Psychotherapeut 2018 · 63:501–518
https://doi.org/10.1007/s00278-018-0315-z
Online publiziert: 8. November 2018
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

Redaktion
Thomas Fydrich, Berlin
Alexandra Martin, Wuppertal
Carsten Spitzer, Rosdorf
Svenja Taubner, Heidelberg

springermedizin.de
CME

Online teilnehmen

3 Punkte sammeln auf
CME.SpringerMedizin.de

Teilnahmemöglichkeiten
Die Teilnahme an diesem zertifizierten Kurs ist für 12 Monate auf CME.SpringerMedizin.de möglich. Den genauen Teilnahmeschluss erfahren Sie dort.
Teilnehmen können Sie:
– als Abonnent dieser Fachzeitschrift,
– als e.Med-Abonnent.

Zertifizierung
Diese Fortbildungseinheit ist zertifiziert von der Ärztekammer Nordrhein gemäß Kategorie D und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Für psychologische Psychotherapeuten ist diese Fortbildungseinheit von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg akkreditiert. Es werden jeweils 3 Punkte vergeben.

Anerkennung in Österreich
Gemäß Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) werden die auf CME.SpringerMedizin.de erworbenen Fortbildungspunkte von der Österreichischen Ärztekammer 1:1 als fachspezifische Fortbildung angerechnet (§26(3) DFP Richtlinie).

Kontakt
Springer Medizin Kundenservice
Tel. 0800 77 80 777
E-Mail: kundenservice@springermedizin.de

CME Zertifizierte Fortbildung

Eva-Marie Kessler · Christina Tegeler
MSB Medical School Berlin, Hochschule für Gesundheit und Medizin, Siemens Villa, Berlin, Deutschland

Psychotherapeutisches Arbeiten mit alten und sehr alten Menschen

Zusammenfassung
Psychotherapie im Alter beschäftigt sich mit den Besonderheiten von Patienten, die ungefähr 65plus (alt) bzw. 80/85plus (sehr alt) sind. Allerdings ist das chronologische Alter *per se* ein schlechter Indikator für Ressourcenlage, Erleben und Verhalten eines Patienten. Entscheidend für therapeutisches Handeln sind die Überwindung stereotyper Altersbilder sowie ein realistisches, differenziertes Verständnis für die körperlichen, psychologischen und sozialen Ressourcen und Defizite des älteren Patienten. Zur Beschreibung besonderer Herausforderungen und Spezifika wird ein 4-dimensionales Rahmenmodell einer kontextualisierten Betrachtungsweise von Psychotherapie mit alten und sehr alten Menschen (PIA-CONTEXT) vorgestellt. In der wissenschaftlichen Entwicklung psychotherapeutischer Ansätze hat es beträchtliche Fortschritte gegeben, die in Anbetracht der guten Wirksamkeitsnachweise nach Realisierung im Versorgungssystem verlangen. Trotz entsprechender Leitlinienempfehlungen sind ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen immer noch sehr schlecht psychotherapeutisch versorgt.

Schlüsselwörter
Evidenzbasierte Praxis · Therapeut-Patient-Beziehung · Psychotherapeutische Prozesse · Depression · Demenz · Hohes Lebensalter

Lernziele

Nach der Lektüre dieses Beitrags …

- **wissen Sie, inwiefern Altersstereotype in das psychotherapeutische Setting hineinragen und dort wirken.**
- **können Sie wichtige Meilensteine in der historischen Entwicklung der Psychotherapie mit älteren Menschen skizzieren.**
- **sind Sie in der Lage, die aktuelle psychotherapeutische Versorgungssituation älterer Menschen, einschließlich Zugangshürden, beschreiben.**
- **haben Sie einen praxisnahen Überblick über Besonderheiten in der Psychotherapie mit alten und sehr alten Menschen gewonnen.**
- **kennen Sie wichtige psychotherapeutische Ansätze in der Behandlung älterer Patienten mit Depression und Demenz.**

Einleitung

In der „Gesellschaft des längeren Lebens" wird der Bedarf an gerontologischer Qualifizierung von Psychotherapeuten zunehmen

Psychotherapie mit älteren Menschen ist seit den vergangenen 3 Jahrzehnten im Begriff, sich als Forschungsfeld zu etablieren. In der „Gesellschaft des längeren Lebens" wird der Bedarf an gerontologischer Qualifizierung von Psychotherapeuten weiter zunehmen. In der Entwicklung psychotherapeutischer Ansätze für ältere Menschen hat es beträchtliche Fortschritte gegeben, die in Anbetracht der guten Wirksamkeitsnachweise nach Realisierung im Versorgungssystem verlangen.

Was meint „alt"/„Alter(n)"?

Lebensspannenpsychologische Definition

Im biopsychosozialen Prozess Altern treten in den verschiedenen Funktionsbereichen des Individuums Gewinne und Verluste auf

Gemäß einer lebensspannenpsychologischen Definition ist Altern – entgegen einem rein biologischen Verständnis – kein eindimensionaler Abbauprozess nach einer Phase der Entwicklung in der ersten Lebenshälfte. Altern ist vielmehr ein biopsychosozialer Prozess, in dem – wie in jeder Altersphase – in den verschiedenen Funktionsbereichen des Individuums Gewinne *und* Verluste auftreten (Baltes et al. 2006). Psychotherapie mit älteren Menschen ist nicht die Behandlung von Menschen *aufgrund* ihres Alters; deswegen sollte auch der Begriff „Alterspsychotherapie" vermieden werden.

Psychotherapeutic work with old and very old people

Abstract

Psychotherapy with older adults addresses the specific characteristics of patients aged 65 plus years (old) and 80/85 plus years (very old); however, chronological age *per se* is a weak indicator of objective resources, inner experiences and behavior of patients. It is important for the therapist to overcome old age stereotypes and to develop a realistic, differentiated understanding of the physical, psychological and social resources and deficits of older patients. In order to describe the special challenges and characteristics, a four-dimensional conceptual framework for a contextualized approach towards psychotherapy with old and very old patients (PIA-CONTEXT) is presented. Significant progress has been made in evidence-based development and evaluation of psychotherapeutic approaches, which in light of the good evidence for the effectiveness calls for implementation in the healthcare system. Despite guideline recommendations, older people with mental disorders are still heavily psychotherapeutically underserved.

Keywords

Evidence-based practice · Professional-patient relations · Psychotherapeutic processes · Depressive disorder · Dementia · Old age

Soziale Definition

Eine soziale Definition des „älteren Patienten", die sich am **Renteneintrittsalter** festmacht, setzt ab ca. dem 65. Lebensjahr an. Diese, auch in gerontopsychiatrischen Settings, verwendete Altersgrenze bietet die Chance, dass für im Alter typische Erkrankungsbilder und Lebenslagen spezialisierte Versorgungsangebote gemacht werden können (Holthoff 2015). Gleichzeitig verwischt diese Altersgrenze allerdings den Umstand, dass auch bei älteren Patienten ein **störungsspezifisches Vorgehen** indiziert ist (Supprian und Haucke 2016). Außerdem ist die Heterogenität von Individuen im höheren Lebensalter so hoch wie in keiner anderen Altersgruppe, weshalb das chronologische Alter *per se* ein schlechter Indikator für Ressourcenlage, Erleben und Verhalten eines Patienten ist (Baltes et al. 2006). Entscheidend für therapeutisches Handeln sind die Überwindung **stereotyper Altersbilder** und ein differenziertes Verständnis für die körperlichen, psychologischen und sozialen Ressourcen und Defizite eines älteren Patienten (Laidlaw 2015).

Das chronologische Alter per se ist ein schlechter Indikator für Ressourcenlage, Erleben und Verhalten eines Patienten

Unterscheidung zwischen „jungen Alten" vs. „alten Alten"

In Anlehnung an die in der **Gerontologie** übliche Unterscheidung zwischen den „jungen Alten" vs. den „alten Alten" bzw. zwischen dem „dritten Lebensalter" vs. dem „vierten Lebensalter" (Baltes et al. 2006) ist eine sprachliche Differenzierung zwischen alten (ab 65 Jahren) vs. sehr alten bzw. hochaltrigen Patienten (ab 80/85 Jahre) sinnvoll. Damit wird der Umstand in Rechnung gestellt, dass das höhere Lebensalter für die jetzt 65-Jährigen mittlerweile im Durchschnitt 21 Jahre (Frauen) bzw. knapp 18 Jahre (Männer) dauert (Statistisches Bundesamt 2018). Außerdem verändern sich im Zeitintervall zwischen 65 bis über 100 Jahren die **Entwicklungsaufgaben**, insbesondere auch im Zuge des steigenden Risikos für vielfältige organische, psychische oder soziale Funktionseinbußen.

Die sprachliche Differenzierung zwischen alten vs. sehr alten Patienten ist sinnvoll

Historischer Abriss

1900–1950

Die erste Hälfte des vergangenen Jahrhunderts war vom zum damaligen gesellschaftlichen „Altersklima" passenden, **therapeutischen Pessimismus** Sigmund Freuds (1905, 21f.) geprägt, der folgender Überzeugung war: „Das Alter der Kranken spielt bei der Auswahl zur psychoanalytischen Behandlung insofern eine Rolle, als bei Personen nahe an oder über fünfzig Jahre 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." Allerdings gab es vereinzelt andere Stimmen wie die von Abraham (1919), wonach nicht das Alter des Patienten, sondern vielmehr das Alter der Neurose als Indikationskriterium den Ausschlag geben sollte. C.G. Jung ging davon aus, dass sich die Persönlichkeit erst nach der reproduktiven Phase vervollkommnen kann, und führte auch schon Therapien mit älteren Patienten durch.

Gemäß Abraham soll das Alter der Neurose als Indikationskriterium den Ausschlag geben

Ab 1960

Die Gründung der *Boston Society for Gerontologic Psychiatry* in den 1960er-Jahren in den USA kann als ein erster Schritt einer systematischen Etablierung des Fachs angesehen werden. Die psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten wurden nun grundsätzlich positiver eingeschätzt. Allerdings dominierten auch weiterhin **defizitorientierte Konzepte** wie das Regressionskonzept (Alter als Rückentwicklung auf frühere Entwicklungsstufen) und „Alter als zweite Kindheit" (Kessler und Peters 2017). Mit seinem 1963 erschienenen Beitrag „The life review: an interpretation of reminiscence in the aged", in dem die **Lebensrückschau** als funktionaler psychischer Mechanismus im Alter – statt, wie bis dahin, als Ausdruck kognitiven Verfalls – beschrieben wurde, gab der Geriater und Gerontologe Butler (1963) den Impuls zur Entwicklung der Lebensrückblicktherapie (LRT). Diese wurde allerdings erst in den 1980er-Jahren systematisch von Barbara Height ausgebaut (z. B. Height und Webster 1995).

