



PiD

Psychotherapie im Dialog

Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien

Nr. 1 | März 2008 | 9. Jahrgang

Alter

Herausgegeben von
Maria Borcsa
Michael Broda
Volker Köllner
Henning Schauenburg
Jochen Schweitzer
Wolfgang Senf
Barbara Stein
Bettina Wilms



Thieme

CPE – zertifizierte Fortbildung in der PiD

Schon 2004 führte die Neufassung des SGB V (§95d) zur Fortbildungspflicht für Heilberufe mit Kassenzulassung, also auch für Psychotherapeuten. Grundsätzlich gibt es aufgrund der Bestimmungen der Berufsordnung eine Pflicht zur Fortbildung. Die Psychotherapeutenkammern haben aus diesem Grund zwischenzeitlich ein Fortbildungssystem ähnlich dem der Ärztekammern eingeführt. Dieser Entwicklung wollen wir Rechnung tragen: Sie können jetzt mit der PiD Fortbildungspunkte sammeln und das freiwillige Fortbildungszertifikat der Psychotherapeutenkammern erwerben.



Alter

Herausgegeben von Steffen Fliegel und Kirsten von Sydow
Heft 1 · 9. Jahrgang · März 2008 · Seite 1 – 114

1 Editorials

- 1 Ein Blick in unsere Zukunft · Steffen Fliegel, Kirsten von Sydow
- 3 In eigener Sache

5 Standpunkte

- 5 Alter und Psychotherapie – Von der Annäherung zweier Fremder – Ein klinisches Feld gewinnt Konturen · Meinolf Peters

13 Aus der Praxis

Richtungen und Verfahren

- 13 Psychodynamische Therapie bei alten Menschen · Rolf Dieter Hirsch

- 20 Systemische Therapie/Familientherapie mit älteren Menschen · Johannes Johannsen

- 26 Verhaltenstherapie bei Depression, Angst und Traumafolgen im Alter · Simon Forstmeier, Andreas Maercker

- 33 Die Gesprächspsychotherapie des alten Menschen · Jochen Eckert, Eva-Maria Biermann-Ratjen

Anwendungen, Schritte zur Integration, spezielle Settings

- 38 Paartherapie für ältere Paare – Konzepte einer Spezialsprechstunde und Einblick in die Praxis · Astrid Riehl-Emde

- 43 Demenz · Gabriele Stoppe

- 48 Suizidalität im Alter · Reinhard Lindner, Astrid Altenhöfer, Georg Fiedler, Paul Götze, Claas Happach

- 53 Sexuelle Probleme und Störungen im höheren Alter · Kirsten von Sydow

- 59 Die sexuelle Welt älterer Menschen – Geschichten von Frauen, Männern und Paaren · Ulrike Brandenburg

- 63 Psychosoziale Unterstützung von älteren Menschen mit einer chronischen Sehbeeinträchtigung · Annette Kämmerer, Hans-Werner Wahl, Tanja Birk, Susanne Hickl

- 67 Selbsthilfegruppen für ältere Menschen · Wolfgang Thiel

www.thieme.de/pid

Besuchen Sie die PiD im Internet! Auf der Website sind die Zusammenfassungen aller Beiträge frei zugänglich. Außerdem bieten wir Ihnen dort eine Kommunikationsplattform, auf der sich unsere Leserinnen und Leser untereinander sowie mit Herausgebern, Autoren und Verlag rasch und formlos austauschen können.

Indexiert in PSYINDEX

- 72 **Kriegsfolgen in Lebensgeschichten – Vom „Söhneln“ der Männer und „Kränkeln“ der Töchter bei (spät geschiedenen) Kriegskindern** · Insa Fookan

76 Interviews

- 76 **Erfolgreich altern heißt nicht, die Altersgrenze hinauszuschieben** · Eva Jaeggi im Gespräch mit Steffen Fliegel
- 81 **Männer und Paare im Alter** · Hans Jellouschek im Gespräch mit Steffen Fliegel

87 Resümee

Im Dialog sein mit den eigenen Vorurteilen · Kirsten von Sydow, Steffen Fliegel

90 DialogLinks

Psychische Störungen im Alter: Informationen und Hilfen aus dem Internet · Christiane Eichenberg

96 DialogBooks

Buchempfehlungen · Oliver Kugele

101 Im Dialog

- 101 **Kommentare zur Kasuistik und Behandlungsablauf von Frau I.** · Wolfgang Senf
- 103 **Fälle aus der Praxis** · Wolfgang Senf
- 105 **Leserbrief**
- 107 **CPE-Fragen**
- 111 **Hinweise zur zertifizierten Fortbildung (CPE)**
- 112 **CPE-Antwortbogen**
- 113 **Impressum**
- 114 **Vorschau**

Ehemalige Herausgeber

Steffen Fliegel, Münster
Arist von Schlippe, Witten
Ulrich Streeck, Göttingen

Beiräte

Hansruedi Ambühl, Bern
Brigitte Boothe, Zürich
Michael Buchholz, Göttingen
Manfred Fichter, Prien am Chiemsee
Harald J. Freyberger, Stralsund
Peter Fürstenau, Düsseldorf

Alf Gerlach, Saarbrücken
Stefan Gesenhues, Ochtrup
Michael Geyer, Leipzig
Beate Herpertz-Dahlmann, Aachen
Fritz Hohagen, Lübeck
Peter Joraschky, Dresden
Annette Kämmerer, Heidelberg
Hildegard Katschnig, Wien
Jürgen Kriz, Osnabrück
Friedebert Kröger, Schwäbisch Hall
Marianne Leuzinger-Bohleber, Frankfurt am Main

