

PSYCHOTHERAPEUTISCHER UMGANG MIT DEM GERONTOLOGISCHEN PATIENTEN

PSYCHOTHERAPY OF THE ELDERLY IN THE C-/L-PSYCHIATRIC SERVICE

Raphael M. Bonelli

Zusammenfassung

Die von Sigmund Freud bekundete Einschätzung, dass Psychotherapie im Alter wenig bewirken könne, wird heute nicht mehr geteilt. Die frühere Sicht orientierte sich hauptsächlich am Defizitmodell des Alters, wonach Alter immer mit Verlusten, negativen Veränderungen und generellen Abbauerscheinungen assoziiert war. Die durchschnittliche Lebenserwartung von 50-jährigen Männern beträgt aber heute noch 29, bei 50-jährigen Frauen sogar 32 Jahre. Trotzdem erhalten nur verhältnismäßig wenige Menschen dieser Altersgruppe eine Psychotherapie, obwohl ca. 25–30 % der über 65-Jährigen an psychischen Störungen leiden. Der Artikel soll die wichtigen psychotherapeutischen Ansätze in der Gerontopsychiatrie mit möglicher Relevanz für den konsiliarpsychiatrischen Alltag zusammenfassen.

Schlüsselwörter Psychotherapie – Gerontologie – Altern – Altersdepression – Demenz

Summary

Sigmund Freud frankly suggested that psychotherapy is of no help for patients older than 50 years. This view, which was based on the deficit model of aging, was challenged in the last decade. However, the average life expectancy of 50 year old men increased to 29 years nowadays, and women of the same age have a life expectancy of even 32 years. Nevertheless only few geriatric patients receive psychotherapy today, although 25-30% of the persons older than 65 suffer from some form of psychiatric disturbance. This paper should highlight the main psychotherapeutic approaches in gerontopsychiatry and their potential impact on C-/Lpsychiatric activity.

Keywords psychotherapy – gerontology – aging – depression – dementia

Einleitung

Sigmund Freud schrieb 1905: „Das Alter der Kranken spielt bei der Auswahl der psychoanalytischen Behandlung insofern eine Rolle, als bei Personen nahe oder über 50 Jahren einerseits die Plastizität der seelischen Vorgänge zu fehlen pflegt, auf welche die Therapie rechnet – alte Leute sind nicht mehr erziehbar – und als andererseits das Material, welches durchzuarbeiten ist, die Behandlungsdauer ins Unabsehbare verlängert“ (nach: Hirsch, 1990). Diese zugegebenermaßen provokante These wird heute nicht mehr geteilt. Grund dafür ist nicht zuletzt die ständig steigende Zahl der „Personen nahe oder über 50 Jahren“. In der Fachliteratur nehmen einerseits Berichte über sehr gute psychotherapeutische Erfolge auch im höheren Lebensalter zu (Schwartz, 2004; Bergin und Walsh 2005; Maercker et al., 2005). Andererseits betreffen in der psychotherapeutischen Praxis nur knapp 1 % der ambulanten Kassenanträge für Psychotherapieleistungen Patienten über 65 Jahre (Rainer und Krüger-Rainer 2003).

Demographischer Shift

Die frühere skeptische Einstellung zur Psychotherapie von älteren Menschen orientierte sich hauptsächlich am Defizitmodell des Alters, wonach Alter immer mit Verlusten, negativen Veränderungen und generellen Abbauerscheinungen assoziiert erschien (Hollon, 2003). Zu Beginn dieses Jahrhun-

derts betrug der Anteil der über 65-Jährigen innerhalb der Europäischen Union 15 Prozent der Gesamtbevölkerung. Nach Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes ist in Deutschland für das Jahr 2030 von 19,8 Millionen über 65-Jähriger auszugehen – ein Bevölkerungsanteil von 26,7 Prozent. Die durchschnittliche Lebenserwartung von 60-jährigen Männern beträgt heute noch 19, bei 60-jährigen Frauen sogar 22 Jahre. Trotzdem beanspruchen nur verhältnismäßig wenige Menschen aus dieser Altersgruppe eine psychotherapeutische Leistung. Im großen Kontrast hierzu leiden aber ca. 25–30 % der über 65-Jährigen an psychischen Störungen (Cooper, 1992).

