

Zeitschrift für

Gerontologie + Geriatric

mit **European Journal of Geriatrics**

**Elektronischer Sonderdruck für
C. Wächtler**

Ein Service von Springer Medizin

Z Gerontol Geriat 2013 · 46:120–126 · DOI 10.1007/s00391-012-0469-1

© Springer-Verlag 2013

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors



C. Wächtler

Psychotherapie der Altersdepression



BUNDESVERBAND
GERIATRIE



Z Gerontol Geriat 2013 · 46:120–126
 DOI 10.1007/s00391-012-0469-1
 Eingegangen: 22. Oktober 2012
 Überarbeitet: 19. November 2012
 Angenommen: 26. November 2012
 Online publiziert: 25. Januar 2013
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

C. Wächtler

Schwerpunktpraxis seelische Störungen im Alter, Hamburg

Psychotherapie der Altersdepression

Psychotherapie im Alter – „Lohnt sich das noch?“, fragte der WDR 5 in seiner Sendung am 12.10.2011 und fragen sich sowohl Betroffene als auch viele Psychotherapeuten. Freud selbst stellte Anfang des vorigen Jahrhunderts fest, dass Menschen ab 45/50 Jahren die Elastizität der mentalen Prozesse fehle, die Libido schwach sei, Ältere somit unveränderbar, unerziehbar, unbehandelbar geworden seien (zitiert nach [18]). Freud war damals selbst knapp 50 Jahre alt und lebte noch 33 Jahre – bis zuletzt ohne Hinweis auf einen Altersabbau. Die ablehnende Haltung Freuds erwies sich bis heute als Hindernis dafür, älteren Menschen Psychotherapie anzubieten. Die Psychotherapie Älterer und die Gerontopsychosomatik wurden bis vor Kurzem weder gelehrt noch in ausreichendem Maße beforscht. Aber auch die skeptische Haltung Älterer selbst hat zu dem „Vermeidungsbündnis“ [24] geführt. Psychotherapien nach dem 65. Lebensjahr finden praktisch nicht mehr statt (u. a. [34]).

Etwa jeder vierte über 65-Jährige leidet an einer manifesten psychischen Störung. Am häufigsten handelt es sich um eine Depression. Zählt man die „subdiagnostischen Depressionen“ – ein Störungsbild mit depressiven Symptomen, das zwar nicht das Ausmaß einer manifesten Depression erreicht, wohl aber die Lebensqualität beeinträchtigt – hinzu, ist die Zahl der Betroffenen noch größer.

» Depressionen im Alter werden unterdiagnostiziert und unzureichend therapiert

Depressionen im Alter werden unterdiagnostiziert und unzureichend therapiert, obwohl die Therapiestrategien, die bei Jüngeren ihre Wirksamkeit belegt haben, auch bei Älteren erfolgreich sind (S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ [3]). Depressionen bei Älteren gelten als Risikofaktoren für somatische Morbidität, ungünstige Rehabilitationsergebnisse bei körperlichen Beeinträchtigungen und erhöhte Mortalität, speziell durch Suizid [42].

Alter: Was ist das und wann beginnt es?

Viele erleben die Jahre ab 50 als „Grenzland“, in dem das Alter seinen Schatten vorauswirft [41]. Erste körperliche Erkrankungen treten auf; bei vielen stellt sich die Sinnfrage: „War es das?“ Offiziell beginnt das Alter mit 65, dem (derzeit noch) Eintrittsalter in den Ruhestand. Dieses „junge“ Alter ist bei den meisten durch Wohlbefinden, weitgehende körperliche Unversehrtheit und soziale Kompetenz gekennzeichnet. Dagegen konfrontiert das „hohe“ Alter ab dem 80./85. Lebensjahr mit „Verletzlichkeit, Vergänglichkeit und Endlichkeit der menschlichen Existenz“ [16]. Das hohe Alter erscheint als die eigentliche „Herausforderung“ – für die Betroffenen, aber auch für ihre Behandler.

» Das Alter berührt Körper, Psyche und soziale Lebensumstände

Der Körper unterliegt beim Älterwerden vielfältigen physiologischen Veränderungen, u. a. infolge der Abnahme der weiblichen und männlichen Hormone. Bei Mann und Frau nehmen mit dem Alter

die schweren körperlichen Erkrankungen zu.

Auch die Psyche reagiert mit dem Alter. So zeigen sich altersabhängige Veränderungen der Intelligenzleistung, die allerdings interindividuell und abhängig von Gebrauch und Übung sehr unterschiedlich ausfallen können. Die Persönlichkeit bleibt relativ stabil. Auch alte Menschen scheinen in hohem Maße anpassungsfähig. Diese „psychologische Widerstandsfähigkeit“ [20] gerät allerdings in sehr hohem Alter und bei stetig zunehmenden Anforderungen, u. a. durch körperliche Erkrankungen und geistige Leistungseinbußen, an ihre Grenzen. Aber auch die psychische Verfassung bei Eintritt in das Alter („die Ausgangslage der Persönlichkeit“: [37]) ist von Bedeutung. Sie entscheidet wesentlich mit darüber, wie auf neu einsetzende Belastungen und Verluste reagiert wird, ob eine Anpassung, ein „Trauer-Befreiungsprozess“ [25] gelingt oder eine psychische Erkrankung resultiert. Auch gehen jetzt die traumatisierten „Kriegskinder“ [28] ins Alter. Sie wurden nach einem faschistischen Körperbild erzogen („hart wie Krupp-Stahl ...“) und mit unterschiedlichen traumatisierenden Ereignissen konfrontiert.