Hans Lieb, Edenkoben
Frank Nestmann, Dresden
Arndt Michael Oschinsky, Schleswig
Hans Reinecker, Bamberg
Dirk Revenstorf, Tübingen
Wilhelm Rotthaus, Viersen
Günter Schiepek, München
Bernhard Strauß, Jena
Annette Streeck-Fischer, Göttingen
Kirsten von Sydow, Hamburg
Bernhard Trenkle, Rottweil
Rosmarie Welter-Enderlin, Meilen
Jürg Willi, Zürich
Ulrike Willutzki, Dortmund

Ein Blick in unsere Zukunft

Steffen Fliegel, Kirsten von Sydow



1950 machte die Bevölkerungsgruppe 65+ ca. 10% an der Gesamtbevölkerung aus, heute sind es ca. knapp 15%, im Jahre 2050 werden nach Hochrechnungen mehr als 25% der Bevölkerung älter als 65 Jahre sein. Noch vor 100 Jahren betrug die durchschnittliche Lebenserwartung weniger als 50 Jahre, heute sind es 75 und mehr. Und wenn die Prognose des ÖAW-Instituts für Demografie zutrifft, werden die Menschen in Deutschland im Jahr 2040 im Mittel mehr als 90 Jahre alt.

Was bedeutet ein 30 Jahre längeres Leben? Die letzten Lebensjahre haben wie so vieles zwei Seiten: Unbeschwertheit durch eher günstige äußere Bedingungen wie abnehmenden und schließlich beendeten Berufsstress. Die freie Zeit nimmt zu. Die Kinder sind groß, verlassen das Elternhaus und unterstützen die ältere Generation – oder die ältere Generation unterstützt Kinder und Enkel. Die Beschwerden durch die äußeren Bedingungen können sich aber auch fortsetzen: Arbeitsplatzverlust aus Altersgründen, Armut, soziale Isolation und Einsamkeit, das Gefühl nicht mehr gebraucht zu werden. Neue Belastungen, für die adäquate Bewältigungsmöglichkeiten fehlen, können hinzukommen: Die Ehe scheitert, Eltern sterben, eine schwere Krankheit zwingt den Körper in die Knie.

Auch wenn der Anstieg der Lebenserwartung in der Regel mit einer besseren Gesundheit einhergeht bzw. einhergehen könnte, auch wenn durch die Veränderungen der Lebensbedingungen und Behandlungsmöglichkeiten bei körperlichen Erkrankungen das Leben länger dauert, nehmen dennoch für viele Menschen körperliche und psychische Er-

krankungen und Belastungen zu. Darauf kommen wir gleich zurück.

Nicht nur der Handel und das Marketing haben bereits die 50+-Zielgruppe entdeckt, die Modelle werden älter, es wird statt von junger nun von reifer Haut gesprochen, vor allem die Lifestyleprodukte für das (angepriesene) Herausschieben des Altwerdens nehmen zu.

Aber auch das gesundheitliche, freizeitliche, soziale und ökonomische Leben nimmt sich vermehrt der zunehmenden Alterung der Bevölkerung an. Ein Beispiel dafür bietet das Dorf Eichstetten am Kaiserstuhl, dessen Bürgerinnen und Bürger sich dazu „entschlossen haben, die vielfältigen Aufgaben des Generationenvertrages wieder selbst in die Hand zu nehmen“ (Webseite der Bürgergemeinschaft). Die Dorfgemeinschaft selbst werde die Alten betreuen, pflegen und integrieren. In dem „Schwanenhof“ mitten im Ort gibt es eine Seniorenwohnanlage mit Betreuungspersonal auf Abruf, Notrufsystem, Sparkasse, Winzergenossenschaft, Reisebüro, Ärztin, Blumenladen, Imbiss, Gemeinschaftsräumen, Krabbelgruppe (für die Kleinen des Orts), Bürgerbüro. Alles wird organisiert durch die Bürgergemeinschaft, einem Verein, dem fast alle 3300 EinwohnerInnen des kleinen Ortes Eichstetten angehören. „Eichstetten“ gibt es längst nicht mehr nur am Kaiserstuhl, alternative Wohn- und Lebensprojekte entstehen immer häufiger, Wohngemeinschaften sind keineswegs mehr ein Privileg der Studierenden, Alters-WG ist zur vertrauten und zukunftsweisenden Bezeichnung geworden. Und was früher zur selbstverständlichen Lebensrealität gehörte, erfährt nun eine Renaissance: Mehrgenerationenhäuser und -hausgemeinschaften. Und nicht nur mangels jüngerer Arbeitskräfte finden

zunehmend Ältere Beschäftigungen: Ihre hochqualifizierte Kompetenz, ihr Fachwissen sind gefragt.

Es kann vermutet werden, dass alte Menschen, die sich in sozialen Gemeinschaften eingebunden wissen, die sich entsprechend ihren Erfahrungen und Fähigkeiten weiter fordern und die gefordert werden, körperlich und psychisch gesünder bleiben und seltener demenz werden als Menschen, die sich zum „alten Eisen“ zählen bzw. sich von dem Dazu-gezählt-Werden in ihren Lebensgewohnheiten und Stimmungen beeinflussen lassen.

Diese Ausgabe von PiD beschäftigt sich mit den Herausforderungen und psychischen Belastungen und Erkrankungen älterer und alter Menschen. Es geht um Probleme, die nur zum Teil alterstypisch sind, im Alter aber eine besondere Bedeutung erlangen können; z.B. generalisierte und phobische Angststörungen, Hilflosigkeit, Depressionen, Einsamkeit, Demenz, sexuelle und Partnerschaftsprobleme, schwere Krisen, chronische körperliche Erkrankungen. Wieder sind die VertreterInnen verschiedener therapeutischer Ansätze gefragt, ihre psychotherapeutischen Kompetenzen bei der Arbeit mit älteren Menschen darzustellen, schließlich wird diese Bevölkerungsgruppe in Zukunft ein immer größeres Gewicht haben.

