

Simon Forstmeier, Moyra Mortby, Andreas Maercker

Kognitive, behaviorale und achtsamkeitsbasierte Interventionen in der Alterspsychotherapie

Cognitive, behavioral and mindfulness-based interventions in psychotherapy with older adults

Zusammenfassung

Störungsmodelle in der Verhaltenstherapie beziehen nicht nur lerntheoretische, kognitive und neuerdings achtsamkeitsbasierte Konzepte, sondern auch gerontologische Konzepte mit ein. Daher werden zunächst das alters- und störungsspezifische Rahmenmodell sowie das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation dargestellt. Insbesondere sind erschwerende Faktoren (wie Multimorbidität, Verluste, Fähigkeitseinschränkungen) sowie erleichternde Faktoren (wie Bewältigungs- und Lebenserfahrung, angepasste Wohlbefindensregulation) relevant. Behaviorale Behandlungsmethoden beinhalten Modifizierungen von Konfrontationsverfahren bei Angststörungen, Sozialkompetenz-Trainings sowie operante Verfahren beim Aufbau angenehmer Aktivitäten und Selbständigkeitsinterventionen. Wenn kognitive Verfahren eingesetzt werden, kann der Therapeut besonders auf typische dysfunktionale Kognitionen achten. 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.

Schlüsselwörter

Verhaltenstherapie im Alter – Depression – Angst – Lebensrückblicksintervention – Selbständigkeitsintervention – SOK-Modell – Achtsamkeit

Summary

In behavioural therapy, models of disturbance no longer only focus on behavioural, cognitive and, more recently, mindfulness-based concepts, but also consider gerontological ideas. The following article will first describe the age- and disorder-specific model and then continue with the model of selective optimisation with compensation. In particular, aggravating factors (such as multiple morbidity, loss of or impaired ability) and alleviating factors (such as coping and life experience or adjusted sense of well-being) have been found to be relevant. Behavioural techniques include the modification of confrontation approaches in anxiety disorders, training in social competence and the use of operant approaches to establish pleasurable activities and independence interventions. When cognitive techniques are implemented, the therapist becomes particularly attentive to typical dysfunctional cognitions. Furthermore, the use of life review interventions is particularly suitable to influence cognitive schemata resulting from negative experience. The use of mindfulness-based techniques in the psychotherapy of old age is a relatively new development and comprises primarily mindfulness-based exercises that have been adapted to the ability of the elderly.

Keywords

behavioural therapy in geriatric populations – depression – anxiety – life review interventions – independence interventions – SOK model – mindfulness

■ Einleitung

Seit der Anwendung psychologischer Lerntheorien ab den 1950er Jahren hat die Verhaltenstherapie eine beachtliche Entwicklung genommen. Während die erste Phase der Verhaltenstherapie mit der klinischen Umsetzung der klassischen und operanten Konditionierung ausschließlich auf Verhaltensmodifikation ausgerichtet war, wurden in der zweiten, der kognitiv-behavioralen Phase auch kognitive Prozesse wie Gedanken und Überzeugungen in das psychotherapeutische Vorgehen integriert. Sowohl die behavioralen als auch die kognitiven

Behandlungsmethoden zielten primär auf Veränderungen ab, sowohl im Verhalten als auch im Denken. In der dritten Welle der Verhaltenstherapie wird dem Ziel der Veränderung das Ziel der achtsamen Akzeptanz inneren Erlebens zur Seite gestellt (Heidenreich, Michalak & Eifert, 2007). Veränderung und Akzeptanz sind die zwei Pole, die die „zentrale Dialektik der Psychotherapie“ ausmachen (Linehan, 1994).

In diesem Artikel soll beleuchtet werden, wie die drei Gruppen von Behandlungsmethoden – behaviorale, kognitive und achtsamkeitsbasierte – in der Psychotherapie älterer Menschen bisher rezipiert wurden und welche Besonderheiten in dieser

Altersgruppe jeweils zu beachten sind. Für die Adaptation der Verhaltenstherapie für ältere Patienten ist zusätzlich die Kenntnis der Forschung und Konzepte der Gerontopsychologie wichtig. Zu Beginn dieses Überblicks werden wir daher zwei störungsübergreifende Modelle darstellen, auf die bei der Beschreibung der Interventionen zurückgegriffen wird (Maercker, 2002, 2003).

■ Gerontopsychologische Grundlagen der Verhaltenstherapie im Alter

Alters- und störungsspezifisches Rahmenmodell

Das alters- und störungsspezifische Rahmenmodell (ASR-Modell) von Maercker (2002) geht von der Grundannahme aus, dass die psychologische Behandlung älterer Menschen jeweils zwei Perspektiven zugleich berücksichtigen sollte: die altersbezogene und die störungsspezifische Perspektive.

Altersspezifik. Die Altersspezifik der klinisch präsentierten Beschwerden und Störungen wird durch das Wechselspiel altersbezogener erschwerender und erleichternder Faktoren bestimmt. Zu den erschwerenden Faktoren gehören die Multimorbidität, interpersonelle Verluste, Fähigkeitseinschränkungen und die eingeschränkte Lebenszeit. Erleichternde Faktoren sind unter anderem die kumulierte Bewältigungs- und Lebenserfahrung, eine positive Affektbilanz (negative Emotionen werden seltener, positive bleiben stabil), eine kompetentere Selbstregulation sowie die angepasste Wohlbefindensregulation (trotz alterstypischer Verluste bleibt das allgemeine subjektive Wohlbefinden relativ stabil). Aus der Altersspezifik der Störungen leitet sich ab, dass bestehende verhaltenstherapeutische Verfahren auf notwendige Modifikationen hinsichtlich ihres Einsatzes in der Alterspsychotherapie untersucht werden müssen.

Störungsspezifik. Die Störungsspezifik ist auch ein Aspekt der Psychotherapie von jüngeren Erwachsenen. Das Modell postuliert aber, dass sich die Therapieziele und die Behandlung alter Menschen noch konsequenter auf einzelne Störungen beziehen müssen (z. B. die Varianten der Lebensrückblicksinterventionen als spezielle Verfahren für Depressionen und posttraumatische Belastungsstörung, PTBS). Dabei ist zu beachten, dass eine Störung entweder aus früheren Lebensphasen bis ins Alter hineinreicht oder neu im Alter erworben wurde.

Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation

Das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK-Modell; Baltes & Carstensen, 1996) trifft auf einer spezifischen Ebene Aussagen darüber, an welchen Schnittstellen psychologische und psychotherapeutische Interventionen mit älteren Menschen sinnvoll einsetzbar sind. Nach dem Modell werden psychologische Anpassungsprozesse durch drei Komponenten erreicht: Selektion, Optimierung und Kompensation.