Soziale Aspekte sind ebenfalls für das Wohlbefinden älterer Menschen und für die Bewältigung von Belastungen von Bedeutung. Das soziale Netzwerk nimmt zum Alter hin ab, Einsamkeitsgefühle nehmen zu. Einsamkeit gilt als ein Risikofaktor für Depression und Suizidalität. Auch das Bild, das in der Gesellschaft von „den Alten“ vorherrscht, kann über die Qualität des Alterns entscheiden.

➤ Das Altern ist geprägt durch Gewinne und Verluste

Rosenmayr [35] spricht mit Bezug auf die Lebenserwartung älterer Menschen (aktuelle Zahlen: 65-jährige Männer leben durchschnittlich weitere gut 17 Jahre, Frauen noch gut 20 Jahre, SPIEGEL-online, 2. Oktober 2012) von der „späten Freiheit“, die erstmals in der Geschichte der Menschheit eine längere Lebensphase nach der Berentung zulässt. Auch beim Älterwerden lernen wir noch durch Erfahrung.

Mit zunehmendem Alter treten aber auch Verluste und Bedrohungen auf. Alterstypische Verluste sind der Abschied von Kompetenzen, von Attraktivität (insbesondere Frauen) und Macht (insbesondere Männer) sowie das Auftreten bestimmter, schwerwiegender, individuell bedeutsamer „life events“, z. B. der Verlust der körperlichen Unversehrtheit einschließlich sensorischer Einschränkungen und (beginnende) Demenz. Weitere Ereignisse, die das seelische Gleichgewicht belasten, sind der Verlust wichtiger Beziehungspersonen und zwischenmenschliche Beziehungskrisen. Aber auch drohende Verluste können als seelisch belastend erlebt werden. So kann das antizipierte Eintreten schwerer körperlicher Beeinträchtigung zur Angst vor einer Apparatemedizin führen und davor, vereinsamt und abhängig im Pflegeheim den Lebensabend verbringen zu müssen. Luft [18] spricht in diesem Zusammenhang von der „basale(n) Erschütterung der narzisstischen Abwehr wie Unbesiegbarkeit, Unverletzlichkeit und Unsterblichkeit“ und von der „zentralen Angst der Alten vor dem Hilflos- und Abhängigwerden“ – in einer (immer noch) nicht altenfreundlichen Umgebung.

Heute hat sich ein „differenzierterer Blick“ [24] durchgesetzt, der sowohl die Gewinne sieht als auch die Verluste berücksichtigt und der die Grenzen anerkennt, aber auch die Potenziale.

Problemkonstellationen

„Fälle“ A: Krise

Als ein Beispiel sei das des 91-jährigen Altbundeskanzlers Helmut Schmidt an-

geführt, der wenige Wochen nach dem Tod seiner Frau Loki dem Hamburger Abendblatt ein Interview gibt: Er müsse sich an die neue Situation gewöhnen – „es fällt schwer“. Ob Freunde zur Verfügung stünden? „Die meisten sind ja tot.“ Die Interviewpartner berichten, dass Helmut Schmidt das Leiden ins Gesicht geschrieben sei und das Hinsehen weh tue (Hamburger Abendblatt, 20./21. Nov. 2010).

Die Gebrüder Grimm [1] berichten von den „Bremer Stadtmusikanten“. Esel, Hund, Katze und Hahn waren ins Alter gekommen und für ihre Herren nichts mehr nütze. Sie sollten aus dem Futter genommen oder getötet werden.

Fall B: rezidivierende („neurotische“) Depression mit SCV

Die 66 Jahre alte Frau B. erfuhr wenig Stabilität und Herzenswärme in ihrer Ursprungsfamilie: Der Vater verließ die Familie, als die Patientin wenige Jahre alt war; die Mutter war lange Zeit depressiv. Als der Patientin in der Pubertät ein Buckel wuchs, reagierte die Mutter abwertend. Die eigene Ehe blieb kinderlos und unglücklich. An den Knotenpunkten in ihrem Leben reagierte sie mit Angst und/oder Depression. Aktuell hatte sie zunehmend unter Rückenschmerzen gelitten; schmerztherapeutische Maßnahmen blieben ohne Erfolg. Die schmerzbedingte Einschränkung ihrer Mobilität und ihrer Selbstständigkeit konfrontierte sie mit der Angst, später von ihrem Ehemann abhängig/abgeschoben zu werden. Zudem forderte die lebenslang sie entwertende Mutter, die mittlerweile an einer Demenz litt, Versorgung und Pflege vonseiten der Tochter. Diese reagierte mit einer schweren Depression und einem Suizidversuch. Nach der Entgiftung wurde sie in eine gerontopsychiatrische Klinik eingewiesen.

Fall C: Angst und Depression bei beginnender Demenz

Bei dem 75 Jahre alten Mann hatten sich vor 3 Jahren Konzentrationsstörungen gezeigt [4]. Er musste deshalb seine Teilzeitbeschäftigung aufgeben. Zunehmend entwickelte er das „Gefühl, den Verstand zu verlieren“. Er hatte Angst beim Zu-Bett-

Gehen. Er reagierte mit einer Depression. Bei der psychotherapeutischen Bearbeitung erinnerte er sich, nach dem Tod der Eltern im Alter von 3 Jahren bei der Großmutter untergebracht worden zu sein. Erste Angstattacken traten auf, wenn er die Großmutter verlassen und in den Kindergarten gehen musste, und wenn er den Atem der Großmutter im Nebenzimmer nicht hörte. Er funktionierte lebenslang, wesentlich auch mithilfe der fürsorglichen (20 Jahre jüngeren) Ehefrau. Die reagierte nun zunehmend erschöpft.