Wir werden auch der Frage nachgehen, was das Altwerden bedeutet für verschiedene Gruppen wie z.B. Frauen, Männer, Paare, Singles, Kriegs- und Nachkriegskinder. Da – wie bereits betont – soziale Netze gerade für ältere Menschen besonders wichtig sind, geben wir auch der Selbsthilfe und sozialpolitischen Konzepten einen Platz.



Und wieder einmal müssen wir damit schmerzlich erfahren, wie häufig psychische und soziale Probleme alter Menschen gesellschafts- und politikgemacht sind. Psychotherapie erweist sich dann einmal mehr als Reparaturwerkstatt für sozialpolitische Versäumnisse. Natürlich helfen wir. Wir sollten aber Probleme älterer Menschen nicht nur unter geriatrischem, gerontopsychiatrischem, gerontopsychologischem oder psychotherapeutischem Blickwinkel sehen und bearbeiten, sondern sie auch dort anmahnen, wo sie erzeugt wurden. Damit alte Menschen sagen können: „Leben und Sterben, wo ich hingehöre“ (Klaus Dörner 2007¹).

Wir wünschen Ihnen, liebe Leserin und lieber Leser, viel Freude bei dieser PiD und viel Neugier bei der Lektüre dessen, was auch Sie erwarten könnte. Denn eines ist sicher, wir befassen uns mit diesem Thema auch mit unserer Zukunft, falls sie für Sie nicht schon Gegenwart geworden ist, denn: Der Altersdurchschnitt der therapeutischen Berufsgruppe liegt derzeit bereits bei 51 Lebensjahren².

¹ Dörner K. Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster: Paranus, 2007 (siehe Buchempfehlungen).

² BPtK-Mitglieder: Altersstruktur und Nachwuchsbedarf. BPtK-Newsletter 2006; 1 (Februar): S. 6.

In eigener Sache

Liebe Leserinnen und liebe Leser,

PiD kommt ins neunte Jahr nach unserem Start im März 2000 mit dem ersten Heft „Posttraumatische Belastungsstörungen“. Mit dem Heft 4, 2006 „Psycho-trauma“ hat sich das Thema wiederholt. Auch mit Heft 4, 2007 haben wir ein PiD-Thema aus dem ersten Jahrgang 2000 erneut aufgegriffen. Fällt PiD nichts Neues ein? Gibt es keine neuen Perspektiven mehr?

Nein, dem ist nicht so. Diese Themen haben wir erneut aufgegriffen, weil es dazu viel Neues mitzuteilen und zu diskutieren gibt. Schaut man die PiD-Hefte durch, dann fällt auch auf, dass der Dialog weitergegangen und fortgeschritten ist. Waren die Beiträge in den früheren Heften noch artig sortiert nach den verschiedenen therapeutischen Schulen, so zeigt sich das Fortschreiten des Dialogs darin, dass diese Sortierung zugunsten eines integrierenden Dialoges zunehmend gewichen ist. Wenn wir vergangene Themen aufgreifen, dann heißt das, dass es dort Entwicklungen gibt, die es wert sind, dargestellt und diskutiert zu werden.

Mit anderen Worten: PiD geht mit der Entwicklung der Psychotherapie oder sagen wir selbstbewusst: PiD hat die Entwicklung der Psychotherapie heraus aus den Schulenstreitigkeiten hinein in den Dialog wesentlich vorangebracht.

Dem aufmerksamen Beobachter ist weiter aufgefallen, dass sich das Herausgebergremium ändert. Zuerst waren es **Arist von Schlippe** und **Ulrich Streeck**, die in der Herausgeberrunde neuen Mitgliedern Platz gemacht haben. Hinzugekommen sind zuerst **Bettina Wilms** und **Henning Schauenburg**, die wir in Heft 3, 2006 begrüßten. Jetzt kommen ab 2008 **Maria Borsca**, **Barbara Stein** und **Volker Köllner** hinzu.

Frau Prof. Dr. Maria Borsca ist Professorin für Psychologie/Klinische Psychologie an der Fachhochschule Nordhausen in Thüringen. Sie hat Psychologie, Philosophie und Soziologie an den Universitäten Mainz, Freiburg und Strasbourg studiert. Als approbierte Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) vertritt sie in PiD die systemische Perspektive.

Frau Dr. Barbara Stein ist nach dem Studium der Psychologie und Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin seit 2005 tätig als Leitende Psychologin an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Klinikum Nürnberg. Ihr Schwerpunkt ist die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, Paar- und Familientherapie.

Herr Prof. Dr. med. Volker Köllner ist nach dem Studium der Humanmedizin, Ausbildung zum Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und langjähriger Tätigkeit als Oberarzt am Universitätsklinikum Dresden seit 2004 Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin an den Bliedalkliniken, Blieskastel. Er hat eine Professur für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Universitätsklinik Homburg/Saar.

Und wer macht Platz? Es ist **Steffen Fliegel**, der mit dem neunten PiD-Jahr seine aktive Mitarbeit in der Herausgeberrunde aufgeben wird mit dem von ihm mitgestalteten Heft über „Alter“.

Alter, ist das das Stichwort?

Nein, der Wechsel hat nichts mit dem unübersehbar fortschreitenden Alter auch der Herausgeber zu tun. Auch wenn wir uns noch eher jung fühlen, haben wir uns zeitig vorgenommen, dass PiD wirklich jung bleibt und damit Ihnen, liebe Leserinnen und Leser der kritische PiD-Dialog noch sehr lange erhalten bleibt. Und heute ist nicht früher, vor allem auch in der Psychotherapie. Die sog. jüngere Generation hat andere Problem-



Maria Borsca



Barbara Stein



Volker Köllner



Steffen Fliegel

und Aufgabenstellungen, und dem möchten wir weiterhin den Raum und die Bühne geben.

