



8. Fachtagung des IVS am 20.November.2010
Die therapeutische Beziehung – Begegnung mit der Vielfalt

Psychotherapie bei Älteren: Spezifisches zur Beziehung und zu Behandlungsmethoden



Copyright:

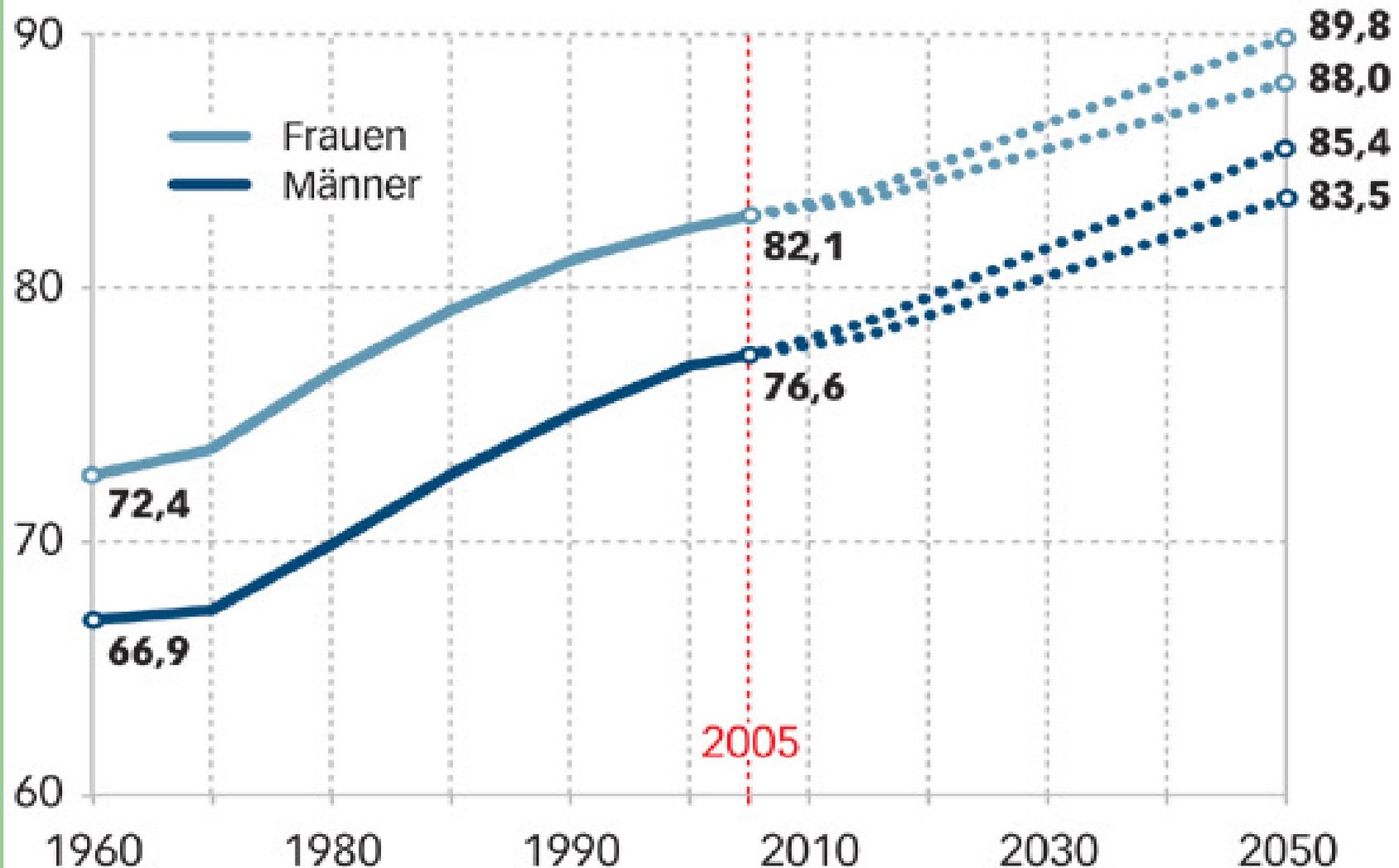
Barbara Rabaioli-Fischer

Tel.: 089 – 2603880

Praxbarab@t-online.de

www.psychotherapie-rabaioli.de

Lebenserwartung Neugeborener in Deutschland in Jahren



1960=1961; bis 1990 Westdeutschland; ab 2010: Trend entsprechend der Annahmen der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts
Quelle: Statistisches Bundesamt

Psychotherapie mit Älteren

- Einführung zum Thema
- Spezifisches zu Beziehung
- Spezifisches zu Störungsbildern und Behandlungsmethoden



Altersspezifische Psychotherapie

- Forschungsstand miserabel
- Versorgungsmangel für Patienten ab > 60 Jahre
- Studien belegen:
 - bei keiner anderen klinischen Population gibt es so große Unterschiede in der Befundlage wie bei Älteren (dies gilt bereits bei den Unterschieden Frauen vs. Männer)
- Besonders schwierig ist die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen und Durchführung von Studien in dieser Gruppe in Bezug auf
 - Medikamente
 - Eingliederung (in Studien)
 - Parallelisierung (durch vielfältige Krankheiten)

PATIENTEN $n = 4$
FOLLOW UP $n = 3$
ERGEBNISSE

	n	%
SEHR GUT	2	66,6
GUT	1	33,3
BEFRIEDIGEND	—	—

TAB 92

IN ANBETRACHT
UNSERER ERGEBNISSE
HALTEN WIR DIES-TROTZ
KLEINER FALLZAHL —
FÜR DIE METHODE
DER WAHL

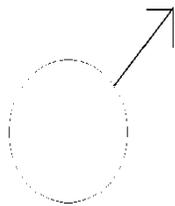


Successful aging



„Anti – aging“ - Bewegung

„double standard of aging“

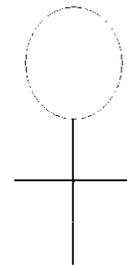


Für Männer gibt es zwei Schönheitsideale:

- „junger Mann“
- „Herr mit den grauen Schläfen“

Für Frauen hingegen nur eines:

- „attraktive junge Frau“



„Altes“ Aussehen der Frau wirkt stärker attraktivitätsmindernd (Sydow 1994)



ältere Frauen brauchen für ein gesundes Selbstbewusstsein ein Selbstbild, das nicht nur körperliche Attraktivität beinhaltet.