Eine veränderte psychobiologische und psychosoziale Gesamtsituation der älteren Menschen muss beachtet werden. Bedingt durch eine bereits seit Jahrzehnten vorteilhafte medizinische Grundversorgung, durch gesicherte Arbeitsschutzmaßnahmen des Sozialstaates für Arbeitnehmer, aber auch durch eine differenzierte ärztliche Betreuung jenseits des Erwerbslebens erreichen heute die Menschen ein höheres Lebensalter, das unter dem allgemeinen Begriff „Alter“ nicht mehr subsumiert werden sollte. Gerontologen prägen deshalb neue Kategorien (das junge Alter, das späte Alter), um diesen Abschnitt im Lebenszyklus, der einen Zeitraum von ca. 30 bis 40 Jahren umfassen kann, adäquater beschreiben zu können. So müssen die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse dieser Alters-

gruppe wesentlich differenzierter beschrieben werden. Der "alte" Mensch ist Teil unserer Gesellschaft, ist Konsument (die Werbung erkennt dieses Potential langsam als kaufkräftige Schicht) von Gütern, unterstützt den Staat (durch freiwillige soziale Leistungen → Enkel-, Kinderbetreuung, Pflege der Angehörigen) und hat Anspruch auf eine bedürfnisorientierte Betreuung. Hierzu gehört auch der Anspruch auf eine psychotherapeutische Behandlung (Rainer und Krüger-Rainer, 2003).

Berücksichtigt man die in der Literatur dringend empfohlenen mehrdimensionalen Behandlungskonzepte für ältere Patienten, so dürfte ein tatsächlicher Bedarf nach Ausbau psychotherapeutischer Versorgungsstrukturen vorhanden sein. Hierbei stellt Psychotherapie eine wesentliche Säule im jeweiligen Gesamttherapieplan dar und umfasst neben gesprächstherapeutischen, kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Ansätzen auch eine Reihe von anderen Behandlungselementen, die aus Maltherapie, Musiktherapie und Tanztherapie stammen. So können musiktherapeutische Ausdrucksmöglichkeiten gerontologische Patienten auch dann noch vorteilhaft erreichen, wenn aufgrund demenzieller Erkrankungen kognitiv-sprachliche Zugangswege schon stark verstellt sind (Kneafsey, 1997; Brotons und Marti, 2003). Von Tanz- und Musiktherapie können (entgegen einer gängigen Vorstellung) selbst bettlägerige und stark bewegungseingeschränkte Patienten noch profitieren (Barolin 2001). Wertvoll sind solche Modalitäten einer „integrierten Psychotherapie“ auch in der Altersrehabilitation, also bei Schlaganfallbehinderung, Parkinson etc. Sie können hier zu einem günstigeren Rehabilitationserfolg beitragen.

Tatsächlich denken aber nur wenige Ärzte an die Möglichkeit einer Alterspsychotherapie, da ältere Menschen es oft auch nicht gelernt haben, ihre psychischen Probleme zu verbalisieren und eine psychotherapeutische Behandlung für sich einzufordern. Noch immer wird gern die oben angeführte Meinung von S. Freud zitiert, der ältere Mensch sei für Psychoanalyse oder Psychotherapie nicht geeignet, es lohne sich nicht, das ganze Leben zu überprüfen und kindliche Phantasien und Wünsche aufzuarbeiten. Gerade im höheren Lebensalter können aber solche biographisch orientierten Ansätze nicht nur eine bedeutsame Erinnerungsleistung, sondern auch eine grundlegende Identitätsarbeit vermitteln. Aus einer *konsiliarpsychiatrischen* Perspektive ist bedeutsam, dass ältere Patient(Inn)en über 65 Jahre eine sehr große Gruppe darstellen, für die psychiatrische Konsile angefordert werden. Die häufigsten Diagnosen stellen hier Depression, Delir und Demenz dar (Kapfhammer, 2003). Die ausschließliche Fokussierung auf eine neuropsychiatrische Dimension und die vorrangige Beschränkung auf eine Psychopharmakotherapie würde aber die tatsächlichen biopsychosozialen Problemstellungen in dieser Altersgruppe verfehlen. Dem Konsiliarpsychiater kommt also auch eine wichtige Vermittlungsarbeit für psychotherapeutische Ansätze zu.

Welche Hindernisse für den Einsatz von Alterspsychotherapie bestehen aber? Rainer und Krüger-Rainer (2003) zählen eine Reihe von interessanten Punkten auf, die eine Diskussion stimulieren bzw. nachdenklich stimmen können: eine negative

gesellschaftliche Einstellung zum älteren Menschen allgemein, eine defizitorientierte Sichtweise des Alters, eine nur oberflächliche, vorrangig symptomorientierte Diagnostik psychischer Störungen, ein geringes Wissen in der Geronto- und Alterspsychotherapie, eine aufscheinende „Gerontophobie“ mancher Ärzte und Psychotherapeuten, Übertragungsprobleme jüngerer Therapeuten, das schwierige Erlangen von Therapieplätzen sowie ein negatives Selbstbild der älteren Personen selbst.