Und deswegen haben wir uns als Alt-Herausgeber gedacht, dass eine Verjüngung der Herausgeberrunde PiD und da-

mit der Psychotherapie gut tun wird. Wir, die Alt-Herausgeber, haben einen Dialog in der Psychotherapie angestoßen, der konstruktiv und offen von Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, aufgegriffen worden ist. Das zeigt sich nicht nur an der steigend hohen Auflage von PiD, sondern hat seinen Ausdruck auch in der positiven Resonanz auf unsere PiD-Tagungen gefunden, die wir aus organisatorischen Gründen hoffentlich nur vorübergehend aufgegeben haben.

Es erstaunt uns immer wieder selbst, dass wir Alt-Herausgeber es geschafft haben, über unsere berufspolitischen Interessen und Verpflichtungen hinaus, und

die haben wir natürlich auch gehabt, gemeinsam in einen so konstruktiven Dialog zu kommen, der uns bei allen oft auch unterschiedlichen Meinungen zu dieser produktiven Zusammenarbeit und zu den freundschaftlichen Beziehungen gebracht hat.

Um noch einmal auf das Alter zu kommen. Wir, die Altherausgeber, kommen natürlich langsam in das Alter, in dem man sich gelegentlich schon mal rückblickend fragt, was wir geschaffen haben. Das ist, was PiD betrifft, doch ganz ordentlich. Man fragt sich dann, was bleibt im Gedächtnis? Der Entwickler oder der Vollender? Wir hoffen, dass die neuen

Herausgeber und Herausgeberinnen so erfolgreiche Vollender des Dialogs in der Psychotherapie sind, dass die Entwickler zumindest nicht mehr so notwendig sein werden.

Steffen Fliegel danken wir Herausgeber schon an dieser Stelle ganz herzlich dafür, dass er unsere Runde so sehr bereichert hat. In einem der nächsten Hefte werden wir ihn in einem Interview selbst ausführlich zu Wort kommen lassen.

Für die Herausgeber:
Wolfgang Senf

Alter und Psychotherapie – Von der Annäherung zweier Fremder

Ein klinisches Feld gewinnt Konturen

Meinolf Peters

Zusammenfassung

Die Psychotherapie älterer Menschen wird zunehmend mehr akzeptiert, bestehende Vorurteile lösen sich auf. Der bereits bestehende und künftig weiter anwachsende Behandlungsbedarf vergrößert die Bedeutung dieses klinischen Arbeitsfeldes. Wichtige Grundlagen zur notwendigen weiteren Entwicklung und wissenschaftlichen Fundierung der Arbeit liefert die Entwicklungspsychologie des Alters. Im Folgenden werden diesbezüglich wichtige Aspekte dargestellt, weiter wird auf die Unterschiede in der Psychotherapie älterer und jüngerer Menschen eingegangen. Abschließend erfolgt eine kurze Zusammenfassung bisheriger Ergebnisse der Evaluationsforschung.

Schlüsselwörter

Ältere Patienten, Psychotherapie, Entwicklungspsychologie des Alters, Evaluationsforschung

Von der Auflösung eines Vorurteils

Fremdheit und die Wirkung von Vorurteilen

Als Vorurteil bezeichnet man in der Sozialpsychologie ein grob vereinfachtes, stereotypes und mit einer negativen Gefühlsqualität einhergehendes Bild einer Gruppe, das eine verzerrte Wahrnehmung einzelner Mitglieder der Gruppe und unter Umständen deren diskriminierende Behandlung zur Folge hat. Nicht das Unbekannte allein führt zur Bildung von Vorurteilen, diese entstehen vornehmlich dann, wenn es mit einem Fremdheitsgefühl, d.h. Verunsicherung oder Beunruhigung einhergeht. Doch was haben diese Überlegungen mit der Psychotherapie Älterer zu tun? Macht es Sinn, das Gefühl der Fremdheit und die sozialpsychologische Kategorie des Vorurteils heranzuziehen? Leben nicht die älteren Menschen mitten unter uns, begegnen wir ihnen nicht tagtäglich, wie können sie da fremd sein?

Doch so nah sie uns zu sein scheinen, so fern sind sie in Wirklichkeit. Untersuchungen belegen eine ausgesprochene Altershomogenität der Kommunikationsnetze, d.h. nichtverwandte Personen im sozialen Netzwerk sind fast ausschließlich gleichen Alters (Filipp u. Mayer 1999). In der alltäglichen Lebenswelt gibt es nur wenige Berührungspunkte zwischen Jüngeren und Älteren, von der jeweiligen Lebenswelt der anderen bestehen nur unvollkommene, oft verzerrte Vorstellungen.

Aber, so könnte man einwenden, wir alle haben doch unsere Großeltern kennengelernt, wie lässt sich da eine Aussage aufrechterhalten, die die Fremdheit

der Generationen postuliert? Doch auch dieser Einwand wird anhand sozialpsychologischer Befunde zur Vorurteilsforschung widerlegt, die zeigen, dass Vorurteile erstaunlich resistent gegenüber inkongruenten Informationen sind. Der Kommunikationsforscher Giles (Giles et al. 1990), der zahlreiche empirische Studien zur Kommunikation zwischen Jüngeren und Älteren durchgeführt hat, spricht denn auch von der Begegnung zweier sozialer Gruppen, die einer „interkulturellen“ Begegnung gleichkommt, was zu einem defensiven Kommunikationsverhalten führt, welches der Wahrung psychologischer Distanz und dem Schutz der eigenen Identität dient.