(Trend zu gesellschaftlicher Änderung ist aber da, Sydow 2009)

Versorgung durch Psychotherapie bei Älteren

25% der über 65-jährigen sind psychisch erkrankt

Altersdemenzen: über 65-jährige 5% und über 80-jährige 20%

Depression: über 65-jährigen 9-11% - Was keineswegs höher ist
als bei jüngeren Altersgruppen

Weniger als 1% aller Psychotherapie Patienten ist über 65 Jahre.

Daten zur psychotherapeutischen Versorgung zeigen, dass nur 0,2%
der Depressiven über 65-Jährigen Psychotherapie erhalten

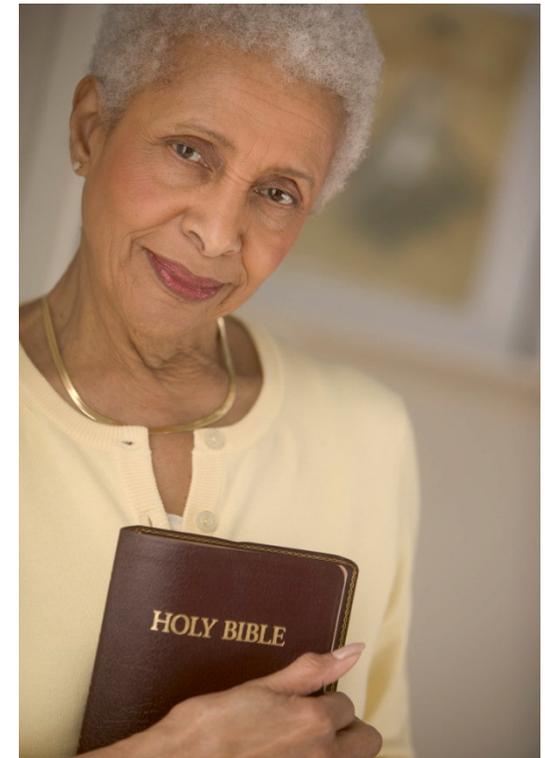
Krankheitshäufigkeiten somatisch

(Güther, 1998)

	Patienten gesamt	Unter 60 Jahre	Ab 60 Jahre
Gesamt	221027	166535 = 75%	54325 = 25%
Keine der 12 Krankheiten	142065	127606 = 90%	14296 = 10%
1 Krankheit von 12	42734	29063 = 68%	13669 = 32%
2 Krankheiten von 12	17641	6976 = 40%	10664 = 60%
3 Krankheiten von 12	9805	2061 = 21%	7744 = 79%
4 Krankheiten von 12	5192	618 = 12%	4574 = 88%
5 Krankheiten von 12	2409	157 = 7%	2251 = 93%
6 Krankheiten von 12	854	48 = 6%	806 = 94%
7 Krankheiten von 12	253	4 = 2%	249 = 98%
8 Krankheiten von 12	66	2 = 3%	64 = 97%
9 Krankheiten von 12	7	- = 0%	7 = 100%
10 Krankheiten von 12	1	- = 0%	1 = 100%

Einflussfaktoren auf die Lebensqualität im Alter

- Soziales Netz
- Ökonomische Situation
- Geschlechtsspezifische Unterschiede
- Körperliche Veränderungen
- Religiöse Bindungen
- Wohnungssituation: Stadt / Land
- Soziales Umfeld
- Geistige Verfassung
- Bedürfnis nach Selbstständigkeit
- Berufliche Sozialisation



Das SOK Modell von Baltes

(1990 & ff.) als Grundlage in der Psychotherapie

Basis sind:

a) Sozioemotionale Selektivitätstheorie von Carstensen und b) Banduras Selbstwirksamkeit

a) Soziale Kontakte zur Regulation von Emotionen (Carstensen)

Unangenehme Kontakte, ↓ C-
angenehme Kontakte, ↑ C+

b) Selbstwirksamkeit beeinflusst ein gelingendes Altern durch selektive Optimierung mit Kompensation (SOK)

SOK-Modell (Baltes & Baltes, 1990)

(Selektive Optimierung mit Kompensation)

Selektion	Man wählt die Aufgaben genauer aus, passt sich an oder verändert Ziele, Erwartungen, Ansprüche, Gewohnheiten, Regeln
Optimierung	Man stärkt und nutzt das, was (noch) da ist: Vorhandene Reserven, Stärken und Handlungsmöglichkeiten
Kompensation	Man schafft und trainiert neue Fertigkeiten. Man sucht bzw. erlernt neue Wege und Bewältigungsweisen

Psychologische Behandlungsverfahren zur Unterstützung der Selektion

Besonders notwendig bei:

- Verlust des Sozialpartners
- Ausscheiden aus dem Berufsleben
- Funktionsverlusten
- Körperlichen Gebrechen oder Behinderungen



Interventionen:

- Kognitive Verfahren und IPT (interpersonelle Therapie)
- Förderung der Kontakte zu Mitbetroffenen
- Lebensrückblicke – Biografisches Arbeiten
- Trauerarbeit
- Erarbeiten und Bewusstmachen von Ressourcen, Fähigkeiten und Interessen