Wirksamkeit der Psychotherapie im Alter

Die Depression ist einer der Hauptgründe für Leiden im Alter (Mecocci et al., 2004; Wei et al., 2005). Sie ist oft unterdiagnostiziert und untertherapiert, weil eine depressive Stimmungslage als genuin zum Alter gehörig verstanden wird. Die geriatrische Depression begleitet oftmals körperliche Erkrankungen im Alter, äußert sich selbst häufig mit somatischen Symptomen und ist wiederum ein Risikofaktor für andere somatische Störungen, wie z.B. koronare Herzkrankheit und Demenz dar. Die geriatrische Depression schränkt die Lebensqualität sowie die körperliche Mobilität ein und erhöht die Sterblichkeit und die Suizidalität. Obwohl für eine Reihe von Psychopharmaka die Wirksamkeit evidence-based erwiesen ist, zeigen doch neuere Studien, dass nicht-pharmakologische Interventionen wie Psychotherapie und physische Bewegung im therapeutischen Spektrum mehr Aufmerksamkeit verdienen, da sie die Ansprechrate und die Effektivität der Psychopharmaka erhöhen (Katona, 1994; Gum und Arean, 2004; Mecocci et al., 2004; Hollon et al., 2005).

In einer bemerkenswerten Arbeit von Maercker und Mitarbeitern aus dem Jahre 2004 wurden Voraussetzungen für eine Psychotherapie älterer Patienten anhand von Symptombelastung, psychischer Funktionsfähigkeit und interpersonellen Merkmalen mit den Voraussetzungen bei jüngeren Patientengruppen verglichen. Aufgrund des alters- und störungsspezifischen Rahmenmodells der Psychotherapie wurde angenommen, dass ältere Psychotherapiepatienten sowohl teilweise günstigere Voraussetzungen als auch kürzere Therapiezeiten aufweisen. 169 Psychotherapiepatienten wurden in 4 Altersgruppen unterteilt und miteinander verglichen. Die Diagnosehäufigkeiten psychischer Störungen unterschieden sich von allen häufigen Störungen nicht signifikant. Die Gruppe der älteren Psychotherapiepatienten zeigte in der Eingangsdagnostik keine Unterschiede in der Symptombelastung, obwohl die psychische Funktionsfähigkeit höher war als bei den jüngeren Patientengruppen. In zwei von acht interpersonellen Merkmalen zeigten sie günstigere Ausgangswerte. Die Anzahl benötigter Therapiestunden bis zum Behandlungsabschluss war bei den Älteren mit im Mittel 21 Stunden signifikant geringer als bei Psychotherapiepatienten aus einem mittleren Lebensalter (Maercker et al. 2004).

Wir finden ebenfalls interessante und ermutigende Erfahrungen in der kognitiven Psychotherapie, wonach auch über 65-Jährige noch in der Lage sind, neue Lernerfahrungen zu machen und diese positiv in ihr Leben zu integrieren, die als signifikante Verhaltensänderungen zu erkennen sind (Lopez und Mermelstein, 1995; Walker und Clarke, 2001).

Auch ältere Menschen leiden oft an lebenslang ungelösten innerpsychischen sowie intra- und intergenerationellen Konflikten und sind mit vielfältigen Trauma-Reaktivierungen und Retraumatisierungen konfrontiert. Unabhängig von psychotherapeutischen Schulen, impliziten Persönlichkeits- und Störungsmodellen besteht ein weitreichender Konsens in den allgemeinen Behandlungszielen einer Alterspsychotherapie (Hirsch, 1993): seelisches Leiden lindern, Störungen beseitigen, Kompetenzen erhalten, fördern, aufbauen, Bewältigungsprozesse bei Kränkungen, Verlusten, Trennungen, Leid und Schuld begleiten, den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen, das Wohlbefinden und die Lebensqualität verbessern, die Aussöhnung mit der Begrenztheit des Lebens, die Überwindung der erlernten Hilflosigkeit sowie Angehörige miteinbeziehen. Eine Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren in der Realisierung dieser Behandlungsziele erscheint gesichert (Wei et al., 2005).

Gerade für den alten Menschen ist es wichtig, realistische Ziele anzustreben, die in einem angemessenen Zeitraum verwirklicht werden sollen. Je nachdem, ob Symptomlinderung, Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens, soziale Anpassung oder kognitive Verbesserungen erreicht werden sollen, kommen unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren zum Einsatz. Ein generelles Problem in der psychotherapeutischen Behandlung ist der Umstand, dass ältere Patienten zwar sehr gerne Beschwerden vortragen, gleichzeitig aber Veränderungen primär von anderen erwarten (von der Umgebung, den Therapeuten, dem Lebenspartner oder den Medikamenten), oder dass viele von ihnen bereits in resignativer Weise die Hoffnung auf positive Veränderung aufgegeben haben (Rainer und Krüger-Rainer, 2003).