Die Fälle: Was tun?

„Fälle“ A: Wenn eine Krise Selbstheilungskräfte mobilisiert

Trauerprozesse verlaufen in 90% „normal“, in 10% „kompliziert“. Ein „komplizierter“ (früher: „pathologischer“) Trauerprozess wird z. B. dann begünstigt, wenn ein nahestehender Mensch Suizid begeht oder wenn, entgegen der Generationenfolge, ein Kind stirbt (u. a. [19]). Trauer ist aber noch keine Depression [21].

Selbsthilfe führt häufig aus der Krise heraus, vor allem wenn Beziehungen zur Verfügung stehen oder/und eine Aufgabe stabilisiert. Helmut Schmidt sitzt bereits 2 Tage nach der Beerdigung wieder am Schreibtisch bei der ZEIT – 40 Stunden die Woche. Das helfe in diesen schweren Tagen. Bücher und Zeitungen seien sein Lebenselixier (Hamburger Abendblatt, 20./21. Nov. 2010). Die Bremer Stadtmusikanten schließen sich zusammen, gründen eine „Selbsthilfegruppe“, vertreiben die Räuber und verschaffen sich Nahrung.

Zuweilen benötigen Menschen in einer Krise einige Beratungsgespräche („Form der sozialen Begegnung, in der es um mehr als um Informationsweitergabe geht“: [22]), wenn nötig und möglich unter Einbeziehung des familiären Umfelds. Die S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ [3] spricht von „*psychotherapeutischer Basisbehandlung*“, die flexibles und stützendes Vorgehen, Vermittlung von Ermutigung und Hoffnung, Empathie, Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und psychoedukative Maßnahmen beinhaltet.

» Wird aus der Krise eine Krankheit, ist eine Psychotherapie erforderlich

Aus der Krise kann eine Krankheit werden, wenn

- das eingetretene oder befürchtete Ereignis die Integrität der Psyche, insbesondere die Unversehrtheit des Körpers und die Selbstständigkeit, bedroht,
- ggf. eine vermehrte Vulnerabilität durch frühere Traumatisierung und lebenslang abgewehrte Konflikte bestehen sowie
- „Resilienz“, d. h. protektive Faktoren wie Bewältigungsstrategien und Lebenserfahrung, Selbsthilfe oder/und familiäre Unterstützung nicht vorhanden oder nicht ausreichend sind.

Dann sind in der Regel psychotherapeutische Maßnahmen, ggf. auch eine Psychopharmakotherapie, erforderlich.

Fall B: Die alten Wunden heilen

Bei der Patientin steht anfänglich eine schwere Depression mit Zustand nach Suizidversuch im Vordergrund. Eine stationäre Krisenintervention ist unvermeidlich. Die stationäre Behandlung auf einer Spezialstation für Patienten mit Depressionen erfolgt mit Psychopharmaka (Antidepressivum, anfänglich gemeinsam mit Tranquilizer bei starker Unruhe und weiterbestehender Suizidalität) und einer Gesprächsbehandlung, die konfliktzentriert ist, stabilisierend wirkt sowie die Indikation für eine längerfristige ambulante Psychotherapie prüft und schließlich dazu motiviert. Das Gesprächsangebot wird begleitet von Kunsttherapie und „Milieuthherapie“ (Selbstständigkeit, Selbstbewusstsein und Selbstverantwortung stützende, überwiegend pflegerische Maßnahmen).

Eine solche stationäre Behandlung führt zur Remission. Vor dem Hintergrund einer neurotischen Erkrankung mit Reaktivierung im Alter findet im Anschluss an die stationäre Behandlung eine langfristige tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie statt, 2- bis 3-wöchentlich, über Jahre. Ziel ist es, neben einer weite-

Z Gerontol Geriat 2013 · 46:120–126 DOI 10.1007/s00391-012-0469-1 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

C. Wächtler

Psychotherapie der Altersdepression

Zusammenfassung

Depressionen im Alter sind häufig und durch somatische Komorbidität und Suizid lebensgefährlich. Dennoch werden sie nur unzureichend erkannt und behandelt. Psychotherapie findet bei Älteren mit Depression fast nie statt. Dabei weisen klinische Erfahrung, Einzelfallberichte und die (wenigen) kontrollierten Studien darauf hin, dass Psychotherapie auch im Alter möglich und erfolgreich ist – zumindest bis zum 75. Lebensjahr. Psychotherapie im Alter bedarf spezieller Erfahrung, insbesondere was den Umgang des jüngeren Therapeuten mit dem älteren Patient angeht. Bewährt haben sich einige methodische Modifikationen, wie das Interesse an biogra-

phisch-historischen Ereignissen, empathisch-wertschätzende Haltung, „Containerfunktion“ und Fokussierung. Die Psychotherapie im Alter sollte zukünftig noch mehr erforscht und gelehrt werden. Darüber hinaus ist zu hoffen, dass immer mehr Psychotherapeuten auch älteren Menschen mit Depression eine Behandlung anbieten und dass ältere Patienten in größerem Umfang als bisher dieses Angebot annehmen.

Schlüsselwörter

Psychotherapeutische Prozesse · Ältere · Übertragung · Persönliche Autonomie · Psychosoziale Aspekte

Psychotherapy of depression in old age

Abstract

Depression in old age is common and also dangerous due to somatic comorbidity and suicide; however, it is often not recognized and not adequately treated. Psychotherapy is almost never offered to the elderly. However, clinical experience, single-case studies and some controlled trials show effectiveness— at least to the age of 75. The psychotherapist must be aware of unusual transference and countertransference between a younger therapist and elderly patient. Psychotherapy in old age requires some modifications, especially concerning special interest in biogra-

phy and history, strong empathy, “container function”, and focusing. In the future, psychotherapy for the elderly should be both investigated and educated more. In addition, it is hoped that psychotherapists offer to treat elderly people with depression and that more older patients accept this professional help.