Behandlungsverfahren zur Unterstützung der Optimierung

Verbesserung von:

- Alltagsbewältigung
- Komplexen Handlungsabläufen

Interventionen:

- Aufbau geschickterer Tagesstruktur
- Intensivierung der Wahrnehmung vorhandener Kräfte
- Aufbau eines geschickteren Timings von Handlungsabläufen



Interventionen zu Kompensation

Verbesserung der Umwelt durch:

- Merkhilfen
- Einbezug der Familie, Partner und/oder der Gemeinde
- Einbezug von Serviceleistungen (Essensdienste, Pflegedienste, Einkaufshilfe)



Spezifika der therapeutischen Beziehung bei Älteren



Therapeutische Beziehung bei der Behandlung Älterer

(Bäuerle, Radebold et. al, 2005)

In der 1. Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde ein
Idealbild vermittelt, dass die Bereitschaft zur

- Unterordnung
- Selbstbeherrschung und zu
rigideren Verhaltensnormen
- Sich zurückstellen
- Für andere da sein
vorsah



Dadurch entstehende Probleme für Psychotherapie

- Halten es für eine Frage des Willens und der Disziplin, ihre Probleme in den Griff zu bekommen
- Mögliche Schwächen werden verleugnet
- Bevorzugen medizinisches Krankheitsmodell
- Unterschiede ♂ + ♀
 - ♀ akzeptieren eher Psychotherapie, erwarten Zuhören
 - ♂ akzeptieren Psychotherapie seltener, erwarten eher pragmatische Lösungen
- Schamempfinden hoch



Veränderungen in den kommunikativen Fähigkeiten als Einflussfaktor auf die Therapiebeziehung

- Ältere geschickter und taktvoller im Umgang mit anderen
- Ältere sind gelassener und erfahrener im Kommunizieren
- Ältere unterdrücken häufig Kritik
- Ältere beziehen andere aktiv mit ein



Veränderungen beim Gedächtnis als Einflussfaktor auf die Therapiebeziehung

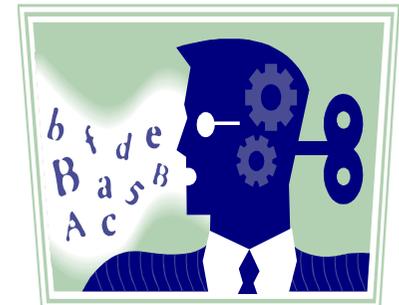
- Es wird mehr Positives erinnert
- Schlimme Erfahrungen werden teilweise absichtlich ignoriert und tauchen in ruhigen Momenten plötzlich auf



Veränderungen beim sprachlichen Ausdruck und der Einfluss auf die Therapiebeziehung

- Sprache wird komplexer, facettenreicher, der Wortschatz ist größer

Gefühle werden differenzierter wahrgenommen und mitgeteilt



➔ Stimulierend auf Therapeut/in und Therapiegeschehen

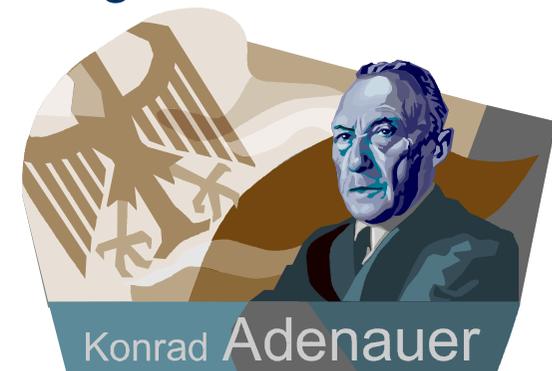
Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung auf Seiten des/der Therapeuten/in

- Zu einseitige Konzentration auf Symptomatik
- Zu wenig Respekt bzw. Bewusstsein für Lebensleistung und Ressourcen des/der Patienten/in
- Alte Patienten als „Last“ oder „mühsam“ erlebt
→ Bestärkung der alltäglichen negativen Erfahrung alter Menschen



Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung auf Seiten des/der Therapeuten/in

- Mangelhaftes Wissen zur Zeitgeschichte
- Zu geringes Wissen um spezifische Probleme alter Menschen
- Disziplin und „Gehorsam“ werden in der Therapie als angenehm erlebt und evtl. dadurch zu sehr verstärkt, statt Selbstbestimmtheit wieder herzustellen
- Altersstereotype sind vorwiegend negativ und führen zu hartnäckigen Vorurteilen und Diskriminierung



Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung auf Seiten des/der Therapeuten/in

durch negative Altersstereotype

- Ein 37-jähriger mit suizidalen Tendenzen wird in jedem Fall behandelt –
ein 90-jähriger nicht unbedingt
- Älterwerden bringt nur Nachteile psychologische Interventionen zu Selektion, Optimierung und Kompensatorisch werden nicht angeboten
Nachlässiger Umgang in der Therapie
- Müdigkeit, Konzentrationsprobleme, Ängste werden auf Alter attribuiert



Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung auf Seiten des/der Therapeuten/in

Rollenkonfusion + positive Stereotype

Ältere werden als „väterlich, mütterlich“, nette alte Dame, gemütlich empfunden und es wird zu wenig unterstützt bzw. Therapeut/in nimmt Beschützer-Rolle ein und verstärkt die Abhängigkeit des/der Patient/in