Praktische Aspekte

Je nach Altersphase entstehen unterschiedliche psychotherapeutische Bedürfnisse und Herausforderungen. So können 60–65-Jährige hauptsächlich durch ein bevorstehendes Ausscheiden aus dem Beruf, die Notwendigkeit, die Partnerschaft neu zu gestalten und die psychosoziale Lebensweise anzupassen, belastet sein. Für 65–75-Jährige ergeben sich durchaus ähnliche störungsbezogene Indikationskriterien wie für jüngere Erwachsene (depressive Störungen, Suizidversuche, Angst und Schlafstörungen), doch ist der spezielle psychosoziale Lebenskontext jeweils eigenständig zu würdigen. Bei über 75-Jährigen treten wiederum die Probleme einer zunehmenden Vereinsamung, Multimorbidität, einer Autonomiebewahrung, Selbstbestimmung und drohenden Abhängigkeit infolge Pflegebedürftigkeit verstärkt in den Vordergrund.

Das jeweilige Setting einer Alterspsychotherapie ist abhängig von der Art, dem Schweregrad und der Dauer des Krankheitsbildes, vom allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten, von der Tragfähigkeit und der Mobilisierbarkeit der Ressourcen des sozialen Netzwerkes und der Qualifikation des Psychotherapeuten. Eine *Psychotherapie im engeren Sinn* wird nach Junkers (1995) dann angezeigt sein, je intakter die psychische Struktur, die geistige Flexibilität und die Motivation sind, sowie je mehr sprachliche Interaktionen noch mög-

lich erscheinen. In Frage kommen tiefenpsychologische Ansätze (Einzel-, Gruppen- oder stationäre Fokaltherapie), systemische Therapien inklusive Familientherapie, Verhaltenstherapie inklusive kognitiver Therapie und humanistische Psychotherapie inklusive Logopädie, Existenzanalyse und Gesprächspsychotherapie.

Eine *Psychotherapie im weiteren Sinn* nach Stuhlmann (1996) beinhaltet primär handlungsorientierte, übende oder ganzheitliche milieu- und soziotherapeutische Ansätze. Diese werden vor allem im institutionellen Kontext durchgeführt und orientieren sich an den individuellen Stärken und Potentialen des Patienten. Sie ist auch die Basis für konsiliarpsychotherapeutisches Handeln in der Begegnung mit dem alten Patienten im Allgemeinkrankenhaus. So unterstützt eine „Psychotherapie im weiteren Sinn“ die Selbstverfügung, Autonomie und verbessert die Lebensqualität. Nach dieser Definition sind auch demente und pflegebedürftige Patienten psychotherapiegeeignet. Bei leichten kognitiven Störungen oder leichtgradiger Demenz können Gruppenpsychotherapien durchaus förderlich sein. Besonders bei Patienten mit vaskulären Demenzen, die oftmals von Depressionen begleitet sind, oder bei Patienten, die an den Folgen eines zerebralen Insultes leiden, fördert eine entsprechende psychotherapeutische Begleitung die Auseinandersetzung und Krankheitsbewältigung (Lincoln und Flannaghan, 2003).

Rainer und Krüger-Rainer (2003) fassen als Kontraindikationen für eine Alterspsychotherapie zusammen:

- 1.) zu geringe Motivation und fehlende Reflexions- und Introspektionsfähigkeit bei tiefenpsychologisch orientierten Verfahren bzw. eine zu geringe Lernbereitschaft bei kognitiven Psychotherapien,
- 2.) umfassende Pflegebedürftigkeit,
- 3.) jahrzehntelange chronifizierte Verläufe mit hohem sekundärem Krankheitsgewinn,
- 4.) motorische oder sensorische Aphasie,
- 5.) maximale Schwerhörigkeit (sehgestörte Patienten hingegen können durchaus in eine Psychotherapie integriert werden);
- 6.) bei ablehnenden Familienangehörigen, professionellen Helfern oder Hausärzten bedarf es unbedingt einer vorherigen Aussprache, da ältere Patienten vermehrt auf deren Hilfe angewiesen sind,
- 7.) Demenzen ab einem mittleren Schweregrad.

Jeder Psychotherapeut, der mit alten Menschen arbeitet, sollte nach Hirsch (2000) die folgenden notwendigen Grundeinstellungen haben: Er sollte körperliche Störungen ertragen und aushalten können, das Sterben als natürlichen Prozess des menschlichen Lebens akzeptieren, sich nicht als „Thanatopsychotherapeut“ empfinden, dessen Aufgabe es ist, den Tod zu bekämpfen. Sehr wohl aber sollte er das psychische Überleben bei schweren Erkrankungen ermöglichen, und Schwerpunkte bei der Akzeptanz der Erkrankung setzen sowie im Sterbeprozess seine Begleitung anbieten. Man dürfe älteren Menschen prinzipiell mehr zutrauen, als vielfach angenommen wird, da ihre Möglichkeiten zur Problembewältigung,

Konfliktklärung und die Möglichkeit, Trauerprozesse zu durchleben, generell unterschätzt und die Therapieaussichten insgesamt zu resignativ angesehen würden. Weiter sollte der Therapeut alters- und nicht krankheitsorientiert sein, und ein überwiegendes Defizitmodell des Alters als nicht stimmig betrachten. Alter ist kein Synonym für Krankheit oder umgekehrt.