Selektion. Selektion bezieht sich auf die Auswahl und *Neuanpassung* von Zielen und Verhaltensbereichen im Sinne der

Eingrenzung der Anzahl möglicher Alternativen, der Konzentrierung auf begrenzte Ressourcen sowie auf Spezialisierungen. Psychologische Interventionen zur Selektion werden notwendig bei verschiedenen sozialen Verlusten, körperlichen Einschränkungen und wohnlichen Veränderungen. Selektion erfordert eine motivationale Bereitschaft, kognitive Flexibilität und Handlungsorientierung.

Optimierung. Optimierung bezieht sich auf die Stärkung und Nutzung *vorhandener* zielrelevanter Handlungsmittel und Ressourcen. Psychologische Interventionen zur Optimierung zielen auf die Gestaltung einer angereicherten Umwelt, indem durch eine Verbesserung bzw. den Einsatz von Hilfsmitteln Handlungs-, Entscheidungs- und Kontrollspielräume erhalten bleiben. Konkrete Interventionen im Sinne von Optimierungsprozessen richten sich vor allem auf die physikalische Umwelt (z. B. Gestaltung des Wohnraums, der Treppen, altengerechtes Wohnen usw.) und den Einbezug von Diensten und Serviceleistungen der Familie, der Partner und der Gemeinde (z. B. Essensdienste, Pflegedienste, Einkaufshilfen).

Kompensation. Kompensation zielt auf die Schaffung, das Training und die Nutzung neuer Handlungsmittel, um Einschränkungen und Verlusten entgegenzuwirken. Die Kompensation wird dann erforderlich, wenn Fähigkeiten und Fertigkeiten ganz oder teilweise verloren gehen, das damit verbundene Ziel jedoch beibehalten werden soll. Die gerontologische Interventionsforschung hat gezeigt, dass die meisten älteren Menschen eine beträchtliche mentale Reserve besitzen, die durch Übung und Lernen aktiviert werden kann, z.B. in den Bereichen Gedächtnis, soziale Kompetenz, Aktivitäten des Alltagslebens, chronische Krankheiten, Sexualstörungen usw.

Beispiel Depression. Das SOK-Modell wurde von Hautzinger (2000) in die verhaltenstherapeutische Behandlung der Depression integriert. Infolge dieser altersspezifischen körperlichen, sozialen und kognitiven Veränderungen können psychische Beeinträchtigungen, resignative Tendenzen und Depressionen entstehen,

- wenn es der betreffenden Person nicht gelingt, neue bzw. veränderte Ziele zu entwickeln,
- wenn es ihr nicht gelingt, eine Selektion an Lebensbereichen, Ansprüchen und Handlungsbereichen vorzunehmen,
- wenn es ihr an kompensatorischen Fertigkeiten und Ressourcen fehlt und/oder
- wenn sie durch eine reduzierte, verarmte, wenig unterstützende Umwelt nicht zur optimalen Nutzung, Stärkung und Neuentwicklung von Fähigkeiten und Lebensbereichen in der Lage ist.

Die Therapieziele einer Verhaltenstherapie im Alter sind dementsprechend:

- Selektion: Ziele, Ansprüche, und Wünsche den Lebensbedingungen und der körperlichen Verfassung anpassen; Bearbeiten und Aufgeben alter Enttäuschungen und Hoffnungen

- Optimierung: Depressionsfördernde Bedingungen in der Alltagswelt des Patienten beseitigen (z.B. Isolation, ungünstige Wohn- und Lebensbedingungen); enge Sozialpartner und die Familie mit in die Behandlung einbeziehen
- Kompensation: Patienten kontingent für aktives, nichtdepressives Verhalten verstärken; aktives, die Umwelt kontrollierendes Verhalten aufbauen bzw. wieder freilegen; dysfunktionale, wenig hilfreiche, resignative Kognitionen abbauen und durch konstruktivere, selbstwertdienlichere ersetzen.

■ Altersbezogene Modifizierungen verhaltenstherapeutischer Techniken

Im Wesentlichen werden für ältere Patienten keine neuen oder anderen Psychotherapieverfahren und Behandlungstechniken benötigt. Grundsätzlich ist ja jede Therapie – unabhängig von der Altersstufe des Patienten – etwas Individuelles, denn jeder Patient kommt mit verschiedenen Problembereichen, idiosynkratischen dysfunktionalen Gedanken und verschiedenen Graden von Veränderungsmotivation in die Therapie. Dennoch vermögen die Alterspsychotherapie und die ihr zugrunde liegenden Konzepte etwas zu einer Erweiterung des Spektrums psychotherapeutischer Interventionen im Alter beizutragen. Zum einen müssen, wie die folgenden Abschnitte zeigen werden, einige Interventionen zur Anwendung bei älteren Menschen modifiziert werden. Zum anderen gibt es einige Verfahren, die spezifisch für diese Altersgruppe entwickelt wurden, z. B. die Lebensrückblicksinterventionen.

Zu den Modifikationen des therapeutischen Vorgehens bei Älteren gehören (Näheres bei Forstmeier & Maercker, 2008):

- Bewusstes Fokussieren auf das Gesprächsthema ist häufig nötig
- Langsameres Vorgehen, d.h. klares Sprechen, kleinere Schritte der Problemlösung, häufige Wiederholungen, Erhöhung der Sitzungszahl
- Multimodale Instruktionen, z. B. durch visuelle Veranschaulichungen und Notizen durch den Patienten
- Gedächtnishilfen, z. B. Sitzungen auf Tonband mitgeben, schriftliche Hausaufgaben, Mitgeben von Handouts
- Strategien des Aufmerksamkeitserhalts, z. B. verkürzte Sitzungen oder Pausen einschieben
- Einstellung zur Psychotherapie muss überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden („Nur verrückte Leute gehen zum Therapeuten“, „Ich werde passiv behandelt“)
- Unkonventionelle Settings, z. B. im Krankenhaus am Bett des Patienten, bei Hausbesuchen oder in Seniorenheimen
- Medizinisches Grundwissen sowie der Kontakt mit Ärzten ist von großer Wichtigkeit
- Explizite Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen

■ Behaviorale Behandlungsmethoden im Alter

In diesem Rahmen sollen die drei Hauptgruppen behavioraler Techniken thematisiert werden: Konfrontations-, Bewältigungs- und operante Verfahren.

Konfrontationsverfahren

Im Zentrum dieser Verfahren steht die Auseinandersetzung mit äußeren Situationen, gedanklichen Prozessen und physiologischen Abläufen. Das klassische Anwendungsfeld für diese Methoden sind die verschiedenen Angst- und Belastungsstörungen, sie werden aber auch bei anderen Störungen wie Essstörungen und Abhängigkeit angewendet. Das gemeinsame Prinzip der Konfrontationsverfahren ist, sich aktiv mit der belastenden Situation auseinanderzusetzen (in der Vorstellung oder Realität) und gleichzeitig das bisher übliche Vermeidungsverhalten zu verhindern (Reaktionsverhinderung). Zu den Konfrontationsverfahren gehören die systematische Desensibilisierung in sensu und in vivo, Flooding, graduierte Reizkonfrontation sowie Implosionstherapie.