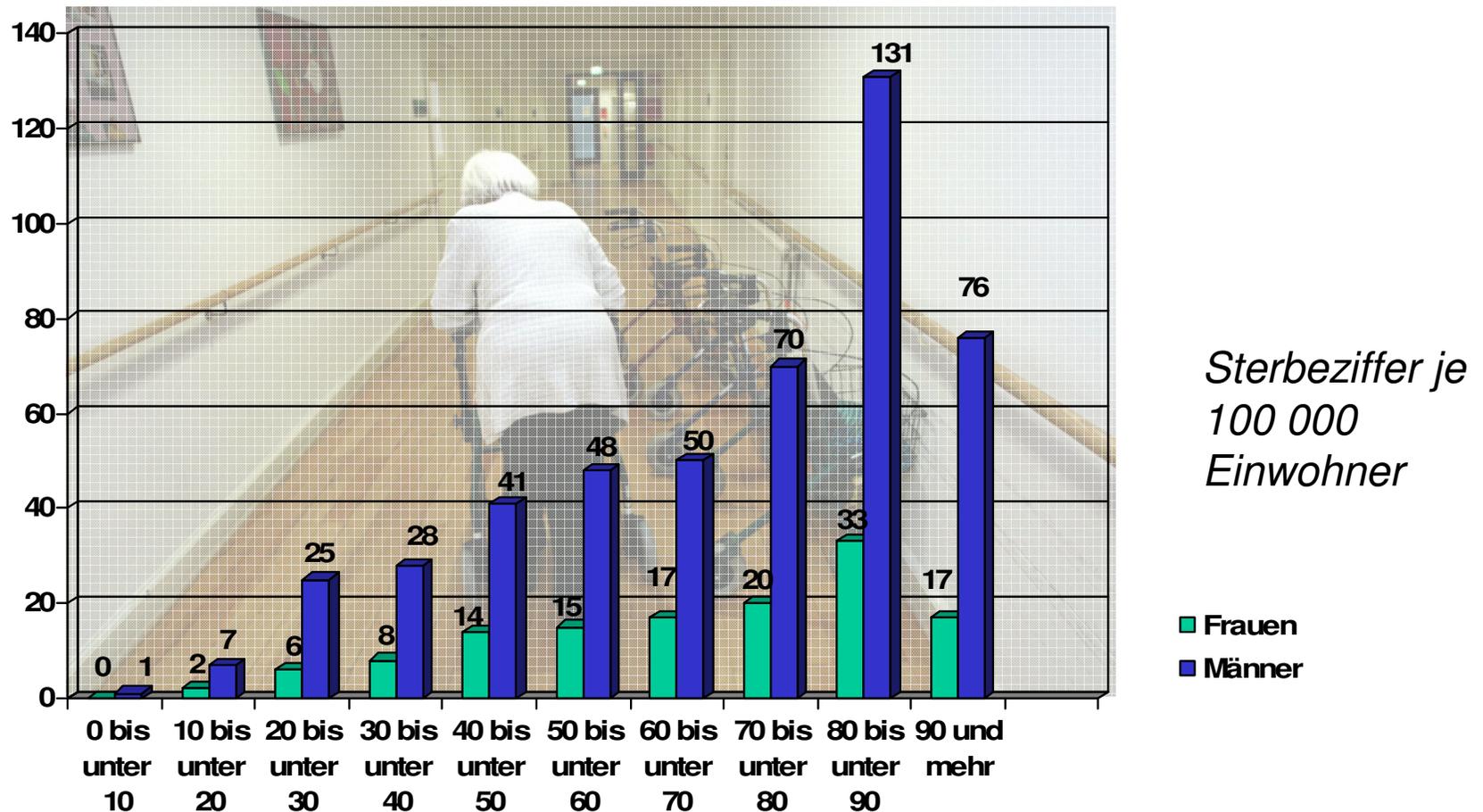


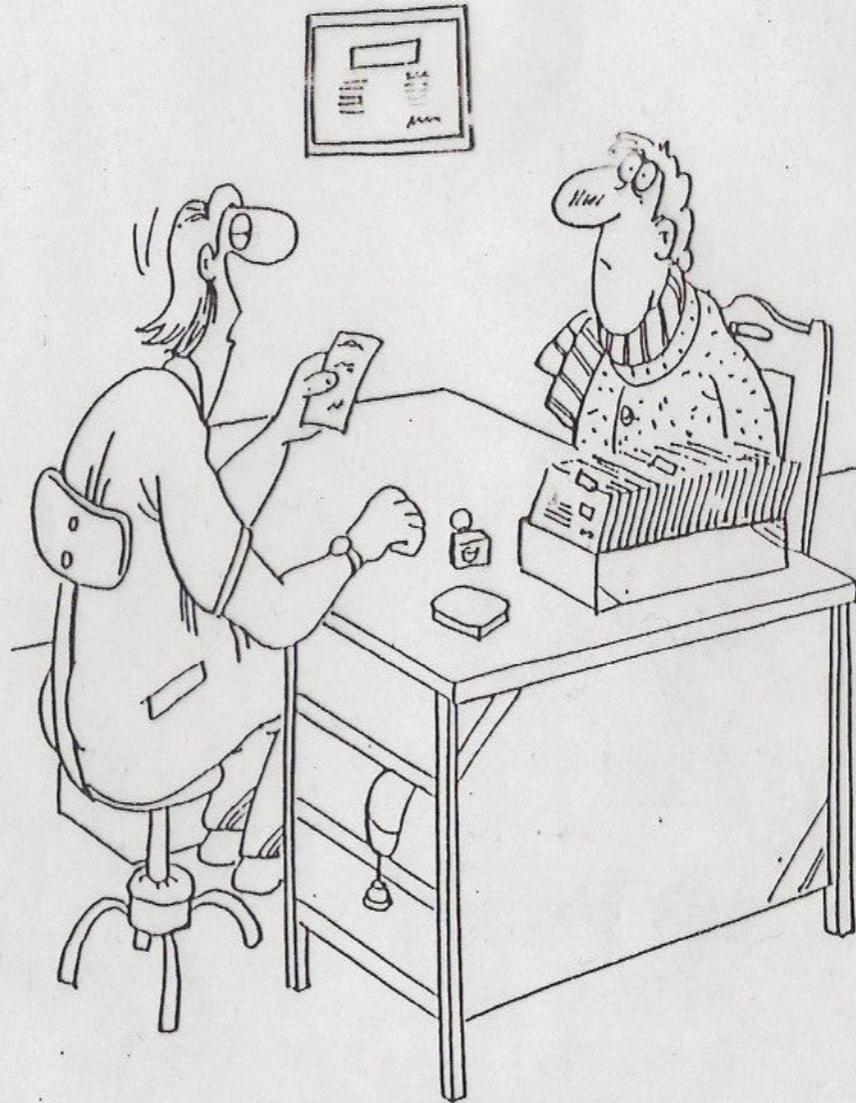


Teil 2

Spezifisches zur Beziehung und Behandlung bei einigen Störungsbildern

Depression: Altersverteilung von Suiziden in Deutschland (2006)





„Wenn es Ihnen nächste Woche nicht besser geht, dann kommen Sie bitte nicht wieder!“

Medical Tribune

Fehler in der Beziehungsgestaltung speziell mit alten depressiven Menschen

- Vermeidung der Themen Alter, Krankheit, Siechtum, Tod
- Vermeidung der subjektiven Fragen nach dem Sinn des weiteren Lebens
- Vermeidung religiöser Fragen
- Missachtung der gewachsenen Persönlichkeit des alten Menschen



Fehler in der Beziehungsgestaltung speziell mit alten depressiven Menschen

- Missachtung der besonderen therapeutischen Beziehungsstruktur (jüngere Helfer – älterer Patient)
- Akzeptanz von Depressionen im Alter
- Rasche Erwartung von Veränderungen, Zeitdruck, falsche Aktivierung





CAVE:

Arbeit mit Angehörigen ist bei allen
verhaltensmedizinischen
Problemen ist unerlässlich

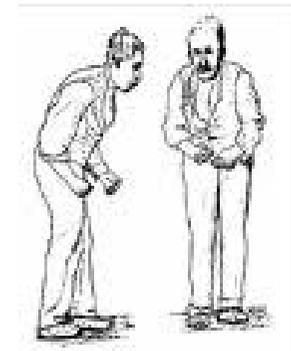
DIESE MIXGETRÄNKE, WIE
MACHEN SIE DAS BLOß?

... PARKINSON.



Verhaltensmedizinische Behandlung der Parkinson-Erkrankung

- Psychoedukation zur Erkrankung, ihren Folgen für den Lebensrhythmus, den Alltag, die Freizeitgestaltung
- Auswirkungen auf die emotionale Befindlichkeit, das familiäre Umfeld, die Angehörigen und Freundeskreis
- Stress und Krankheitsbewältigung incl. Lehren von Entspannungsverfahren.
- Training der krankheitsbezogenen Kommunikation
- Training des Gefühlsausdrucks
- Arbeit mit Angehörigen muss wesentlich intensiver sein



Spezifisches zu Behandlungsmethoden bei Angsterkrankungen bei Älteren

- Exakte Verhaltens- und Problemanalyse
- Körperliche Symptome stärker
> ET mehr nutzen
