm innerlich etwas verstorben. Erst jetzt, vier Jahre nach ihrem Tod, habe er sich langsam aus seinem Schneckenhaus herausgewagt. Es gäbe zwar eine Freundin seit etwa einem halben Jahr, jedoch sexuell laufe dort überhaupt nichts. Er wolle zwar vor dieser Freundin „bestehen“, fühle sich aber irgendwie gehemmt.

Psychodynamik:

Der hier vorgestellte Patient leidet unter einer verlängerten Trauerreaktion, die als somatischen Reaktionen „das Testosteron herunterfährt“, um damit unlösbare Gewissenskonflikte zu vermeiden. Für eine neue Beziehung und Sexualität ist er innerlich nicht frei, sondern er hat sich von seiner verstorbenen Frau nicht gelöst.

Therapie:

Psychotherapie im Einzelsetting, anschließend Gruppentherapie.

Ergebnis:

Normale Vita sexualis, Testosteron in mehreren Kontrollmessungen im Normalbereich zwischen 380 und 470 ng/dl verbunden mit einem normalen Sexualleben.

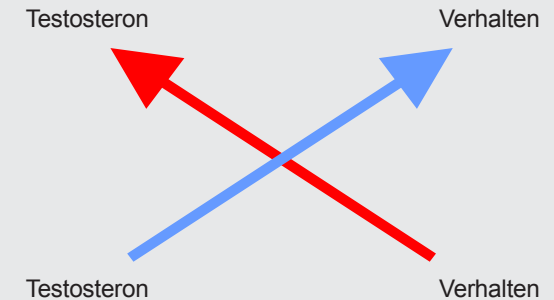
Fazit:

Seelische Konflikte können die Ursache für Hormonmangel sein.



Kernaussage, Diagnostische Konsequenz

Mögliche seelische und sexuelle Ursachen des männlichen „Hormonmangelsyndroms“ im „bio-psycho-sozialen Umfeld“ des Patienten klären und in die Diagnostik und Therapie einbeziehen.



Forschungsergebnisse:

Bei 80 Patienten mit seit langem bestehender Impotenz wurden zunächst Testosteronkonzentrationen im Blut gemessen, die in der Tat um etwa ein Drittel niedriger lagen als bei sexuell aktiven Männern entsprechenden Alters. Es folgte eine dreimonatige Therapiephase, während derer die Impotenz durch Psychotherapie, eine mechanische Hilfe (Vakuumpumpe), (oder mit Sildenafil (Viagra) behandelt wurde. Eine Hormonbehandlung erfolgte nicht! Die Messung der Hormonkonzentration im Blut der Patienten nach dreimonatiger Therapie zeigte einen eindeutigen Effekt: Bei den Männern bei denen die Impotenz (wie auch immer) erfolgreich behandelt worden war, fand sich ein deutlicher Anstieg der Testosteronkonzentration im Blut. Bei Männern mit teilweisem Therapieerfolg war der Anstieg geringer. Bei den Männern die auf die Therapie nicht ansprachen also impotent und sexuell inaktiv waren, blieben die Testosteronkonzentrationen unverändert.

Zit: nach M Spitzer Z. f. Interid. Fortb. NERVENHEILKUNDE
2000; 19:50-103
Orig: E.A. Jannini Intern. Journ. of andrology 22:385-392 (1999).

Fazit:

**Testosteronmangel führt zu Sexualstörungen,
Sexualstörungen können zu Testosteronmangel
führen.**