

Rolf Dieter Hirsch, Thomas Bronisch und Serge K. D. Sulz

Psychotherapie im Alter

Wurden auch vor wenigen Jahren immer wieder – auch von Fachleuten – einschränkende Modifikationen der Psychotherapie bei alten Menschen für notwendig gehalten, so hat sich gezeigt, dass diese eher reduktionistische Sichtweise und ein vorurteilsbeladenes Bild vom Alter nicht mehr haltbar sind und auch den Erkenntnissen der Gerontologie widersprechen. Altern ist kein Abbau-, sondern ein Umbauprozess, der von vielfältigen Faktoren geprägt wird. Die inter- und intraindividuelle Schwankungsbreite psychischer, körperlicher und sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten ist sehr ausgedehnt. Zur Beurteilung, ob die Psychotherapie für einen alten Menschen indiziert ist, ist nicht das kalendarische Alter von Bedeutung, sondern eher Krankheitsbeginn, Möglichkeiten der Verarbeitung, Gesundheitszustand und soziales Umfeld. Es gelten daher für die Behandlung alter Menschen keine generellen Einschränkungen oder Vorgaben; eine individuelle und biographisch orientierte Vorgehensweise muss sich an der jeweils spezifischen Lebens- und Konfliktsituation orientieren.

Die Gesamtmorbidität bei über 65-Jährigen beträgt übereinstimmend zwischen 20 und 25% (Bickel, 2003; Wernicke et al., 2000). Deutlich ist ein Anstieg mit dem Lebensalter zu verzeichnen. Die aktuelle Schätzung zur Prävalenz psychischer Störungen bei über 70-Jährigen wird in der Berliner Altersstudie (Helmchen et al., 1999) mit 24% angegeben.

Angaben zur Versorgungsrealität bestehen überwiegend für die ambulante Situation. Aus einer bundesweiten Untersuchung (Zepf, Mengele & Marx, 2002) geht hervor, dass 2% der psychotherapeutisch Behandelten 65 Jahre alt oder älter waren. In einer Zufallsstichprobe von 1344 Anträgen auf Langzeittherapie für Verhaltenstherapie sind nur 0,2% aller Patienten über 65 Jahre alt (Linden, Förster, Oel & Schlötelborg, 1993). Die Wiederholung der Untersuchung erbrachte kein besseres Ergebnis (Linden, 1999). Unter 3200 Anträgen auf tiefenpsychologisch fundierte/analytische Psychotherapie in den Jahren 2000/2001 betrug der Anteil der über 60-Jährigen 3,2% (17 Anträge auf tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie, 40 auf tiefenpsychologisch fundierte Langzeittherapie und 3 auf analytische Langzeittherapie (Bolk-Weisedel, 2002). Aus einer Befragung der Psychotherapeuten in Berlin geht hervor, dass 2% der behandelten Patienten 69 Jahre und älter waren (Görgen & Engler, 2005). Aus einer weiteren Untersuchung, die in Zürich durchgeführt wurde, geht hervor, dass ca. 5% eine Psychotherapie allein (2,1%) oder in Kombina-

tion mit anderen Therapieformen (2,8%) erhalten (Maercker, Nitsche, Schuster & Boos, 2004).

Die Befragung von 97 Psychosomatischen Kliniken in Deutschland ergab, dass 21,5% aller Patienten 50-59 Jahre alt waren, 5,2% 60-69 und 1,3% über 70 Jahre alt (Lange, Peters & Radebold, 1995). In Gerontopsychiatrischen Tageskliniken (ca. 45) gehört die Psychotherapie zum multimodalen Behandlungskonzept. Die gerontopsychiatrischen Zentren bieten z.T. eine spezifische psychotherapeutische Sprechstunde an. In Gerontopsychiatrischen Kliniken ist die Psychotherapie ebenfalls ein Baustein des Behandlungskonzeptes. In den seit einigen Jahren vermehrt eingerichteten psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken sind Angebote für alte Menschen keine Seltenheit.

Unter Einbeziehung bisheriger Schätzungen anhand empirischer Daten (Görgen & Engler, 2005; Hirsch, 1994, 1999; Heuft, Kruse & Radebold, 2006; Linden, 1999; Soeder, 2002) dürfte der Anteil älterer Menschen, die einer Psychotherapie bedürfen, bei mindestens 10% (stationär, teilstationär, ambulant) liegen. Festzustellen ist, wie dies auch der 3. Altenbericht der Bundesregierung (BMFSFJ, 2001) beschreibt, dass in Deutschland die psychotherapeutische Versorgung alter Menschen im ambulanten und stationären Bereich immer noch mangelhaft und völlig unzureichend ist.