Damit soll keineswegs erneut dem vielfach beschworenen Generationenkonflikt oder gar Generationenkrieg das Wort geredet werden, es geht vielmehr um eine subtil spürbare Unsicherheit im Umgang, die mit Fremdheit zu tun hat. Fremdheit im Alltäglichen aber wirkt auch in die professionelle Begegnung hinein, wie Studien an Hausärzten zeigen, die unter dem Stichwort des „geriatrischen Nihilismus“ bzw. des Ageism durchgeführt werden (Brendebach u. Piontowski 1997). Es besteht also kein Anlass, die psychotherapeutische Begegnung hier auszunehmen, geht diese doch vermutlich mehr noch als eine hausärztliche Behandlung von der normalerweise „geteilten kulturellen Basis“ aus, die gewissermaßen eine stumme, implizite Matrix bildet, so der Schweizer Psychoanalytiker Michel (1999) mit Blick auf die interkulturelle Psychotherapie. Was aber liegt der Fremdheit zugrunde, die bislang zwischen älteren Menschen und Psychotherapeuten stand, welche Folgen hat sie und was kann zu ihrer Überwindung beitragen. Hierzu einen Beitrag zu

leisten ist Anliegen der folgenden Arbeit.

Von den Folgen des Gehorsams

Die heutigen Älteren sind in einer traditionellen Gehorsams- und Verzichtsgesellschaft aufgewachsen, die ihnen ein enges, strenges Wertesystem aufgezwungen hat. Zu welchem martialischen Auswuchs dies in der Zeit der Wilhelminischen Epoche und der Weimarer Republik geführt hat, wird in den Männerfantasien von Klaus Theweleit (1986) sichtbar, in denen dieser die neurotischen Komplexe, die aggressiv aufgeladenen Fantasien und die Geringschätzung des Weiblichen und des Gefühlshaften minutiös herausgearbeitet hat.

Dass die von Theweleit untersuchten Freikorps nur ein extremer Auswuchs eines allgemeinen gesellschaftlichen und familiären Klimas waren, lässt sich aus der Arbeit von Chamberlain (1997) schließen, die Erziehungsratgeber aus der Zeit des Dritten Reiches untersucht hat. In diesen wird ein Erziehungsideal gepriesen, in dem Härte, Strenge und eine Geringschätzung der Gefühls- und Beziehungswelt einen besonderen Wert besaßen. Eine daran ausgerichtete Erziehung erzwingt eine „verinnerlichte Disziplinierung“, deren Folgen sich bis heute in einer distanzierten Haltung Älterer zur Psychotherapie bemerkbar machen, die sie als etwas Fremdes, ja Beunruhigendes betrachten. Deren Ablehnung geht dann nicht nur auf Unkenntnis zurück, sondern dient auch der Vermeidung von Schamgefühlen, die mit der Vorstellung verbunden sind, sich in einer Weise zu offenbaren, wie es der eigenen Werthaltung widerspricht. Eine ablehnende oder doch skeptische Haltung gegenüber Psychotherapie ist bis heute bei Älteren stärker als bei jüngeren Menschen ausgeprägt (Zank 2002, Peters et al. 2000). Die Folgen des Gehorsams sind also keineswegs völlig überwunden.

Freud und die Folgen

Die distanzierte Haltung der Älteren selbst korrespondiert mit Fremdheitsgefühlen und Vorurteilen aufseiten der Therapeutinnen und Therapeuten. Die negativen Aussagen Freuds zur Behandelbarkeit älterer Patientinnen und Patienten können bis heute nicht als historische Randnotiz zur Seite gelegt werden. Freud

schrrieb 1904, damals selbst 48 Jahre alt: „Auch eine Altersstufe in der Nähe des fünften Dezeniums schafft ungünstige Bedingungen für die Psychoanalyse. Die Masse des psychischen Materials ist dann nicht mehr zu bewältigen, die zur Herstellung erforderliche Zeit wird zu lang und die Fähigkeit, psychische Vorgänge rückgängig zu machen, beginnt zu erlahmen“ (zit. nach Gay 1987).

Diese, von ihm lebenslang durchgehaltene Auffassung, ist auf ein ausgesprochen negatives Altersbild Freuds zurückzuführen. In seinen Briefen hatte er sich schon früh immer wieder mit seinem „Alterskomplex“, wie er ihn selbst später bezeichnete, befasst. So beschreibt er sich knapp 40-jährig in einem Brief an Fließ als gealtert, schwerfällig, nicht gesund, als einen „alten, etwas schäbigen Israeliten“ (vgl. Gay 1987). Seine Einstellung zum Alter und seine skeptische Haltung im Hinblick auf die Behandlungsmöglichkeiten älterer Menschen korrespondieren also in auffälliger Weise.

Darüber hinaus entspricht diese Auffassung aber auch der Herabwürdigung und dem Statusverlust des Alters mit Beginn der Industriegesellschaft, die nun Jugend als Symbol für Neues, für Aufbruch und Zukunft pries. Freud erweist sich hier als Denker, der sich in dieser Frage nicht über den gesellschaftlichen Zeitgeist hinwegzusetzen vermochte. In dieser Zeitgebundenheit dürfte der Grund zu suchen sein, dass seine Auffassung nachfolgende Psychotherapeutengenerationen in nachhaltigerer Weise prägte als etwa die Auffassung Abrahams, Zeitgenosse Freuds und einem der Gründungsväter der Psychoanalyse, dass nicht das Lebensalter, sondern das Alter der Neurose für die Behandlungsmöglichkeit ausschlaggebend sei (vgl. Radebold 1992).

