

Gut und gerne älter werden
contra Glücksspielen im Alter



8.NRW-Kooperationstag 2015;
Dr. med. Annegret Gutzmann, Köln

Teil I

Theoretischer Input

Grundlegendes

- In den Industriegesellschaften hat ein heute 80jähriger Mensch noch eine statistische Lebenserwartung von 8 Jahren
- Die heute 70jährigen haben eine körperliche und geistige Fitness wie die 60jährigen vor 50 Jahren
- Die maximale Lebensdauer wird aktuell mit 125 Jahren angegeben (Maria Olivia da Silva, Sao Paulo; 2005 im 125 LJ gestorben)

Sehnsucht nach einem Guten Altern

Die Vorstellung eines guten Alterns enthält alle Kriterien der Sehnsuchtssymbolik

- Unerreichbarkeit einer persönlichen Idealvorstellung von langem und gutem Alter
- Gefühl der Unvollkommenheit und Unfertigkeit
- Ambivalente (bittersüße) Emotionen
- Dreizeitigkeitsfokus (Vergangenheit/Gegenwart/Zukunft)
- Symbolhaftigkeit
- Wenn ich die Möglichkeit sehe, gut älter werden zu können, es gut im Alter haben zu können, dann erst habe ich auch die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, gerne älter werden zu wollen.

Kultur des Alterns

(Prof. Paul Baltes)

- Die Kultur des Alterns ist gekennzeichnet durch ein Maximum an individueller Selbstverantwortung und Gestaltungskraft, ohne repressiven Druck sowie mit dem Verzicht auf eine Standardlösung zugunsten einer Palette von die Freiheit des Alterns fördernde Option
- Erfolgreiches Altern ist die Vollendung der lebenslangen menschlichen Entwicklung
(C.G. Jung)

Unterschiedliches Altern

Die Differenz zwischen dem chronologischen und biologischen Lebensalter beeinflussen u.a. folgende Faktoren:

- **Sozioökonomische Bedingungen (Bildung, Beruf, Lebensweise)**
- **Genetische Konstitution**
- **Emotionaler Umgang mit Problemen**
- **Coping Strategien**
- **Lang andauernde Exposition gegenüber Schadstoffen**
- **chronische Erkrankungen**

Prozess des biologischen Alterns

I. Programm-Theorien des Alterns

es existiert eine artspezifische programmierte zelluläre Uhr:

die Anzahl der Zellteilungen ist begrenzt (menschliche Embryonalzellen haben eine fixe maximale Teilungsrate sog. Hayflick-Limit)

Schrittmacher-Theorie:

Im neuroendokrinen System vermindert sich die Bildung von Steroidhormonen; dies führt zu Atrophien, Arteriosklerose, Osteoporose, Alzheimer Erkrankung; Zunahme von Autoantikörpern und Verminderung der zellulären Immunantwort > Tumorbildung

Prozess des biologischen Alterns

II. Akkumulation zufälliger Ereignisse

- Kreuzvernetzung von DNA und Proteinen
- Abnutzung und Verschleiß
- Freie Radikale
- Rate-of-living
- Somatische Mutation

Prozess des biologischen Alterns

III. Schädigung durch freie Radikale

- fR sind Sauerstoffmoleküle mit unpaaren Elektronen; sie entstehen immer im Energiegewinnungsprozess des Körpers. Sie sind sog. Übergangszustände, die versuchen, anderen Molekülen/Zellbausteinen das freie Elektron zu entreißen und so die DNA, die Membranproteine der Zelle und Enzyme zu zerstören.
- Durch Antioxidantien werden sie in ihrer destruktiven Eigenschaft in Balance gehalten. Vorausgesetzt, es gibt genügend Antioxidantien (z.B. Vit E) und es gibt nicht zu viele fR (Dauerstress, Nikotin, hohe Sonneneinstrahlung)

Prozess des biologischen Alterns

III. Alterungs-Theorie der Freie Radikale

Alterungstheorie nach Denham Harman

Oxidative Schädigung von Makromolekülen

DNA > Mutationen

Proteine > Kreuzvernetzungen

Lipide > Viskositätserhöhung

Kohlenhydrate > nicht enzymatische Glykosylierung
von Proteinen

>>>> >>> Arteriosklerose, chronische Entzündungen
(rheumatoide Arthritis), degenerative Gehirnerkrankungen)