Die Einsamkeit des Alters

Einsamen alten Menschen fällt es sehr schwer, Kontakte neu zu gestalten. In vielen Familien entsteht Kontaktmangel dadurch, dass eines der Mitglieder dazu auserwählt wurde, Vater oder Mutter bis zum Tod aufopferungsvoll zu pflegen. Häufig sind in der heutigen Zeit bei dem Fehlen einer Großfamilie Sohn oder Tochter mit der Pflege überfordert. Das Ausnutzen von Treue und die Manipulation mit Schuldgefühlen führen auf Seiten der Kinder leicht zu Erschöpfungssyndromen, nicht selten zu behandlungsbedürftigen Angst- und Stimmungsstörungen. Wenn sich die Kinder gegen einen übermäßigen Anspruch ihrer Eltern wehren, schüchtern diese nicht selten ein, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, oder drohen gar mit Suizid. Das Ausnutzen von Hilfsbereitschaft und Loyalität geschieht oft subtil. Der Außenwelt erscheint die helfende Person als das Sinnbild von Güte und Opferbereitschaft. Die fehlende Selbstbestimmung, die zerstörte Identität dieser Menschen erkennt sie jedoch selten. Die Alten müssen lernen, sich aus ihrer Isolation zu befreien und bei Zeiten Strukturen aufzubauen, die derartige Ausbeutungsverhältnisse verhindern und Kontakte zu Jungen und Gleichaltrigen bieten. Spezielle Voraussetzungen durch Architektur und Wohnungsbau könnten ebenfalls dazu beitragen, ein Wohnen von Jung und Alt zu ermöglichen, bei separaten Rückzugsmöglichkeiten auch gemeinsam genutzte Räume zu schaffen.

Manche Autoren bekunden, ein unbegründeter therapeutischer Nihilismus bei Alter und/oder schwerer Krankheit selbst beeinträchtigt eine prinzipielle Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen (McWilliams, 2004). Hoffnung als therapeutische Haltung ist deshalb ein Erfolg versprechender Ansatz (Bergin und Walsh, 2005). So wird über gute Erfahrungen mit Gruppentherapien bei geriatrischen Patienten (Schwartz 2004), über die Effektivität der Bibliothherapie – das Lesen von Selbsthilfebüchern bei Depressionen im höheren Lebensalter (Floyd, 2003; Floyd et al., 2004) bzw. der Meditation und des EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) bei traumatologischen Störungen berichtet (Sun et al., 2004).

Psychotherapie bei Demenz

Die Verhaltenstherapie bietet mit dem Realitätsorientierungstraining eine psychotherapeutische Methode im weiteren Sinne (Noll und Haag, 1992). Es dient vor allem der Rehabilitation von Patienten mit demenzieller Symptomatik. Wesentlich erscheinen die Steigerung der Alltags- und sozialen Kompetenz sowie der Selbständigkeit und Autonomie. Voraussetzung ist die Gewährleistung eines warmherzigen, verständnisvollen (Stations-)Klimas und der regelmäßige Einsatz operanter Verstärker. Mit verschiedenen Hilfsmitteln wird die Umgebung klar und einfach strukturiert, helle Farben und

Orientierungstafeln sowie Uhren mit großen Ziffern werden eingesetzt und helfen dem Patienten, sich zurechtzufinden. Das Pflegepersonal sollte ein auf den individuellen Patienten abgestimmtes, 24-stündiges Realitätsorientierungstraining betreiben und dieses auch in Gruppensitzungen ergänzen. Häufige verbale Anleitungen, Tagesstruktur, geduldiges Wiederholen von kurzen Informationen, sowie die Korrektur desorientierender Verhaltensweisen durch Mitpatienten gehören dazu. Ein dauerhafter Erfolg des Realitätsorientierungstraining bei leicht bis mittelschweren Demenzen wird jedoch nur bei kontinuierlicher Anwendung erreicht. Neben dem Training der kognitiven Fähigkeiten erscheinen die Wahrnehmung der Emotionalität und Affektivität sowie die daraus resultierenden Verhaltensprobleme nicht nur im Querschnitt, sondern aus einem biographisch interessierten Verständnis heraus als wesentlich. Betrachtet man die Lebensgeschichte eines verhaltensgestörten Demenzen genauer, so wirkt das Fehlverhalten oftmals nicht mehr nur irrational oder verwirrend, sondern lässt sich auch leichter einordnen. Dies kann wieder zu einem besseren Verständnis der Lebensführung auf einer Station im Krankenhaus oder Pflegeheim beitragen.