Psychotherapie Älterer ist von einer Vielzahl von Rahmenbedingungen und/oder Widerständen abhängig. Hausärzte überweisen Ältere meist aus Unkenntnis der Behandlungsmöglichkeiten nicht zu einem Psychotherapeuten. Psychotherapeuten vermeiden häufig, alte Patienten zu behandeln.

Für einen Therapeuten ist es erheblich leichter, sich in einen Patienten, der jünger ist als er selbst, einzufühlen. Ist der Patient älter als der Therapeut, bedarf es einer besonders sensiblen Umgangsweise, um die Wünsche, Erwartungen, Bedürfnisse und Gesundheitspotentiale eines älteren Menschen wahrzunehmen und zu empfinden. Der Stellenwert von Schwierigkeiten und Gegenübertragungsaspekten des jüngeren Therapeuten kann nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Ältere Menschen haben z.T. auch Vorurteile: Rät man ihnen zur Psychotherapie, so ist zu hören: „Ich bin doch nicht verrückt“, „Meine Sorgen gehen einen anderen nichts an“, „Gespräche

helfen mir nichts“ u. Ä. Viele haben im Laufe ihres Lebens gelernt, dass für eine Krankheit ein – somatisch orientierter – Arzt zuständig ist, von dem man Medikamente oder den Einsatz von weiteren somatischen Behandlungsmethoden erwartet. Sie zu einer Psychotherapie zu motivieren ist oft schwer.

Trotz zunehmender Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie Publikationen zur Alterspsychotherapie, die belegen, wie aussichtsreich diese sein kann, gibt es immer noch Barrieren, die für eine gerontopsychotherapeutische Versorgung hinderlich sind. Allerdings zeigt sich in den letzten Jahren ein leichter Wandel. Die vorliegenden Beiträge sollen dies mit verdeutlichen und aufzeigen, wie notwendig und hilfreich eine Psychotherapie für einen alten Menschen sein kann.

Osborne F. X. Almeida und Nuno Sousa schreiben in sehr erfrischender Weise über die neuen Erkenntnisse der „kognitiven Neurowissenschaft“ und deren Konsequenzen für die Psychotherapie. Ihr Anliegen ist, Psychotherapeuten aufzuzeigen, wie wichtig es ist, Sorgen von alten Menschen über mögliche Folgen des Alterns, wie zunehmende körperliche Gebrechlichkeit, Krankheiten, Behinderungen sowie Verlust von mentalen Fähigkeiten, zu verringern. Übersichtsartig werden allgemeine und soziopolitische Aspekte des Alterns angesprochen und anhand der Literatur dargestellt. Weitere Themen sind Stress und Altern sowie die wichtigsten psychischen Erkrankungen im Alter. Ein weiterer Fokus ist „Vergesslichkeit und Demenz“. Die Autoren verdeutlichen weiter z. B., dass Tätigkeiten, die routinemäßig ausgeübt werden, im Alter nicht an einer Verlangsamung leiden. Altert auch das Gehirn, so bedeutet dies noch lange nicht, dass die angeborene Plastizität des Gehirns nicht weiter nutzbar wäre. Eine Herausforderung für den alten Menschen ist, sich neuen Umständen angemessen anzupassen und Gewohnheiten ändern zu können. Hingewiesen wird auf die engen Verbindungen zwischen Neurowissenschaft und Psychologie. Die Autoren gehen davon aus, dass eine (Re-)Aktivierung bestimmter neuronaler Schaltkreise mittels Lernen altersabhängige neurodegenerative Prozesse verlangsamt oder rückgängig macht.

Reinhard Lindner beschreibt den Körper als Organisator von Entwicklungsprozessen im Alter. Der Körper bekommt eine zentrale Bedeutung im Alter. Er wird zu einer durch Alter und/oder Krankheit veränderten Abwehrinstanz, wodurch bislang unbewusste aggressive und neidvolle Impulse, aber auch Gefühle der Leere und Unsicherheit in der eigenen Identität bewusstseinsnäher werden. Dargestellt wird dies an einer ambulanten psychoanalytisch orientierten Psychotherapie einer 65-jährigen Patientin mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Somatisierung und ihre Deutung führen hier zu einer Entaktualisierung der Suizidalität und einer Intensivierung der therapeutischen Beziehung sowie zu einem lebendigeren Zugang zu aggressiven und libidinösen Inhalten. Technisch-psychotherapeutisch wird für einen flexiblen Umgang mit Körperagieren und Somatisieren bei konsequenter Untersuchung der Symptome im Rahmen der Übertragungsbeziehung plädiert.