- Angstgedanken und Vermeidungsverhalten sind mehr automatisiert
- Exposition mit therapeutischer Begleitung und angepasst an das Alter
- Ressourcen nutzen: „Was haben Sie schon in Ihrem Leben bewältigt?“



Spezifisches zu Behandlungsmethoden bei Schlafstörungen bei Älteren

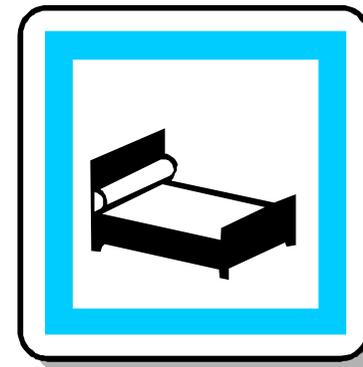
(Schlarb, A.A.; Hautzinger, M.; 2007)

Entpathologisierung:

♂ Verschlechterung des Schlafs ab 50. Lj.

♀ Verschlechterung des Schlafs ab 60. Lj. durch:

- Verlängerte Einschlaf latenz
- Morgendliches Früherwachen
- Mehrere Wachliegezeiten.



Änderungen werden von Älteren als pathologisch eingestuft > führt zu tatsächlicher Schlafstörung.

Schlafstörungen bei Älteren:

(Schlarb, A.A.; Hautzinger, M.; 2007)



- Psychoedukation zur Normalität von Veränderungen und Schlafhygiene
- Prioritäten setzen zwischen emotional positiven Aktivitäten (Sozialkontakte, kulturelle Interessen) und Schlafzeit (Länge und Tiefe)
- Wecker nicht sichtbar, damit kein Monitoring entsteht
- ET und Meditation
- Externe Verbesserungsmöglichkeiten sind oft beschränkter
- Zu wenig Aktivität tagsüber stört Schlaf



Spezifisches zu Traumata und deren Spätfolgen (Maercker, 1998 & Hunt, 2001)

- Abhängig vom Alter, in dem das Trauma erfolgte
- Kriegserfahrungen:
 - Noch 40-50 Jahre danach haben
62% intensive Symptome
5% eine ausgeprägte PTSD
 - ♀ leiden oft unter sexuellen Traumata
- Behandlungsmethode mit Patienten besprechen,
(häufig sinnvoller die **Lebensrückblickinterventionen**)



Spezifisches zu einigen Behandlungsverfahren

- Lebensrückblickinterventionen
- Biografisches Arbeiten
- Aktivitätsaufbau
- Soziales Kompetenztraining / Rollenspiele
- Verstärkerlisten
- Angehörigenarbeit
- Gruppen- vs. Einzeltherapie
- Paartherapie
- Kognitive Verfahren