Die Gründung der Boston Society for Gerontologic Psychiatry in den 1960er-Jahren war ein erster Schritt der Etablierung des Fachs

Ab 1970

Mit Beginn der 1970er-Jahre bildete sich in Deutschland eine auf der Lerntheorie begründete Interventionsgerontologie heraus

Während die bisherige Entwicklung weitgehend auf die USA beschränkt war, bildete sich mit Beginn der 1970er-Jahre auch in Deutschland eine auf der Lerntheorie begründete Verhaltensgerontologie bzw. Interventionsgerontologie (Lehr 1979) heraus. Hier lag der Fokus noch auf **Gedächtnistrainings**, klinischer Rehabilitation sowie Angehörigen- und Wohnberatung.

Ab 1980

Auf internationaler Ebene wurden Abhandlungen über Psychotherapie mit älteren Menschen durch die Verhaltenstherapie vorgelegt

Erst ab Ende der 1980er-Jahre fand eine systematische Beschäftigung mit dem Themenfeld statt (Kessler und Peters 2017). Im Mittelpunkt der von der psychodynamischen Therapie und Psychosomatik ausgehenden Auseinandersetzung standen die **speziellen Übertragungsdynamiken** zwischen alten Patienten und den in der Regel jüngeren Psychotherapeuten (Radebold 1992), des Weiteren die psychosomatischen Wechselwirkungen bei körperlichen Erkrankungen und den Folgen psychischer Traumatisierungen im Lebensverlauf (Heuft 1993). Auf internationaler Ebene wurden bereits ab den frühen 1980er-Jahren ausführliche Abhandlungen über Psychotherapie mit älteren Menschen durch die aufkommende Verhaltenstherapie vorgelegt. Beispielhaft sind hier das Behandlungsmanual *Depression in the elderly* von Thompson (Gallagher und Thompson 1981) und das Lehrbuch *Psychotherapy with older adults* von Knight (1986) nennen.

Ab 1990

Dieser Trend setzte sich, befördert durch den neuen **„Positivdiskurs"** des Alters in den 1990er-Jahren weiter fort; dennoch wurden erst ab der Jahrtausendwende in Deutschland systematische verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramme bei Depression von Hautzinger (2000) und Adler (2005) vorgelegt.

Gegenwart

Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei älteren Menschen mit Depression ist in der Zwischenzeit gut belegt

Auf Grundlage der seit den 1990er-Jahren durchgeführten Evaluationsstudien ist die Wirksamkeit von Psychotherapie bei älteren Menschen in der Zwischenzeit zumindest für Depression gut belegt (e. g. Linde et al. 2015). Allerdings wurden die Ergebnisse hauptsächlich durch Untersuchung „junger Alter" generiert. Auch für die Behandlung von Demenz liegen seit Kurzem einige positiv evaluierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsmanuale vor (Überblick s. Abschn. „Evidenzbasierte psychosoziale/ psychotherapeutische Behandlungsansätze bei Demenz"). Vereinzelt existieren auch schon **alterssensitive Adaptationen** für die „dritte Welle" der Verhaltenstherapie, wie Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Roberts und Sedley 2016), Schematherapie (Ivemeyer 2017) und Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP; Bollmann und Brakemeier 2017).

International ist das Thema immer häufiger in speziellen Zeitschriften wie *Aging and Mental Health* oder im *Journal of Geriatric Psychiatry* vertreten. In Deutschland sind mehrere Lehrbücher, u. a. von Maercker (2015), Zank et al. (2010) sowie Supprian und Hauke (2016) und eine Zeitschrift (*Psychotherapie im Alter*) zum Thema verfügbar. Innerhalb von Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie [DGGG]; Deutsche Gesellschaft für Psychologie [DGPs]; Deutsche Gesellschaft für Geriatrie [DGG]) haben sich eigene Arbeitskreise formiert. Bei Kongressen finden zunehmend **Symposien** zu der Thematik statt.

Innerhalb der Fachgesellschaften haben sich Arbeitskreise zur Psychotherapie mit alten Patienten formiert

Resümee

Trotz aller Fortschritte gibt es noch eine erhebliche **Forschungslücke** in Bezug auf die psychotherapeutische Behandlung sehr alter, kognitiv beeinträchtigter, multimorbider bzw. pflegebedürftiger Patienten. Außerdem sind lebensspannenpsychologische Erkenntnisse wie etwa die zum sozioemotionalen Altern (Charles und Carstensen 2010) bislang noch nicht systemisch in die Therapiekonzeption eingeflossen. Dennoch sind auch hier positive Tendenzen festzustellen (Laidlaw et al. 2016).

Psychotherapeutische Versorgungslage im Alter

Es gibt länderübergreifende Evidenz dafür, dass ältere Menschen psychotherapeutisch schlecht versorgt sind. In einer Studie aus Deutschland (Imai et al. 2008) entfielen nur 5,6 % aller von den Krankenkassen genehmigten Anträge auf eine ambulante Therapie für über 60-Jährige.

Status quo bei Depression

Behandlungsprävalenz

Die Prävalenzrate von **major depression** als die häufigste (nichtorganische) psychische Erkrankung im Alter ist nach epidemiologischen Befunden bei alten und sehr alten Menschen etwa genauso hoch ausgeprägt wie in jüngeren Altersgruppen (Fiske et al. 2009), und nur in bestimmten Settings wie Pflegeheimen erhöht. Zur Behandlung unipolarer depressiver Erkrankungen im Alter empfiehlt die S3-Leitlinie Depression auf der Grundlage bisheriger empirischer Evidenz Psychotherapie (Empfehlungsgrad A). Diese Situation steht allerdings insbesondere bei sehr alten Menschen mit Depression in erheblichem Kontrast zur Versorgungsrealität. Nach neusten, noch unveröffentlichten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten über alle Krankenkassen hinweg zur Behandlungsprävalenz bei Depression für das Jahr 2016, sind etwa 5 % der als depressiv diagnostizierten versicherten Männer und Frauen über 65 Jahre in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung, M. Erhart, persönliche Kommunikation, 17.05.2018). Bei den hochaltrigen Patienten sind es sogar weniger als 1 % (im Vergleich zu etwa 20 % junger Erwachsener), sodass man hier nicht nur von einer Unter-, sondern von einer **Nichtversorgung** sprechen kann (Gutzmann et al. 2017). Auch in stationären und teilstationären Settings werden ältere Menschen mit Depression nachweislich seltener und mit einer geringeren Therapiedichte psychotherapeutisch behandelt (Godemann et al. 2015).

Etwa 5 % der als depressiv diagnostizierten Männer und Frauen über 65 Jahre sind in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung

Potenzielle Ursachen

Behandler. Eine mögliche Ursache für die so skizzierte strukturelle Unterversorgung liegt bei Haus- und Fachärzten und anderen möglichen **Gatekeepern**. Depressive Symptome werden in der medizinischen Versorgungspraxis gerade bei älteren Patienten häufig nicht richtig erkannt und diagnostiziert (Laidlaw 2015). Dies liegt nicht zuletzt daran, dass charakteristische depressive Symptome wie gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, Antriebsmangel und somatische Beschwerden bei älteren Patienten als „natürliche" Reaktionen auf typische kritische Lebensereignisse im Alter wie Verwitwung und körperliche Erkrankungen bewertet werden („fallacy of good reasons"). Außerdem wird Psychotherapie für die nach stereotypen Vorstellungen als wenig lernfähig und rigide geltende Patientengruppe als nichtwirksame Behandlungsform betrachtet (Kessler und Bowen 2015). Mit dem Argument, damit „die Büchse der Pandora" zu öffnen, wird Psychotherapie nicht selten sogar etwas für ältere Menschen Schädliches unterstellt.

Charakteristische depressive Symptome werden als „natürliche" Reaktionen auf typische kritische Lebensereignisse im Alter bewertet

Betroffene. Allerdings werden Psychotherapien von älteren Patienten unter den derzeitigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auch bei Weitem nicht in demselben Maße explizit nachgefragt, wie sie indiziert wären (Luck-Sikorski et al. 2017). Neben dem Einfluss von Erziehungsstilen und Sozialisationsbedingungen zeigt sich der Einfluss internalisierter gesellschaftlicher Altersbilder bei älteren Menschen selbst (Kessler und Bowen 2015). Dazu gehören bestimmte Vorannahmen und Fehleinschätzungen über die Wirksamkeit von Psychotherapien im Alter („Psychotherapie im Alter wirkt nicht"); eine Tendenz, eine bereits entwickelte Symptomatik entweder gar nicht wahrzunehmen oder im Hinblick auf ihren Umfang oder ihre Intensität zu unterschätzen („das ist im Alter normal"); schließlich auch internalisierte **allokationsethische Vorstellungen** („das steht mir nicht zu"). Dazu kommen weitere strukturelle Zugangshürden wie beispielsweise ein nichtbarrierefreier Zugang zur Praxis und fehlende Angebotsformate. Die psychotherapeutische Unterversorgung älterer Menschen ist darum öffentlich wenig sichtbar. Dieser Umstand kann wiederum auf gesundheitspolitischer Ebene dazu dienen, Allokationsentscheidungen zu kaschieren („Ältere wollen doch gar keine Psychotherapie").

Psychotherapien werden von älteren Patienten nicht dem Maß ihrer Indikation entsprechend nachgefragt

Allerdings scheint trotz geringer Nachfrage die prinzipielle Behandlungsmotivation älterer Menschen höher zu sein, als gemeinhin angenommen wird. So hat die empirische Forschung gezeigt, dass ältere Menschen in Befragungen eine genauso positive Einstellung gegenüber Psychotherapie

Ältere Menschen mit und ohne Depression akzeptieren Psychotherapie für sich selbst im gleichen Umfang wie medikamentöse Therapie

im Alter haben wie jüngere. Nach der AgeMooDe-Studie akzeptieren in Deutschland ältere Menschen mit und ohne Depression Psychotherapie für sich selbst im gleichen Umfang wie medikamentöse Therapie (Luck-Sikorski et al. 2017). Außerdem scheint im Fall einer aktiven Ansprache Selbstüberweisung häufig vorzukommen. Zudem hat die Erfahrung gezeigt, dass **niedrigschwellige Angebote**, wie spezielle psychologische Beratungsangebote, häufig frequentiert werden.

Status quo bei Demenz

Gemäß Psychotherapierichtlinien ist eine Psychotherapie bei Demenz nur in Verbindung mit einer anderen Hauptdiagnose indiziert

Für Demenz, deren Prävalenz exponentiell über das Alter hinweg ansteigt und die bei den über 90-Jährigen 35–45 % beträgt, ist die strukturelle Unterversorgung noch stärker ausgeprägt. Die Empfehlung der S3-Leitline Demenzen (DGPPN und DGN 2016), wonach „alle einsetzbaren psychosozialen Interventionen ausgeschöpft werden [sollen], bevor eine pharmakologische Intervention in Erwägung gezogen wird", sind noch weit davon entfernt, in der Regelversorgung realisiert zu sein. In den Psychotherapierichtlinien ist Demenz ohne Vorliegen einer anderen Hauptdiagnose wie etwa Depression oder Angststörung nicht als Indikation für eine Psychotherapie vorgesehen. Setzt sich die positive Entwicklung im Bereich der Entwicklung psychologischer Interventionen bei Demenz weiter fort (s. Abschn. „Evidenzbasierte psychosoziale/psychotherapeutische Behandlungsansätze bei Demenz"), wird diese Regelung in Zukunft möglicherweise modifiziert werden.