Auch die Validierung nach Naomi Feil (1990) hat sich mit der „Bestätigung und Anerkennung der Erlebnisweisen und der Gefühlswelt des Kranken als seiner Realität“ als wertvoll erwiesen. Zentrale Punkte hierbei sind die interpersonale Kommunikation und das Verstehen sowie die Sichtweise, dass alle Erlebens- und Verhaltensweisen psychophysisch gekoppelt sind. Die emotionalen Erinnerungen können dabei die fehlenden Funktionen des kognitiven Gedächtnisses im Erleben kompensieren. Validierung kommt vor allem dort zum Einsatz, wo ein biographisches Arbeiten auf Grund der Demenz nicht mehr möglich ist, aber die Biographie der Emotionen noch vorhanden ist.

Arbeit mit Angehörigen

Da ca. 80 % der Demenzen noch immer von ihren Familien betreut werden, ist deren psychische und körperliche Belastung natürlich besonders groß. Mehr als die Hälfte der Angehörigen leidet unter starken Belastungen und weist selbst depressive Verstimmungen, Ängste, Schlafstörungen oder Burn-out-Symptome auf (Rainer et al., 2002). Die Pflegebelastung für Angehörige von Alzheimer-Patienten ist größer als die von vaskulären Demenzpatienten. Bei allen Diagnosegruppen waren es die nichtkognitiven Symptome der Patienten, die zu den größten Belastungen der Angehörigen führten. Diese Realität gilt es speziell in einem konsiliarpsychiatrischen Setting anzuerkennen. Eine Würdigung der besonderen Leistungen, aber auch der schweren Belastungen von Angehörigen durch die Pflege eines demenzen Angehörigen ist die entscheidende Voraussetzung dafür, Angehörige als Co-Therapeuten gewinnen zu können.

Das GENA-Projekt (Gerontopsychiatrisches Netzwerk Angehörigenarbeit Mecklenburg-Vorpommern) von Haenselt und Mitarbeitern (2004) hat sich im Rahmen des Bundesmodellprogrammes „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ neben dem Aufbau eines Unterstützungsnetzwerkes für diese Zielgruppe wesentlich die Unterstützung pflegender Angehöriger von

Demenzkranken in angeleiteten Gesprächsgruppen zur Aufgabe gemacht. An zehn Standorten wurde es zum Erhalt und zur Wiederherstellung des familiären Gleichgewichtes und zur Reduzierung von Pflegebelastung entwickelt. In einem Präpost-Design wurde ein integrativer Beratungsansatz auf wirksame Entlastungsfaktoren hin untersucht. Für die Gesamtstichprobe fanden sich zunächst nur vereinzelt und auch nur trendmäßig die erwarteten Belastungsreduktionen in den Bereichen „körperliche Erschöpfung“, „gesundheitliche Beschwerden“, „Defizite im Bereich sozialer Beziehungen“ und „Inanspruchnahme professioneller Unterstützung“. Die erhobenen Persönlichkeitsmerkmale aus dem Konstruktbereich der „filialen Reife“ ließen in der Gesamtgruppe ebenfalls keine bedeutsamen Veränderungen erkennen. Eine differenzierende Analyse betonte aber den möglichen Einfluss zweier Typen von pflegenden Angehörigen (filial eher reife vs. filial eher unreife Angehörige), die sich im Hinblick auf angestrebte Verlaufsveränderungen durch Teilnahme an der Beratungsgruppe deutlich unterschieden: Während emotional eigenständigere Angehörige weniger von der Teilnahme an einer strukturierenden Gesprächsgruppe zu profitieren schienen, konnten Angehörige, die in höherem Maße kindliche Bindungsmuster an die Gepflegten zeigten, ihre Teilnahme zu einer deutlichen Verringerung ihrer Gesamtbelastung durch die Pflege nutzen. Dieser gegenläufige Effekt einer Gruppenteilnahme erscheint bedeutsam, um eine spezifischere Passung von therapeutischen Entlastungsangeboten und bedarfsorientierter Nachfrage erreichen zu können (Haenselt et al. 2004).