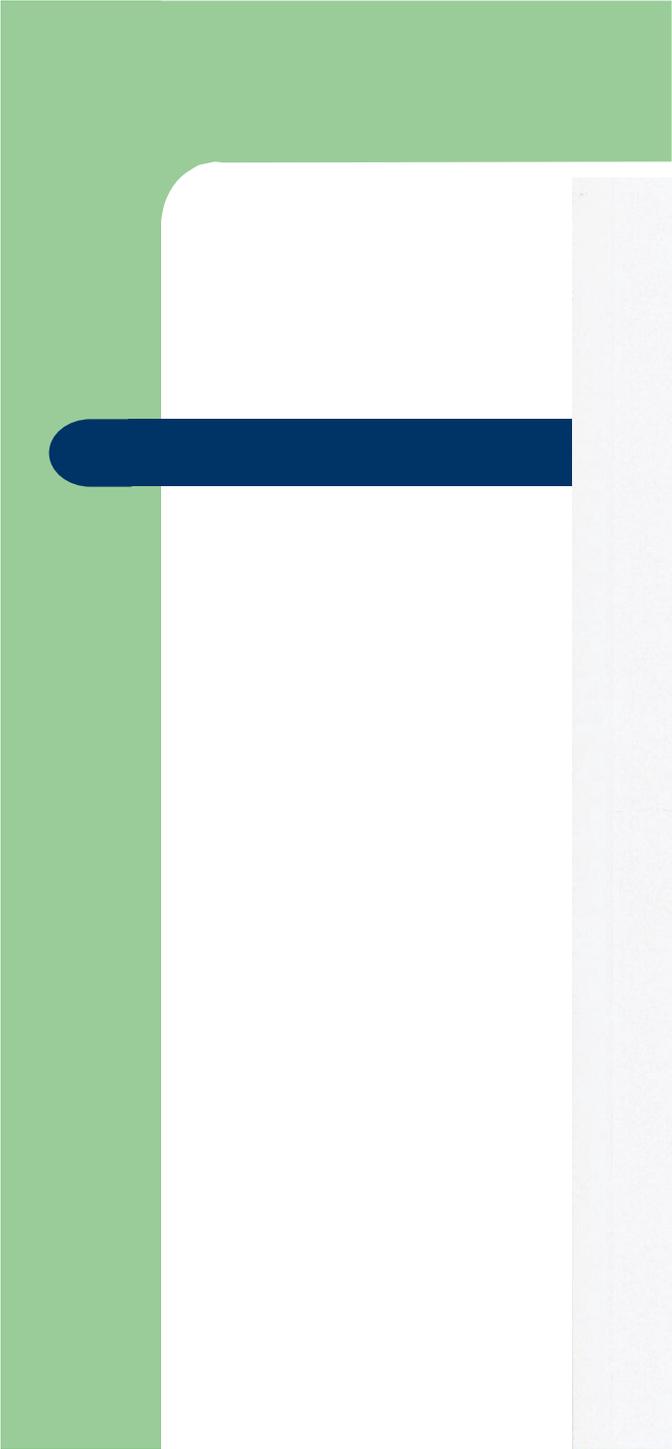


Häufigere und wichtige Methoden bei Älteren sind die Lebensrückblick-Interventionen: Coleman (1986), Haight & Webster (1995)

Ziel: Erweitertes Verständnis des jetzigen Selbst und veränderte Bedeutungsstruktur früherer Lebensabschnitte durch:

- Therapeutisch angeleitete Vergegenwärtigung positiver und negativer Erinnerungen
- Bewertungen früherer Lebensabschnitte,
- Fertigkeiten und Errungenschaften
- Aktivieren des Erinnerungsprozesses
- Neu-Bewertung der aufeinander folgenden Abschnitte des Lebenslaufs





„Mein Leben war
voll von
Katastrophen, die
nicht eingetreten
sind.“

Epiktet ?

Ablauf einer Therapie mit Lebensrückblick-Intervention nach Maercker, 2004

1. Einführungsgespräch
2. Diagnostisches Interview
3. Besprechung körperlicher und anderer psychischer Symptome und der Lebenssituation
4. Diskussion des Vorgehens (therapeutische Rationale) und der Ziele
5. Kindheit bis Schulzeit
6. Kindheit bis Schulende
7. Jugend
- x. Trauma***
8. Erwachsenenalter: Partnerschaft/Familie
9. Erwachsenenalter: Arbeitsleben
10. Rentenalter
11. Integration und Bewertung
12. Bis ca. 15. weitere Therapieelemente: z.B. kognitive Umstrukturierung bestimmter Einstellungen, Kommunikationstraining für das Erzählen der Lebensgeschichte

Abschlusssitzung mit -diagnostik, Besprechung der Therapieziele und deren Erreichung