Kontextuelles Rahmenmodell

Das heuristische Rahmenmodell PIA-CONTEXT erlaubt die kontextualisierte Betrachtungsweise von Psychotherapie im Alter

Die verschiedenen Forschungsliteraturen haben sich bisher in unterschiedlicher Weise und wenig systematisch mit den möglichen Besonderheiten von Psychotherapie mit alten und sehr alten Menschen (im Vergleich zu jungen Menschen) beschäftigt. Auch wenn die Literatur bisher wenig konsistent ist, besteht doch weitgehend Einigkeit darüber, dass es für ältere Menschen keiner speziellen „Alterspsychotherapie" bedarf. Vielmehr muss Psychotherapie stets im Kontext der internalen (psychologischen) und externalen (physikalischen, sozialen) Ressourcen und Defizite älterer Menschen einer bestimmten Generation zu einem bestimmten historischen Zeitpunkt betrachtet und verstanden werden. Im Folgenden wird ein heuristisches Rahmenmodell beschrieben, das eine *kontext*ualisierte Betrachtungsweise von *P*sychotherapie *i*m *A*lter erlaubt (PIA-CONTEXT; ◘ **Tab. 1**). Dazu wird das Spektrum typischer Herausforderungen und Besonderheiten in der Psychotherapie mit älteren Menschen entlang von 4 übergeordneten Kontexten (therapeutische Kontexte; Psychotherapeuten; ältere Patienten, Therapiebeziehung) beschrieben. Einzelne Aspekte von PIA-CONTEXT wurden schon in zwei anderen Rahmenmodell zu Psychotherapie im Alter berücksichtigt („contextual, cohort-based, maturity, specific challenge [CCMSC] model", Knight 2004; „comprehensive cognitive formulation for CBT for late life depression [CCF]", Laidlaw et al. 2004). Das PIA-CONTEXT geht deutlich über die beiden existierenden Rahmenmodelle hinaus, da es explizit eine verfahrensübergreifende, **transdiagnostische Ausrichtung** aufweist und insbesondere *hochaltrige*, multimorbide und funktional eingeschränkte ältere Menschen berücksichtigt.

Kontextebene 1: psychotherapeutische Kontexte

Behandlungssettings

In (teil-)stationären Einrichtungen werden Patienten mit schwer ausgeprägten bzw. chronischen Störungsbildern behandelt

Aktuell finden psychotherapeutische Kontakte mit älteren Patienten am häufigsten in stationären oder teilstationären gerontopsychiatrischen, -psychosomatischen und geriatrischen Einrichtungen statt. In diesen Settings werden insbesondere Patienten mit schwer ausgeprägten bzw. chronischen Störungsbildern behandelt. Häufig liegen körperliche Komorbiditäten und funktionale Einschränkungen vor. Für in diesen Behandlungssettings tätige Psychologen besteht eine besondere Herausforderung im Aufbau von **Behandlungsmotivation** im Rahmen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, da die Patienten häufig ohne psychotherapeutischen Behandlungsauftrag kommen (Lindner und Hummel 2014). Gelingt dies, kann dadurch auch der Weg für eine oftmals wünschenswerte (aber sehr selten realisierte) psychotherapeutische Anschlussbehandlung gebahnt werden.

Tab. 1 Kontextuelles Rahmenmodell der Psychotherapie mit alten und sehr alten Menschen

Psychotherapeutische Kontexte Behandlungssettings Multiprofessionalität Barrierefreie und aufsuchende Psychotherapie Zeitlicher Rahmen Gruppen- vs. Einzelsetting Angehörige	*Psychotherapeuten* Intergenerationelle Beziehungserfahrungen Gerontologische Qualifikation Altersbilder
Ältere Patienten Altersbilder Wissen über Psychotherapie Komplexe Symptomatik Körperliche Ressourcen und Defizite Kognitive Ressourcen und Defizite Sozioemotionale Ressourcen und Defizite	*Therapeutische Beziehung* Entwicklungsbezogene Unterschiede Unterschiedliche Sozialisationserfahrungen Übertragungsgeschehen Therapeutische Haltung

Multiprofessionalität

Die meisten älteren Menschen befinden sich parallel zu einer ambulanten Psychotherapie in haus- bzw. fachärztlicher Behandlung. Hinzu kommen u. U. pflegerische Versorgung durch ambulante (häusliche Pflege) oder (teil-)stationäre Pflege (Tagespflege, Pflegeheim). Gelingt die multiprofessionelle Teambildung, können sich positive Synergieeffekte in der Behandlung einstellen. Häufig kommt es allerdings zur **„Schnittstellenproblematik"**. Oft sind niedergelassene Psychotherapeuten nicht hinreichend mit der Altenhilfe vernetzt, außerdem fehlen entsprechende finanzielle Anreizsysteme. Es ist notwendig, dass Therapeuten selbst aktiv zur multiprofessionellen Teambildung beitragen und auch häufig nichtausgeschöpfte Behandlungen und andere Unterstützungsangebote berücksichtigen. Dazu zählen beispielsweise Ergotherapie (um den funktionellen Status zu verbessern), Bewegungstraining (Kraft-Balance-, Ausdauertraining), Soziotherapie und ehrenamtliche Begleitung.

Durch eine gelungene multiprofessionelle Teambildung können sich positive Synergieeffekte in der Behandlung einstellen

Barrierefreie und aufsuchende Psychotherapie

Um Psychotherapie auch für (ältere) Menschen mit Behinderungen zugänglich zu machen, ist eine barrierearme Anpassung der Praxisräume erforderlich (u. a. keine Stufen, breite Türen, angepasste Sanitäranlagen). Psychotherapeutische Sitzungen können im Fall von erheblicher **Mobilitätseinschränkung** und bei anderen körperlichen Erkrankungen von Patienten aufsuchend in der häuslichen Umgebung durchgeführt werden. Aufsuchende Therapien haben das Potenzial, dass insbesondere in der diagnostischen Phase viele lebendige Eindrücke über das Leben des Patienten gewonnen werden, im Therapieverlauf neue Verhaltensweisen direkt in der Lebenswelt eingeübt und Erinnerungsgegenstände in die Therapie einbezogen werden können (Lindner und Hummel 2014). Nachteile bestehen darin, dass für Psychotherapeuten u. U. ein Mehraufwand entsteht. Allerdings sind **abrechnungsfähige Sitzungen** plus Pauschalen für Hausbesuche und Anfahrt möglich (Lindner 2017). Die Therapien finden außerdem nicht im eigenen, persönlich gestalteten Therapieraum statt, sondern in einem Zimmer im häuslichen Umfeld des Patienten mit spezieller Ästhetik, Temperatur und Geruchsausprägung. Aufsuchende Psychotherapie erfordert die **aktive Rollengestaltung** durch den Therapeuten im Spannungsfeld zwischen „Gast" und „Gastgeber".

Im Rahmen aufsuchender Therapien können lebendige Eindrücke über das Leben des Patienten gewonnen werden

Zeitlicher Rahmen

Bei älteren Patienten kann die **Sitzungsfrequenz** durch Krankheitsphasen oder Krankenhausaufenthalte unregelmäßig werden, was zu Frustration auf beiden Seiten führen kann. In der Literatur wird häufig empfohlen, die Sitzungsdauer zu reduzieren. Dies ist insbesondere im Fall schneller Erschöpfbarkeit sinnvoll. Nach eigener klinischer Erfahrung muss allerdings gleichzeitig mehr Zeit für Begrüßung, In-Beziehung-Treten, Verabschiedung und ggf. Pausen eingeplant werden.

Im Fall schneller Erschöpfbarkeit des Patienten ist eine Reduktion der Sitzungsdauer sinnvoll

Gruppen- vs. Einzelsetting

Nach Metaanalysen (Gühne et al. 2014) ist das Therapieformat bei Depressionsbehandlung wenig relevant. Chancen von Gruppensettings liegen u. a. in der Förderung neuer sozialer Kontakte und der „Hilfs-Ich-Funktion" der Gruppe. Die klinische Erfahrung zeigt, dass gerade sehr alte

Patienten die **Intimität** des Einzelkontakts schätzen, welche Schamerleben abbaut, Vertrauen fördert sowie Halt und Struktur gibt.

Angehörige

Intergenerationelle Beziehungen mit erwachsenen Nachkommen können eine Ressource sein

Das **soziale Umfeld** gewinnt im Alter für die Lebensqualität an Bedeutung. Insbesondere bei Demenz und Pflegebedürftigkeit ist es besonders wichtig, Angehörige in die Therapie einzubeziehen. Intergenerationelle Beziehungen mit erwachsenen Kindern und Enkelkindern können eine Ressource sein; häufig sind sie allerdings spannungsreich und von Ambivalenzen geprägt (Fingerman et al. 2012). Das **Autonomieprinzip** des älteren Patienten darf nicht verletzt werden, etwa wenn er von Angehörigen fremdmotiviert zur Therapie geschickt wird oder ihm paternalistisch Therapieziele zugeschrieben werden. Bei sozial isoliert lebenden Patienten kann es vorkommen, dass der Therapeut zu Therapiebeginn die einzige Bezugsperson darstellt. Um Abhängigkeiten vom Therapeuten zu vermeiden, sollte frühzeitig in der Therapie ein **soziales Netzwerk** aus formellen und informellen Personen aufgebaut werden.

Kontextebene 2: Psychotherapeuten

Intergenerationelle Beziehungserfahrungen

Jüngere Therapeuten haben vergleichsweise wenige soziale Erfahrungen mit älteren Menschen

Aufgrund **fehlender Opportunitätsstrukturen** finden intergenerationelle Kontakte zu älteren Menschen außerhalb der eigenen Familie eher selten statt (Fingerman et al. 2012). Daher haben jüngere Therapeuten vergleichsweise wenige soziale Erfahrungen mit älteren Menschen. Kontakte zu älteren Nachbarn oder Arbeitskollegen helfen, dass Therapeuten Erleben- und Verhaltensweisen von Patienten besser einordnen können. Therapeuten bringen ihre Beziehungserfahrung mit Großeltern oder anderen älteren Familienangehörigen in die Therapien ein.