Die Angstbehandlung bei älteren Patienten entspricht weitgehend der Therapie im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter. Neben Bedingungsanalyse, Psychoedukation (z. B. „Teufelskreis-Modell“) und kognitiver Restrukturierung gehören ganz zentral auch die Reizkonfrontation, das Training sozialer Kompetenz sowie das Entspannungstraining dazu (Wisocki, 2002).

Eine wichtige Besonderheit in der Therapie älterer Angstpatienten ist eine erhöhte Dauer und reduzierte Intensität bei Desensibilisierung und Exposition. Wird dem älteren Patienten eine Entspannungstechnik beigebracht, sind etwa doppelt so viele Sitzungen einzuplanen wie für jüngere Patienten. Wegen schnellerer Ermüdung sollten kürzere Zeiten für die Desensibilisierung festgesetzt werden (ca. 20-30 Minuten). Wegen des schwächeren Gesundheitszustandes und insbesondere des größeren Risikos für kardiopulmonale Komplikationen sollte mit geringeren Intensitäten bei der Expositionsbehandlung vorgegangen werden. Es wird empfohlen, dass das subjektive Angsterleben im mittleren Bereich bleiben sollte und systematische Desensibilisierung dem Flooding vorzuziehen ist.

Weiterhin wichtig – mehr als in anderen Lebensphasen – ist die Zusammenarbeit mit behandelnden Ärzten. Diese ist wichtig, weil gerade im Alter von gleichzeitig vorliegenden körperlichen Erkrankungen auszugehen ist und sich körperliche Angstsymptome mit denen der somatischen Krankheit überlappen. Insbesondere ist im Gespräch mit dem Arzt festzustellen, welche Symptome über das für die körperliche Krankheit zu erwartende Ausmaß hinausgehen.

Bewältigungsverfahren

Bewältigungsverfahren streben an, dass der Patient lernt, mit belastenden Situationen und damit verbundenen Emotionen umzugehen. Zu den häufigsten Bewältigungsverfahren gehören Sozialkompetenztrainings, wie zum Beispiel das weitverbreitete Gruppentraining sozialer Kompetenzen (Hinsch & Pfingsten, 2002). Im deutschsprachigen Raum gibt es bereits einige Arbeiten, die speziell für Ältere adaptierte Versionen von Sozialkompetenztrainings beschreiben. Im Depressionsprogramm für Ältere von Hautzinger (2000) sind zwei Sitzungen dafür vorgesehen. Werheid, Lieven und Kischkel (eingereicht) haben dieses Programm weiter modifiziert, indem sie beispielsweise Videos mit Rollenmodellen von über 65 Jahren verwenden. Eine Gruppe, die für das gerontopsychiatrische stationäre und teilstationäre Setting entwickelt

wurde, stammt von Stien und Adler (2007). Schließlich beinhaltet das Kompetenztraining des SIMA-Projektes einige Sitzungen, die soziale Kompetenz zum Thema haben (Oswald & Gunzelmann, 2001).

Die wichtigsten Besonderheiten von Sozialkompetenztrainings im Alter sind die folgenden Aspekte:

- Wenn ein Sozialkompetenztraining mit Älteren im Gruppensetting durchgeführt wird, haben sich kleinere Gruppen (3-5 Personen) bewährt.
- Es sollten altersspezifisch relevante Themen bzw. Rollenspielsituationen ausgewählt werden. Im Alter häufig auftretende schwierige soziale Situationen sind: einen Angehörigen bitten aufzuräumen; ein Telefonat vertagen; Vertreter abweisen; einen neuen Nachbarn ansprechen; Bitte um Hilfe beim Zugausstieg äußern; der Partner ist nicht fertig trotz Termin zum Ausgehen; Gespräch mit Zugnachbarn; Verständnis für schlechte Laune anderer äußern; im Buchladen nur umschaun, ohne zu kaufen; ein Gedicht vorlesen; Klären von Nachbarschaftskonflikten; Umgang mit peinlichen Situationen und Missverständnissen (Werheid et al., eingereicht; Stien & Adler, 2007).
- Ältere Patienten sind häufig nicht zu Rollenspielen bereit. Die Meinung, Rollenspiele seien nur etwas für junge Leute, wird durch den nicht seltenen Altersunterschied zwischen Therapeut und Patient verstärkt. Eine elegante Lösung ist, Videos einzusetzen, die Rollenspiele mit älteren Personen zeigen (Werheid et al., eingereicht). Auf diese Weise kann die Motivation erhöht werden. In jedem Fall sollten die Gründe für Rollenspiele und das konkrete Vorgehen (z. B. direkte statt indirekte Rede, Rückmeldungen) genau erklärt werden.
- Liegen kognitive Einschränkungen vor, müssen elaborierte Elemente der herkömmlichen Trainings vereinfacht werden. Beispielsweise ist die Diskrimination verschiedener Situationstypen (Recht durchsetzen, Beziehungskonflikte, Kontaktaufnahme) wegen Schwierigkeiten bei der Abstrahierung und Kategorisierung erschwert. Zur Demonstration können Unterschiede per Video vermittelt werden, das praktische Üben steht aber dann im Vordergrund.
- Auffällig häufig sind kategoriale Schemata (Alles-oder-nichts-Denken) in dieser Altersgruppe. In sozialen Situationen sind jedoch häufig Kompromisse nötig oder das Finden eines „goldenen Mittelweges“ zwischen extremen Verhaltensweisen (z. B. absoluter Anpassung und rücksichtsloser Durchsetzung). Werheid et al. (eingereicht) schlagen hierfür die „Schieberegler-Symbolik“ vor, mit der verschiedene Abstufungen zwischen zwei Extremen denkbar gemacht werden.
- Die im höheren Lebensalter auftretenden körperlichen und kognitiven Einschränkungen schränken das Verhaltensrepertoire in sozialen Situationen manchmal tatsächlich ein (z. B. bei Seheinschränkung und kognitiver Verlangsamung unterliegt man einem Vertreter). Es ist wichtig, vorhandene Bereiche der sozialen Kompetenz und Selbstbestimmung herauszuarbeiten, um der Überzeugung eines generellen Autonomieverlustes entgegenzuwirken.
- Das normale Altern ist von einer Verkleinerung des sozialen Netzwerkes begleitet mit einer größeren emotionalen

Bedeutung der wenigen sozialen Beziehungen. Daher geht es in der Therapie mit älteren Patienten häufig nicht um den Aufbau neuer sozialer Kontakte, sondern eher um die Verbesserung bzw. Intensivierung bestehender Kontakte. Zum Abbau von Abhängigkeit von anderen und Ängsten, anderen zur Last zu fallen, können Patienten dabei begleitet werden, die Beiträge wertzuschätzen, die sie immer noch im Leben anderer leisten können.

Operante Verfahren

Operante Verfahren gehen auf das Prinzip der operanten Konditionierung zurück und zielen darauf ab, erwünschtes Verhalten durch „Verstärkung“ aufzubauen (unter Verwendung der Techniken Shaping, Chaining, Prompting und Fading) und unerwünschtes Verhalten durch „Bestrafung“ abzubauen (Entzug von Belohnung). Anhand zweier Beispiele aus der Behandlung älterer Menschen sollen operante Verfahren näher beschrieben werden.