In der Folge wurde das Thema Alterspsychotherapie auch in der Literatur völlig vernachlässigt, wenn nicht unverhohlen negativ dargestellt. Davon ist auch die Verhaltenstherapie, deren lernpsychologisches Paradigma altersunabhängige Prinzipien formulierte, nicht auszunehmen, auch sie vermochte sich zunächst nicht über das gesellschaftlich geprägte Defizitbild des Alters hinwegzusetzen.

Folgen der Fremdheit und Anzeichen ihrer Überwindung

Die Fremdheit hatte auf beiden Seiten eine Ablehnungsreaktion zur Folge, sie führte zu einem stillschweigenden Vermeidungsbündnis, das auch von dritter Seite, sprich den Kostenträgern, Verbänden etc. nicht infrage gestellt wurde. Dieses Dreierbündnis hat bis in die heutige Zeit hinein Bestand, wie die Behandlungszahlen belegen. Alle Erhebungen aus den 90er-Jahren weisen nach, dass Ältere in psychotherapeutischen Praxen in eklatanter Weise unterrepräsentiert sind (Heuft et al. 2006). In keiner der Untersuchungen ist der Anteil der über 60- bzw. 65-Jährigen größer als 1 bzw. 1,5%, wobei die Frage, ob es sich um Verhaltenstherapeuten oder psychodynamische Therapeuten handelte, kaum von Belang war. In Psychosomatischen Kliniken ist der Anteil Älterer bei den 60- bis 69-Jährigen zwar höher, der Anteil der über 70-Jährigen geht aber ebenfalls nicht über 2% hinaus, was eine im Jahre 2001 durchgeführte Wiederholung einer Befragung aus dem Jahre 1993 bestätigt hat (Peters 2006). Bedenkt man, dass der Anteil über 60-Jähriger an der Gesamtbevölkerung inzwischen ca. 25% beträgt, wird das Ausmaß der Diskrepanz zwischen dem vermutendem Behandlungsbedarf und tatsächlicher Inanspruchnahme deutlich.

Betrachtet man diese Behandlungsrealität als Folge der bestehenden Vorurteile, so kann dennoch nicht übersehen werden, dass diese keine reinen Fantasieprodukte sind, sondern in der Realität ihren Ausgang nehmen, die sie jedoch einseitig und verzerrt widerspiegeln. Die negativen Darstellungen der psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten bei Älteren beruhen zweifellos auch auf einem realistischen Kern, der in der skeptischen Haltung der Älteren und ihrer mangelnden Bereitschaft zur Selbstöffnung begründet ist. Doch dieser Realitätskern dürfte sich durch den Kohortenwechsel immer mehr verflüchtigen. Die vorherige, noch in stärkerem Maße durch die oben skizzierte Erziehungshaltung geprägte Kohorte Älterer, deren Mitglieder jetzt bereits hochbetagt oder verstorben sind, ist längst durch nachfolgend geborene Kohorten abgelöst worden, bei denen eine patriarchalische, autoritäre Sozialisation nicht nur weniger Spuren hinterlassen hat, sondern die aufgrund gewachsener gesundheitlicher und Bildungsres-

sources über ein Potenzial verfügen, das für den Erfolg von Psychotherapie nicht unbedeutend ist.

Indem sich der Realitätskern immer weiter auflöst, verändern sich mit zeitlicher Verzögerung auch die Vorurteile der psychotherapeutisch Tätigen; sie weichen einer differenzierteren Vorstellung, wie sie empirische Studien bereits seit längerem abbilden. Die Untersuchungen zur Psychotherapiemotivation Älterer zeigen denn auch, dass zwar der Anteil der Ablehner deutlich größer ist als bei Jüngeren, es sich gleichwohl um eine sehr differenzierte Gruppe handelt, von der ein erheblicher Teil aufgeschlossen für Psychotherapie ist, bzw. bei der eine solche Aufgeschlossenheit rasch geweckt werden kann (Peters 2006). So zeigen neuere Studien, dass nahezu die Hälfte psychisch belasteter Älterer Gespräche gegenüber einer psychopharmakologischen Behandlung bevorzugen. Diese Entwicklung wird bei den jetzt nachrückenden Kohorten Älterer, die bereits durch die Liberalisierung von Werten und Normen und die Aufbruchstimmung der 60er-Jahre beeinflusst ist, noch mehr zur Geltung kommen.

Die veränderten Einstellungen werden mehr Ältere in die Praxen der Psychotherapeuten führen, die damit in einen Erfahrungsprozess hineingezogen werden, der ihren Vorbehalten entgegensteht. Wirklichkeitserfahrungen sind am ehesten geeignet, Vorurteile zu verändern und einseitige Bilder zu differenzieren. Einen empirischen Hinweis darauf fand Zank (2002), in deren Befragung niedergelassener Therapeuten die Tatsache, bereits Erfahrungen in der Behandlung Älterer gesammelt zu haben, der einzig bedeutsame Prädiktor war, um die Bereitschaft zur Behandlung Älterer vorherzusagen. Damit ist ein Erfahrungs- und Veränderungsprozess eingeleitet, der bereits über die einzelne Praxis hinausreicht und sich in der allmählichen Konturierung und wissenschaftlichen Fundierung des klinischen Feldes der Alterspsychotherapie niederschlägt.

Versorgungsdefizite und Behandlungsbedarf

Wie werden psychisch kranke Ältere behandelt?

Da psychisch kranke ältere Menschen bisher nur in geringer Anzahl psychotherapeutisch behandelt werden, stellt sich die Frage, wie und wo sie versorgt werden. Die Antwort darauf fällt recht eindeutig aus: Ca. 90% dieser Gruppe wird vom Hausarzt versorgt. Zwar ist der Anteil psychisch kranker Älterer auch in anderen somatisch orientierten Versorgungssegmenten wie internistischen oder geriatrischen Abteilungen erheblich, doch die große Mehrheit verbleibt in der hausärztlichen Behandlung. Damit sind allerdings zahlreiche Probleme verbunden. Im Vordergrund steht die Tatsache, dass nahezu die Hälfte der psychischen Erkrankungen unerkannt bleibt, was auf eine lückenhafte Symptomschilderung der Älteren zurückgeführt werden kann, oder auf altersstereotype Vorstellungen der Ärzte wie die Annahme, depressive Verstimmungen seien im Alter normal und ohnehin nicht behandlungsfähig.