Keywords

Psychotherapeutic processes · Elderly · Transference · Personal autonomy · Psychosocial aspects

ren Verbesserung der Introspektionsfähigkeit eine Ich-Stärkung zu erzielen, um zukünftigen depressiven Rezidiven vorzubeugen. Die Patientin erfährt in der therapeutischen Beziehung erstmals in ihrem Leben Wertschätzung und Stetigkeit. Sie kann ihre Lebensgeschichte vor dem Hintergrund früher Entwertungen besser verstehen und annehmen. Sie kann sich gegenüber den Überforderungen vonseiten der kranken Mutter besser abgrenzen und lernt zu akzeptieren, ihre Ehe als „Kameradschaft“ fortzusetzen, ohne ständig frustriert zu sein. Sie gewinnt deutlich bei sozialen Kontakten und findet Bestätigung durch die Ausstellung selbst gemalter Bilder. Mit mehr Selbstgewissheit tritt ihre Angst vor Abhängigkeit in den Hintergrund. Es gelingt ihr eine „Aneignung des Alters“ [23]. Zusätzlich kann

durch eine Schmerztherapie weitgehend Schmerzfreiheit erreicht werden. Sie hat gelernt, mithilfe des autogenen Trainings Spannungszuständen zu begegnen.

» Die Psychotherapie muss zuweilen langfristig erfolgen

Nach 4 Jahren wird das Thema „Abschied“ angesprochen, d. h. Beendigung der Therapie nach Ablauf eines weiteren Jahres. Die Patientin „revoltiert“: Sie reaktiviert Symptome. Auch diese Schlussphase kann vor dem Hintergrund früherer Verluste und Selbstwertprobleme verstanden und bearbeitet werden. Die Patientin akzeptiert schließlich das Ende der Therapie. Der Therapeut steht ihr nach

Abschluss der Therapie bei Bedarf auch in Zukunft zur Verfügung.

In diesem Fall gelang die Ablösung trotz der besonderen Schwere der Erkrankung. In der Psychotherapie älterer Menschen ist es, zumal wenn weitere tragende Beziehungspersonen nicht zur Verfügung stehen, zuweilen unumgänglich, die Behandlung langfristig, u. U. bis zum Lebensende, durchzuführen.

Fall C: Wenn die Angst besteht, den Verstand zu verlieren

Der Patient hatte lebenslang Angst und Depression abgewehrt durch Bindung an fürsorgliche Beziehungspersonen – so hatte er auch die 20 Jahre jüngere Ehefrau geheiratet – und berufliches Tätigsein. Mit dem Versagen des Gedächtnisses reaktivierte sich die Angst vor dem Verlust der tröstenden inneren Anwesenheit der Großmutter. Aktuell erlebte er das „Gefühl, den Verstand zu verlieren“. Angst beim Zu-Bett-Gehen und eine Depression traten auf.

Patienten mit psychischen Begleitsymptomen bei beginnender Demenz begegnen uns im gerontopsychiatrischen Alltag häufig. Sie reagieren mit Angst oder Depression, u. U. auch mit Aggression, darauf, dass infolge von Gedächtnisstörungen und Kompetenzverlust selbstwertstabilisierende Tätigkeiten nicht mehr möglich sind und die Abhängigkeit von der Umwelt zunimmt. Dadurch fallen kompensatorische Strategien, z. B. Altruismus, schwerer (u. a. [4, 18, 27]). Viel häufiger als bisher angeboten benötigen diese Patienten – neben differenzialdiagnostischer Abklärung, ausführlicher Beratung über präventive und juristische Maßnahmen, ggf. antidementiver medikamentöser Therapie – auch einer psychotherapeutischen Behandlung (s. a. [11, 43]). Ziele können sein: „Hilfe zur Anpassung an innere Realitäten“ [13], Selbstwertstabilisierung (Stärkung der Ich-Funktionen, z. B. durch zusätzliches Hirnleistungstraining), „Trauerarbeit“ und Stärkung adaptiver Abwehrkräfte [4].

» Auch die Angehörigen benötigen häufig Hilfe

Auch die Angehörigen (wie in dem geschilderten Fall die Ehefrau) benötigen häufig Hilfe; sie können durch eine psychotherapeutisch orientierte Beratung oder eine eigentliche Psychotherapie vor dem körperlichen und/oder psychischen Ausbrennen bewahrt werden und die so wichtige häusliche Versorgung des Patienten länger leisten.

Einige Spezifika der Psychotherapie im Alter

Strotzka [38] definierte *Psychotherapie* als Behandlung auf der Basis einer Einwirkung mit überwiegend psychologischen Mitteln. Eine Einschränkung auf eine bestimmte Altersspanne, während der Psychotherapie wirken könnte, sieht diese Definition nicht vor.

» Die Psychotherapie Älterer folgt grundsätzlich den Prinzipien, die sich auch bei Jüngeren bewährt haben.

Für die *psychodynamische Therapie* (u. a. [31]) bedeutet dies: Konsens, dass Symptome und Belastungen in Verbindung mit lebensgeschichtlichen Konstellationen und Konflikten stehen. Therapieziele sind die Stärkung von Introspektion, Selbstständigkeit und Eigenverantwortung, Förderung neuer korrigierender Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung, Ich-Stärkung und Symptomminderung. Im Alter steht „Trauerarbeit“ an: Der Patient soll lernen, einen Verlust zu verarbeiten und mit zukünftigen Verlusten konstruktiv umzugehen („Trauer-Befreiungs-Prozess“ [25]).