Prozess des biologischen Alterns

IV. Theorie der Genregulation

- Die Proliferationskapazität der Zelle ist genetisch festgelegt. Telomere, die wie Kappen an den Chromosomen sitzen, regulieren die Mitosehäufigkeit.
- Bei jeder Zellteilung verkürzen sich die Sequenzen und ab einer kritischen Länge gibt es keine Zellteilung mehr, es sei denn das Enzym Telomerase ist ausreichend vorhanden, welches neue Telomere synthetisieren kann

Gelingendes Altern

Kriterien der Altersforschung

Was Erfolg oder Gelingen ausmacht, ist immer eine individuelle wie auch kollektive Wertfrage und damit nur im kulturgeschichtlichen Zusammenhang zu verstehen

Gesundheit - ein multidimensionales Konstrukt

Ressourcen des erfolgreichen Alterns

Eigenschaften oder Güter über die eine Person verfügt und die sie im Alltag oder bei schwierigen Lebenssituationen heranziehen kann

- **Materielle: Eigentum, Finanzen**
- **personale : Persönlichkeitsmerkmale (Depressivität)**
- **soziale Ressourcen : Freunde, Aufgaben, Nachbarschaft**

Was gehört zum „guten Altern“

Sowohl „subjektive“ Kriterien (Glück, Zufriedenheit) als auch „objektive“ Kriterien (Gesundheit, körperliche und geistige Fitness) fließen ein

- Selbständig den Alltag gestalten können; eigene Entscheidungen treffen zu können
- Nicht alleine sein
- Einigermaßen gesund sein (keine Gebrechlichkeit)
- Anerkennung
- Anregungen bekommen – und sich diese auch leisten können

„einigermaßen gesund sein“ Salutogenese versus Pathogenese

Aaron Antonovsky's (1923-1994) Konzept der Salutogenese:

Überwindung der Zweiteilung von Gesundheit und Krankheit : der Mensch ist aktiv zwischen den Polen Krankheit und Gesundheit; er kann gleichzeitig sowohl krank als auch gesund sein („ Ein Schwimmer im Fluss des Lebens“); Mehrdimensionalität von Gesundheit

Kohärenzempfinden:

- - Verstehbarkeit
- - Gefühl von Bedeutsamkeit
- - Handhabbarkeit



zentrale Faktoren für die Gesundheit

„Gesundheit ist Freude am Leben“

Salutogenese und Altern

Der Kohärenzübergang im dritten Lebensabschnitt ist in seiner Bewertung Kulturen abhängig

- - in hochzivilisierten Ländern als <Aging> negativ konnotiert und zu Gegenbewegung herausfordernd
- - in anderen Kulturen besteht eine hohe Wertschätzung des Alters (Ältestenräte), da den Alten eine Integration von Lebenserfahrung, von Emotionen, Wissen, Glauben, Machbarkeit zugeordnet wird.



Die gesunde lebenslange Entwicklung ist gesellschaftlich nicht nur ökonomisch, sondern auch durch Normen und Werte, die in einer Kultur kommuniziert werden, bedingt.

Kriterien für eine salutogenetische Orientierung

- -Stimmigkeit, Verbundenheit aufbauende Kommunikation
- Ressourcenorientiertheit (Suche nicht primär nach Defiziten und Störungen sondern nach eigenen Fähigkeiten und Unterstützung)
- Dynamik als Prozess- und Lösungsorientiertheit im Sinne der Selbstregulation
- Subjekt wertschätzend, d.h. auch das Subjektive wertschätzend (individuelle Gesundheitsziele, subjektive Deutungen , subjektive Krankheits-und Gesundheitstheorien)
- Kommunikative/ systemische Selbstregulation – und Organisation (Mensch nicht als Opfer med. Machbarkeit und Manipulation sondern als autonom regulierendes System in einem größeren System)
- Nicht entweder krank oder gesund, sondern sowohl -als -auch

„Robustes Altern“ nach M. Baltes, Regula Herzog, Adam Garfein 1995

- Körperliche Funktionstüchtigkeit (körperliche Aktivitäten, funktionale Einschränkungen)
- Emotionale Befindlichkeit (verarbeitete Verlusterfahrungen usw.)
- Kognitive Leistungsfähigkeit
- Produktive Aktivität (z.B. entlohnte und nicht bezahlte Arbeit)

Ergebnisse (zw 60 -96 Jahren) der < most robust> persons :

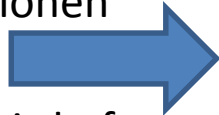
12% Körperliche Funktionstüchtigkeit

28% emotionale Befindlichkeit

39% produktive Aktivität

10% kognitiver Status

1% auf alle vier Dimensionen



„Erfolgreiches Altern“ wird oft nur in einzelnen Partialfunktionen erreicht.
Anzahl und Qualität sozialer Kontakte sind das wesentlichste Kriterium.