Aufbau angenehmer Aktivitäten. Sowohl in der Depressionstherapie Älterer (Hautzinger, 2000) als auch in der Psychotherapie bei Frühdemenz (Forstmeier & Maercker, 2008) ist der Aufbau angenehmer Aktivitäten ein zentrales Therapieziel. Durch die körperlichen und kognitiven Verluste im Alter werden Patient und Therapeut vor die Problematik gestellt, dass einige potentiell angenehme Aktivitäten nicht mehr umsetzbar sind. Es ist empfehlenswert, eine altersangepasste Liste angenehmer Aktivitäten zu verwenden, die Aktivitäten beinhaltet, die oft und gern von älteren Personen ausgeübt werden (siehe Anhang bei Forstmeier & Maercker, 2008). Während der Therapiephase, in der angenehme Aktivitäten aufgebaut werden, werden aber auch immer wieder Trauer und Abschiednehmen von geliebten Tätigkeiten und angestrebten Zielen zum Thema. Hier ist die Integration der Verfahren zur Förderung der Akzeptanz sinnvoll.

Selbstständigkeitsinterventionen Diese zielen darauf ab, Aktivitäten des täglichen Lebens („activities of daily living“, ADL) wie Körperpflege, Treppensteigen, Anziehen, Essen und komplexere Aktivitäten („instrumental ADL“, IADL) wie Einkaufen, Kochen, Haushaltsführung und Benutzung von Verkehrsmitteln zu trainieren (Neumann, Zank & Tzschätzsch, 1997; Zank, 2002). Dabei kann es um die Verbesserung vorhandener Fähigkeiten gehen oder um die Kompensation beeinträchtigter Funktionen. Es empfiehlt sich, zum Aufbau der Selbständigkeit Angehörige oder Pflegepersonen einzubinden, da die praktischen Übungen, die oft wiederholt werden sollten, zu Anfang nicht vom Patienten allein durchgeführt werden können. Folgende Schritte sind wichtig:

1. Zielwahl. Die Zielauswahl sollte realistisch sein. Beispiele für Ziele sind „sich selbständig duschen“, „sich anziehen“ oder „sich rasieren“. Wenn möglich, sollten größere Ziele in mehrere Teilschritte unterteilt werden, z. B. kann „sich duschen“ unterteilt werden in „in die Dusche steigen“, „sich einseifen“, „Duschkopf verwenden“, „aussteigen“, „sich abtrocknen“ usw. Diese Teilhandlungen können dann nacheinander geübt werden.

2. Verstärkerwahl. Im Gespräch mit dem Patienten und Angehörigen bzw. Pflegepersonen werden angemessene Verstärker ausgewählt. Dabei kann es sich um verbale Verstärkung handeln (sich selbst loben bzw. den Patienten loben) oder um angenehme Aktivitäten oder materielle Verstärker.
3. Motivation. Zur weiteren Motivation des Patienten kann mit ihm zusammengetragen werden, welche positiven (kurz- und langfristigen) Folgen das Üben der Tätigkeit hat. Mögliche Fragen sind: Was werden Sie dann machen können, was Ihre Bedürfnisse erfüllt? Wofür ist es gut, wenn Sie ...? Positive Anreize sind z.B. Gefühl der Kompetenz, tatsächliche Zunahme von Fertigkeiten, Freude, Anerkennung von anderen, symbolische oder materielle Belohnungen, Eröffnung neuer Verhaltensmöglichkeiten usw.
4. Schrittweiser Aufbau des Zielverhaltens. Zum schrittweisen Aufbau des Zielverhaltens werden die operanten Verfahren des Shapings und Chainings verwendet. Beim Shaping werden zunächst erste Annäherungen verstärkt (z. B. in die Dusche steigen), dann nur noch weitere Annäherungen (z. B. einseifen, abduschen), bis das Zielverhalten erreicht ist. Beim Chaining beginnt der Therapeut beim letzten Element der Verhaltenskette und arbeitet sich langsam vor. Man hilft dem Patienten zunächst bei allen Schritten bis auf den letzten, dann bis auf den vorletzten usw.
5. Unterstützende Umwelt und Unterstützung der Durchführung. Neben der Unterstützung durch Angehörige oder Pflegepersonen können weitere unterstützende Umweltveränderungen den Verhaltensaufbau erleichtern. Beispiele sind: die Kleider bereitlegen, spezielle Bestecke zum Essen verwenden, spezielle Stühle verwenden. Bei der Durchführung sollte jeder Teilschritt nochmals kurz erläutert werden. Klare, kurze Anweisungen sind wichtig (Prompting). Schwierige Teilschritte können vorgemacht werden. Auch kleinste Erfolge sollten verstärkt werden. Aus Misserfolgen sollten Schlussfolgerungen gezogen werden, z. B. noch weitere Aufteilung und leichtere Zwischenschritte. Die gewählten Verhaltensweisen sollten möglichst täglich trainiert werden.

■ Kognitive Behandlungsmethoden im Alter

In der kognitiven Therapie (Beck, 1999) werden mit älteren Patienten im Prinzip dieselben Techniken verwendet wie mit jüngeren Patienten (Laidlaw et al., 2003). Dysfunktionale automatische Gedanken und Überzeugungen werden identifiziert, in Frage gestellt (z. B. indem Belege für und gegen einen Gedanken gesammelt werden), funktionale, hilfreiche Gedanken werden entwickelt und eingeübt. Allerdings gibt es für diese Altersgruppe typische dysfunktionale Kognitionen, die gerade junge Psychotherapeuten häufig herausfordern. Auf diese soll im Folgenden näher eingegangen werden. Außerdem wird die Lebensrückblicksintervention dargestellt, eine speziell für diese Altersgruppe entwickelte Methode (Haight & Webster, 1995). Sie führt einen älteren Menschen in einen Prozess, in dem negative Erlebnisse in der Vergangenheit akzeptiert werden können, die dysfunktionale Kognitionen

ausgelöst oder verfestigt haben. Vergangene Erfahrungen werden nicht einfach nur erinnert, sondern aus der heutigen Perspektive und dem heutigen Wissen des Patienten mit Sinn und Bedeutung versehen. Dadurch ist eine Reinterpretation unbearbeiteter Erfahrungen und negativer Schlussfolgerungen möglich, wodurch dysfunktionale Überzeugungen in Frage gestellt werden.