Gerontologische Qualifikation

Es bieten 55 % der psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute in Deutschland gerontopsychologische Unterrichtsstunden an

Eine Totalerhebung von Modulhandbüchern im Jahr 2013 (Kessler et al. 2014b) ergab, dass unter den Psychologiestudiengängen in Deutschland nur 4 **Masterstudiengänge** (9,3 %) und kein Bachelorstudiengang in substanziellem Ausmaß gerontopsychologische Studieninhalte aufweisen. In einer Onlineumfrage gaben 55 % der psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute in Deutschland an, gerontopsychologische Unterrichtsstunden anzubieten, allerdings durchschnittlich nur 2 % des Theorieunterrichts (durchschnittlich **ein Workshop-Tag**). Auch gibt es in Deutschland derzeit nur ein umfangreicheres curriculares Fortbildungsangebot.

Altersbilder

Psychotherapeuten halten ältere Patienten für weniger therapiefähig als jüngere Patienten

In experimentellen Fallvignettenstudien reagieren Therapeuten nachweislich bei gleicher psychischer und körperlicher Symptomatik von hypothetischen Patienten mit mehr negativen Gefühlen gegenüber älteren Patienten. Außerdem beurteilen sie diese als weniger therapiefähig, schätzen die Erfolgsaussichten einer psychotherapeutischen Behandlung schlechter ein, und sie fühlen sich weniger behandlungsmotiviert und kompetent (Kessler und Blachetta 2018). Des Weiteren neigen sie in **paternalistischer Manier** eher zu einem supportiven Vorgehen und übermäßiger Beziehungsharmonie und scheuen vor einem klärungsorientierten bzw. einsichtsfördernden Vorgehen zurück (z. B. Barnow et al. 2004; Kessler und Schneider 2017). „Age cues" wie graue Haare, Falten oder ein Rollator rufen vorschnelles **advokatisches Handeln** des Therapeuten in Situationen hervor, in denen Patienten ihre Interessen selbst vertreten können. In solchen Situationen besteht die Gefahr, dass der Selbstwert und auch langfristig die tatsächlichen Ressourcen des älteren Patienten untergraben werden, depressive oder ängstliche Symptomatik verstärkt wird und auch Therapeuten irgendwann erschöpft sind und sich zurückziehen (Kessler und Bowen 2015).

Psychotherapeuten müssen sich ihre eigenen Altersbilder bewusst machen

Aus fachlicher und auch ethischer Sicht ist es wichtig, dass sich Psychotherapeuten ihre eigenen Altersbilder bewusst machen, indem sie ebenfalls ihre Ängste, Hoffnungen und Erwartungen an ihr eigenes Altern reflektieren. Hierzu bedarf es entsprechender Supervision, Intervision und Fortbildung. Eine differenzierte Sicht auf das Alter, die die Potenziale *und* Herausforderungen umfasst, ist eine wichtige Voraussetzung dafür, defizitorientierte Altersselbstbilder von Patienten zu verändern.

Kontextebene 3: Patienten

Altersbilder

Haben Patienten etwa das Altersbild, dass Antriebsmangel und schlechte Stimmung eine Folge des Alterns sind und im Alter keine Veränderung mehr möglich ist, werden sie wahrscheinlich inner- und außerhalb der Therapie mit mehr Resignation und Passivität reagieren, weniger eigene Initiative im therapeutischen Prozess sowie bei sozialen Aktivitäten und Freizeitzeitbeschäftigungen zeigen und sich auch seltener an den Psychotherapeuten oder einen anderen Arzt wenden. Es ist in der gerontopsychologischen Literatur umfangreich belegt, dass ein defizitorientiertes Altersbild nachweislich zu einer „sich-selbst-erfüllenden Prophezeiung" wird, und über die Zeit hinweg die psychische und physische Gesundheit negativ beeinflusst (z. B. Dutt et al. 2016). In vielen Therapien mit älteren Menschen ist es daher gerade zu Therapiebeginn notwendig und produktiv, die Altersbilder des Patienten frühzeitig zu thematisieren und einer **reflexiven Bearbeitung** zugänglich zu machen, mit dem Ziel eines differenzierten, flexiblen Altersbildes (Laidlaw et al. 2016). Therapeutische Fragen im Rahmen des **sokratischen Dialogs** können etwa sein: „Mir fällt auf, dass Sie ein sehr negatives Bild vom Alter haben. Woran machen Sie fest, dass es im Alter ‚nur noch bergab geht', wie Sie es ausdrücken?" „Was nehmen Sie positiv, was negativ an ihrem Alter wahr?" „Wenn Sie bei der Gartenarbeit schneller müde werden – das heißt für Sie, dass *alles* mit dem Alter schlechter wird?"

Ein defizitorientiertes Altersbild wird nachweislich zur „sich-selbst-erfüllenden Prophezeiung"

Wissen über Psychotherapie

Im Vergleich zu älteren Kohorten haben insbesondere die jetzt „jungen Alten" schon erheblich mehr Wissen über Psychotherapie. Unter Umständen muss dennoch kleinschrittig und in der Sprache des Patienten über das Therapierational und den Ablauf der Therapien, auch in Abgrenzung zu längerfristigen Behandlungen, aufgeklärt werden (Knight 2004).

Insbesondere die jetzt „jungen Alten" haben heute erheblich mehr Wissen über Psychotherapie als früher

Komplexe Symptomatik

Die Ätiologie psychischer Erkrankungen im Alter ist regelhaft sehr komplex (Kessler et al. 2014a). Dies soll nachfolgend am Beispiel von Depression erläutert werden. So kann eine depressive Episode im Alter das erste Mal („late-onset depression") als **maladaptive Reaktion** auf ein psychosoziales Lebensereignis wie Pensionierung oder Verwitwung auftreten. In etwa der Hälfte aller Fälle handelt es sich bei depressiven Episoden allerdings um Rezidive im Rahmen chronischer Verläufe, die bereits in der ersten Lebenshälfte eingesetzt haben („early-onset depression"; Fiske et al. 2009). Darüber hinaus können depressive Symptome bei neurodegenerativen Erkrankungen wie etwa Alzheimer-Erkrankung oder M. Parkinson, zerebrovaskulären Erkrankungen wie etwa Hirninfarkt, Atherosklerose oder Hirnblutung („depression-executive dysfunction [DED] syndrome") oder bei anderen organischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz oder „chronic obstructive pulmonary disease" (COPD) auftreten.

In etwa der Hälfte aller depressiven Episoden handelt es sich um Rezidive im Rahmen chronischer Verläufe

Bei vielen Patienten laufen diese verschiedenen ätiologischen Pfade ineinander und bilden sich in einer komplexen, „untypischen" Symptomatik ab. Psychotherapeuten sollen zusätzlich zur eigenen klinisch-psychologischen Diagnostik ein neuropsychologisches und umfangreiches **ärztliches Konsil** einholen. Im Übrigen müssen bestimmte Marotten, die als verrückt oder seltsam anmuten, nicht automatisch auf eine psychiatrische Diagnose hinweisen, sondern können Ausdruck von Selbstbestimmung und Erfahrung des Patienten sein (Supprian und Haucke 2016).

Die verschiedenen ätiologischen Pfade können sich in einer komplexen „untypischen" Symptomatik abbilden

Körperliche Ressourcen und Defizite

Die zunehmende Verletzlichkeit des Körpers bestimmt die Entwicklung der Psyche im Alter. Nach Heuft (2017) wird der Körper zum **„Entwicklungsorganisator"** im Alter, der entsprechend in den Therapien berücksichtigt werden muss. Im Deutschen Alterssurvey (DEAS) beträgt der Anteil der multimorbiden Personen, die 2 oder mehr chronische Erkrankungen aufweisen, 62 % in der Gruppe der 64- bis 69-Jährigen, 74 % in der Gruppe der 70- bis 75-Jährigen und 80 % in der Gruppe der 76- bis 81-Jährigen (Puth et al. 2017).

Die zunehmende Verletzlichkeit des Körpers bestimmt die Entwicklung der Psyche im Alter

Zu den häufigsten körperlichen Erkrankungen älterer Menschen zählen **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**, einhergehend mit Brustenge und Schmerzen (Angina pectoris), Muskelschwäche des Herzens (Herzinsuffizienz), Schlaganfall (Apoplex) oder Verschluss der Herzkranzarterie (Herzinfarkt). Dicht dahinter liegen Erkrankungen des Bewegungsapparats, die mit funktionalen

und sozialen Einschränkungen verbunden sind, die oft die der kardio- und zerebrovaskulären Erkrankungen übersteigen und infolgedessen in Therapien mehr thematisiert werden (Supprian und Haucke 2016). Darunter fallen Rückenschmerzen, Knochenschwund (Osteoporose), Verschleißerscheinungen des Knies (Gonarthrose) und des Hüftgelenks (Coxarthrose). Aber auch normale körperliche Veränderungen im Alter können bereits funktionelle und soziale Einschränkung zur Folge haben. Dazu zählen insbesondere Abbauerscheinungen im Bereich der Skelettmuskulatur, der Muskelmasse und der Körperflüssigkeit sowie Beeinträchtigungen des Sehens und des Hörens. Kombiniert mit Organ- und Funktionsstörungen kann als Folge des natürlichen Alterungsprozesses das mit hohen pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen einhergehende **Frailty-Syndrom** (Gebrechlichkeit) auftreten, das typischerweise mit Sarkopenie, Osteoporose, Muskelhypotonie und Fatigue-Syndrom einhergeht (Hogan et al. 2003).

Im optimalen Fall kann der Patient bereits in der Probatorik ein geriatrisches (Basis-)Assessment vorlegen. Es ist wichtig, auf **sensorische Einschränkungen** von Patienten zu achten. Auf Hörbeeinträchtigungen sollten Therapeuten durch direktes Anschauen, tieferes Sprechen und Betonung von Konsonanten reagieren (Morgan 2003). Ältere Menschen reagieren sensibler auf Überdosierung und Nebenwirkungen von Psychopharmaka. Bei der im Alter häufig vorkommenden **Polypharmazie** sind Medikamentenwechselwirkungen zu beachten. Es besteht nachweislich eine Tendenz bei Behandlern, Antidepressiva bei alten Patienten zu niedrigdosiert zu verschreiben (Kok und Reynolds 2017).

Kognitive Ressourcen und Defizite

Das „Expertenwissen" über sich und die Welt kann in der Therapie als wichtige Ressource genutzt werden

Kristalline Fähigkeiten wie spezifisches berufliches Wissen oder auch „Lebenserfahrung" sind bis ins hohe Alter stabil ausgeprägt. Dieses „Expertenwissen" über sich und die Welt kann in der Therapie als wichtige Ressource genutzt werden. Fluide kognitive Fähigkeiten wie die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit und das Arbeitsgedächtnis zeigen allerdings um das 60. Lebensjahr einen beschleunigten Abbau. Wichtige Verstehensprozesse sollen daher in kleineren Schritten und mithilfe von Wiederholung erarbeitet werden. Eine **multimodale Präsentation** von Informationen kann erforderlich sein, z. B. durch visuelle Veranschaulichungen, Gedächtnishilfen und Mitgeben von Handouts (Hautzinger 2016). Auch können ältere Patienten von **therapeutischen Metaphern** in Form von Redewendungen und Sprichwörtern profitieren.