Wie altern?

Normales Altern:

Krankheitsfreies Altern mit hohem Risikostatus;

Erfolgreiches Altern:

Hoher funktioneller Staus bei geringem Risiko

(geringe Wahrscheinlichkeit für Erkrankung oder krankheitsbedingte Behinderung, hohes kognitives und physisches Funktionsniveau, aktives Engagement im Leben)

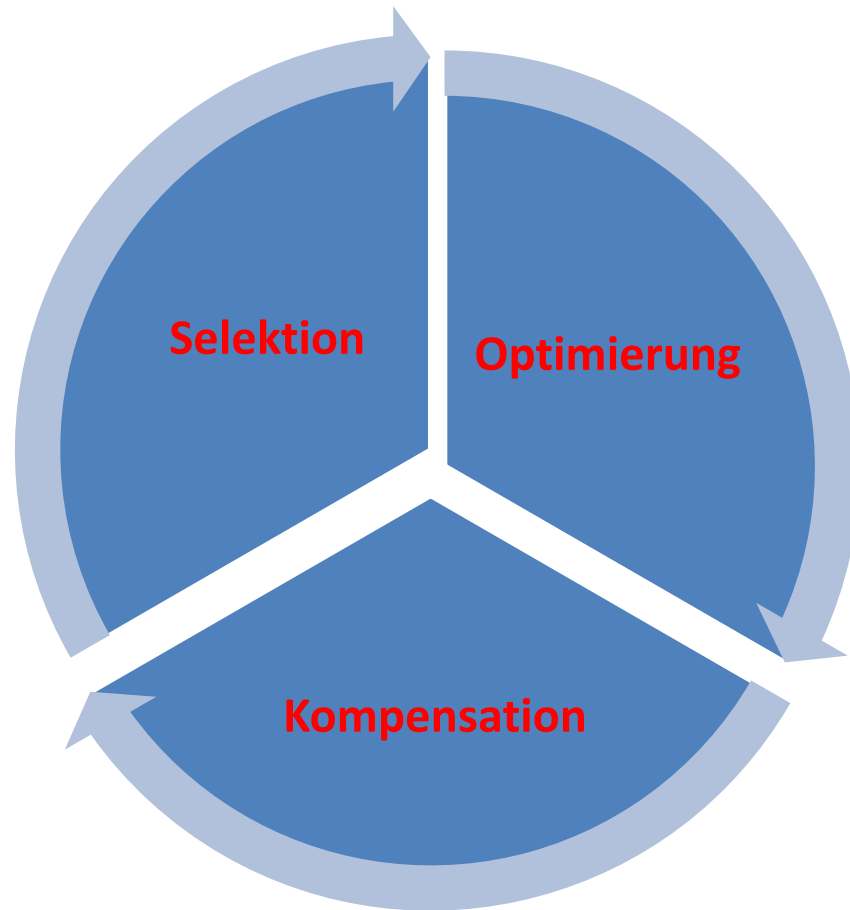
Hierbei wird über eine einfache Potentialbeschreibung hinausgegangen und das Element des aktiven Handelns einbezogen

(Rowe und Kahn, 1998)

Dimensionen „erfolgreichen Alterns“ nach Carol Ryff

- Selbstakzeptanz: positive Einstellung zu sich selbst und seiner Vergangenheit (Erikson, 1959), Überzeugung vom eigenen Wert
- Positive Beziehung zu anderen: Gefühl der Empathie (Maslow 1968, Rogers 1961)
- Autonomie: Selbstbestimmung und Unabhängigkeit (Jahoda 1960)
- Umweltkontrolle: Einflussnahme auf die individuelle Umgebung
- Lebenssinn: Prozess der Sinngebung zB Generativität
- Persönliches Wachstum: anhaltendes Bemühen, eigene Potentiale weiterzuentwickeln (CG Jung)

SOC- Modell erfolgreichen Alterns nach Paul Baltes et al.