Typische dysfunktionale Kognitionen bei älteren Patienten

Negatives Alters-Stereotyp. Ein älterer Patient könnte äußern, dass „Altwerden eine schreckliche Sache“ ist. Wenn ein jüngerer Therapeut nicht reflektiert, dass dies ein verinnerlichtes soziokulturell bedingtes negatives Alters-Stereotyp ist, könnte er sich dazu hinreißen lassen zu glauben, dass dies die realistische Einschätzung einer schwierigen Lebensphase ist. Die Annahme, dass Altern notwendigerweise mit Verlust, Krankheit und Sinnlosigkeit verbunden ist, kann mit üblichen kognitiven Techniken hinterfragt werden. Denn diese Annahme ist Ursache für Leiden, meist in Form einer depressiven Störung. Fatalerweise verhindert das negative Alters-Stereotyp sehr oft das Aufsuchen psychotherapeutischer Hilfe, da Krankheit und Depression als zum Altern unveränderlich dazugehörig angesehen werden.

Wahrnehmung einer eingeschränkten Lebenszeit. Wenn depressive ältere Menschen ihren kognitiven Fokus auf ihre eingeschränkte Lebenszeit gelegt haben, könnten sie davon überzeugt sein, dass gar nicht genügend Zeit übrig ist, um an Veränderungen in einer Therapie zu arbeiten. Hoffnungslosigkeit und mangelnde Motivation ist die Folge. Hilfreich könnte sein, die Unmöglichkeit zu diskutieren, den Verlauf der Zukunft zu kennen. Ebenso könnte hinterfragt werden, wie viele Jahre der Patient noch bereit ist, sein Unglück zu erdulden. Der Therapeut könnte fragen: „Nehmen wir an, Sie leben noch 3 Jahre oder mehr, würden Sie diese Zeit gerne so verleben, wie es Ihnen jetzt im Moment geht? Wenn eine Änderung möglich wäre, ist es vielleicht wert, die nächsten Monate dazu zu verwenden, zu schauen, was noch möglich ist? Wenn Sie Recht haben, hätten Sie dann nichts verloren, aber wenn nicht, dann gewinnen Sie auf jeden Fall“ (nach Laidlaw et al., 2003).

Überbewertung der körperlichen Krankheit, Behinderung und Abhängigkeit. Wenn eine Depression komorbid mit einer körperlicher Krankheit vorliegt, ist es wichtig, dass der Therapeut eine sorgfältige Anamnese durchführt und mit dem behandelnden Arzt telefoniert, um den Unterschied zwischen der Schwere des Krankheitszustands und der Wahrnehmung des Patienten von diesem Zustand zu verstehen. Wenn eine ältere Person eine körperliche Krankheit hat, die die Funktionsfähigkeit einschränkt, kann das oft die Zuversicht des Patienten beeinträchtigen und zu einem passiven und sich isolierenden Verhalten führen. Es kann auch die fälschliche Überzeugung vorhanden sein, dass eine Diagnose mit einer chronischen Krankheit gleichzusetzen sei mit Behinderung. Vielleicht hat der Patient eine Erinnerung an ein behindertes Familienmitglied mit chronischen Krankheiten, was zur falschen Erwartung führt, das Gleiche erleben zu müssen.

Aus dem bereits erwähnten SOK-Modell sind Strategien abzuleiten, die in einem solchen Fall eingesetzt werden können (siehe Laidlaw et al., 2003): Auswahl an Verhaltensweisen, Optimierung der ausgewählten Verhaltensweisen mit Hilfe von vorhandenen Ressourcen, Kompensation durch Lernen neuer Verhaltensweisen.

Kohorten-Überzeugungen. Dabei handelt es sich um Überzeugungen, die eine Gruppe von Menschen hält, die in einer ähnlichen Zeit geboren und aufgewachsen ist. Erfahrungen einer Kohorte führen manchmal, auch in der Therapie, zu Missverständnissen zwischen den Generationen (Laidlaw et al., 2003). Zum Beispiel können die Patienten Überzeugungen und Werte über Lebensstil und Geschlechterrollen haben, die sich von denen des Therapeuten unterscheiden, was zu einem Unwohlsein auf dessen Seite führen kann. Die Aufgabe des jüngeren Therapeuten ist es hier, Kohorten-Überzeugungen sensibel zu begegnen und nur dann im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung zu hinterfragen, wenn es dysfunktional ist und mit dem Leiden in Beziehung steht.

Ablehnen körperlicher Veränderungen. Nicht selten lehnt ein Patient die körperlichen Veränderungen sowie ganz besonders eine chronische Erkrankung und Behinderung ab. Dies kann sich auf verschiedene Arten zeigen: in Klagen über die Krankheit, im Hass auf den Körper, im Katastrophisieren („Das ist schrecklich, was mir da passiert!“) oder im Selbstmitleid. Ziel der Psychotherapie ist, diese Haltung zu ersetzen durch eine akzeptierende Einstellung. Ausgangspunkt ist die Identifikation desjenigen Aspekts der Krankheit, des Symptoms, des veränderten Körperteils oder der Begrenzung, die dem Patienten zu schaffen macht. Patient und Therapeut gehen z. B. alle Körperteile durch, immer mit der Frage, welche Stellen der Patient nicht akzeptieren kann. Beispiele für funktionale Kognitionen, wie sie mit einem Patienten erarbeitet und von ihm trainiert werden können, sind:

- Habe keine Angst vor den Symptomen. Ich komme mit ihnen klar.
- Die Krankheit und Symptome sind ein Teil von mir. Ich hasse sie nicht.
- Ich mag das nicht, aber ich kann das aushalten.
- Mir wird es schlechter gehen, wenn ich nicht akzeptiere, dass der Schmerz jetzt Teil meines Lebens ist.
- Ich richte meine Aufmerksamkeit auf das, was in der Situation angenehm ist.
- Ärger dich nicht! Atme ein paar Mal tief durch!
- Ich schenke den Stärken meines Körpers jetzt mehr Beachtung als den Schwächen.
- Ich genieße jetzt die Freunde und meine Familie um mich herum.
- Niemand hat gesagt, dass das Leben einfach ist. Eine chronische Krankheit zu haben ist nicht einfach, aber ich schaffe das.
- Ich belaste meinen Körper nicht mit Anforderungen, die er nicht tragen kann. Das wird mich nur frustrieren.
- Ich bin geduldig mit mir selbst.
- Ich mache das, was ich kann, nicht das, was ich nicht kann.
- Ich danke meinem Körper dafür, dass er sich so bemüht und einiges schafft.

- Ich mache langsam eins nach dem anderen, irgendwann ist es vollendet.
- Ich habe keinen schlechten Körper, sondern einen anderen als bisher.