Das therapeutische Setting soll generell stressarm sein

Da Lernen am besten unter der Bedingung von geringem Stress erfolgt, sollte gerade das therapeutische Setting generell stressarm sein. Kognitive Defizite, insbesondere im Bereich der Exekutivfunktion, können dazu führen, dass ältere Patienten eher „abschweifen" („off-target verbosity"). Es wird von Patienten als hilfreich erlebt, wenn der Therapeut in diesem Fall mehr strukturiert und den Patienten zu einer **selektiven Priorisierung** von Therapiezielen einlädt („Wobei benötigen Sie im Moment am ehesten meine Hilfe?").

Viele ältere Patienten leiden unter „Gedächtnishängern"

Viele ältere Patienten erleben und leiden unter „Gedächtnishängern" und haben Angst vor Demenz („dementia worry"; Bowen et al 2018); deshalb es wichtig ist, dass der Therapeut dies anspricht. In ambulanten Psychotherapien können Psychotherapeuten ein **Demenzscreening** mithilfe des Mini-Mental-Status-Tests (MMST) und des Uhrentests durchführen. Zeigen sich hier Auffälligkeiten und/oder liegen sensorische und motorische Einschränkungen vor, sollten Patienten optimalerweise in Gedächtnisambulanzen oder neuropsychologischen Praxen vorstellig werden, u. a. auch aufgrund der schwierigen Abgrenzung zwischen Depression und beginnender Demenz.

Eine psychotherapeutische Behandlung kann auch bei komorbider leichtgradiger Demenz indiziert sein

Kognitive Defizite sind auch jenseits der Demenzkriterien durch Kodierung von altersbedingtem kognitiven Abbau (ICD-10: R41.8) oder einer leichten kognitiven Störung („mild cognitive impairment", ICD-10: F06.7) möglich. Eine psychotherapeutische Behandlung kann prinzipiell auch bei komorbider leichtgradiger Demenz indiziert sein, eine untere Grenze ist bisher noch nicht in der Forschung bekannt. Eingeschränkte kognitive Kapazitäten können durch eine hohe Selbststeuerungsfähigkeit, ein aktives Sozialleben und **flexible Bewältigungsfertigkeiten** kompensiert werden (*motivationale Reservekapazität*; Forstmeier und Maercker 2015).

Sozioemotionale Ressourcen und Defizite

Mit wachsendem Alter wird die Lebenszeit zunehmend als begrenzt wahrgenommen. Außerdem ist das physiologische System zunehmend unflexibler, wodurch es schneller zu **emotionaler Übererregung** (etwa schnellerer Blutdruckanstieg) kommt und die Erholung von Stressphasen

langsamer ausfällt. Ältere Menschen legen einen stärkeren Fokus auf Wohlbefinden im Hier und Jetzt. Dieser „Positivitätseffekt" geht mit höherer Motivation einher, positive Gefühle erleben zu wollen, von vertrauten Menschen umgeben zu sein, harmonische Beziehungen zu pflegen, Negatives auszublenden (vgl. Sozioemotionale Selektivitätstheorie, SST-Modell, z. B. Charles und Carstensen 2010), auch auf Kosten kognitiv-affektiver Differenziertheit und Konfliktaustragung (Dynamische Integrationstheorie, DIT; Labouvie-Vief 2003).

Ältere Menschen legen einen stärkeren Fokus auf Wohlbefinden im Hier und Jetzt

Das Erarbeiten von ressourcenorientierten Strategien, gezielt emotionales Wohlbefinden im Alltag zu fördern und den Kontakt zu intimen Sozialpartnern auszubauen oder zu verbessern, ist danach besonders für ältere Menschen ein wichtiges übergeordnetes Therapieziel. Auch in Therapiesitzungen sollte **hedonistischem Erleben** genügend Raum gegeben und bei der Bearbeitung emotionaler Schlüsselerlebnisse sollte emotionale Übererregung vermieden werden.

Kontextebene 4: Therapiebeziehung zwischen Therapeuten und alten Patienten

Entwicklungsbezogene Unterschiede

Psychotherapeuten sind in der Regel erheblich jünger als ihre älteren Patienten. Damit sind sie in der Psychotherapie mit älteren Menschen herausgefordert, sich mit Themen auseinanderzusetzen, die ihnen aus eigner Erfahrung fremd sind, bezüglich derer sie sich weniger kompetent fühlen oder die eigene Altersängste auslösen. Nach Heuft et al. (2006) geht es in der Psychotherapie mit älteren Menschen verfahrensübergreifend um folgende Themen bzw. Therapieziele:

- Fördern von Selbstständigkeit und Eigenverantwortung,
- Verbessern sozialer Fähigkeiten,
- stärkeres Berücksichtigen des Körpers,
- Klären intra- und intergenerationeller Schwierigkeiten,
- Bilanzierung und Lebensrückblick,
- Bearbeitung der Verlustthematik,
- Auseinandersetzung mit Altern und Tod,
- Förderung des Gegenwartsbezugs,
- Erarbeiten praktischer Lösungen.

Metaphorisch gesprochen stellt für Psychotherapeuten die psychotherapeutische Arbeit mit älteren Menschen daher eine „Reise in die Landschaft des Alters" dar.

Unterschiedliche Sozialisationserfahrungen

Therapeuten müssen zeitgeschichtlich denken können, um bestimmte Erlebens- und Verhaltensweisen ihrer Patienten, wie etwa das Bagatellisieren von Symptomen, vor dem Hintergrund von Erziehungsstilen und Sozialisationsbedingungen besser einordnen zu können (Laidlaw 2015). Dadurch haben auch unterschiedliche **Kohortenüberzeugungen** zwischen Therapeut und Patient, etwa in Bezug auf Lebensstilfragen oder Geschlechterrollen, weniger konflikthaftes Potenzial für die therapeutische Beziehung, und Unterschiede können gewinnbringend für die Therapie sein.

Therapeuten müssen zeitgeschichtlich denken können

Übertragungsgeschehen

In der psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen treten komplexe **intergenerationelle Übertragungskonstellationen** auf. In regelhaften therapeutischen Konstellationen befinden sich Therapeuten in der narzisstisch sichereren Position einer Elternübertragung, mit der sie vertraut sind. In der psychotherapeutischen Behandlung älterer Patienten weisen jedoch Patienten tendenziell den jüngeren Therapeuten andere Rollen zu und übertragen auf sie innere Bilder ihrer realen oder fantasierten Kinder oder Enkelkinder (*umgekehrte Übertragung*; Radebold 1992). Reagieren Therapeuten darauf in Form eines **„regressiven Sogs"**, wird eine tiefergehende und möglicherweise konfliktreichere Situation verhindert. Nach Peters (2009) treten solche Phänomene eher zu Beginn der Behandlung auf. Sie werden meist im Verlauf der Therapie von einer **regulären Elternübertragung** abgelöst, können jedoch auch nebeneinander bestehen.

Ältere Patienten übertragen tendenziell innere Bilder ihrer realen oder fantasierten Enkel-/Kinder auf den jüngeren Therapeuten

Umgekehrt kann es seitens der Therapeuten zu einer Übertragung des Wunsches nach einem weisen, fürsorglichen alten Gegenüber kommen. Auch ungelöste **(groß-)elterliche Konflikte** können übertragen werden, etwa wenn sich ein Therapeut von Patienten kontrolliert fühlt.

Manche sehen den Therapeuten als Retter

Bei Patienten mit eingeschränkter Selbstständigkeit können sich weitere Übertragungsdynamiken einstellen (Morgan 2003). Manche sehen den Therapeuten als Retter, andere als **beneideten Konkurrenten**, mit dem man es aber nicht mehr aufnehmen kann, was dazu führt, dass sich der Patient aus der Therapie zurückzieht. Romantische Übertragung kann als demütigend erlebt werden. Sehen Patienten den Therapeuten als Elternteil, spielen sie möglicherweise ihre tatsächlichen Kompetenzen herunter. Darüber hinaus kann der Therapeut die Hilflosigkeit eines Patienten wahrnehmen, nicht aber seine Aggression, etwa in Form **hartnäckiger Hilfeappelle**, sodass der Therapeut sich infolge aufopfert. Nimmt umgekehrt der Therapeut nur die Aggression des Patienten und seine eigene aggressive, bestrafende Gegenreaktion wahr, ist er sich möglicherweise nicht des Hilflosigkeitsempfindens des Patienten und seiner eigenen Hilflosigkeit bewusst.

Therapeutische Haltung

Der Therapeut hält im Sinne des Containing die Gefühle des Patienten stellvertretend für ihn aus

Viele ältere Patienten konfrontieren den Therapeuten mit **existenziellen Belastungen**. In diesen Situationen ist eine Ermutigung und Hoffnung vermittelnde Haltung von großer Wichtigkeit. Der Therapeut sollte im Sinne eines Containing die Gefühle des Patienten stellvertretend für ihn aushalten, und als „wohlwollendes Hilfs-Ich, das klärt, versorgt, anregt, spiegelt" (Peters 2014) fungieren. Gerade bei sehr alten Patienten mit funktionalen Einschränkungen nehmen Therapeuten häufig eine haltgebende und **strukturvermittelnde Rolle** ein. Außerdem verhalten sie sich nach eigener Einschätzung persönlicher, freundlicher und zugewandter, d. h., sie lassen eine größere persönliche Nähe zu (Peters et al. 2014). Damit bewegen sie sich in einem Spannungsfeld zwischen stereotypen Altersbildern, intergenerationellen Übertragungsdynamiken und der tatsächlichen Bedürfnislage der Patienten nach Sicherheit, Halt und Intimität. Für einen erfolgreichen therapeutischen Prozess wichtig erscheinen eine zwischen Nähe und Distanz balancierende Haltung sowie eine differenzielle Handhabung von Neutralität und Abstinenz.

Evidenzbasierte Behandlungsansätze bei Depression

Aktive Psychotherapie erweist sich als klar wirksamer als die übliche ärztliche Behandlung

Metaanalysen haben gezeigt, dass Psychotherapie bei Depression im Alter wirksam ist, wobei sich durchschnittlich mindestens **mittlere Effektstärken** (d = 0,49–0,72) gezeigt haben (Cuijpers et al. 2014; Pinquart et al. 2007). Aktive Psychotherapie erweist sich als klar wirksamer als Wartekontrollbedingungen, die übliche ärztliche Behandlung und häufig auch als unspezifische Angebote. Die Befundlage fällt für die nachfolgend beschriebene kognitive Verhaltens- und die Lebensrückblicktherapie am günstigsten aus. Es liegen noch relativ wenig gut kontrollierte Studien für psychodynamische Psychotherapie mit älteren Menschen vor, wobei die bisherige Evidenzlage auch hier eher positiv ausfällt (Wilson et al. 2008).