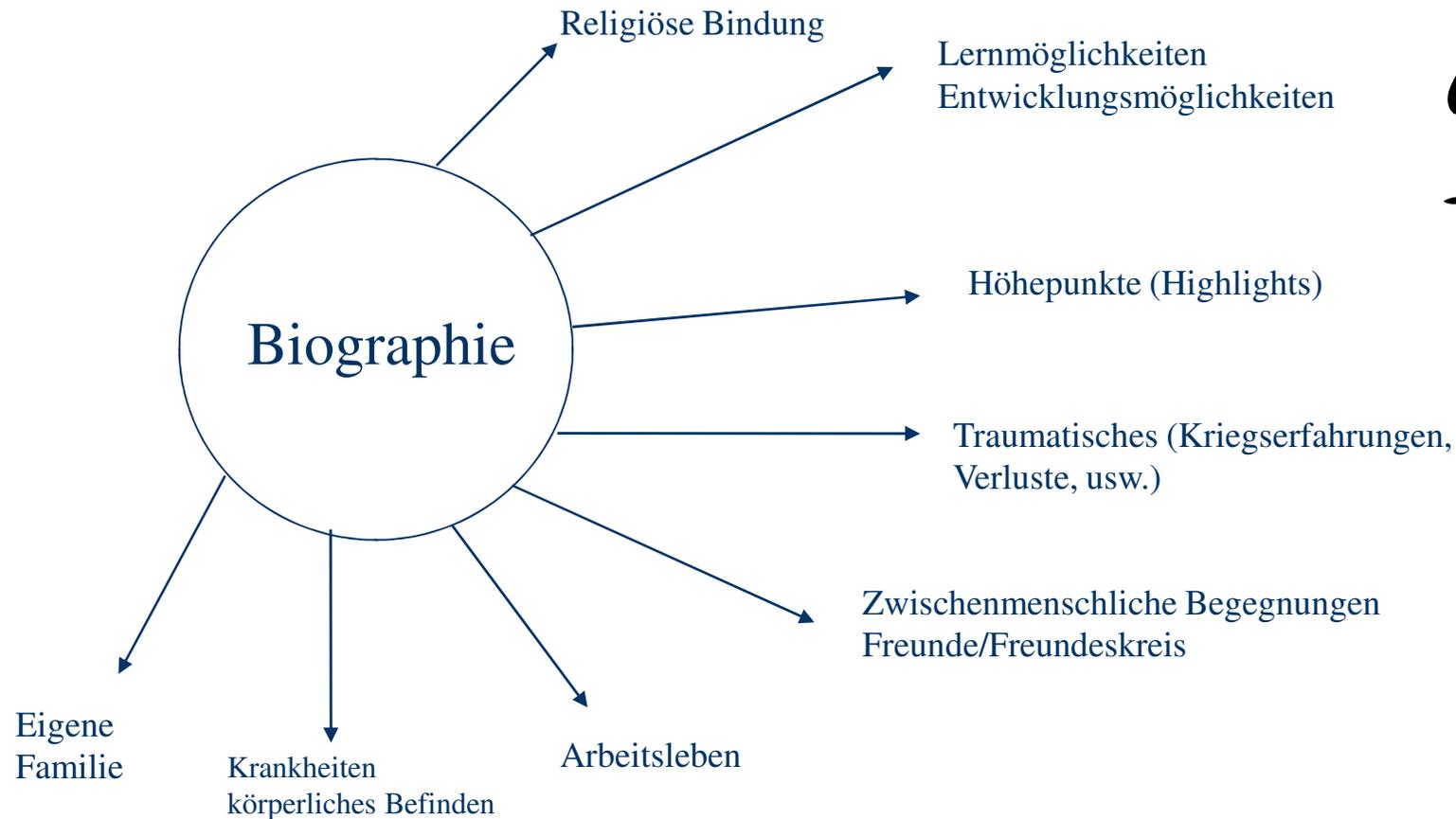
*Die Therapiesitzung mit der Traumaskilderung wird vor die Lebensphase geordnet, in der sich das Trauma ereignet hat

Beabsichtigt ist dabei Folgendes

1. Eine ausgewogene Bilanzierung positiver und negativer Erinnerungen und die Kontrollmöglichkeit zu bewusstem Zugriff auf positive und negative Erinnerungen aufzubauen
2. Die mit belasteten Emotionen besetzte traumatische Erinnerung wird elaboriert und verarbeitbar
3. Dem Erlebten wird ein „Sinn“ gegeben:
„wie hat dieses Ereignis mein weiteres Leben beeinflusst“
Ältere besitzen eine intensivierete Fähigkeit zu Sinnfindung/gebung

(Maerecker 2002)

Biografisches Arbeiten mit den Lebensthemen: (Rabaioli, 2006)



Spezifisches zu Aktivitätsaufbau

Besonders wichtige Maßnahme, alte Menschen werden eher unter – als überfordert!

- Erhöhen des Ausmaßes positiver Verstärker:
Die Lebensqualität wird erhöht durch den motivierenden Impetus angenehmer Erfahrungen
- Misserfolge werden reduziert, damit die Patienten wieder mehr Selbstwert spüren können
- Die Stimmung, die oft depressive Züge durch das ständige Erleben von Inkompetenz annimmt, wird verbessert
- Die Tagesstrukturierung hilft, ein Gefühl für planendes Handeln zu reaktivieren und setzt außer Energie für wichtige andere intellektuelle Tätigkeiten frei
- Die kognitive Übung verbessert kognitive Defizite
- Das Trainieren alltäglicher Tätigkeiten & das Aktivieren noch vorhandener Fähigkeiten hilft besonders beim Aufbau von Selbstwirksamkeit und dem Erleben von Autonomie

Abschied nehmen von geliebten Aktivitäten muss immer wieder unterstützt werden

Besonderheiten beim Sozialen Kompetenztraining (Fiedler 1996)



- Kompetenzerhalt:
Vielfältige soziale Kompetenzen sind im Alter vorhanden
- Kompetenzsteigerung:
Welche vorhandenen Fertigkeiten sollen bestärkt werden?
- Kompetenzwiedergewinnung:
Welche neuen Rollen müssen gelernt werden?