Bei der *kognitiven Verhaltenstherapie* (u. a. [8]) stehen die Beeinflussung negativer Denkstile und die Stärkung der Selbstbefähigung im Vordergrund.

Dennoch gibt es schulübergreifend viele Gemeinsamkeiten [6]. Speziell bei Älteren haben sich die nachfolgend beschriebenen Modifikationen bewährt.

Der Therapeut benötigt eine differenzierte Sichtweise vom Alter: Potenziale, aber auch Grenzen sind zu beachten (s. oben). So können neue Krankheiten eintreten und den Erfolg der Therapie infrage stellen.

Besonderheiten der therapeutischen Beziehung gilt es zu berücksichtigen:

Der ältere Patient und seine Angehörigen neigen dazu, seelische Probleme zu verleugnen und dem jüngeren Therapeuten gegenüber skeptisch zu sein. Dies betrifft insbesondere die schwierige Beziehungsaufnahme vonseiten älterer Männer [29]. Der Therapeut wiederum kann verunsichert reagieren auf die Abwertung durch den Älteren und auf die ungewohnte Übertragungsbeziehung zwischen jüngeren Therapeuten und älterem Patient [26].

» Schwierig ist die Beziehung zwischen älterem Patient und jüngerem Therapeut

Als Therapeut gilt es, die biographisch-historische Perspektive zu beachten und „zeitgeschichtlich zu denken“ [28], d. h. den Erziehungsstil und die geschichtlichen Ereignisse in der Kindheit des Patienten zu kennen und Zugang zu der individuellen Lebensgeschichte des Patienten zu erlangen. Hilfreich sei dabei, nicht nach dem Alter, sondern nach dem Geburtsjahr des Patienten zu fragen. Spontan würden die „Kriegskinder“ nicht von ihren Erlebnissen sprechen.

Viele ältere Patienten konfrontieren den Therapeuten mit existenziellen Belastungen. Der Therapeut sollte im Sinne eines „Containing“ die Gefühle des Patienten „stellvertretend für ihn aushalten“ [23], sie „verdauen“ helfen.

„Annehmende Passivität“ und Empathie sind Voraussetzung, „damit der Therapeut die innere Welt der älteren Menschen versteht“ [23].

Unerfahrene Therapeuten lassen sich zuweilen durch die Menge des aufzuarbeitenden „Materials“ abschrecken. Hier hilft es zu „fokussieren“, z. B. indem man fragt: „Wobei benötigen Sie im Moment am ehesten meine Hilfe?“ Man kann dies auch „selektive Optimierung“ oder „Priorisierung“ der Therapieziele nennen, nicht gleichzusetzen mit einer etwaigen Einschränkung des Therapieangebots, sondern häufig dem Wunsch der älteren Patienten nach konkreter Hilfe für konkrete Probleme entsprechend (s. auch [19]).

Eine Kombination psychotherapeutischer Angebote mit Entspannungsver-

fahren wie autogenem Training oder progressiver Muskelrelaxation hat sich auch bei Älteren bewährt [12].

Auf Veränderungen von Hören, Sehen und Kognition ist bei der therapeutischen Arbeit zu achten. Gegebenenfalls sollte eine multimodale Präsentation von Informationen erfolgen.

Gerontologische, gerontopsychiatrische und geriatrische Kenntnisse erscheinen unabdingbar, differenzialdiagnostisches Denken ist erforderlich. Bei der Krankheitsentstehung müssen körperliche Grunderkrankungen einbezogen und muss auch an Hirntumor oder Alzheimer-Erkrankung gedacht werden. Bei Bedarf sollte mit einem geriatrisch erfahrenen Kollegen kooperiert und eine gute Vernetzung mit Kollegen und Behandlern angestrebt werden.

» Differenzialdiagnostisches Denken des Therapeuten ist erforderlich

Gerade bei Älteren trifft zu, dass der Körper nicht nur Resonanzboden für die Seele ist, sondern auch Quelle seelischen Leidens sein kann.

Die Finanzierung von Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierter/analytischer Psychotherapie erfolgt durch die gesetzlichen Krankenversicherungen.

Viele Ältere sind in ihrer Mobilität eingeschränkt. Die Praxen sollten „barrierefrei“ begehbar sein. Praxen in der 2. oder 3. Etage ohne Fahrstuhl oder am Stadtrand sind meist für Ältere schwer erreichbar. Gleiches gilt für relativ dunkle/schlecht ausgeleuchtete Straßen im Winter und speziell auf dem Land bzw. bei unzureichender Präparation der Straßen. Ältere benötigen meist etwas wärmere Zimmerluft, adäquate Sitzmöbel etc.

Erste Erfahrungen wurden mit der Psychotherapie für immobile Menschen via Internet gemacht [14]. Auch erforscht derzeit eine Heidelberger Arbeitsgruppe die Bedingungen und Chancen der Psychotherapie im Seniorenheim [15].

Was bringt die Psychotherapie Älterer?