Kognitive Verhaltenstherapie

Mithilfe des Modells der Selektiven Optimierung und Kompensation können mit den Patienten Problemlösetrainings erarbeitet werden

Alterssensible kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze haben die Zielsetzung, älteren Menschen zu helfen, Lebensbereiche aktiv zu beeinflussen und dadurch Selbstständigkeit aufrechtzuerhalten oder wiederzugewinnen, belastende Situationen zu bewältigen und neue Problemlösestrategien zu etablieren (Hautzinger 2016). Beim Aufbau **positiver Aktivitäten** kann ein besonderes Augenmerk auf den privaten und häuslichen Bereich gerichtet sein, da das eigene Zuhause für ältere Menschen oft besonders wichtig ist und u. U. Mobilitätseinschränkungen vorliegen. Es gilt, unter Berücksichtigung des Zusammenhangs zwischen Handeln und Fühlen die Wichtigkeit angenehmer Aktivitäten anhand der Depressionsspirale herauszustellen. Vor allem bei älteren Patienten ist die Planung einer halt- und strukturgebenden Alltagsroutine, die auch den Wechsel von Pflichten und angenehmen Aktivitäten beinhaltet, von besonderer Bedeutung. Das in der Lebensspannenpsychologie zur Erklärung der hohen Resilienz älterer Menschen entwickelte Modell der Selektiven Optimierung und Kompensation (SOK) kann sehr gut genutzt werden, um mit den Patienten im Sinne eines Problemlösetrainings zu erarbeiten, wie er seine Lebenssituation durch SOK-Strategien verbessern kann (Laidlaw 2015):

- Selektion (Zielfokussierung; Fokus auf die wichtigsten, bedeutsamsten und positivsten Dinge und Personen),
- Optimierung (Verbesserung vorhandener Fähigkeiten),
- Kompensation (Einsatz von technischen Hilfsmitteln und Unterstützung durch andere).

Mithilfe kognitiver Techniken sollen dysfunktionale Denkmuster und ihre Konsequenzen erkannt sowie durch neue funktionale Gedanken ersetzt werden („Ich habe keinen schlechten Körper, sondern einen anderen als bisher."). Gerade bei sehr alten, kognitiv eingeschränkten Patienten ist es sinnvoll, mit einem einfach gehaltenen ABC-Modell zu arbeiten, damit der Zusammenhang von Gedanken und Gefühlen erlebbar gemacht wird. **Kognitive Umstrukturierungstechniken** können im Rahmen von Problemlösetrainings, Situationsanalysen und sozialen Kompetenztrainings veranschaulicht werden. Beim *Aufbau sozialer Aktivitäten* sollte dem Umstand Rechnung getragen werden, dass ältere Menschen generell eine hohe Präferenz für vertraute emotional bedeutsame Sozialpartner und intergenerationelle Kontakte hegen, und dazu neigen, Auseinandersetzungen und Konflikte zu vermeiden (Charles und Carstensen 2010). Die Verbesserung vorhandener sozialer Beziehungen etwa zu den Kindern, Enkelkindern oder Nachbarn kann daher, mehr noch als der Aufbau neuer sozialer Kontakte, ein zentrales Therapieziel sein. Gleichzeitig sollte allerdings mittel- und langfristig selbstschädigender „Harmoniesucht" durch Training **sozialer Kompetenzen** entgegengewirkt werden.

Die Verbesserung vorhandener sozialer Beziehungen ist ein zentrales Therapieziel

Lebensrückblicktherapie

Mithilfe der entwickelten LRT soll es älteren Patienten mit Depression durch einen **strukturierten Lebensrückblick** entlang der verschiedenen Lebensabschnitte (nacheinander folgende Sitzungen von früher Kindheit/Herkunftsfamilie bis jetzt) ermöglicht werden, ihr Gewordensein im Leben mit einem distanzierten Blick zu sehen und gleichzeitig emotionale Schlüsselerfahrungen vollständiger zu verarbeiten (Haight und Webster 1995). Damit knüpft die LRT unmittelbar an die zentrale Entwicklungsaufgabe des höheren Lebensalters, die Integrität, an („Sein, was man geworden ist"; Erikson et al. 1986). Für den deutschsprachigen Raum haben Maercker und Forstmeier (2013) sowie Rabaioli-Fischer (2015) das Vorgehen bei der LRT anschaulich beschrieben. Die LRT kann ambulant oder stationär in Gruppen- oder Einzeltherapien umgesetzt werden und bietet sich als **standardisiertes Programm** mit thematisch strukturierten Sitzungen und einer kurzen Dauer von maximal 10 bis 12 Terminen an. Dadurch, dass das Erlernen neuer Fertigkeiten nicht erforderlich ist, ist diese Interventionsform auch für ältere Patienten geeignet, die mit einer Psychotherapie noch nicht vertraut sind. Der Therapeut stimuliert positive („Was waren damals Ihre Stärken?") und negative Erinnerungen („Was war damals schwierig?") sowie dazu gehörigen Gefühle und Bewertungen („Welche Bedeutung hatte dieses Ereignis für Sie?"). Bezüglich Lebensphasen, die mit negativen Erinnerungen verbunden sind, exploriert der Therapeut personale und soziale Ressourcen („Wie ist es Ihnen gelungen, mit dem Problem besser umzugehen?"). Ein wichtiger Wirkmechanismus, der durch die LRT angestoßen werden soll, ist, zu einer **alternativen Lebensgeschichte** zu kommen, die elaborierter, bedeutungsvoller und agentischer ist (Bollmann et al. 2017).

- *elaborierter*, indem von den Patienten mehr Details und mehr Konkretes erinnert wird,
- *bedeutungsvoller*, indem auch die negativen autobiografischen Erlebnisse in ihrer Bedeutung und Sinnhaftigkeit für die eigene Lebensgeschichte wahrgenommen und verstanden werden, sowie
- *agentischer*, indem die Patienten sich an Geleistetes und Bewältigtes erinnern.

Die LRT knüpft unmittelbar an die Integrität als zentrale Entwicklungsaufgabe des höheren Lebensalters an

Bei Vorliegen von Traumata bietet die LRT Patienten die Möglichkeit, das Erlebte durch gemäßigte Traumaexposition in den Gesamtlebenslauf integrieren zu können, indem diese beispielsweise erkennen, dass es ein Leben vor und nach dem Trauma gab. Fotos, Tagebücher, Postkarten und persönlich wichtige Musik oder Filme können helfen, bildreiche, anschauliche und packende Erzählungen zu ermöglichen (Rabaioli-Fischer 2015). Den Abschluss der LRT bildet die **Bilanzierungsphase**, in der der Patient seine Erinnerungen zusammenfassend einordnet.

Erlebte Traumata können durch gemäßigte Traumaexposition in den Gesamtlebenslauf integriert werden

Psychodynamische Psychotherapie

Nach einem psychodynamischen Verständnis besteht ein übergeordnetes Therapieziel bei Depression im Alter in einer Aneignung des Alterns als Teil des Selbst mit einem authentischen positiven Bild des Alterns, das die negativen Aspekte aber nicht verleugnet (Peters 2008). Dabei liegt der Behandlungsfokus auf der Verringerung der Diskrepanz zwischen Ich und Ich-Ideal,

Der Behandlungsfokus liegt auf der Verringerung der Diskrepanz zwischen Ich und Ich-Ideal

indem die strengen und überhöhten Vorstellungen des gewünschten Selbst an die tatsächlichen Ich-Leistungen angepasst werden. Durch eine *Neubesetzung des Ich-Ideals* (realistische Ziele und Lebensmöglichkeiten) oder einen partiellen Abzug einer libidinösen Besetzung kann ein **modifiziertes Ich-Ideal** entstehen, das auch Verluste und Kränkungen intergiert. Der ältere Patient soll darin unterstützt werden, eine größere Distanz zu bisherigen lebensbestimmenden Anforderungen zu gewinnen, das Gefühl, dem Ich-Ideal nicht mehr gerecht zu werden, zu reduzieren sowie Ängste vor dem Altern, Scham- und Schuldgefühle zu mindern (Peters 2009).

Evidenzbasierte psychosoziale/psychotherapeutische Behandlungsansätze bei Demenz

In jüngerer Zeit wurden systematisch patientenzentrierte psychosoziale Interventionen entwickelt

Traditionell standen bis vor Kurzem Angehörigeninterventionen im Mittelpunkt psychosozialer Interventionen bei Demenz. **Angehörigentrainings** zum Verhaltensmanagement und kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, wie etwa das telefonisch oder online durchgeführte Tele.TanDem (Telefonische Therapie für Angehörige von Demenzerkrankten; Wilz et al. 2015), haben nachweislich positive Effekte, von denen auch Patienten profitieren. Erst in jüngerer Zeit wurden systematisch patientenzentrierte psychosoziale Interventionen entwickelt. Dies geschah nicht zuletzt aufgrund der Erkenntnis, dass psychopharmakologische Interventionen bei Demenz wenig wirksam sind und häufig erhebliche Nebenwirkungen haben. Auch Übungen zur Aktivierung einzelner kognitiver Funktionen wie etwa Gedächtnistrainings (kognitive Trainings) und kognitive Rehabilitation haben sich bisher nicht als wirksam erwiesen.

Ein wichtiges Prinzip der CST ist die Förderung von Austausch, Bindung und Zusammengehörigkeit in der Gruppe

Neben Evidenz für schwach-positive Effekte für Reminiszenzverfahren hat sich die **kognitive Stimulationstherapie** (CST; Spector et al. 2012), eine Weiterentwicklung des Realitätsorientierungstrainings (ROT), als sehr wirksam erwiesen. Die CST ist ein von zertifizierten Pflegekräften, Sozialarbeiten und Psychologen angebotenes Gruppenangebot für Menschen mit leichter und mittelgradiger Demenz (2 Termine über 7 Wochen). Ein wichtiges Grundprinzip ist die Förderung von Austausch, Bindung und Zusammengehörigkeit in der Gruppe, etwa durch einen gemeinsamen Gruppennamen sowie das gemeinsame Singen eines Gruppenlieds zu Beginn und am Ende der Sitzungen. Die Inhalte der Sitzungen, z. B. ein Quiz oder ein kontroverser Zeitungsartikel sollen Spaß machen, multisensorisch stimulieren und **implizites Lernen** in einer stressarmen Umgebung fördern.

Es gilt das Prinzip „Meinungen statt Fakten"

Dabei gilt das Prinzip „Meinungen statt Fakten". Die Patienten werden vom Personal aktiv auf ihre Präferenzen und Vorlieben angesprochen. Eine Cochrane-Metaanalyse (zitiert nach DGPPN und DGN 2016) kommt zu dem Schluss, dass CST einen positiven Effekt auf kognitive Leistung hat, der bis zu 3 Monate nach Behandlungsende anhält. Positive Effekte zeigten sich auch bezüglich Lebensqualität, Kommunikation und Sozialverhalten. Um überdauernde Wirkungen zu erzielen, muss die CST dauerhaft angewendet werden.

