

Das Leiden des älteren Menschen am Symptom des trockenen Auges

Dr. med. G. Emmerich, Darmstadt

Die chronische Erkrankung des trockenen Auges ist multifaktoriell und komplex. In den letzten Jahren sind wegweisende neue Erkenntnisse über die Bedeutung des Tränenfilmes in Bezug auf Hormone, Osmolarität und Entzündung gemacht worden und unter dem Begriff des trockenen oder des tränenden Auges diskutiert worden. Eine besondere Berücksichtigung erfährt hierbei die Betrachtung der Zeiterlebnisse und Altersphasen der älteren Menschen. Dies wird im Folgenden dargestellt am Beispiel der älteren deutschen Bevölkerung nach Jahrganggruppen der 60 bis 90-jährigen. Befragt man Menschen beiderlei Geschlechts jenseits des 60. Lebensjahres zu ihrem jetzigen Zeiterleben, so zeigt sich, dass das Zeiterleben im Alter vor allem eine körperliche Dimension hat. 80 % der ausführlich interviewten alten Menschen bezogen sich bei der Frage „Woran merken Sie, dass die Zeit vergeht?“ auf den körperlichen Alterprozess. Genannt werden neben Hautalterung, Erkrankungen im Rahmen eines Bluthochdruckes und eines Diabetes mellitus, die Veränderung der Augenlinse und des Sehens insbesondere bei altersbedingten Makulopathien sowie die Veränderung des Tränenfilmes, mit tränendem oder trockenem Auge als zentralem Symptom des Leidens.

Geht man davon aus, dass das Zeitbewusstsein aus dem doppelten Gefühl von **Unveränderlichkeit** und **Veränderung** besteht (nach Hoeg 1995), führen diese Ergebnisse zu einem entwicklungspsychologischen Modell. Dieser somatische Alterungsprozess als „Organisator“ in der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens, organisiert sozusagen den jeweiligen Lebensabschnitt mit den jeweils kranken Organen derart, dass sich das Individuum diesem nicht entziehen kann. Die resultierenden Entwicklungsaufgaben wachsen im Individuum damit zwingend zu (siehe Uexküll, Psychosomatische Medizin, S. 1252).

Im Folgenden wird das **Balancemodell** nach Prof. Nossrat Peseschkian vorgestellt. Um gerade auch bei somatisch erkrankten Patienten, psychosomatisch erkrankten Patienten und auch depressiven Patienten einen besonderen therapeutischen Zugang als Arzt zu haben, wird auf die Bedeutung von Formen der Konfliktverarbeitung hingewiesen, die – statt das Problem zu verarbeiten - diese Konflikte nur verschiebend, verstärkend oder verdrängend bearbeiten. Hierzu zählt die „**Flucht in die Krankheit**“, welche einem Abwehrmechanismus der Somatisierung entspricht und damit funktionelle und somatoforme Störungen hat. Desweiteren wird die „**Flucht in die Leistung**“ als Form der Konfliktverarbeitung erörtert, welche in Form einer Leistungsverweigerung oder einer besonders starken Leistungsmotivation einen Ausdruck von Rationalisierung darstellt. Hier finden sich u. a. Belastungs- und Anpassungsstörungen. Von Bedeutung ist ebenfalls „**die Flucht in die Einsamkeit oder Geselligkeit**“. Hierzu gehören alle affektiven Störungen und das damit veränderte Sozialverhalten. Zu den Abwehrmechanismen zählen Idealisierung, Herabsetzung und Projektion. Die „**Flucht in die Phantasie**“ äußert sich bei den älteren Menschen in Form von „Leugnung“ der Erkrankung und des Todes. Diese geht mit einer Verleugnung und Abspaltung der Ängste und Phobien einher: Flucht in die Phantasie. Selten sind dabei die wahnhaften Störungen.

Als Lösungsmodell für den Arzt und Psychotherapeuten sind die **5 Stufen der Positiven Streßbewältigung** wichtig, wobei gerade die ersten 3 Bereiche „Beobachtung“, „Inventarisierung“ und „Situative Ermutigung“ vollständig erörtert und erläutert werden. Inventarisierung, meint ein differenziertes Vorgehen bezüglich der Fähigkeiten und der Ressourcen des Patienten, an die sich die situative Ermutigung zur Selbsthilfe innerhalb der Konfliktlösung und ein ressourcenkonzentriertes Vorgehen anschließen.

Nur wenn die Lebenskräfte in Balance sind, können Makro- und Mikrostress gut verarbeitet werden.

Bei der positiven Psychotherapie wird eine bewusst nicht psychologisierende Fragetechnik benutzt, um den Patienten nicht zu irritieren. Das Balancemodell wird unter besonderer Berücksichtigung der Lebensphasen nach dem 60. Lebensjahr erörtert.