

STIEFKINDER DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG
GEMEINSAME FACHTAGUNG DER LÄK UND DER LPPKJP HESSEN

18./19. Juni 2010
Haus am Dom, Frankfurt

Psychotherapie mit älteren Menschen

Christiane Schrader
Dipl. Psych., Psychoanalytikerin, PP
Supervisorin, Dozentin

Institut für Alternspsychotherapie und
angewandte Gerontologie

Gerontologische Aspekte

Die demographische Entwicklung ist bekannt:

Aufgrund unserer zivilisatorischen
Errungenschaften werden immer mehr
Menschen immer älter.

$\frac{1}{4}$ der Bevölkerung ist inzwischen über 60 Jahre.

Diese Entwicklung hat das Alter(n) und
unser Bild des Alters grundsätzlich
verändert.

Ab wann ist man alt?

Das hängt von den verwendeten Indikatoren ab:

- Chronologisches Alter
- Subjektiv empfundenes Alter
- Alter als soziale und kulturelle Kategorie
- Die gerontologische Forschung untersucht das „normale“ Altern, das sich an durchschnittlichen Verläufen orientiert, um den Alternsprozess von Krankheitsprozessen abzugrenzen (Zank et al.).

Das heutige Alter

- Wenn man das Alter ab 60 beginnen lässt, kann es bis zu vierzig Jahre umfassen, und damit mehr als ein Drittel der Lebensspanne.
- Es umfasst heute im Schnitt ein Viertel des Lebens, denn die derzeitige Lebenserwartung einer 60j. Frau beträgt ca. 25 Jahre, die eines 60j. Mannes ca. 21 Jahre.

Diese Entwicklung verändert unsere heutigen Lebenszyklen und Identitätsentwürfe nachhaltig.

Das Alter ist eine hochdynamische Lebensphase

- Wenn Sie sich Familienangehörige, Freunde und Patienten zwischen 60 und 90 Jahren vor Augen führen, fallen zunächst die äußeren, körperlichen Veränderungen auf, die bisher unbekannte Gefühle und Konflikte wecken können und Bewältigung und Selbstfürsorge verlangen.
- Familie und Partnerschaft verändern sich. Die Lebenszeit der Elternschaft ist heute oftmals länger als die Familienphase. Die durchschnittliche Ehedauer hat sich in den letzten 100 Jahren verdoppelt. Damit gibt es mehr Erlebnis- und Gestaltungs-möglichkeiten aber auch mehr Konfliktpotential.
- Die berufliche Tätigkeit endet und ermöglicht neue Freiräume für alte und neue Interessen. Es entfällt aber auch ein wichtiges Feld narzisstischer, libidinöser und aggressiver Befriedigungen.
- Körperliche „Schwachstellen“ oder Krankheiten erfordern Beachtung und Behandlung bis hin zur zunehmenden Krankheiten, zu Gebrechlichkeit zur evt. Pflegebedürftigkeit, zu Sterben und Tod.
- Unvermeidliche Verluste stehen psychischen Entwicklungsmöglichkeiten – bis hin zur Annahme der zunehmenden Abhängigkeit und der Unausweichlichkeit des Todes- gegenüber.
- Das Alter fordert die Lebenserfahrung und die Bewältigungsmöglichkeiten des Einzelnen – seine lebenspraktische Kreativität- heraus. Diese Lebensphase ist aber auch geeignet, massive Konflikte zu aktualisieren und alte und neue Ängste und Gefühle der Ohnmacht und Verzweiflung zu wecken, die zu psychischen Störungen führen.

Der Körper im Alter

Der Körper ist nicht mehr der stillschweigende Erfüllungsgehilfe unserer Aktivitäten und Leidenschaften; vielmehr wird er zum „Organisator“ der psychischen Entwicklung im Alter (Heuft, 2006).

„Frühe“ und „späte“ Altersphase

- Aufgrund deutlicher Unterschiede zwischen „jungen“ und „alten“ Alten, hat es sich als notwendig erwiesen, eine frühe und eine späte Altersphase zu unterscheiden (60/65 bis 75/80 und 75/80 bis Hochaltrigkeit und Tod).
- Durch unsere zivilisatorischen Errungenschaften wurden die Verluste und Zumutungen des Alters, einschließlich des Sterbens und des Todes, weitgehend in die späte Altersphase abgedrängt – so dass unsere Lebenszyklen „gewonnene Jahre“ (Peters) verzeichnen können.