Eine Besonderheit im Kordial-Programm ist die Etablierung von Gewohnheiten durch Benutzung des Haushaltskalenders

Neben der CST liegen in Deutschland drei neuere **Mehrkomponentenprogramme** vor, die Patienten und Angehörige einbeziehen und mehrere Interventionskomponenten integrieren. Alle umfassen den Aufbau von Alltagsaktivitäten, die biografische Beschäftigung und die Förderung von Kommunikation. Allerdings existieren dazu erst vorläufige, wenn auch teils vielversprechende, Wirksamkeitsnachweise. Eine Besonderheit im Kordial-Programm (Werheid und Thöne-Otto 2010) ist die Benutzung des Haushaltskalenders und die Etablierung von Gewohnheiten. Das Programm von Forstmeier und Roth (2018) umfasst ein Modul zur kognitiven Umstrukturierung („Mein Wert als Person ist unabhängig von meinem Gedächtnis."). Im DYADEM-Unterstützungsprogramm für Menschen mit Demenz und ihre Partner (Häusler et al. 2014) wird mit Paaren im häuslichen Umfeld gearbeitet.

Fazit für die Praxis

- **Entgegen gängiger Vorurteile ist Psychotherapie im Alter wirksam.**
- **Das Altersbild des senilen, rigiden älteren Menschen kann bei Therapeuten zu nichtintentionalen und in benevolenter Absicht getroffenen Fehlentscheidungen führen.**
- **Psychotherapeuten benötigen neben Wissen über altersspezifische Aspekte von psychischen Störungen und Behandlungsmöglichkeiten auch lebensspannenpsychologisches Theoriewissen über normative kognitive, motivationale, soziale und emotionale Alternsprozesse.**

- **Eine gerontopsychologische Qualifikation umfasst auch geriatrisches Basiswissen sowie Kenntnisse von Altenhilfestrukturen.**
- **Es bedarf niedrigschwelliger, kooperativer und aufsuchender Versorgungsmodelle, die ebenfalls die wachsende Pluralisierung und Individualisierung des Alters berücksichtigen (Altersarmut, alte Migranten, alte Singles).**
- **Gatekeeper wie Hausärzte, Angehörige und Pflegekräfte sollen durch gezielte Awareness-Kampagnen und Fortbildungen auf die Thematik aufmerksam gemacht werden.**

Korrespondenzadresse

Eva-Marie Kessler
MSB Medical School Berlin, Hochschule für Gesundheit und Medizin, Siemens Villa
Calandrellistr. 1–9, 12247 Berlin, Deutschland
eva-marie.kessler@medicalschool-berlin.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. E.-M. Kessler und C. Tegeler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

Abraham K (1919) Zur Prognose psychoanalytischer Behandlungen im fortgeschrittenen Lebensalter. Int Z Psychoanal 6:113–117
Adler G (2005) Verhaltens-Einzelpsychotherapie von Depressionen im Alter (VEDIA). Schattauer, Stuttgart
Baltes PB, Lindenberger U, Staudinger UM (2006) Life-span theory in developmental psychology. In: Damon W, Lerner RM (Hrsg) Theoretical models of human development, 6. Aufl. Handbook of child psychology, Bd. 1. Wiley, New York, S 569–664
Barnow S, Linden M, Lucht M, Freyberger HJ (2004) Influence of age of patients who wish to die on treatment decisions by physicians and nurses. Am J Geriatr Psychiatry 12(3):258–264
Bollmann B, Brakemeier E-L (2017) „Nicht geschimpft ist genug gelobt!" – Stationäre Psychotherapie mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) bei einer 81-jährigen chronisch depressiven Patientin. Psychother Alter 14(1):7–16
Bollmann S, Kessler E-M, Brakemeier E-L (2017) Verhaltenstherapie bei Älteren. In: Brakemeier E-L, Jacobi F (Hrsg) Verhaltenstherapie in der Praxis. Beltz, Weinheim
Bowen CE, Kessler EM, Segler J (2018) "Dementia worry" in memory clinic patients not diagnosed with organic mental disorder. Eur J Ageing https://doi.org/10.1007/s10433-018-0462-7
Butler RN (1963) The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. Psychiatry 26(1):65–76
Charles ST, Carstensen LL (2010) Social and emotional aging. Annu Rev Psychol 61:383–409
Cuijpers P, Koole SL, van Dijke A, Roca M, Li J, Reynolds CF (2014) Psychotherapy for subclinical depression: a meta-analysis. Br J Psychiatry 205(4):268–274
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2016) S3-Leitlinie „Demenzen" (Langversion – 1. Revision, August 2015). https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/REV_S3-leiltlinie-demenzen.pdf. Zugegriffen: 23. Februar 2017
Dutt AJ, Gabrian M, Wahl H-W (2016) Awareness of age-related change and depressive symptoms in middle and late adulthood: longitudinal associations and the role of self-regulation and calendar age. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. https://doi.org/10.1093/geronb/gbw095
Erikson EH, Erikson JM, Kivnick HQ (1986) Vital involvement in old age. Northon, New York
Fingerman KL, Sechrist J, Birditt K (2012) Changing views on intergenerational ties. Gerontology 59:64–70. https://doi.org/10.1159/000342211
Fiske A, Wetherell JL, Gatz M (2009) Depression in older adults. Annu Rev Clin Psychol 5:363–389
Forstmeier S, Maercker A (2015) Motivational processes in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: results from the Motivational Reserve in Alzheimer's (MoReA) study. BMC Psychiatry 15(1):293
Forstmeier S, Roth T (2018) Kognitive Verhaltenstherapie für Patienten mit leichter Alzheimer-Demenz und ihre Angehörige. Springer, Berlin
Freud S (1905) Gesammelte Werke. Werke aus den Jahren 1904–1905. Fischer, Berlin
Gallagher D, Thompson LW (1981) Depression in the elderly: A behavioral treatment manual. University of Southern California Press, Los Angeles
Godemann F, Seemüller F, Schneider A, Wolff-Menzler C (2015) Die Qualität der stationären Versorgung von Menschen mit Depressionen im Alter. Psychiatr Prax 42(5):255–259
Gühne U, Luppa M, König H-H, Hautzinger M, Riedel-Heller S (2014) Ist Psychotherapie bei depressiven Erkrankungen im Alter wirksam? Ein systematischer Überblick. Psychiatrische Praxis 41:401–462
Gutzmann H, Schäufele M, Kessler E-M, Rapp M (2017) Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegebedürftigen. In: Jacobs K, Kuhlmey A, Greß S, Schwinger A (Hrsg) Pflegereport 2017. Schattauer, Stuttgart, S 107–118
Haight BK, Webster JD (Hrsg) (1995) The art and science of reminiscing: theory, research methods, and applications. Taylor & Francis, Bristol
Häusler A, Krause-Köhler K, Niemann-Mirmehdi M, Nordheim J, Rapp M (2014) Psychosoziale Therapie bei beginnender Demenz. Mabuse, Frankfurt
Hautzinger M (2000) Depression im Alter, 1. Aufl. Beltz, Weinheim
Hautzinger M (2016) Depression im Alter, 2. Aufl. Beltz, Weinheim
Heuft G (1993) Psychoanalytische Gerontopsychosomatik – zur Genese und differentiellen Therapieindikation akuter funktioneller Somatisierung im Alter. Psychother Psychosom Med Psychol 43:46–54
Heuft G (2017) Psychodynamische Psychotherapie mit Älteren. Eine Einführung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
Heuft G, Kruse A, Radebold H (2006) Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Reinhardt, München
Hogan DB, Macknight C, Bergman H (2003) Models, definitions, and criteria of frailty. Aging Clin Exp Res 15:2–29
Holthoff V (2015) Innovative Versorgungsstrategien in der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Nervenarzt 86(4):468–474
Imai T, Telger K, Wolter D, Heuft G (2008) Versorgungssituation älterer Menschen hinsichtlich ambulanter Richtlinien-Psychotherapie. Z Gerontol Geriatr 41(6):486
Ivemeyer D (2017) Schematherapie mit älteren Patienten. Psychother Alter 14(1):7–16
Kessler E-M, Blachetta C (2018) Age cues in patients' descriptions