Selektion

Elektive Selektion:

- Festlegung der wichtigsten Ziele
- Zielhierarchie
- Anpassung von Zielen an neue Gegebenheiten
- Der Entwicklung eine neue Richtung geben , „Kanalisation von Ressourcen“

Verlustbasierte Selektion:

- Umstrukturierung von Zielen, wenn diese aufgrund von Verlust oder Einschränkung nicht mehr aufrecht erhalten werden können
- Neue Prioritäten und Anpassung von Zielen an neue Gegebenheiten

Optimierung

- Aufmerksamkeit fokussieren
- Zeitmanagement
- Übung von Fertigkeiten
- Den richtigen Moment abpassen
- Integration einzelner Fertigkeiten in neue Handlungsabläufe

Kompensation

- Substitution verlorener Handlungsmittel/-Möglichkeiten durch neu erworbene oder zuvor ungenutzte Ressourcen
- Inanspruchnahme von Hilfsmittel oder Personen

Relevanz des SOK -Modells

„Durch die Einübung der SOK-Prozesse kann ein relativ stabiles Funktionsniveau hergestellt, gesteigert oder stabilisiert werden und darüber ein hohes Wohlbefinden erzielt werden.

Diese Prozesse laufen ein Leben lang ab, aber von unterschiedlicher Dringlichkeit in den unterschiedlichen Lebensphasen - besondere Bedeutung gewinnen sie in dem „dritten Alter“.“

Alter – zum dritten und vierten!

Die jungen Alten 60 -80 jährige

- Das <dritte Alter> ist gegenwärtig auf dem Weg zu einem positiven, aktiven Lebensabschnitt zu werden; es gelingt immer mehr Menschen in diesem Lebensabschnitt autonom und aktiv zu bleiben sowie zum Sozialleben und der gesellschaftlichen Produktion beizutragen.

(BASE- Berliner Altersstudie II, 2009)

Das hohe Alter 80 plus

- Im <vierten Alter> sind auch mental „gesunde“ Hochbetagte deutlich beeinträchtigt, was das Erlernen neuer Inhalte angeht

Das Verhältnis von Gewinnen und Verlusten verändert sich im vierten Lebensalter. Verluste überwiegen die Gewinne.

Am Ende verbraucht die alltägliche Lebensbewältigung alle Kraft

Angewandte SOK-Strategien

P.B. Baltes berühmtes Beispiel für angewandte SOK-Strategien:

Der Virtuosen A. Rubinstein gab in hohem Alter sehr erfolgreich öffentliche Klaviervorführungen, indem er sein Repertoire auf relativ wenige Stücke beschränkte (**Selektion**) und diese dann besonders gut einübte (**Optimierung**).

Sofern diese beiden Strategien der Selektion und Optimierung bei bestimmten schwierigen Passagen eines Vortragsstücks dennoch nicht ausreichten, um das angestrebte Niveau zu erreichen, verwandte Rubinstein kompensatorische Strategien, indem er etwa beim Klaviervortrag vor sehr schnell zu spielenden Passagen das Tempo reduzierte, so dass das nachfolgende Spiel durch den Kontrast als schneller gespielt erschien als es tatsächlich der Fall war(**Kompensation**).

Defizit versus Potential

- Die hormonbasierte Anti-Aging-Medizin bezieht sich auf ein defizitäres Alternsbild (Defizitmodell) mit negativen Altersstereotypen
- Im Gegensatz dazu steht die Entwicklungsdynamische Theorie des „erfolgreichen Alterns“ gemessen an der Lebenszufriedenheit (Altern als Vollendung der lebenslangen menschlichen Entwicklung; S-Hyong Cho 2010, Diss. Uni Köln)