Von der Defizittheorie zum Modell der Entwicklungsaufgaben

- Früher wurde das Alter aus der Perspektive von Abbau, Involution und Defizit betrachtet.
- Dem stehen heute die bis prinzipiell bis zum Lebensende anhaltende Ressourcen, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten gegenüber.
- Ein zentraler Befund der gerontologischen Forschung besagt, dass die Individualität des Menschen im Alter am stärksten ausgeprägt ist. Hier gibt es die größten Unterschiede innerhalb des Individuums und zwischen diesen.
- Dies sollte uns als PsychotherapeutInnen ermutigen, die Entwicklungsmöglichkeiten älterer PatientInnen ins Auge zu fassen.

Psychotherapie im Alter

- Psychotherapie im Alter bewegt sich zwischen den Polen der psychischen Entwicklung, der Psychopathologie und der altersbedingten Veränderungen.
- Sie muss altersbedingte Veränderungen berücksichtigen (z.B. Verlangsamung), kann auf altersbedingten Ressourcen aufbauen (z.B. Lebenserfahrung) und die Dynamik der Lebensbegrenztheit nutzen (letzte Chance).
- Die anerkannten psychotherapeutischen Verfahren sind auch bei älteren und alten Menschen wirksam, wenn Indikationen und altersbedingten Einflüsse berücksichtigt werden.

Zur Prävalenz psychischer Störungen im Alter

Ein Viertel der über 65jährigen gilt als psychisch krank.

- Das entspricht der Rate im mittleren und jüngeren Erwachsenenalter.
- Jeweils etwa die Hälfte leidet an demenziellen Erkrankungen oder psychischen Störungen.
- Unter diesen psychischen Störungen kommen prinzipiell alle im Erwachsenenleben auftretenden Erkrankungen vor.
- Am weitaus häufigsten sind Depressionen, gefolgt von Angststörungen.
- Ob Depressionen im Alter zunehmen, ist weiterhin strittig.
- Suicid- und Suchtrisiken nehmen jedoch zu.
- Psychische Störungen zeigen sich im Alter vermehrt in Körpersymptomen; funktionelle Störungen nehmen zu.

Zur Versorgungsrealität 1

Ältere sind in psychotherapeutischen Kliniken, Ambulanzen und Privatpraxen kaum vertreten. Sie waren und sind in psychotherapeutischen Praxen erheblich unterrepräsentiert:

- In den 90er Jahren lag der Anteil der über 60jährigen dort bei 0,9 bis 1,5 %.
- Die schulenspezifische Orientierung der Therapeutinnen und Therapeuten hatte hierauf keinen Einfluss.
- In Psychosomatischen Kliniken werden ca. 5% Ältere behandelt,
- jedoch nur 2% über 70jährige.

Zur Versorgungsrealität 2

Neuere Studien verzeichnen eine leichte Zunahme:

- 60 bis 69 Jahre: 4,7%* bzw. 5,0% **
 - Über 70 Jahre: 0,9%* bzw. 1,1%**
 - Über 50-jährige Therapeuten behandelten signifikant häufiger ältere Patienten (50+) als jüngere Therapeuten.
 - Junge Alte haben heute weniger Vorbehalte gegen psychotherapeutische Behandlungen und
 - Frauen weniger als Männer.
-
- * Imai T et al. (2008) Versorgungssituation älterer Menschen hinsichtlich ambulanter Richtlinien-Psychotherapie
 - ** Gallas C et al. (2008) Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie Befunde der TRANS-OP-Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychotherapie

Wohin wenden sich ältere und alte Menschen mit psychischen Störungen?

- Zumeist an den Hausarzt/die Hausärztin.
- Etwa die Hälfte der psychischen Störungen werden dort nicht erkannt.
- Psycho-somatische Multimorbidität und subsyndromale Krankheitsbilder erschweren die Diagnostik
- Altersstereotype begünstigen, dass Symptome (z.B. der Depression) nicht als behandlungsbedürftig angesehen werden, sondern als Begleiterscheinungen des Alterns
- Selbst wenn sie erkannt werden, werden die Patienten nicht an Fachärztinnen, Kliniken oder Psychotherapeuten weiter vermittelt.