influence treatment attitudes. Aging Ment Health. https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1515889
Kessler E-M, Bowen CE (2015) Images of aging in the psychotherapeutic context—a conceptual review. GeroPsych (Bern) 2:47–55. https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000129
Kessler E-M, Peters M (2017) Befindet sich die Alterspsychotherapie im Aufbruch? Anmerkungen zur Entwicklung und zum aktuellen Stand. Psychother Alter 14(1):7–16
Kessler E-M, Schneider T (2017) Do psychotherapists-in-training's treatment attitudes and decisions depend on a patient's age? J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. https://doi.org/10.1093/geronb/gbx078
Kessler E-M, Kruse A, Wahl H-W (2014a) Clinical geropsychology: a lifespan perspective. In: Pachana NA, Laidlaw K (Hrsg) The Oxford handbook of clinical geropsychology: international perspectives. Oxford University Press, Oxford, S 4–25
Kessler E-M, Agines S, Schmidt C, Mühlig S (2014b) Qualifikationsmöglichkeiten im Fachgebiet Gerontopsychologie – empirische Bestandsaufnahme. Z Gerontol Geriatr 47:337–344
Knight B (1986) Psychotherapy with older adults. Sage, Thousand Oaks, CA
Knight BG (2004) Psychotherapy with older adults, 3. Aufl. SAGE, Thousand Oaks
Kok RM, Reynolds CF (2017) Management of depression in older adults: a review. JAMA 317(20):2114–2122
Labouvie-Vief G (2003) Dynamic integration: affect, cognition, and the self in adulthood. Curr Dir Psychol Sci 12(6):201–206
Laidlaw K (2015) CBT for older people: an introduction. SAGE, Thousand Oaks
Laidlaw K, Thompson L, Gallagher-Thompson D (2004) Comprehensive conceptualisation of cognitive behaviour therapy for late life depression. Behav Cogn Psychother 32:1–11
Laidlaw K, Kishita N, Chellingsworth M (2016) A clinican's guide to: CBT with older people. University of East Anglia, Norwich
Lehr U (1979) Interventionsgerontologie. Steinkopf, Darmstadt
Linde K, Sigterman K, Kriston L et al (2015) Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. Ann Fam Med 13:56–68
Lindner R (2017) Es rechnet sich: Aufsuchende Psychotherapie. Psychother Alter 14(1):113–114
Lindner R, Hummel J (2014) Psychotherapie in der Geriatrie: Aktuelle psychodynamische und verhaltenstherapeutische Ansätze. Kohlhammer, Stuttgart
Luck-Sikorski C, Stein J, Heilmann K, Maier W, Kaduszkiewicz H, Scherer M, Weyerer S, Werle S, Wiese B, Moor L, Bock J-O, König H-H, Riedel-Heller SG (2017) Treatment preferences for depression in the elderly. Int Psychogeriatrics 29(3):389–398
Maercker A (2015) Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Springer, Berlin, Heidelberg
Maercker A, Forstmeier S (2013) Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung. Springer, Berlin
Morgan AC (2003) Practical geriatrics: psychodynamic psychotherapy with older adults. Psychiatr Serv 54(12):1592–1594
Peters M (2008) Die gewonnenen Jahre. Von der Aneignung des Alters. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
Peters M (2009) Psychodynamische Psychotherapie im höheren Lebensalter. Psychotherapie 14(2):267–274
Peters M (2014) Strukturbezogene Psychotherapie mit hochaltrigen Patienten. Psychother Alter 11(2):163–175
Peters M, Jeschke K, Lindner J, Peters L (2014) Therapeutischer Stil und psychotherapeutische Behandlung älterer Patienten. Psychotherapeut 59:239–245
Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM (2007) Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. Aging Ment Health 11(6):645–657
Puth M-T, Weckbecker K, Schmid M, Münster E (2017) Prevalence of multimorbidity in Germany: impact of age and educational level in a cross-sectional study on 19,294 adults. BMC Public Health 17:826
Rabaioli-Fischer B (2015) Biografisches Arbeiten und Lebensrückblick in der Psychotherapie: Ein Praxishandbuch. Hogrefe, Göttingen
Radebold H (1992) Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Springer, Berlin
Roberts SL, Sedley B (2016) Acceptance and commitment therapy with older adults: rationale and case study of an 89-year-old with depression and generalized anxiety disorder. Clin Case Stud 15(1):53–67
Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Orrell M (2012) Kognitive Anregung (CST) für Menschen mit Demenz: Evidenzbasiertes Praxis- und Gruppenhandbuch. Huber, Mannheim
Statistisches Bundesamt (2018) https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/AktuellPeriodensterbetafeln.html. Zugegriffen: 2. Februar 2018
Supprian T, Hauke C (2016) Störungsspezifische Psychotherapie im Alter. Schattauer, Stuttgart
Werheid K, Thöne-Otto A (2010) Alzheimer-Krankheit. Ein neuropsychologisch-verhaltenstherapeutisches Manual. Beltz, Weinheim
Wilson K, Mottram PG, Vassilas C (2008) Psychotherapeutic treatments for older depressed people. Cochrane Database Syst Rev 1
Wilz G, Schinköthe D, Kalytta T (2015) Therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Das Tele.TAnDemBehandlungsprogramm. Hogrefe, Göttingen
Zank S, Peters M, Wilz G (2010) Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters. Kohlhammer, Stuttgart

CME-Fragebogen

Teilnahme am zertifizierten Kurs auf CME.SpringerMedizin.de
- Der Teilnahmezeitraum beträgt 12 Monate, den Teilnahmeschluss finden Sie online beim CME-Kurs.
- Fragen und Antworten werden in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt.
- Pro Frage ist jeweils nur eine Antwort zutreffend.
- Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70 % der Fragen richtig beantwortet werden.

Ist das chronologische Alter per se ein geeigneter Indikator für Ressourcenlage, Erleben und Verhalten eines Patienten?
- Ja, ab dem 65. Lebensjahr stehen altersspezifische Eigenschaften im Vordergrund, eine störungsspezifische Behandlung ist daher nicht indiziert.
- Nein, nach einer Phase der Entwicklung von Ressourcen in der ersten Lebenshälfte folgt ein eindimensionaler Abbauprozess, bei dem v. a. Defizite im Vordergrund stehen.
- Ja, denn Psychotherapie mit älteren Menschen ist die Behandlung von Menschen aufgrund ihres Alters („Alterspsychotherapie").
- Nein, denn die Einteilung in das „dritte Lebensalter" und das „vierte Lebensalter" ist aufgrund der hohen Stabilität der Entwicklungsaufgaben im Alter wenig sinnvoll.
- Nein, die Heterogenität von Individuen im höheren Lebensalter ist so hoch wie in keiner anderen Altersgruppe.

Ein 92-jähriger Patient geht zu seinem Hausarzt und klagt über Einschlafschwierigkeiten, Antriebs- und Freudlosigkeit sowie Lebensüberdruss. Er erhält daraufhin ein schlafanstoßendes Medikament und mitfühlende Worte, jedoch keine Empfehlung einer Psychotherapie. Welches häufig auftretende und wissenschaftlich beschriebene Phänomen spiegelt sich in der Entscheidung des Arztes?
- Charakteristische depressive Symptome werden als „natürliche" Reaktionen auf typische kritische Lebensereignisse im Alter bewertet („fallacy of good reasons".)
- Gespräche über psychisch belastende Themen bergen im Alter ein erhöhtes Risiko, gesunde Verdrängungsmechanismen auszuhebeln, und sollten nur auf Initiative des Patienten erfolgen („Pandora's box phenomenon").
- Ältere Patienten bevorzugen eine medikamentöse Therapie gegenüber Psychotherapie, da sie diese als hilfreicher und weniger anstrengend einschätzen („treatment preference gap").
- Hochaltrige Menschen neigen infolge internalisierter Altersbilder zu erhöhter Klagsamkeit; dieses „soziale Klagen" überlagert häufig depressive Symptome („social complaining").
- Empirische Befunde weisen darauf hin, dass Psychotherapie im Alter nicht wirksam ist, da altersbedingte kognitive Defizite ein Umlernen verhindern („lack of cognitive flexibility").

Welche 4 übergeordneten Kontextdimensionen umfasst das kontextuelle Rahmenmodell der Psychotherapie mit alten und sehr alten Menschen von Kessler (AGE-CONTEXT 2018)?
- Physiologische Beeinträchtigungen, kognitive Defizite, psychosoziale Belastungen und gesellschaftliche Barrieren
- Selektion, Optimierung, Kompensation und Integration
- Therapeutische Kontexte, Psychotherapeuten, ältere Patienten und therapeutische Beziehung
- Lebenslage, Ressourcenlage, Erlebens- und Verhaltensebene
- Soziale Fähigkeiten, Körperarbeit, Lebensrückblick und Trauerarbeit

Was umschreibt der Begriff der Schnittstellenproblematik bei der Behandlung alter Menschen?
- Mangelnde interprofessionelle Vernetzung und Kooperation der Behandler
- Willkürliche Einteilung in psychiatrische vs. gerontopsychiatrische Patienten
- Verantwortungsdiffusion zwischen Neurologen, Psychiatern und Psychotherapeuten
- Überschneidung der Tätigkeitsbereiche professioneller, ehrenamtlicher und privater Helfer
- Verbot der aufsuchenden Behandlung durch psychologische Psychotherapeuten

Welche Rolle nehmen Psychotherapeuten in Reaktion auf die Bedürfnislage sehr alter Patienten mit funktionalen Einschränkungen häufig – bewusst oder unbewusst – ein?
- Abstinent und übertragungsfördernd
- Haltgebend und strukturvermittelnd
- Raumgebend und assoziationsfördernd
- Freundschaftlich und unterordnend
- Paternalistisch und begrenzend

Eine 83-jährige, pflegebedürftige Patientin möchte bei einer 36-Jährigen eine Psychotherapie beginnen, da sie seit der Diagnose einer schweren Krebserkrankung beim Zubettgehen fürchte, nicht mehr aufzuwachen. Was ist aus fachlicher und auch ethischer Sicht geboten?
- Dass die Therapie nur begonnen wird, wenn die betreuenden Angehörigen ihr Einverständnis gegeben haben.
- Dass die Therapeutin eigene Altersbilder bewusst reflektiert (z. B. Ängste, Hoff-

nungen und Erwartungen in Bezug auf das Älterwerden und Altsein).
- Dass ein medizinisches Gutachten sicherstellt, dass die Therapie voraussichtlich vor Versterben der Patientin abgeschlossen werden kann.
- Dass ähnliche Werteüberzeugungen zwischen Therapeutin und Patientin bestehen (z. B. zu Religion/Glaube, Lebenssinn und Lebensstil).
- Dass eine klassische Übertragung auf die Therapeutin sichergestellt wird (Mutterübertragung trotz jüngerer Therapeutin).

Ein 76-jähriger depressiver Patient neigt trotz zunehmender funktionaler Einschränkungen dazu, sich im Alltag körperlich und psychisch zu verausgaben, indem er zu viele Ziele und Aktivitäten auf einmal verfolgt. Was bedeutet es, die Fähigkeit zur Selektion bei diesem Patienten im Rahmen der Psychotherapie zu fördern?
- Förderung emotionalen Wohlbefindens und nahestehender Kontakte im Alltag
- Verbesserung vorhandener Fähigkeiten
- Förderung der Fähigkeit, sich auf die wichtigsten, bedeutsamsten und positivsten Dinge und Personen zu fokussieren
- Förderung von Emotionsregulationstechniken mittels Skills-Training
- Einsatz von technischen Hilfsmitteln und Unterstützung durch andere

Welche zentrale Entwicklungsaufgabe des höheren Lebensalters adressiert die Lebensrückblicktherapie?
- Resilienz („an Krisen wachsen“)
- Assimilation („altes Wissen für neue Herausforderungen nutzen“)
- Adaptation („Anpassung an den alternden Körper“)
- Ablösung („loslassen, wer man war“)
- Integrität („sein, was man geworden ist“)

Worauf liegt nach psychodynamischem Verständnis ein Behandlungsfokus bei Depression im Alter?
- Ich-Idealisierung (Verleugnung negativer Aspekte des Alterns zur Förderung der Akzeptanz)
- Reduktion der Diskrepanz zwischen Ich und Ich-Ideal (Anpassung überhöhter Selbstansprüche)
- Eliminierung des Ich-Ideals (Loslassen von Zielen, Reduktion der Ich-Leistungen)
- Außenorientierung des Ichs (Annahme extern angetragener Ziele und Anforderungen)
- Erhöhung der Diskrepanz zwischen Ich-Ideal und Es (Selbstverwirklichung im Alter)

Kognitive Stimulationstherapie (CST) gilt als wirksames Therapieangebot für Menschen mit leichter und mittelgradiger Demenz. Welches Prinzip liegt der CST unter anderem zugrunde?
- Erhalt expliziten Wissens durch Lernübungen in stressreicher Umgebung
- Monosensorische Stimulation zur Reduktion von Überforderungserleben
- Kognitive Stimulation durch Gedächtnistrainings in der Gruppe
- Förderung von Austausch und Zusammengehörigkeitserleben in der Gruppe
- Reduktion kognitiver Abbauprozesse mittels stimulierender Psychopharmaka