Medizinisch-pflegerische Aufgaben sind zumeist leichter als der Umgang mit schweren Persönlichkeitsveränderungen und Verhaltensstörungen von altersdementen Angehörigen zu meistern. Diesen negativen Effekt gilt es nicht nur im häuslichen Umfeld oder in einem Pflegeheim zu bedenken. Er betrifft auch häufig Schwestern und Pfleger auf Stationen in einem Allgemeinkrankenhaus mit einer hohen Aufnahmealter und sehr alter Patienten. Hier ist der Konsiliarpsychiater aufgefordert in einer team-orientierten Sensibilität auf das Risiko von Burn-out hinzuweisen und beratend zu wirken. Ein sich allmählich entwickelndes Burn-out-Syndrom ist gekennzeichnet durch Gewichtsverlust, Schlaflosigkeit, zunehmende soziale Isolation, verstärkten Alkohol oder Medikamenten- sowie Kaffeemissbrauch, durch verbale und physische Aggressionen gegenüber dem Patienten und auch Suizidalität. Gegenstrategien sind eine zeitgerechte Delegation der Betreuung, ausreichende soziale Kontakte, Anschluss an Angehörigen- und Selbsthilfegruppen, Ausschöpfung von sozialen Hilfen, genügend eigene Freizeitaktivitäten, Achtung auf die eigene Gesundheit und psychotherapeutische Begleitung. Durch umfangreiche Information über die zugrunde liegende Erkrankung, den Krankheitsverlauf, zu erwartende Verhaltens- und Affektstörungen, soziale Hilfsangebote (Pflegegeld, Heimhilfe, Essen auf Rädern, Besuchsdienste, Tageszentren, Tageskliniken, Urlaubsbetten und Kurzzeitpflege), Sachwalterschaft und Erörterung von juristischen Fragen (z. B. Testamentsverfassung) sollten die Angehörigen, aber auch das Pflegeteam auf den Stationen eines Allgemeinkrankenhauses entlastet werden und sich besser organisieren können.

Im Alter finden wir häufig Einbußen der sozialen, somatischen, emotionalen und kognitiven Funktionsfähigkeit. Dies führt zu einer notwendigen Einstellungsänderung und Adaptation. Wenn diese nicht gelingt, kommt es zu deutlichen psychosozialen Kompetenzeinschränkungen. In einem psychotherapeutischen Ansatz kann die Wiedererlangung der psychosozialen Kompetenz nicht nur die Selbständigkeit und die Lebensqualität alter Menschen erhöhen, sondern sich auch auf begleitende somatische und psychische Störungen positiv auswirken. Ein von Stuhlmann (1995) entwickeltes Selbstsicherheitstraining, dessen Wirksamkeit in mehreren kontrollierten Studien belegt ist, eignet sich hervorragend für die Behandlung von Kompetenzeinbußen, Depressionen und begleitenden Ängsten.

Psychosoziale Kompetenz im höheren Lebensalter bedeutet, autonom und selbstverantwortlich die Alltagsanforderungen zu bewältigen, mit Verlusten umgehen zu können und psychische Belastungen vorherzusehen, realistisch zu bewerten und zu bewältigen, sich Aufgaben zu suchen und das Leben „sinnerfüllt“ zu führen, die Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit aufrechtzuerhalten, Krankheiten und Defizite zu akzeptieren und Ressourcen optimal einzusetzen und sich auf neue Situationen einstellen zu können (Rainer und Krüger-Rainer, 2003). Gerade der Konsiliarpsychiater ist aufgerufen, als entscheidendes Bindeglied zwischen dem gerontologischen Patienten, der bei einer Krankenhausaufnahme immer in eine zusätzliche krisenhafte Belastung geraten kann und dann in seiner besonderen somatischen und psychischen Krankheits- und Lebenssituation erfasst werden muss, und den häufig nur auf die körperlichen Probleme fokussierenden Ärzten und Schwestern, aber auch den besorgten, erschöpften und oft ratlosen Angehörigen zu fungieren. In seiner neuropsychiatrischen und gerontopsychologischen Kompetenz versucht er, praktikable Lösungsansätze für aktuelle Probleme zu finden, wichtige Entlastungsangebote an die Angehörigen zu vermitteln und dabei auch eine grundlegende Psychoedukation zu leisten.

Literatur

- Barolin GS (2001) Psychotherapie bei Altersdemenz?! Wien Med Wochenschr 15: 342-7
- Bergin L, Walsh S (2005) The role of hope in psychotherapy with older adults. *Aging Ment Health* 9: 7-15
- Brotons M, Marti P (2003) Music therapy with Alzheimer's patients and their family caregivers: A pilot project. *J Music Ther* 40: 138-50
- Cooper B (1992) Die Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. In: Häfner H, Henner (Hrsg) *Psychische Krankheiten und Hirnfunktionen im Alter*. Stuttgart, Fischer, 15-29.
- Feil N (1990) Validation - ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen. Himberg bei Wien, Wiener Verlag.
- Floyd M (2003) Bibliotherapy as an adjunct to psychotherapy for depression in older adults. *J Clin Psychol* 59: 187-95
- Floyd M, et al. (2004) Cognitive therapy for depression: A comparison of individual psychotherapy and bibliotherapy for depressed older adults. *Behav Modif* 28: 297-318
- Gum A, Areean PA (2004) Current status of psychotherapy for mental disorders in the elderly. *Curr Psychiatry Rep* 6: 32-8.
- Haenselt R A et al. (2004) Zur Evaluation von angeleiteten Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige von Demenzkranken. Ergebnisse des GENA-Projektes in Mecklenburg-Vorpommern. *Z Gerontol Geriatr* 37: 402-10