Meinolf Peters ist der Ansicht, dass inzwischen mehr Ältere psychotherapeutische Praxen aufsuchen als früher. Auch sind mehr Psychotherapeuten bereit, Ältere zu behandeln. Nach einer kurzen Klärung, was unter Psychodynamischer Psychotherapie zu verstehen ist, stellt er die „bifokale“ Perspektive des psychodynamischen Verstehens bei Älteren vor. Die „Essentials“ der Psychotherapie Älterer werden durch eine Fallvignette eingeleitet, anschließend werden die für die Behandlung Älterer besonders wichtigen Fragen der Motivation und des Zugangs zur Psychotherapie und danach die Besonderheiten in der Übertragungsbeziehung erörtert. Schließlich spielt die Frage der Wechselwirkung von Innen und Außen sowie der therapeutischen Technik eine besondere Rolle. Abschließend werden einige Verknüpfungen zur allgemeinen Entwicklung innerhalb der Psychoanalyse hergestellt.

Simone Forstmeier, Moyra Mortby, Andreas Maercker legen dar, dass Störungsmodelle in der Verhaltenstherapie sich nicht nur auf lerntheoretische, kognitive und neuerdings achtsamkeitsbasierte Konzepte beziehen, sondern auch auf gerontologische Konzepte. Dargestellt werden das alters- und störungsspezifische Rahmenmodell sowie das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation. Relevant sind insbesondere erschwerende Faktoren (wie Multimorbidität, Verluste, Fähigkeitseinschränkungen) sowie erleichternde Faktoren (wie Bewältigungs- und Lebenserfahrung, angepasste Wohlbefindensregulation). Behaviorale Behandlungsmethoden beinhalten Modifizierungen von Konfrontationsverfahren bei Angststörungen, Sozialkompetenz-Trainings sowie operante Verfahren beim Aufbau angenehmer Aktivitäten und Selbstständigkeitsinterventionen. Wenn kognitive Verfahren eingesetzt werden, kann der Therapeut für typische dysfunktionale Kognitionen besonders wachsam sein. Außerdem eignet sich die Lebensrückblicksintervention gut zur Veränderung von kognitiven Schemata, die aus negativen Erfahrungen resultieren. Achtsamkeitsbasierte Methoden sind relativ neu in der Alterspsychotherapie und beinhalten primär altersmodifizierte Achtsamkeitsübungen.

Johannes Johannsen und Josy Fischer-Johannsen beschreiben den Zugang zum alten Menschen aus systemtherapeutischer Sicht. Sie beziehen sich auf die Systemtheorie und den Konstruktivismus. Betont werden die Aspekte der Zirkularität, Neutralität, Allparteilichkeit sowie der ressourcen- und lösungsorientierten therapeutischen Einstellung. Psychische Störungen älterer Menschen sind oft mit Problemen in ihren Familienbeziehungen und/oder ihren Beziehungen zur weiteren Umwelt verknüpft. Systemische Therapie konzentriert sich auf die Beziehungsdynamik statt auf die intrapsychische Dynamik. Sie versucht, den Handlungsspielraum aller Beteiligten zu erweitern, indem sie Veränderungen der Beziehungsstrukturen und veränderte Sichtweisen der Problemsituation anregt. Ein Fallbeispiel veranschaulicht die Praxis.

Kirsten von Sydow berichtet über die Verbreitung sexueller Funktionsstörungen und nichtfunktioneller sexueller Probleme von älteren Frauen und Männern. Sie gibt Einblick in Forschungsergebnisse zur sexuellen Aktivität und zum

sexuellen Interesse älterer Menschen. Sofern Probleme bestehen, ist für Frauen das Fehlen eines Partners, für Männer die abnehmende Potenz und für beide Geschlechter ein Mangel an Zärtlichkeit und an sexuellem Kontakt (auch in Partnerschaften!) am häufigsten problematisch. Bemerkenswert ist, dass ältere Menschen oft nur wenig wissen über die Sexualität Älterer, körperlich-sexuelle Altersveränderungen und mögliche Bewältigungsansätze. Bei ernsten körperlichen Erkrankungen sollten deren sexuelle Auswirkungen mit den behandelnden Ärztinnen/Ärzten besprochen werden. Weitere psychosoziale Präventions- und Interventionsmöglichkeiten werden beschrieben.