Kognitive Umstrukturierung bei Demenz. Auch in der Psychotherapie mit Demenzpatienten können bis zur mittleren Krankheitsphase Strategien der kognitiven Restrukturierung eingesetzt werden. Zu Anfang der Therapie geht es häufig um das Akzeptieren der Diagnose, aber auch im weiteren Verlauf sind depressiogene und aktivitätshinderliche Kognitionen häufig zu bearbeiten. Das Einüben von funktionalen Kognitionen in der Vorstellung, wie es in der kognitiven Therapie häufig durchgeführt wird, ist allerdings beim kognitiv beeinträchtigten Demenzpatienten nur in begrenztem Maße sinnvoll. Patienten gehen recht unterschiedlich mit ihrer Krankheit bzw. der Diagnose „Demenz“ um. Manche werten sich global ab und reagieren mit Depressivität und Rückzug („Ich bin nutzlos“, „Es hat alles keinen Sinn mehr“, „Ich kann sowieso nichts ändern“). Andere verleugnen oder bagatellisieren die Diagnose und damit zusammenhängende Einschränkungen („Niemand darf mir etwas anmerken“, „Ich bin nur unkonzentriert, eigentlich fehlt mir nichts“). Der Patient kann darin unterstützt werden, seine Erkrankung zu akzeptieren, indem der Therapeut

- die schlimmen Befürchtungen entkatastrophisiert, welches Leiden die kommenden Krankheitsstadien bringen werden;
- ihm hilft, realistische, d. h. erreichbare Ziele und Erwartungen zu setzen, die ihn nicht überfordern;
- den Blick des Patienten auf die vorhandenen Kompetenzen und positiven Aspekte seines Lebens und seine Ressourcen richtet;
- mit dem Patienten das sinnvolle Nutzen der verbleibenden Möglichkeiten erarbeitet.

Lebensrückblicksintervention

Die Lebensrückblicksintervention kann dann in die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung integriert werden, wenn Lebensbilanzierung und Sinnfindung Kernthemen der Behandlung sind. Eine Integration kann so aussehen, dass nach der Exploration jedes Lebensabschnittes erarbeitet werden kann, welche Lebensregeln (Schemata) das Erleben und Verhalten des Patienten während dieser Lebensphase geprägt hat und wie diese Regeln heute noch das Erleben und Verhalten beeinflussen. Im Folgenden wird eine strukturierte Variante in ihrer Anwendung für traumatisierte Patienten vorgestellt (Maercker, 2002; Maercker & Zöllner, 2002). Indiziert ist die Lebensrückblicksintervention auch bei depressiven Störungen und komplizierter Trauer im Alter.

Ziele der Lebensrückblicksintervention. Drei Ziele werden verfolgt. Es wird eine ausgewogene *Lebensbilanz* positiver und negativer Erinnerungen gefördert. Negativen Erlebnissen, auch Traumata, kann ein *Sinn* gegeben werden. Wenn ein Trauma erlebt wurde, sollen die Erinnerungen daran elaboriert und zu einer erzählbaren Geschichte verarbeitet werden.

Begründung für den Patienten. Zunächst werden mit dem Patienten die Ziele und das konkrete Vorgehen besprochen. Je nach Bildungsstand bzw. Auffassungsgabe des Patienten kann die Begründung für das Vorgehen variieren. Bei Patienten mit guter Auffassungsgabe kann sich das Gespräch direkt an den drei genannten Zielen orientieren. Bei Patienten mit einfacherer Auffassungsgabe kann erklärt werden, dass das Erinnern von Erlebnissen Menschen in eine gute Stimmung bringt und manchmal durch Probleme hindurchhilft. Dem Patienten wird erläutert, dass zwischen 10 und 15 Sitzungen gebraucht werden, um wichtige Stationen seines Lebens zu besprechen. Weiterhin wird er gebeten, zu jeder Stunde passende persönliche Erinnerungsgegenstände (z. B. Fotos, Briefe, Tagebuchaufzeichnungen) mitzubringen.

Ablauf der Sitzungen. Das Vorgehen richtet sich nach dem Aufeinanderfolgen der Lebensabschnitte: Jedes Lebensalter von der Kindheit, über Jugend, frühes und spätes Erwachsenenalter bis zum jetzigen Alter wird in einer in sich abgeschlossenen Form in mindestens einer Sitzung besprochen. Das traumatische Erlebnis wird in der Sitzung vor der Lebensphase eingeordnet, in der das Ereignis geschehen ist.

Kindheit und Jugend. Für die Kindheit und Jugend werden insgesamt mehr Stunden verwendet als für die darauffolgenden Lebensabschnitte. Wichtig ist, sich nicht nur die Erinnerungen schildern zu lassen, sondern die Reflexion über die Erinnerungen anzuregen („Was hat das für Sie damals bedeutet?“).

Erwachsenenalter. Fragen, die zum Erwachsenenalter gestellt werden können, sind z. B.: „In welche Abschnitte können Sie Ihr Leben einteilen? Gab es bestimmte Phasen, die einen abgeschlossenen Lebensabschnitt darstellen? Wie waren Sie damals? Worauf legten Sie Wert? Was war Ihnen wichtig? Was waren Ihre Stärken? Hatten Sie Freude an Ihrer Arbeit? Welche Bedeutung hatte diese Tätigkeit für Sie?“

Trauma bzw. Verlusterlebnis. Der Therapeut gibt zu verstehen, dass er weiß, wie schwierig es für den Patienten sein kann, sich in großer Ausführlichkeit mit dem schrecklichen Erlebnis auseinanderzusetzen. Die Erzählung des Patienten wird zunächst nicht durch Nachfragen nach positiven Aspekten (z. B. der eigenen Bewältigung) unterbrochen. Dies kann im Anschluss oder in der späteren Sitzung geschehen, in der es um die Integration der Lebensbilanz geht. Die existentielle Schwere des Traumas wird vielmehr durch den Therapeuten gewürdigt („Das muss eine ganz furchtbare Zeit für Sie gewesen sein“).

Zum Abschluss der Sitzung wird nach positiven Veränderungen durch das Überstehen des Traumas gefragt („Haben Sie bei sich selbst festgestellt, dass Sie etwas Positives aus dieser Lebenserfahrung gezogen haben?“). Im Falle der Verneinung kann an dieser Stelle das Thema des Abschlussfindens angesprochen werden („Haben Sie einen Abschluss für sich selber finden können? Wie sieht der aus bzw. könnte der aussehen?“). Wichtig ist, in den nachfolgenden Stunden mit der Besprechung der folgenden Lebensphasen weiterzumachen, da dies implizit ein wesentliches Ziel des

Lebensrückblicks unterstützt („Das Trauma ist nur ein Teil des Lebens“).

Abschluss der Therapie. Schließlich werden die Erlebnisse aus den einzelnen Lebensabschnitten integriert und (wiederholt) bewertet („Wir haben nun eine Weile über Ihr Leben gesprochen. Berichten Sie doch jetzt über Ihre persönliche Entwicklung, über das, was Sie im Leben dazugelernt haben! Was würden Sie als die drei wichtigsten Dinge in Ihrem Leben bezeichnen? Warum? Was würden Sie ändern, besser machen, unverändert lassen? Was sind heute die wichtigsten Dinge in Ihrem Leben?“). Als ein ergänzendes therapeutisches Mittel kann im Laufe oder nach Abschluss der Therapie der Patient beauftragt werden, seine Biographie aufzuschreiben.