Hormonelle Sekretion

6 Einführung

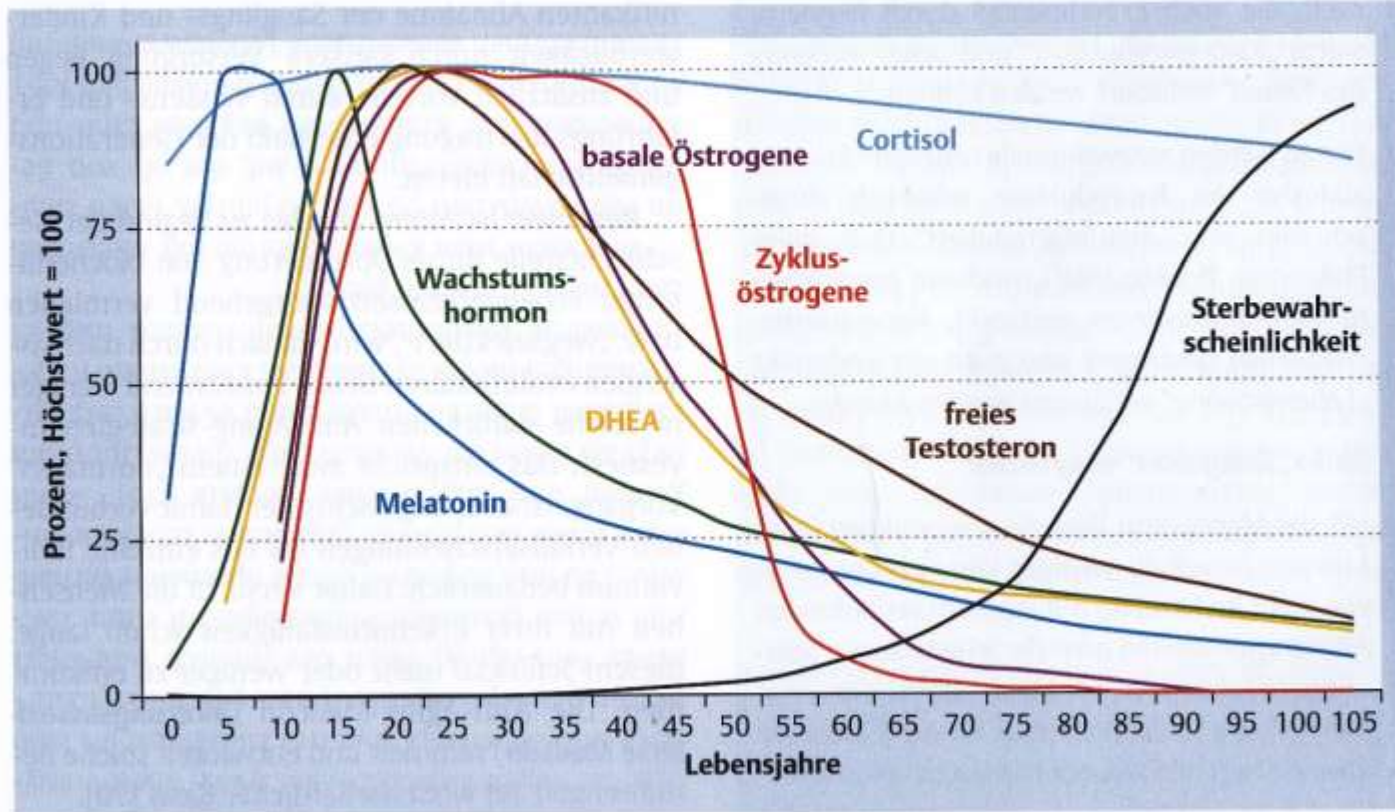


Abb. 1 Hormonspiegel im Blut und Sterbewahrscheinlichkeit im Lebensverlauf.

Sogenannt Anti-Aging Medikamente

Melatonin I

Facts:

- Synthetisiert in Zirbeldrüse, Darm, Netzhaut;
- Zirkadianer Rhythmus: nachts stärkere Bildung als tags (Faktor 3 bei > 55 Jahren; Faktor 12 bei jungen Menschen;
- Taglicht bremst die Synthese;
- Induziert die Tiefschlafphasen (REM-Phasen), darüber die Ausschüttung von Somatriptin

Indikationen:

- Jetlag (mehrere Zeitzonen, West>Ost)
- Antioxidans (freie Radikale-Fänger)
- Verbesserung der Gedächtnisleistung über verbesserten Schlaf
- Negativ-Beeinflussung durch Lichttherapie bei best. Formen der Depression

Sogenannte Anti-Aging-Medikament Melatonin II

Beworben als:

- Antimigränemittel
- Antioxidatives Mittel (Immunitätsverbesserung⁹)
- Karzinomschutz
- Verlangsamung des Alterungsprozesses
- Vermeidung von Arteriosklerose
- In USA/Kanada : populär als Nahrungsergänzung gegen Haarausfall, Alzheimer, Krebs und Altern !!

Wissenschaftliche Bewertung:

- Nachgewiesene Wirkung bei Jetlag (5 mg), nicht bei Schichtarbeit
- Es existieren keine validen Studien zu Dosis, Dauer, Altersdifferenzierung
- Unklar ist, ob die Melatonin Reduktion Folge oder Ursache des Alterns ist
- Keine detaillierte Aussage über Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, da Leber Passage
- Ambivalenz des „Zellschutzes“ unter Chemotherapie (schützt evtl. gesunde Zellen vor Chth, aber auch Tumorzellen vor Chth)

Sogenannte Anti-Aging-Medikamente

DHEA

Facts:

- Wird in der NNR synthetisiert (M.100%, F:70% +Ovar), gesteuert von Hypophyse
- Metabolische Zwischenstufe sowohl für männliche Sexualhormone als auch für Östrogene
- Da Testosteron-Präkursor als Dopingmittel eingestuft
- Unterliegt einer Tagesrhythmik, ist alters- und geschlechtsabhängig