Claus Wächtler stellt heraus, dass das Risiko, durch Suizid zu sterben, mit dem Alter zunimmt. Präventive und therapeutische Maßnahmen müssen den komplexen Entstehungsbedingungen der Suizidalität im Alter Rechnung tragen und berücksichtigen, dass ältere Menschen nur selten psychosoziale Hilfe aufsuchen und ihre Suizidhandlungen entschlossen durchführen. Die Maßnahmen zielen darauf, dass Risikopatienten rechtzeitig erkannt, psychische Erkrankungen, insbesondere die Depression, nach bestem Standard behandelt, ältere Menschen dazu animiert und darin unterstützt werden, sich mit altersüblichen schwerwiegenden Lebensereignissen aktiv auseinanderzusetzen, und sie besser in die Gesellschaft integriert werden. Dazu sollten Ärzte und Pflegekräfte geschult, integrierte Versorgungsformen unter Einschluss der Geriatrie gefördert und Beratungs- und Hilfeinrichtungen für Ältere gut erreichbar konzipiert werden. Die Bevölkerung gilt es, besser über Hintergründe der Suizidalität im Alter zu informieren und zur Integration älterer Menschen in die Gesellschaft zu animieren. Dann könnten noch mehr Suizidhandlungen Älterer verhindert werden.

Rolf Dieter Hirsch beschreibt psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten von Menschen mit Demenz, insbesondere der Alzheimer-Demenz. Diese können zur Verbesserung oder Stabilisierung des Kranken und seiner Angehörigen beitragen. Diskutiert werden heute auch psychosoziale Faktoren, die bei der Entstehung und dem Verlauf eine wichtige Rolle spielen können. Ziele der Behandlung sind Verbesserung der Kognition, Verringerung von emotionalen und Verhaltensstörungen (z. B. Angst, Depression, aggressive Impulse) sowie Erhaltung des Selbstbildes, der Bewältigung von bestehenden und zunehmenden Verlusten sowie der Anpassung an diese und Förderung der Selbstsicherheit. Die Psychotherapie wird je nach Methode meist bei Menschen mit einer leichten und mittelschweren Alzheimer-Demenz eingesetzt. Möglichkeiten sind: Entspannungsverfahren (Autogenes Training und Progressive Relaxation), tiefenpsychologisch orientierte Verfahren (z. B. Fokal- und Kurzzeitpsychotherapie, Paartherapie) einzeln und in Gruppe als Hilfestellung zur „inneren Realität“, zur Bearbeitung von zunehmenden kognitiven Verlusten, realen und unbewussten Ängsten sowie zur Verringerung von Projektion und Regression sowie kognitiv-behavioristische Verfahren (z. B. operante und kognitive Verfahren, Selbstsicherheitstraining, Kompetenztraining, Modelllernen, interpersonelle Psychotherapie) zur Förderung von Alltagsaktivitäten,

Selbstsicherheit und Verringerung von Depression, Angst und Unsicherheit.

Sefik Tagay, Thomas Gunzelmann, Elmar Brähler schreiben, dass Untersuchungen zufolge bei rund 5% der 60-Jährigen und Älteren eine Posttraumatische Belastungsstörung (engl. „Posttraumatic Stress Disorder“, PTSD) feststellbar ist. Hierbei kann auch ein Zusammenhang mit traumatischen Kriegserlebnissen festgestellt werden (z. B. Kriegseinsatz, Gefangenschaft, Flucht und Vertreibung, Ausbombung), die im Sinne einer Trauma-Reaktivierung mit einer Latenzzeit von mehreren Jahrzehnten die Symptomatik einer PTSD hervorrufen. Verlusterfahrungen und Belastungen im Alternprozess können hierbei auslösend beteiligt sein. Darüber hinaus können auch affektive und somatoforme Beschwerden im Alter eine Folge kriegstraumatischer Erfahrungen sein. Für die Psychotherapie Posttraumatischer Belastungsstörungen stehen unterschiedliche Therapieansätze zur Verfügung (Konfrontationstherapien, kognitive Therapien, narrative Verfahren/Life-Review-Therapy). Aufgrund fehlender randomisierter, kontrollierter Studien sind Aussagen über die differenzielle Indikation und Therapieeffekte derzeit aber kaum verallgemeinernd möglich. Hier besteht ebenso weiterer Forschungsbedarf wie im Hinblick auf psychische Ressourcen, die bei dem Großteil der Älteren eine Verarbeitung kriegstraumatischer Erfahrungen ermöglicht haben.