Wirkfaktoren

Allgemeine Wirkfaktoren, unabhängig von Schulrichtung, Diagnose und Alter (s. auch [3, 6]) sind:

- Die therapeutische Beziehung als der wichtigste Wirkfaktor (akzeptierend, offen, aktiv zuhörend, mitfühlend)
- Ressourcenaktivierung (Nutzung vorhandener motivationaler Bereitschaften/Fähigkeiten)
- „Problemaktualisierung“ (in Verhaltenstherapie: reale Situation aufgreifen, in psychodynamischer Psychotherapie: Konflikte in therapeutischer Beziehung erkennen und deuten)
- Problembewältigung (korrigierende emotionale Erfahrung machen)
- „Motivationale Klärung“: z. B. Abwehr erkennen/deuten, Einsicht/Selbstreflexion stärken

Einflussfaktoren

Wichtige Einflussfaktoren sind:

- *Schwere der Depression*
- Bei leichter Depression/Dysthymie hat Psychotherapie Vorrang, mit zunehmender Schwere der Depression gewinnen Antidepressiva an Bedeutung.
- *Komorbidität* mit internistischen, auch neurodegenerativen Erkrankungen
- *Geschlecht*
- Frauen: vermehrtes Erkrankungsrisiko für Depressionen und psychosomatische Störungen; Männer: vermehrtes Risiko für Suizid (bzgl. der Besonderheiten der Suizidalität älterer Männer und daraus abzuleitender psychotherapeutischer Konsequenzen s. bei [17, 39]).
- Unterschiede bei Verstoffwechslung und Wirkung von Medikamenten. Auch Unterschiede beim Ansprechen auf Psychotherapie?
- *Alter?*
- Hinweise auf Wirksamkeit ergeben sich zumindest bis zum Alter von 75 Jahren; mit zunehmendem Alter scheint Psychotherapie weniger Effekt zu haben (allerdings gibt es nur sehr

wenige Studien mit über 75-jährigen Patienten!).

Die Frage, ob eine Depression am besten mit einem Antidepressivum, mit Psychotherapie oder mit beidem behandelt werden sollte, beantwortet die S3-Leitlinie [3] unabhängig vom Alter: Eine leichtgradige Depression kann für 14 Tage „aktiv abwartend“ begleitet werden, eine mittelschwere Depression erfordert den Einsatz von Psychotherapie oder Antidepressivum, eine schwere Depression sollte mit Antidepressivum und Psychotherapie behandelt werden. Für eine Psychotherapie spricht, dass sie praktisch keine Nebenwirkungen aufweist und dass gerade im Alter psychosozialer Stress ein häufiger Auslöser ist. Psychotherapie setzt sprachliche Fähigkeiten, Mobilität bei der Anreise (insbesondere für Ältere ein Problem) und geschulte Psychotherapeuten voraus. In die Auswahl Psychotherapie vs. Psychopharmakon gehen mit ein: Kontraindikationen, Verfügbarkeit, ggf. Kosten und die Präferenz des älteren Patienten. Die Kombination von Antidepressivum und Psychotherapie scheint sowohl bei der Akuttherapie der Depression im Alter als auch bei der Erhaltungstherapie wirksamer zu sein als jede Einzelmaßnahme (s. aber Ergebnisse von [32, 33], weiter unten).

Wirksamkeit

Bisher wurden nur wenige kontrollierte Studien durchgeführt, die die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Depressionen im Alter untersuchten.

Thompson et al. [40] und Gallagher-Thompson u. Steffen [5] fanden, dass kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und psychodynamische Kurzpsychotherapie vergleichbar erfolgreich bei älteren Patienten mit einer Depression waren.

Reynolds et al. [32] publizierten eine Langzeitstudie (3 Jahre), die untersuchte, welche Strategie am ehesten Rezidive bei über 59-Jährigen mit rezidivierenden Depressionen verhindern konnten. Verglichen wurden Placebo gegen Antidepressivum (Nortriptylin) und Psychotherapie (interpersonelle Psychotherapie, IPT) und gegen eine Kombination aus beidem. Die IPT war erfolgreicher als Beratung („Placebo“-Psychotherapie) oder Placebomedi-

kament. Noch erfolgreicher war die Therapie mit dem Antidepressivum.

► **Die Kombination aus IPT und Antidepressivum war bei über 59-Jährigen allen Einzelmaßnahmen überlegen.**

Die Arbeitsgruppe wiederholte die Studie mit einer noch älteren Patientengruppe (≥ 70 Jahre) mit mehr kognitiven Beeinträchtigungen und körperlicher Komorbidität [33]. Diesmal handelte es sich nicht ausschließlich um rezidivierende Depressionen; 55% litten an einer ersten Erkrankungsperiode. Erneut wurde IPT als Psychotherapie angewandt. Das Antidepressivum war diesmal Paroxetin. Der beobachtete Behandlungszeitraum betrug 2 Jahre. Erneut erwies sich die Behandlung mit einem Antidepressivum dem Placebo überlegen. Allerdings war diesmal IPT weder als Monotherapie noch in Kombination mit dem Antidepressivum wirksam. Ob daraus der Schluss gezogen werden sollte, dass über 70-jährige kognitiv eingeschränkte und komorbide depressive Menschen eher wenig von Psychotherapie profitieren [36], sei dahingestellt. Vielmehr sollten bei diesen Patienten andere bzw. modifizierte psychotherapeutische Verfahren, ggf. in einer höheren Frequenz (in der Studie 1-mal monatlich), erprobt werden.

Hautzinger u. Welz [9] fanden bei 100 älteren Patienten mit Depression, die entweder eine Behandlung mit KVT in der Gruppe erhielten oder einer Wartegruppe zugeordnet wurden, dass die KVT gut angenommen wurde und hocheffizient war. Warten wurde als ineffizient, bei dieser Gruppe von Patienten sogar als problematisch angesehen.

Schulz et al. (persönl. Mitteilung) untersuchten die Therapieeffekte in psychosomatischen Rehabilitationskliniken. Der Symptomrückgang war bei den Älteren etwas geringer ausgeprägt als bei den Jüngeren.