■ Achtsamkeitsbasierte Behandlungsmethoden im Alter

Die zwei prominentesten Ansätze innerhalb der dritten Welle der Verhaltenstherapie sind die Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT; Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie; Segal, Williams & Teasdale, 2008) und die Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Akzeptanz- und Commitment-Therapie; Hayes, Strosal & Wilson, 2004). Die Darstellung in diesem Artikel legt den Schwerpunkt auf MBCT.

Achtsamkeitsübungen

Segal et al. (2008) basieren ihre Interventionen auf einem Rückfallmodell der Depression, das automatisierte kognitiv-affektive Abläufe ins Zentrum stellt. Das zentrale Behandlungselement der MBCT ist das Trainieren von Achtsamkeitsübungen, die auf Übungen aus der Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR, Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion; Kabat-Zinn, 2001) zurückgreifen. Achtsamkeit kann definiert werden als die absichtsvolle und nicht wertende Wahrnehmung des augenblicklichen Momentes (Kabat-Zinn, 2001). Es werden formelle und informelle Achtsamkeitsübungen unterschieden.

Formelle Übungen sind dadurch gekennzeichnet, dass während eines festgelegten Zeitraums bestimmte Übungen regelmäßig durchgeführt werden, die ausschließlich der Achtsamkeitsförderung dienen. Typische Übungen sind der Body-Scan und die Atemmeditation (Heidenreich et al., 2007). Beim Body-Scan werden einzelne Körperteile nacheinander und zum Schluss der Körper als Ganzes achtsam wahrgenommen. Alle während der Übung auftretenden (und nicht auftretenden) Empfindungen sollen so gut es geht nicht wertend und akzeptierend wahrgenommen werden. Bei der Atemmeditation wird das Ein- und Ausatmen möglichst achtsam wahrgenommen. Ein Abschweifen zu Gedanken, Körperempfindungen oder anderen Gefühlen wird nicht innerlich verurteilt, sondern bewusst wahrgenommen, um dann die Aufmerksamkeit wieder behutsam zum Atem zurückzuführen.

Informelle Übungen beinhalten das Ausüben von Achtsamkeit bei Alltags- und Routinehandlungen, z. B. beim Waschen, Duschen, Treppensteigen, Essen oder Zähneputzen (Segal et al., 2008).

Obwohl die MBCT große Beachtung und Forschungsinteresse gewonnen hat, ist die Anwendung bei älteren Menschen bisher nur unzureichend geschehen. Im Folgenden sollen einige Erfahrungen zusammen gefasst werden, die bisher bei Älteren mit der MBCT (Smith 2004; Smith, Graham & Senthinathan, 2007) sowie der MBSR (Ernst et al., 2008; McBee, 2008; Morone, Greco & Weiner, 2008) gewonnen wurden.

Smith (2004) adaptierte die MBCT für ältere Patienten und konzipierte sie als achtwöchigen Kurs. Die Patienten lernen, täglich Achtsamkeitsübungen durchzuführen. Dazu gehören der bereits beschriebene Body-Scan, die sitzende Meditation, das meditative Gehen und die achtsame Bewegung. Neben den Achtsamkeitsübungen werden kognitiv-behaviorale Verfahren eingesetzt. Dazu gehört das Üben, dass Ereignisse mehrere mögliche Interpretationen haben können, die Identifizierung individueller Rückfallrisiken sowie der erfolgreiche Umgang mit einem potentiellen Rückfall. Es gibt zwar keine grundlegenden Änderungen der Techniken im Vergleich zum Original von Segal et al. (2008). Jedoch sind zur Anpassung an die körperlichen und kognitiven Schwächen im Alter folgende Adaptationen empfehlenswert:

- Die Sitzungszeiten werden gekürzt. Ganztagestherapien werden gar nicht angewendet, stattdessen werden acht Sitzungen zu je zwei Stunden durchgeführt.
- Schwer depressive Patienten sollten eine reine KVT-Behandlung erhalten.
- Bei der Durchführung der Achtsamkeitsübungen ist darauf zu achten, dass die Bewegungen und Dehnungen nicht zu stark sind. Allerdings sind der Erfahrung nach diese Adaptationen an das ursprüngliche Vorgehen in der MBSR nur minimal, da bereits die ursprünglichen Übungen den körperlichen Fähigkeiten von Schmerzpatienten angepasst waren.
- Bei Personen, die nicht über längere Zeit liegen, stehen oder gehen können, werden die Übungen verkürzt. Beispielsweise ist das langsame, meditative Gehen für einige ältere Menschen wegen der mangelnden Stabilität und Balance und dadurch erhöhten Sturzgefahr zu schwer. Dennoch wird nicht auf das meditative Gehen gänzlich verzichtet, weil es zur Übung der Achtsamkeit besonders effektiv ist.

Die MBCT hat gegenüber der herkömmlichen KVT mehrere Vorteile. Ältere Menschen sind dem Konzept der Achtsamkeit gegenüber offener als anderen Konzepten der KVT. Das soziale Stigma der Psychotherapie wird durch den körperbetonten Charakter umgegangen, obwohl dennoch psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen wird. MBCT hat durch die Meditationsübungen auch den Charakter religiöser Übungen, was der besonderen Bedeutung von Spiritualität und Religion in dieser Generation entgegenkommt. Schließlich haben ältere Menschen auch mehr Zeit als jüngere für die täglichen Übungen.

Einige positive Effekte der MBCT bei Älteren wurden bereits berichtet (Smith, 2004; Smith et al., 2007): reduzierte Grübelneigung; erhöhte Akzeptanz von Ereignissen; Erhöhen des positiven Affektes; Erleben von Entspannung; erhöhtes Durchsetzungsvermögen; Lösen von gewohnten Verhaltensmustern; erhöhte Wertschätzung der eigenen Person; verbesserter Schlaf; weniger Anfälligkeit für saisonale Stimmungsveränderungen; vermehrte Energie. Ein für Menschen im Pflegeheim adaptiertes Verfahren, das keine selbständigen, sondern nur angeleitete Übungen beinhaltet, hatte eine signifikante Reduktion der Depressivität und eine gebesserte körperliche Gesundheit, jedoch nicht Lebenszufriedenheit und herabgesetztes Schmerzempfinden zur Folge (Ernst et al., 2008). Ein MBSR-Programm für ältere Rückenschmerz-Patienten verzeichnete größere Verbesserungen im Schmerzerleben und körperlicher Gesundheit als die Kontrollgruppe (Morone et al., 2008).

Dennoch ist MBCT nicht für alle Menschen geeignet. Nicht indiziert ist das Verfahren bei Patienten mit traumatischen Erfahrungen, mit denen sie sich nicht befassen wollen oder können, da meditative und fokussierte Aufmerksamkeit auf ein solches Thema das Leiden verschlimmern kann. Schwere Depression sollte mit der KVT behandelt werden. Der Erfolg der MBCT wird beeinträchtigt, wenn der Patient die Relevanz der Übungen nicht versteht. Ebenso können Nebenwirkungen von Medikamenten wie erhöhte Müdigkeit die Wirksamkeit der MBCT verringern.