Im ersten Teil des Hefts, vor dem Thementeil finden Sie eine theoretische und eine empirische Arbeit. Der theoretische Beitrag von S. Sulz und Mitarbeitern befasst sich mit der therapeutischen Veränderung dysfunktionaler Schemata, einem heute in kognitiv-behavioralen, psychodynamischen und humanistischen Therapieansätzen zentralen Konstrukt. Nach der Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte der Schematheorie als Störungs- und Therapietheorie beschreibt er den klärungsorientierten Ansatz von Rainer Sachse und Mitarbeitern und vergleicht dessen Ein-Personen-Rollenspiel mit den Interventionen zur Schemaänderung in der Strategisch-Behavioralen Therapie. Er veranschaulicht dies am Beispiel der Überlebensregel als komplexem exekutivem Schema.

Der empirische Beitrag von Sulz et al. berichtet über die Evaluation des Verhaltensdiagnostiksystems VDS als behavioralem Pendant zur Operationalen Psychodynamischen Diagnostik (OPD). Es enthält zahlreiche standardisierte und in ihrer Testqualität evaluierte Messinstrumente, angefangen von der biographischen Anamnese, der Befunderhebung über Diagnosedigramme, Persönlichkeitsfragebogen und -interview, Verhaltensanalyse bis zu Skalen zur Analyse der Kognitionen, Emotionen, Motive, Wertorientierung, Konfliktanalyse etc.

Rolf Dieter Hirsch, Thomas Bronisch und Serge K. D. Sulz

■ Literatur

- Bickel, H. (2003). Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (2. Aufl., S. 11-26). Stuttgart, New York: Thieme.
- Bolk-Weischedel, D. (2002). Lebenskrisen älterer Frauen: Eine Auswertung von Berichten für gutachterliche Psychotherapie. In M. Peters & J. Kipp (Hrsg.), *Zwischen Abschied und Neubeginn – Entwicklungskrisen im Alter* (S. 125-138). Gießen: Psychosozial.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001). *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation*. Berlin.
- Görgen, W. & Engler, U. (2005). Kammerstudie. Ambulante psychotherapeutische Versorgung von psychosekranken Menschen sowie älteren Menschen in Berlin. Heidelberg: Psychotherapeutenverlag.
- Helmchen, H., Baltes, M.M., Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F.M., Wagner, M. & Wilms, H.U. (1999). Psychische Erkrankungen im Alter. In K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 185-220). Berlin: Akademie.
- Heuft, G., Kruse A. & Radebold, H. (2006). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie* (2. Aufl.). München: Reinhardt.
- Hirsch, R.D. (1994). Beratung und Psychotherapie alter Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In P.J. Buijssen & R.D. Hirsch (Hrsg.), *Probleme im Alter* (S. 1-10). Weinheim: Beltz.
- Hirsch, R.D. (1999). Gegenwärtige Grenzen und notwendige Entwicklungen der Alterspsychotherapie. *Spectrum*, 28 (4), 94-97.
- Lange, C., Peters, M. & Radebold, H. (1995). Zur Versorgung älterer Patienten in Psychosomatischen Kliniken. In G. Heuft, A. Kruse, H.G. Nehen & H. Radebold (Hrsg.), *Interdisziplinäre Psychosomatik* (S. 243-252). München: MMV Medizin-Verlag.
- Linden, M. (1999). Wen behandeln Verhaltenstherapeuten wie in der kassenärztlichen Versorgung? *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 67, 14.
- Linden, M., Förster, R., Oel, M. & Schlötelborg, R. (1993). Verhaltenstherapie in der kassenärztlichen Versorgung. Eine versorgungsepidemiologische Untersuchung. *Verhaltenstherapie*, 3, 24-28.
- Maercker, A., Nitsche, I., Schuster, P. & Boos, A. (2004). Ambulante Psychotherapie Älterer: Sind ältere Psychotherapiepatienten „einfachere“ Patienten? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, 265-271.
- Soeder, U. (2002). Störungsepidemiologie: Prävalenz, Behandlungsbedarf und Versorgung von psychischen Störungen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 60-72). Berlin et al.: Springer.
- Wernicke, T.F., Linden, M., Gilberg, R. & Helmchen, H. (2000). Ranges of psychiatric morbidity in the old and very old – results from the Berlin Aging Study (BASE). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 111-119.
- Zepf, S., Mengele, U. & Marx, A. (2002). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. Gießen: Psychosozial-Verlag.