► **Je älter die Patienten waren, umso weniger Psychotherapie erhielten sie.**

Diese geringere Therapiedosis wurde auch nicht durch nichtpsychotherapeutische Angebote kompensiert. Ältere wur-

den im Mittel 1 Woche kürzer behandelt als Jüngere.

Die evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie affektiver Störungen von de Jong-Meyer et al. [2] aus dem Jahre 2007 erwähnt 20 Studien zur Wirksamkeitsmessung der Psychotherapie bei Depressionen im höheren Lebensalter. Methodische Mängel erschwerten die Aussage. Am meisten untersucht wurden KVT, gefolgt von Reminiszenztherapie sowie IPT und psychodynamischer Psychotherapie. Im Mittel erfolgten die Therapien über 12 Sitzungen in wöchentlichen Abständen. Am häufigsten wurde die Therapie als ambulante Gruppentherapie durchgeführt. Die Leitlinie stuft aufgrund der vorliegenden Studienergebnisse KVT und Reminiszenztherapie als „wirksam“ und IPT in Kombination mit Antidepressiva sowie psychodynamische Psychotherapie als „möglicherweise wirksam“ ein.

Ein systematischer Review der Cochrane Collaboration zur psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen mit Depression [44] kommt zu einem ähnlichen Ergebnis: 9 Studien entsprachen den strengen Einschlusskriterien. Am ehesten fanden sich Hinweise auf Wirksamkeit bei der KVT. In 3 vergleichenden Studien fand sich bei psychodynamischer Psychotherapie kein signifikanter Wirkunterschied gegenüber KVT.

» **Auch bei über 75-Jährigen können Psychotherapien gelingen**

Der Frage nach der Wirksamkeit soll aber nicht nur aufgrund der (wenigen) kontrollierten Studien nachgegangen werden, sondern es sollen auch persönliche Erfahrungen und Einzelfallstudien berücksichtigt werden. Ausführlich wird darüber in den Handbüchern von Radebold [26], Heuft et al. [10] und Zank et al. [45] berichtet. Radebold hat gemeinsam mit seiner ehemaligen Patientin [30] eindrucksvoll den „mühseligen Aufbruch“ aus Depression, Verzweiflung und Ängsten beschrieben. Die Psychoanalyse erstreckte sich über die Altersspanne vom 65. bis zum 69. Lebensjahr und führte auch über den Abschluss der Therapie hinaus zu einer nachhaltigen Symptomminde-

rung und Zunahme an Lebenszufriedenheit. Haupt u. Wielenk [7] berichteten in *Der Nervenarzt* über die positive Beeinflussung einer beginnenden Demenz vom Alzheimer-Typ mittels KVT. In der Zeitschrift *Psychotherapie im Alter* finden sich regelmäßig weitere Kasuistiken. Der Autor selbst arbeitet seit vielen Jahren einzel- und gruppenpsychotherapeutisch mit älteren Depressiven tiefenpsychologisch fundiert. Konsens besteht, dass die Psychotherapie im Alter möglich, erfolgreich und befriedigend ist und dass auch Psychotherapien bei über 75-Jährigen gelingen können.

Schlussbemerkungen

Wenn abschließend noch einmal die Frage gestellt wird, ob sich Psychotherapie im Alter „noch lohnt“, dann muss mit der Gegenfrage geantwortet werden: Wenn nicht im Alter, wann dann?! Gerade Ältere sind durch ihre natürliche Neigung zur Reflexion und zum Lebensrückblick zur Psychotherapie prädisponiert [18]. Das Alter stellt quasi eine letzte Bühne dar, auf der Konflikte nicht mehr verdrängt und abgewehrt werden können, u. U. lebenslang ungelöste Konflikte kumulieren, die „Schuldfrage“ [18] im Sinne einer „Lebensbeichte“ abschließend und unausweichlich gestellt wird und Entscheidungen getroffen werden müssen. Psychotherapie kann dabei einen wesentlichen Beitrag leisten, einer Dekompensation zu begegnen bzw. seelische Gesundheit und Wohlbefinden wiederherzustellen.

Anzuregen ist, dass die Wirksamkeit der Psychotherapie Älterer noch besser erforscht wird, dass mehr Ausbildungsinstitute die Spezifika der Alterspsychotherapie lehren und dass mehr Fortbildung für ausgebildete Psychotherapeuten erfolgt. An einigen Instituten in Deutschland findet mittlerweile eine systematische Postgraduiertenfortbildung statt.

Wir Psychotherapeuten sollten uns nicht gelassen zurücklehnen, da die „Alten“ ja gar nicht nach Psychotherapie fragten. Diese Aussage stimmt schon heute nicht. Nachwachsende Kohorten werden aber in weit größerem Umfang als bisher, teilweise auch infolge positiver Erfahrungen in früheren Lebensabschnitten, Psy-

chotherapie für sich einfordern. Recht haben sie!