Aber auch die meist langjährige Behandlungsbeziehung kann Ärztinnen und Ärzte dazu verleiten, eine als Stigmatisierung empfundene Diagnose zu vermeiden und von einer fachärztlichen Überweisung abzusehen. Dass aber auch unzureichendes Wissen eine nicht unerhebliche Rolle spielt, wird spätestens anhand der medikamentösen Versorgungspraxis etwa bei Depressionen deutlich. Den Ergebnissen der Berliner Altersstudie zufolge werden sie nur in 6% der Fälle mit Antidepressiva behandelt (Steinhausen-Thiessen u. Borchelt 1996), stattdessen in exorbitantem Ausmaß mit Benzodiazepinen; kein Patient der untersuchten Population wurde übrigens psychotherapeutisch behandelt.

Zur Unklarheit über den gegenwärtigen Behandlungsbedarf

Die diagnostischen Probleme, vor denen der Hausarzt steht, haben ihre Ursache auch in der erhöhten diagnostischen Komplexität. Nicht nur die Anzahl der Diagnosen steigt im Alter an, diese sind auch weniger leicht voneinander abzugrenzen; besonders augenfällig wird dies an der Schwierigkeit, Depression und Demenz eindeutig zu unterscheiden

(s. Stoppe in diesem Heft). Ein weiteres Problem stellt die hohe Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen und die Unterscheidung von somatisch und psychogen verursachten Symptomen dar. Aber auch im Bereich der eindeutig psychischen Erkrankungen ist eine hohe Komorbidität etwa zwischen Depressionen und Angststörungen festzustellen (Weyerer u. Bickel 2006).

Diese Schwierigkeiten stellen sich aber nicht nur bei der Diagnose- und damit der Indikationsstellung, sie erschweren auch die Ermittlung von Prävalenzraten und damit eine Abschätzung des Behandlungsbedarfs. In der Vergangenheit wurde von relativ konstanten oder gar sinkenden Prävalenzraten bei reversiblen psychischen Störungen ausgegangen. Danach galten etwa ein Viertel der über 65-Jährigen als psychisch krank, und zwar zu gleichen Teilen von demenziellen Erkrankungen und funktionellen psychischen Beeinträchtigungen, unter denen die affektiven Störungen dominieren. Dieses vergleichsweise günstige Bild hat inzwischen Risse erhalten. Der Berliner Altersstudie – eine aufwendige interdisziplinäre Studie an über 70-Jährigen – zufolge ist weniger als die Hälfte (44%) der über 70-Jährigen frei von jeglichen psychischen Symptomen (Helmchen et al. 1996). Zusätzlich zu den als eindeutig psychisch krank diagnostizierten Älteren zeigten sich bei weiteren 33% der Stichprobe subdiagnostische Störungen, die zwar nicht die formalen Krankheitskriterien erfüllten, aber dennoch zu einem großen Teil als behandlungsbedürftig eingeschätzt wurden, was auch neuere Studien bestätigen.

Wurde also die Prävalenz psychischer Störungen im Alter in der Vergangenheit unterschätzt? Im Hinblick auf die Gründe hierfür wird insbesondere die Unzulänglichkeit der diagnostischen Klassifikationssysteme diskutiert (Maerker 2002), da diese die Altersveränderungen der Störungsbilder, wie z. B. eine größere Körpernähe bei Depressionen, nicht berücksichtigen. Neuere Untersuchungen zeigen etwa größere Prävalenzraten bei Angst- und Persönlichkeitsstörungen. Funktionelle Körperbeschwerden wurden bisher ohnehin kaum untersucht, treten aber neueren Studien zufolge ebenso gehäuft auf wie Schlafstörungen, von denen nahezu ein Drittel der über 60-Jährigen betroffen ist (Weyerer u. Bickel 2006). Das noch junge Fachgebiet der Gerontopsy-

chosomatik lässt erhoffen, dass zukünftig mehr Forschungsanstrengungen unternommen werden, die eklatanten Defizite auszugleichen (Heuft et al. 2006).

Zur Entwicklung des weiteren Behandlungsbedarfs

Wenn schon der derzeitige Behandlungsbedarf vermutlich unterschätzt wird, so besteht kein Zweifel an einem deutlichen Anstieg in der Zukunft. Verantwortlich hierfür ist zunächst einmal die demografische Entwicklung, in deren Folge sich der Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung deutlich erhöhen wird, allerdings vornehmlich in der Gruppe der betagten Älteren. In der Gruppe der jungen Senioren (60 bis 69 Jahre), die bislang die größte Gruppe der psychotherapeutisch behandelten Älteren stellt, ist mit einem vorübergehenden Anstieg von ca. 9 Mio. auf 12,7 Mio. im Jahre 2030 zu rechnen, d.h. einem Anstieg von 28%, der danach wieder abflacht. In der Gruppe der mittleren Senioren (70 bis 79 Jahre) wird eine ähnliche Tendenz vorausgesagt, allerdings um zehn Jahre zeitversetzt. Ein wesentlich steilerer Anstieg wird in der Gruppe der älteren Senioren (ab 80) prognostiziert. Damit wird deutlich, dass sich die Versorgungsproblematik im betagten, d.h. unterstützungsbedürftigen Alter wesentlich schärfer stellen wird, was vornehmlich die Pflege betrifft. Es ist aber auch mit einem deutlich steigenden Versorgungsbedarf bei den jüngeren und mittleren Senioren zu rechnen, d.h. den im Hinblick auf Psychotherapie besonders relevanten Gruppen.