Indikationen/ Beworben als:

- Reduzierte Stressverarbeitung, Unruhe, Gereiztheit
- Antidepressive Wirkung(beeinflusst den Serotoninspiegel sowie andere Neurotransmitter)
- Reduzierte Libido
- Verminderte Muskel-Fett-Relation (greift in Fettstoffwechsel ein durch Absenkung von LDL), Zurückgewinnung jugendlicher Körpersilhouette
- Atrophie der Haut / verminderte Behaarung
- Wirkt anti-entzündlich durch Abfangen der freien Radikale
- Lebensverlängerung durch optimierte Energieersparnis (Gegenspieler von Cortison)

Sogenanntes Anti-Aging-Medikament

DHEA II

20 Androgene und anabole Hormondefizite

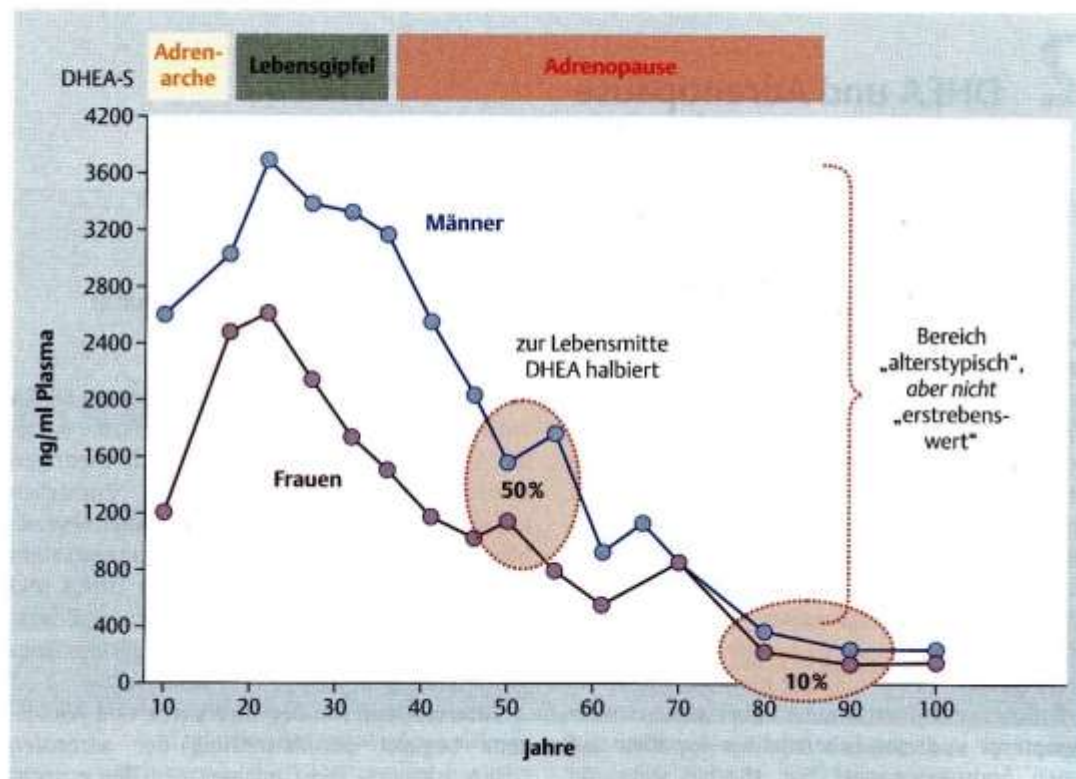


Abb. 2.1 Mittlere Blutkonzentrationen von DHEA-S (DS) im Altersverlauf (modifiziert nach [49, 69]).

Sogenanntes Anti-Aging-Hormon

DHEA III

Wissenschaftliche Bewertung:

- Es hat einen Aktivierenden Einfluss auf das Immunsystem (Risiko + Benefit)
- Eindeutig belegte positive Effekte bei Menschen mit NNR-Insuffizienz
- Keine validen Studien zu Effekten beim normalen Alterungsprozess
- Unklarheit über Dosierung / Langzeiteffekte
- Positive Korrelation zwischen DHEA-Serumkonzentration und Befindlichkeit (Männer und Frauen)
- Hoher DHEA-Spiegel bewirkt Erhöhung des kardiovaskulären Risikos bei Frauen (nicht bei Männern)