Gründe für die Unterversorgung oder das Vermeidungsbündnis

- liegen auf der Seite der ÄrztInnen, der PsychotherapeutInnen und der Patient/innen.
- Es mangelt an Informationen und Ermutigung für die PatientInnen und an Wissen und Kenntnissen über altersbedingte Veränderungen und Entwicklungsmöglichkeiten.
- Auf alle wirken Vorurteile und negative Altersstereotype ein.

Gründe für die mangelnde Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Ältere

- Kohorteneinflüsse (Zeitgeist, Vorurteile, Unkenntnis, Erziehungsideale der Kaiserzeit und des Nationalsozialismus)
- Problemlösung durch Willensstärke
- Annahme körperlicher Ursachen
- Scham-, Schuld- oder Insuffizienzgefühle bei Problemen
- Ungewohnt und bedrohlich, seelischen Schmerz zu erleben
- und darüber mit einem fremden Menschen zu sprechen
- Bildung, Einkommen, kultureller Hintergrund, die Haltung des Hausarztes und der Familie und Freunde spielen eine Rolle

Gründe für Skepsis seitens der PsychotherapeutInnen

- Mangelnde Kenntnisse über die Krankheitsbilder im Alter (Besonderheiten bei Depressionen und Angststörungen).
- Mangelnde Kenntnisse über Entwicklungs- und Behandlungsmöglichkeiten im Alter.
- „Begegnung zweier Fremder“ – aus unterschiedlichen Generationen.
- Eigene Ängste (und/oder Unlust) angesichts der Konfrontation mit Alter, Begrenzung, Krankheit und Tod.
- Befürchtung begrenzt erscheinender Entwicklungsmöglichkeiten und Behandlungserfolge.
- Unsicherheit angesichts der Multimorbidität/ der körperlichen Beschwerden und Erkrankungen.
- Rollenunsicherheit als „Jüngere/r“ bzw. Konflikte mit der umgekehrten Übertragung und der Eigenübertragung.

Haben wir für Ältere und Alte die passenden Behandlungsangebote?

- Die Psychotherapeutische Behandlung Älterer sollte integraler Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Richtlinienverfahren und in den psychotherapeutischen Praxis sein.
- Jede/r Psychotherapeut/in kann sich fortbilden und auch Ältere behandeln.
- Die bewährten psychotherapeutischen Methoden werden für diese Altersgruppe angewendet, weiterentwickelt oder modifiziert werden (z.B. differentielle Indikation).
- Spezifische Interventionen für Ältere im ambulanten und stationären Setting, kommen hinzu (z.B. Selbstständigkeitsinterventionen).

Reichen die bisherigen Versorgungswege und Settings aus?

- Die Berücksichtigung der Lebenswirklichkeit älterer und alter Patienten macht es erforderlich, Psychotherapie auch (zeitweise) aufsuchend und in Institutionen durchzuführen; hierfür fehlen bisher sowohl konzeptionelle Grundlagen als auch Abrechnungsmöglichkeiten.
- Eine besser Kooperation mit anderen Arztgruppen und „vor Ort“ mit überweisenden KollegInnen ist wünschenswert und ratsam.
- Vernetzung und Kooperation der verschiedenen stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen, einschließlich der Einrichtungen der Seniorenberatung, wäre wünschenswert.

Literatur

- Forstmeyer S & Maercker A** (2008) Probleme des Alterns, Hogrefe
- Gallas C et al.** (2008) Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie Befunde der TRANS-OP-Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychotherapie, Psychotherapeut 2008
- Heuft G, Kruse A, Radebold H** (2006) Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, UTB Reinhardt
- Imai T et al.** (2008) Versorgungssituation älterer Menschen hinsichtlich ambulanter Richtlinien-Psychotherapie; Z. Gerontol Geriat 41
- Peters M** (2006) Psychosoziale Beratung und Psychotherapie im Alter, V&R
- Radebold H**(2005/09) Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit, Hilfen für Kriegskinder im Alter, Klett-Cotta
- Weyerer S, Bickel H** (2007) Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter, Kohlhammer Urban TB
- Zank et al.** (2010) Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters, Kohlhammer Urban TB
- Zeitschrift PiA, Psychotherapie im Alter**, Bäurle, Kipp et al. (Hg), Psychosozial-Verlag

Korrespondenzadresse

Dipl. Psych. Christiane Schrader, Poststrasse 5, D-63303 Dreieich, Tel:+49(0)6103-981104

Institut für Alternspsychotherapie und Angewandte Gerontologie

cschrader.infoalter@gmx.de

www.alternspsychotherapie.de