- Hirsch RD (1990) Psychotherapie im Alter. Bern, Göttingen, Verlag Hans Huber.
- Hirsch RD (1993) Psychotherapie im Alter. *Psycho* 19: 686-697.
- Hirsch RD (2000) Anforderung an eine Weiterbildung für Psychotherapie mit alten Menschen. In: Bäurle P, Radeford H, Hirsch RD (Hrsg) *Klin. Psychotherapie mit älteren Menschen..* Bern, Hans Huber, 282- 289
- Hollon S D (2003) Psychotherapy research with older populations. *Am J Geriatr Psychiatry* 11: 7-8
- Hollon S D et al. (2005) Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: Which monotherapy or combined treatment? *J Clin Psychiatry* 66: 455-68
- Junkers G (1995) *Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alterns.* Stuttgart, Schattauer.
- Kapfhammer HP (2003) Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie und Psychotherapie.* Berlin, Springer, 1798-1817
- Katona CL (1994) Approaches to the management of depression in old age. *Gerontology* 40 (suppl 1): 5-9
- Kneafsey R (1997) The therapeutic use of music in a care of the elderly setting: a literature review. *J Clin Nurs* 6: 341-346
- Lincoln N B, Flannaghan T (2003) Cognitive behavioral psychotherapy for depression following stroke: A randomized controlled trial. *Stroke* 34: 111-115
- Lopez M A, Mermelstein RJ (1995). A cognitive-behavioral program to improve geriatric rehabilitation outcome. *Gerontologist* 35: 696-700.
- Maercker AA et al. (2005). Inanspruchnahme und Psychotherapiemotivation in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe über 65-Jähriger — Ergebnisse der Zürcher Altersstudie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 55: 177-182
- Maercker AA et al. (2004). Ambulante Psychotherapie Alterer: Sind ältere Psychotherapiepatienten "einfachere" Patienten? *Z Gerontol Geriatr* 37: 265-71
- McWilliams AE (2004) Couple psychotherapy from an attachment theory perspective: A case study approach to challenging the dual nihilism of being an older person and someone with a terminal illness. *Eur J Cancer Care* 13: 464-472
- Mecocci PA et al. (2004). Depression in the elderly: new concepts and therapeutic approaches. *Aging Clin Exp Res* 16: 176-189
- Noll P, Haag G (1992) Realitäts-Orientierungs-Training - eine spezifische Intervention bei Verwirrtheit. *Verhaltenstherapie* 2: 222-230
- Rainer M et al. (2002). Pflegende Angehörige von Demenzerkrankten: Belastungsfaktoren und deren Auswirkung. *Psychiatr Prax* 29: 142-7.
- Rainer M, Krüger-Rainer C (2003). Der gerontopsychiatrische Patient—Ein neues Indikationsgebiet der Psychotherapie? *Wien Med Wochenschr* 153: 506-11
- Schwartz K (2004) Concurrent group and individual psychotherapy in a psychiatric day hospital for depressed elderly. *Int J Group Psychother* 54: 177-201
- Stuhlmann, W. (1995). Selbst-Sicherheits-Training zur Verbesserung der sozialen Kompetenz im Alter. *Psychotherapie des Alterns.* N. Jovic and A. Uchtenhagen. Zürich, Fachverlag AG.
- Stuhlmann W (1996) Empowerment in der Gerontopsychiatrie. *Soziale Arbeit* 45: 311-316
- Sun TF et al. (2004) Mindfulness meditation training combined with eye movement desensitization and reprocessing in psychotherapy of an elderly patient. *Chang Gung Med J* 27: 464-9.
- Walker DA, Clarke M (2001) Cognitive behavioural psychotherapy: A comparison between younger and older adults in two inner city mental health teams. *Aging Ment Health* 5: 197-9
- Wei W et al. (2005). Use of psychotherapy for depression in older adults. *Am J Psychiatry* 16: 711-7.

Univ.-Doz. Dr.med. et scient. Raphael M. Bonelli

Univ.-Klinik für Psychiatrie

Medizinische Universität Graz

Auenbruggerplatz 31 • A-8036 Graz

Österreich

Tel.: ++43-316-385-86221 • Fax: ++43-316-385-3556

e-mail: raphael.bonelli@klinikum-graz.at