Nebenwirkungen/Risiken:

- Früher als Gynodian Depot in der Menopause gegen klimakt. Beschwerden und Libido Verlust >> Erhöhung des Brustkrebsrisikos, Abhängigkeit
- Bei Frauen vermehrte Gesichtsbehaarung Akne
- Möglicherweise psychiatr. NW (va bei Vorgeschichte Depression/Manie)
- Da Präkursor für Testosteron und Östrogen besteht ein ungewisses Risiko für Prostata-Ca, Brustkrebs, Gebärmutter-schleimhaut-Krebs

Weitere populäre Anti-Aging-Hormone

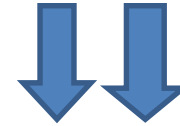
| Hormon | Beworben | Nebenwirkungen/Risiken |
|--------------------------------|--|--|
| Testosteron (Gel/Pflaster) | Vitalitätssteigerung/Libido | Prostata-Ca; androgene Effekte bei Frauen |
| Wachstumshormon (Somatropin) | Anabolikum / Muskelaufbau/ Fettreduktion | Karzinominduktion; Akromegalie |
| Pregnenolon | Autoimmunolog. Prozesse, Rheuma, Arthritis | |
| Serotonin (5HTP als Präkursor) | Depressivität, Angststörung, gestörte Ess- und Appetit-Kontrolle | Müdigkeit, Verwirrtheit, Blähungen |
| Progesteron | Gegen Hautalterung/ Osteoporose; Stimmungsstabilisierend; antiarteriosklerotisch | Keine Dosierungsangaben („ausprobieren“); antiandrogene Effekte; Proliferation von Brustdrüsengewebe |

Resümee zur Hormontherapie im Alter

- Die Datenlage ist noch zu spärlich, um langfristige positive Effekte für ein gesundes Altern zu belegen
- Einige positive Effekte sind sicher nachweisbar (Vigilanz Verbesserung)
- Da Langzeitstudien fehlen, sind die Aussagen zu Nebenwirkungen sehr spärlich (Betonung liegt meist nur auf den positiven Effekten)
- Ungewisse Dosierungen machen eine „Hormonakrobatik“ erforderlich mit vielen Laborkontrollen / Arztbesuchen/ Kosten
- Keine Unterscheidung zwischen Krankheit im Alter und normalem Altern
- Menschenbild eines geschlossenen somatischen Systems, das es zu regulieren gilt
- Beförderung einer Expertenabhängigkeit anstatt einer wachsenden Eigenkompetenz und Unabhängigkeit
- Bild des Alterns als grundsätzlich defizitär und pathologisch konträr zur salutogenetischen Betrachtung des Alterns

Antidepressiva im Alter

- die adäquate Versorgung älterer und alter Menschen mit depressiven Erkrankungen ist unzureichend (BASE, Berliner Altersstudie II)
- Dies betrifft sowohl die medikamentöse Versorgung mit Antidepressiva und noch mehr die psychotherapeutische Versorgung
- Die Suizidrate bei älteren Menschen ist deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung
- Der häufigste Grund für die Auslösung einer Depression im Alter ist eine nicht zu verarbeitende Verlusterfahrung



Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie widersprechen der gängigen Vorstellung, alte Menschen würden mit Antidepressiva „ruhig gestellt“ werden

Die Berliner Altersstudie I ist eine Multi- und Interdisziplinäre Erhebungen mit Konzentration auf das hohe und höchste Alter ; sie bezieht sich auf Berlin (West). Die Ergebnisse resultieren aus repräsentativen Stichproben, die nach Alter und Geschlecht geschichtet sind. 1994. Die Kern- oder Intensivstichprobe der Studie besteht aus 516 Personen im Alter von 70 bis über 100-jährige Männer und Frauen.

Die Fortsetzungsstudie BASE-II untersucht die körperlichen, geistigen und sozialen Bedingungen, die zu einem möglichst erfolgreichen Altern beitragen. Insgesamt werden 2.200 Berlinerinnen und Berliner untersucht, davon sind 1.600 zwischen 60 und 80 Jahre, und – als Vergleichsgruppe – 600 zwischen 20 und 35 Jahre alt. Die erste Untersuchungswelle begann 2009 und wird [2014](#) beendet sein. BASE-II ist als Längsschnittstudie konzipiert

»Ich sehe das hohe Alter als das letzte Abenteuer des Lebens. Dieses Abenteuer mit Würde durchstehen zu können wird eine der größten individuellen und gesellschaftlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts sein.« (Paul Baltes)

Quelle: A. Schäfer: »Sehr alt zu werden ist kein Zuckerschlecken«, Psychologie heute Februar 2007

Was also tun, damit wir gut altern?
Jetzt sind Sie gefordert!