Besonderheiten bei den Verstärkerlisten

- Vorschläge aus der Fachliteratur sind nicht an ältere Population angepasst
- Erreichbarkeit beachten auf
 - räumliche,
 - ökonomische und
 - körperlicheVerfassung bezogen
- Meist ist es besser mit Patient/in individuelle Verstärker zu erarbeiten



Besonderheiten bei den Wochen- und Tagesplanern



- Handhabbarkeit muss passen
- Keinerlei Bewertung der Aktivitäten / Beziehung
- Mehr Regelmäßigkeit/ Rhythmusaufbau bei Älteren notwendig
- Externe Störvariablen (z.B. körperliche Verfassung, ökonomische Situation) beachten und deswegen Patienten mehr in die Gestaltung aktiv einbeziehen

Besonderheiten bei der Psychoedukativen Arbeit mit Angehörigen

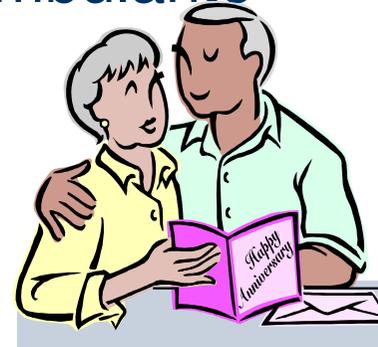
Dient zu / zur

- Verminderung gefühlsmäßiger Spannung in der Familie / Beziehung
- Lösung von Alltagsproblemen im Zusammenhang mit der Erkrankung: Umgang mit Frühsymptomen wie Antriebslosigkeit und Rückzug, mit sozial auffälligem Verhalten, Unregelmäßigkeiten bei der Medikamenteneinnahme, Probleme bei der Tagesstrukturierung, finanzielle Probleme



Bei Älteren ist diese Arbeit unerlässlich
→ Hilfen die Angehörige benötigen sind(1)

- Informationen über:
 - das Krankheitsbild und seinen Verlauf
 - regionale Behandlungs- und Entlastungseinrichtungen (z.B. ambulante Dienste)
 - finanzielle Hilfen
 - andere Angehörige
 - Angehörigengruppen
 - Vereine (z.B. Deutsche Alzheimer Gesellschaft)



→ Bei Älteren ist diese Arbeit unerlässlich
Hilfen die Angehörige benötigen sind (2)

- Bewältigung von Abschied und Trauer:
 - Verringerung von zunehmenden „negativen“ Sichtweisen von sich und der Umwelt
 - Verringerung von überhöhten Hoffnungen auf Besserung
 - Lernen, Unvermeidliches zu akzeptieren (z. B. Bettlägerigkeit)
 - Lernen, „stückchenweise“ Abschied zu nehmen
 - Lernen, kleine Freuden zu entdecken (z.B. unerwartete Hilfsangebote)



→ Bei Älteren ist diese Arbeit unerlässlich
Hilfen die Angehörige benötigen sind(3)

- Verringerung von Abhängigkeitsverhalten:
 - Bedingungen analysieren, die gegenseitige Abhängigkeit fördern
 - Perspektiven strukturieren (z. B. Grenzen der eigenen Belastbarkeit)
 - Verstärkung von sozialer Kompetenz (z.B. Besuche bei Bekannten)
 - Verringerung des Schamgefühls (z.B. zum Einkaufen mitnehmen)
 - evtl. Heimunterbringung thematisieren



Bei Älteren ist diese Arbeit unerlässlich → Hilfen die Angehörige benötigen sind(4)

- Annahme von Hilfen zur eigenen psychophysischen Stabilität:
 - Besuch von Angehörigengruppen
 - Kontinuierliche Möglichkeit, sich aussprechen zu können
 - Therapeutische Hilfe annehmen, vor allem bei drohender psychophysischer Dekompensation
 - Verteilung der Pflege (z.B. auf andere Familienangehörige)
- Fehlende Berücksichtigung der Extrembelastung pflegender Angehöriger bei Begutachtung der Pflegestufe (Lauter et al. 2006) ist ein gesellschaftliches Problem!

Spezifisches zu Gruppen- vs. Einzeltherapie bei Älteren



Gruppentherapie günstiger weil:

- Neue Kontaktmöglichkeiten werden mehr genutzt
- „Normalität“ von klinischen Problemen schneller sichtbar, wichtiger bei dieser Population
- Ältere sind meist teamfähiger, altruistischer

Einzel:

- Schlechte körperliche Verfassung bes. Hören/Sehen
- Kognitive Defizite

Spezifisches bei der Paartherapie mit Älteren



- ♀
 - übernehmen Unterstützung leichter
 - sind oft körperlich kränker
 - können leichter Rollenwechsel durchführen, neue Aufgaben übernehmen
- ♂
 - schlechtere Lebenserwartung und Lebensqualität
 - wenn allein, suchen sie schneller wieder neue Partnerin
 - Haben berufliche Qualifikation als Selbstwertquelle und fühlen sich ohne diese eher wertlos
- ♀ & ♂ > 60 Jahre legen kohortenspezifisch großen Wert auf gegenseitige Unterstützung, Solidarität, Verfolgen gemeinsamer Ziele

SIE BEANTRAGEN
EINE MUTTER & KIND-KUR??

JAWOLL. MEIN SOHN
BEANSPRUCHT MICH JETZT
SEIT ÜBER 60 JAHREN...



©BoB

Spezifisches bei der Kognitiven Umstrukturierung

- Stärker an den dahinter liegenden Wertvorstellungen arbeiten und an der „Geschichte“ der Schemata
- Akzeptanz gegebenenfalls günstiger
- Ablenkungsstrategien und MBCT

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Literatur

- Rabaioli-Fischer, B. (2008): *Ambulante Psychotherapie mit Älteren*. Lengerich: Pabst Science Pub.
- Maercker, A. (1998): *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*
- Steingröver, M. (2007): *Wenn Ehen älter werden*. WeißenseeVerlag: Berlin

Internetadressen:

- <http://www.apr-ammersee.de>
- <http://www.dgn.org> (Leitlinien Demenz)
- <http://www.dgppn.de> (Leitlinien Depression)