Verwendung von Metaphern

In der ACT (Hayes et al., 2004) werden gerne Metaphern verwendet, um eine andere Sichtweise der Krankheit und Behinderung anzubieten. Eine Reihe von Anregungen für Metaphern finden sich in Hayes et al. (2004). Die folgende Metapher eignet sich bei Patienten, die sich aufgrund des veränderten oder kranken Körpers als schwach, minderwertig oder zerfallend wahrnehmen (nach Sharoff, 2004, S. 56).

Sie können verschiedene Arten von Vorstellungen von sich selbst haben. Ich möchte Ihnen eine Art zeigen, wie Sie sich selbst sehen können. Sie sind wie ein großartiges altes Gebäude, das viele Stürme abgehalten und Zeiten erlebt hat. Während das Haus an vielen Stellen große Schäden davongetragen hat, ist es immer noch fähig, seine Bewohner viele gute Jahre mit Schutz zu versorgen. Dies ist ein Gebäude mit Geschichte und einem besonderen Charme. Neue Häuser haben nicht das Aussehen dieser großartigen alten Gebäude.

■ Fazit

Die Verhaltenstherapie im Alter bezieht in ihrer Modellbildung nicht nur lerntheoretische, kognitive und achtsamkeitsbasierte Konzepte, sondern auch gerontologische Konzepte mit ein. Im alters- und störungsspezifischen Rahmenmodell stehen erschwerende Faktoren (wie Multimorbidität, Verluste, Fähigkeitseinschränkungen) im Wechselspiel mit erleichternden Faktoren (wie Bewältigungs- und Lebenserfahrung, angepasste Wohlbefindensregulation). Daraus leitet sich ab,

dass neben störungsspezifischen Interventionen auch altersspezifische Modifikationen bestehender Methoden sowie die Entwicklung neuer Interventionen notwendig sind. Die Lebensrückblicksintervention ist so ein spezifisch für die Alterspsychotherapie entwickeltes Verfahren, das gut in einen verhaltenstherapeutischen Gesamtbehandlungsplan integriert werden kann. Verschiedene Modifikationen bestehender Methoden wurden beschrieben, z. B. die altersangepasste Liste angenehmer Aktivitäten und häufigere Reizexpositionen in reduzierter Intensität. Ein Verhaltenstherapeut wird sich auch mit anderen Störungen und Problemen, die in jüngeren Altersgruppen nicht vorhanden sind, auseinandersetzen, z. B. Fallangst und Demenz (siehe Forstmeier & Maercker, 2008). Alle diese Besonderheiten machen es notwendig, dass sich Verhaltenstherapeuten in altersspezifischen Interventionen weiterbilden, entweder selbständig durch Literaturstudium oder formalisiert in entsprechenden Weiterbildungen.

■ Literatur

- Baltes, M.M. & Carstensen L.L. (1996). Gutes Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. *Psychologische Rundschau*, 47, 199-215.
- Beck, J.S. (1999). *Praxis der Kognitiven Therapie*. Weinheim: Beltz-PVU
- Ernst, S., Welke, J., Heintze, C., Gabriel, R., Zöllner, A., Kiehne, S., Schwantes, U. & Esch, T. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction on quality of life in nursing home residents: a feasibility study. *Forschende Komplementärmedizin*, 15, 74-81.
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (2008). Probleme des Alterns. Band in der Reihe „Fortschritte der Psychotherapie“. Göttingen: Hogrefe.
- Haight, B.K. & Webster, J. (Eds.) (1995). *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods and applications*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Hautzinger, M. (2000). *Depression im Alter*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Hayes, S.C., Strosal, K.D. & Wilson, K.G. (2004). *Akzeptanz- und Commitment-Therapie: Ein erlebnisorientierter Ansatz zur Verhaltensänderung*. München: CIP-Medien.
- Heidenreich, T., Michalak, J. & Eifert, G. (2007). Balance von Veränderungen und achtsamer Akzeptanz: Die dritte Welle der Verhaltenstherapie. *Psychotherapie und Psychologische Medizin*, 57, 475-486.
- Hinsch, R. & Pfungsten, U. (2002). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele (4. Aufl.)*. Weinheim: PVU.
- Kabat-Zinn, J. (2001). *Im Alltag Ruhe finden: Das umfassende praktische Meditationsprogramm (4. Aufl.)*. Freiburg: Herder
- Laidlaw, K., Thompson, L.W., Gallagher-Thompson, D. & Dick-Siskin, L. (2003). *Cognitive behaviour therapy with older people*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Linehan, M.M. (1994). Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy. In S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette & M.J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 73-86). Reno: Context Press.
- Maercker, A. (Hrsg.). (2002). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin: Springer.
- Maercker, A. (2003). *Alterspsychotherapie: Aktuelle Konzepte und Therapieaspekte*. *Psychotherapeut*, 48, 132-149.
- Maercker, A. & Zöllner, T. (2002). Life-Review-Therapie als spezifische Form der Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen im Alter]. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23, 213-226.
- McBee, L. (2008). *Mindfulness-Based Elder Care: A CAM model for frail elders and their caregivers*. New York: Springer.
- Morone, N.E., Greco, C.M., Weiner, D.K. (2008). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain*, 134, 310-319.
- Neumann, E.M., Zank, S., Tzschätzsch, K. & Baltes, M.M. (1997). *Selbständigkeit im Alter: Ein Trainingsprogramm für Pflegende. Trainer- und Teilnehmerband (2. Aufl.)*. Huber, Bern.
- Oswald, W.D. & Gunzelmann T. (Hrsg.). (2001). *Kompetenztraining. Ein Programm für Seniorengruppen (3. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2008). *Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depression: Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Sharoff, K. (2004). *Coping Skills Therapy for managing chronic and terminal illness*. New York: Springer.
- Smith, A. (2004). Clinical uses of mindfulness training for older people. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 423-430.
- Smith, A., Graham, L. & Senthinathan, S. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for recurring depression in older people: a qualitative study. *Aging and Mental Health*, 11, 346-357.
- Stien, J. & Adler, G. (2007). Trainingsprogramm zur Förderung der Sozialen Kompetenz bei altersdepressiven Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 34, 145-149.
- Werheid K., Lieven S. & Kischkel E. (eingereicht). *Sozialkompetenztraining mit älteren depressiven Patienten: Methodische und thematische Zielgruppenanpassung*.
- Wisocki, P.A. (2002). Angststörungen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie (S. 167-194)*. Berlin: Springer.
- Zank, S. (2002). *Selbständigkeitsinterventionen*. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie (S. 319-339)*. Berlin: Springer.

■ Korrespondenzadresse

Dr. Simon Forstmeier (Korrespondenzautor)
Moyra Mortby
Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker

Universität Zürich
Psychologisches Institut
Psychopathologie und Klinische Intervention
Binzmühlestr. 14/17
Tel: +41 (0)44 – 635 73 05
Fax: +41 (0)44 – 635 73 19
s.forstmeier@psychologie.uzh.ch