„ Gesundheit ist nicht ein Kapital, das man aufzehren kann; sie wird täglich geschaffen „

(Victor von Weizsäcker)



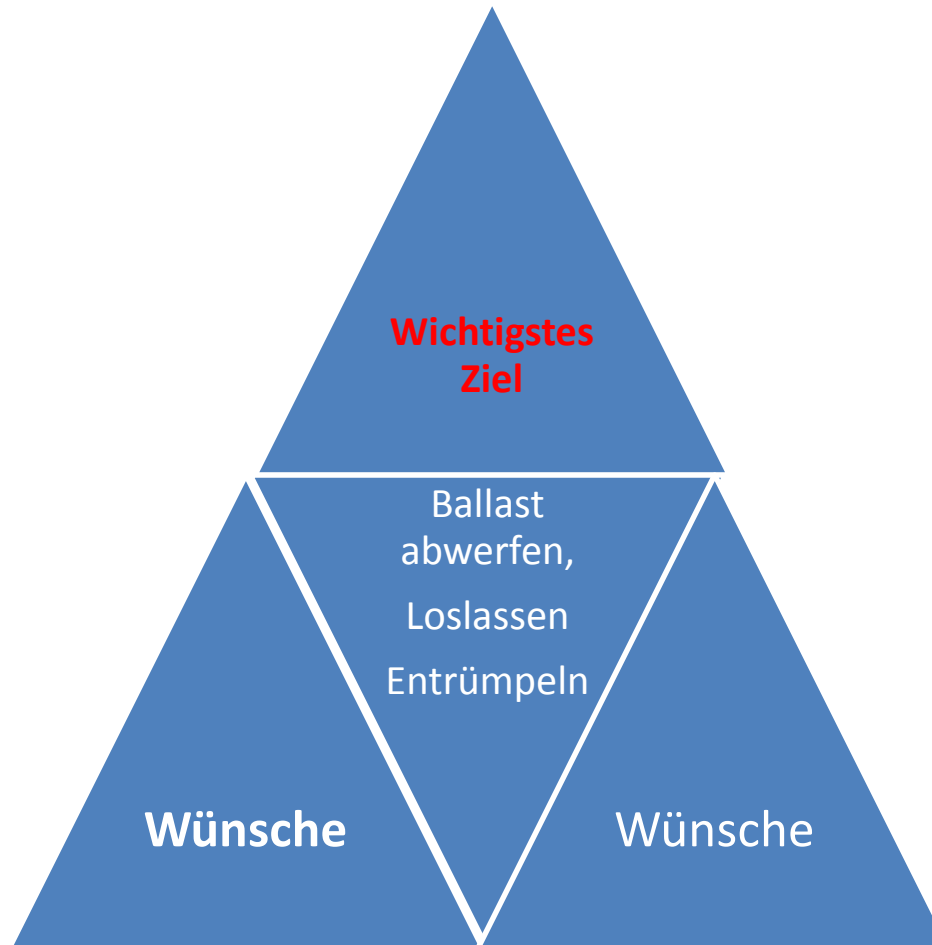
8.NRW-Kooperationstag 2015;
Dr. med. Annegret Gutzmann, Köln

Teil II

**Wie könnte das gute Altern für mich
konkret aussehen?**

Wo ist der Vorteil vom Nachteil?

Selektion



Optimierung

Wann will / kann ich damit beginnen?

Welche Fähigkeiten
will ich verbessern?

Welche Lebens-
/Wohnbedingungen
will ich verbessern?

Lebe ich in der
richtigen
Umgebung?

Welche
Freundschaften-
/Beziehungen will
ich noch pflegen;
von welchen mich
verabschieden?

Kompensation

Hobbies, die mich sehr
beschäftigen

Der Möglichkeit
anpassen

Alternativen

Aktivitäten, die mir viel
Freude machen, aber
auch viel von mir
fordern

Improvisations-
Talent

Alternativen

Gesundheitliche
Einschränkungen

zu welchen
Lebensstilkorrekturen
bin ich bereit?
Kann ich Hilfe
annehmen?

Entscheidungs-
Optionen
behalten

Abschied

**Das Gute
Fliegt jetzt davon
Dorthin
Wo alles
Nicht immer
In die Vergangenheit fällt
Sondern täglich
Auf-
Und untergeht
Wie die Sonne**

Erich Fried