Korrespondenzadresse

Dr. C. Wächtler

Schwerpunktpraxis seelische Störungen im Alter
Droste-Hülshoff-Str. 11, 22609 Hamburg
c.waechtler@gmx.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Grimm B (1987) Die Bremer Stadtmusikanten. In: Strich C (Hrsg) Das große Märchenbuch. Diogenes, Zürich
- Jong-Meyer R de, Hautzinger M, Kühner C, Schramm E (2007) Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen. Hogrefe, Göttingen
- DGPPN, BÄK, KBV et al (2009) S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nvl_depression_lang.pdf
- Gabbard GO (2010) Psychodynamische Psychiatrie. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Gallagher-Thompson D, Steffen AM (1994) Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *J Consult Clin Psychol* 62:543–549
- Grawe K (1998) Psychologische Therapie. Hogrefe, Göttingen
- Haupt M, Wielenk W (2006) Kombinierte pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung im frühen Stadium einer Alzheimer-Demenz über 30 Monate. *Nervenarzt* 77:842–846
- Hautzinger M (2003) Verhaltenstherapie. In: Förstl H (Hrsg) Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Thieme, Stuttgart
- Hautzinger M, Welz S (2004) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter. *Z Gerontol Geriatr* 37:427–435
- Heuft G, Kruse A, Radebold H (2006) Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, 2. Aufl. UTB Reinhardt, Heidelberg
- Hirsch RD (Hrsg) (1994) Psychotherapie bei Demenzen. Steinkopff, Darmstadt
- Hirsch RD (1994) Entspannungsverfahren. In: Radebold H, Hirsch RD (Hrsg) Altern und Psychotherapie. Huber, Berlin
- Junkers G (1994) Psychotherapie bei Demenz? In: Hirsch RD (Hrsg) Psychotherapie bei Demenzen. Steinkopff, Darmstadt
- Kessler D, Lewis G, Kaur S et al (2009) Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet* 374(9690):628–634
- Kessler E-M (2011) Psychotherapie der Depression im Seniorenheim (PSIS). *Verhaltenstherapie Psychosoz Prax* 43:899–944
- Kruse A (2011) Alt werden in unserer Zeit: Herausforderung für den Einzelnen und die Gesellschaft. (Vortrag im Rahmen des 10. Hamburger Symposiums „Aktuelle Konzepte der Altersmedizin“)
- Lindner R (2010) Psychodynamische Hypothese zur Suizidalität bei älteren Männern. *Psychother Psych Med* 60:290–297
- Luft H (2003) Psychoanalyse in reiferen Jahren – Fakten und Thesen. *Psyche Z Psychoanal* 57:585–611
- Maercker A (2003) Alterspsychotherapie. *Psychotherapeut* 48:132–149
- Mayer KU, Balthes PB, Balthes MM et al (1996) Wissen über das Alter(n): Eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie. In: Mayer KU, Balthes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Akademie-Verlag, Berlin
- Mojtabai R (2011) Bereavement-related depressive episodes. Characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5. *Arch Gen Psychiatry* 68:920–928
- Peters M (2006) Psychosoziale Beratung und Psychotherapie im Alter. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Peters M (2009) Psychodynamische Psychotherapie im höheren Lebensalter. *Psychotherapie* 14:267–274
- Peters M (2012) Psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen. Vortrag im Rahmen der Veranstaltung „Chancen und Grenzen der Psychotherapie im Alter“ am 28.3.2012 in Hamburg
- Pollock GH (1982) On aging and psychopathology – discussion of Dr. Norman Cohen's paper „On loneliness and the aging process“. *Int J Psychoanal* 63:275–281
- Radebold H (1992) Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Radebold H (1994) Das Konzept der Regression: ein Zugang zu spezifischen, bei dementiellen Prozessen zu beobachtenden Phänomenen. In: Hirsch RD (Hrsg) Psychotherapie bei Demenzen. Steinkopff, Darmstadt
- Radebold H (2005) Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Klett-Cotta, Stuttgart
- Radebold (2012) §§§Wie heißt der Titel der Arbeit?§§§In: Bühring P (Hrsg) Psychotherapie älterer Menschen – Vorbehalte in den Köpfen. *Dtsch Ärztebl* 109:B1176–B1177
- Radebold H, Schweizer R (2001) Der mühselige Aufbruch – eine Psychoanalyse im Alter, 2. Aufl. Reinhardt, München
- Radebold H, Hirsch RD (2003) Tiefenpsychologische/psychoanalytische Behandlungsverfahren. In: Förstl H (Hrsg) Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Thieme, Stuttgart
- Reynolds CF, Frank E, Perel JM et al (1999) Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression. *JAMA* 281:39–45
- Reynolds CF, Dew MA, Pollock BG et al (2006) Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med* 354:1130–1138
- Richter R, Wessels T, Harfst T (2011) Bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung im Alter – Handlungsbedarf und Lösungsansätze. In: Stoppe G (Hrsg) Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Ärzte-Verlag, Köln
- Rosenmayr L (1983) Die späte Freiheit. Das Alter – ein Stück bewusst gelebten Lebens. Severin & Siedler, Berlin
- Schramm E (2006) Kommentar. *INFO Neurologie & Psychiatrie* 8:18–19
- Stauder KH (1955) Über den Pensionierungsbankrott. *Psyche* 9:481–497
- Strotzka H (1975) Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. Urban & Schwarzenberg, Berlin
- Teising M (1999) Suizid im Alter ist Männersache. Psychodynamische Überlegungen zur Erklärung. In: Fiedler G, Lindner R (Hrsg) So hab ich doch was in mir, das Gefahr bringt. Perspektiven suizidalen Erlebens. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Thompson LW, Gallagher D, Breckenridge JS (1987) Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J Consult Clin Psychol* 55:385–390
- Tudor-Sandahl P (2003) Das Leben ist ein langer Fluss. Über das Älterwerden. Herder, Freiburg
- Wächtler C (2010) Depression im Alter. *Hamb Arztebl* 10–12
- Wächtler C, Feige A (2005) Psychotherapeutische Konzepte bei Demenz. *Psychother Psychiatr PiD* 6:295–303
- Wilson K, Mottram PG, Vassilas C (2008) Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database Syst Rev* (1):CD004853
- Zank S, Peters M, Wilz G (2010) Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters. Kohlhammer, Stuttgart