Neben der demografischen Entwicklung wird der zukünftige Behandlungsbedarf jedoch auch von gesellschaftlichen Entwicklungstrends beeinflusst werden. Auch Ältere geraten zunehmend in den Sog der Offenheit einer „fließenden Gesellschaft“, die ihre Traditionen über Bord wirft und jedem Einzelnen sein Leben als eigenes Projekt überlässt. Die späte Freiheit, die Rosenmayr (1983) noch vor fast einem Vierteljahrhundert ausrufen konnte, wird mehr und mehr zur riskanten Freiheit. Wie sehr sich das Leben im Alter dadurch wandelt und postmoderne Züge aufweist, zeigen neuere Befunde zum Alterssurvey, denen zufolge sich der Anteil der Einpersonenhaushalte stetig erhöht und bei ohnehin geringerer Kinderzahl die Kontaktdichte zwischen alten Eltern und erwachsenen

Kindern aufgrund zunehmender Mobilität verringert (Hoff 2006). Diese Trends werden auf Dauer nicht ohne Konsequenzen auf Entstehung und Verlauf psychischer Erkrankungen sowie auf Hilfe- und Unterstützungsleistungen bleiben. Darüber hinaus wird der zukünftige Behandlungsbedarf auch von dem Inanspruchnahmeverhalten der nachrückenden Kohorten Älterer abhängen, die vermutlich psychotherapeutischen Angeboten aufgeschlossener gegenüberstehen werden. Neueren Befunden zufolge ist bereits jetzt der Anteil der 50- bis 60-jährigen in den Praxen der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf 11% angestiegen (Zepf et al. 2001).

Entwicklungspsychologische Grundlagen – Chancen der Psychotherapie

Die moderne Entwicklungspsychologie stellt als Grundlagenwissenschaft ein unverzichtbares Basiswissen für die Psychotherapie Älterer bereit (Filipp u. Staudinger 2005). Einige herausgehobene Themen sollen kurz skizziert werden.

Vom Defizit- zum Kompetenzmodell – Ein Zwischenschritt

Dem negativen Altersstereotyp entspricht in der Gerontologie das Defizitmodell des Alters (Lehr 2000), das sich insbesondere auf frühe Untersuchungen zur Intelligenzentwicklung stützte und von der Vorstellung eines unidirektionalen, entdifferenzierenden Abbauprozesses ausging. Ein solches Paradigma ließ kaum einen Spielraum für Interventionsmöglichkeiten zu. Doch die frühen Befunde zur Intelligenzentwicklung im Alter sind bald einer differenzierteren Vorstellung gewichen, der zufolge zwar ein Abbau in der fluiden, kaum jedoch in der kristallinen Intelligenz zu verzeichnen ist. So wurde in den 70er-Jahren das Defizitmodell durch ein Kompetenzmodell des Alters abgelöst, das die besonderen Fähigkeiten Älterer betont. In der Folgezeit etablierten sich Begriffe wie kompetentes, erfolgreiches oder aktives Altern, womit ein Paradigmenwechsel markiert ist, der dazu führte, das Alter nunmehr in einem ausgesprochen positiven Licht zu sehen.

Doch auch diesem Zwischenschritt folgte eine Korrektur, die von einem der führenden Vertreter dieses Paradigmenwechsels selbst, dem international renommierten Gerontologen Baltes eingeleitet wurde. Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie (Mayer u. Baltes 1996) ließen ihn das Bild vom Alter als „Hoffnung mit Trauerflor“ entwerfen. Es hatte sich gezeigt, dass die positiven Befunde überwiegend an jüngeren Älteren erhoben worden waren. Bei den Betagten sind aber Einbußen nicht mehr zu übersehen, und der Anteil derer, die ihre Situation als überwiegend gut oder sehr gut dargestellt hatten, schrumpft mit zunehmendem Alter immer weiter. Die von Baltes skizzierte Dialektik von Einbußen und Gewinnen macht auch in der Psychotherapie einen „doppelten Blick“ auf Verluste und Defizite einerseits und Ressourcen andererseits erforderlich.

Baltes war es auch, der in den Ergebnissen der Berliner Altersstudie eine Begründung für die inzwischen etablierte Unterscheidung in drittes und viertes Lebensalter sah; während im dritten Lebensalter noch ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen, Einbußen auszugleichen, scheinen diese nach Überschreiten des 80. Lebensjahres allmählich erschöpft zu sein. Jetzt treten Abbauprozesse deutlicher hervor und führen zu sichtbaren Einschränkungen, die nicht mehr zu kompensieren sind. Im Hinblick auf Psychotherapie ist diese Unterscheidung insofern von Bedeutung, als die Psychotherapie Älterer sich bisher fast ausschließlich auf Ältere des dritten Lebensalters bezieht, bei denen noch ausreichend Ressourcen vermutet werden, während die betagten Älteren nach wie vor ausgeschlossen bleiben. Die bisherige Öffnung ist an dieser Gruppe fast vollständig vorbeigegangen.

Gerontoneuropsychologie – Erweiterung eines alten Themas

Der Boom der Neuropsychologie hat nunmehr auch das Alter erreicht. Zwar hat dieses Thema im Zusammenhang mit Demenz (s. Stoppe in diesem Heft) schon lange eine besondere Rolle gespielt, doch die neuere Gerontoneuropsychologie versucht, nicht allein Defizite und pathologische Prozesse zu beschreiben, sondern ein differenzierteres Bild zu zeichnen. Dazu sind insbesondere die Befunde zu rechnen, die zeigen, dass die