

9.4 Neuropsychologie

SIEGFRIED GAUGGEL

1 Einleitung

In diesem Kapitel wird eine kurze Einführung in das Forschungsgebiet der Neuropsychologie und in die neuropsychologische Therapie gegeben. Ferner werden die Grundzüge der neuropsychologischen Diagnostik skizziert. Eine ausführliche Darstellung zum Thema Neuropsychologie findet sich bei Karnath und Thier (2006). Howieson, Lezak und Loring (2004) gibt eine umfassende Übersicht über die Grundlagen der neuropsychologischen Diagnostik und über eine Vielzahl neuropsychologischer Testverfahren. Eine praxisorientierte Einführung in die neuropsychologische Therapie findet sich bei Gauggel, Konrad und Wietasch (1998).

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

Bei der Neuropsychologie handelt es sich um ein Forschungsgebiet, in dem die Beziehung zwischen dem Gehirn und dem Erleben/Verhalten untersucht wird. Neuropsychologen möchten herausfinden, wie das menschliche Denken funktioniert und wie Denkprozesse im Gehirn implementiert sind. Die genaue Analyse des Verhaltens von Patienten mit klar definierten und lokalisierten Hirnschädigungen (z.B. bei Patienten nach einem Schlaganfall) stellt hierfür eine wichtige Untersuchungsmethode. Heute wird die Läsionsmethodik ergänzt durch Forschungsparadigmen, in denen die experimentelle Untersuchungsmethodik der kognitiven

Psychologie mit modernen bildgebenden Verfahren (z.B. EEG, fMRI) kombiniert wird. Diese neuen Methoden ermöglichen es, das Gehirn „bei der Arbeit“ zu beobachten.

Mit Hilfe dieser Untersuchungsmethoden, aber auch mit Hilfe tierexperimenteller Studien wurden durch Neuropsychologen seit Mitte des 19. Jahrhunderts detailliert Struktur-Funktionszusammenhänge beschrieben und die komplexe Interaktion zwischen psychischen und neuronalen Prozessen aufgezeigt. Es konnte in einer Vielzahl Studien nachgewiesen werden, dass kognitive Prozesse mit entsprechenden neuronalen Aktivitäten in bestimmten Hirnarealen einhergehen und Läsionen in diesen neuronalen Systemen charakteristische kognitive, emotionale und motivationale Störungen hervorrufen (Rapp, 2000). Tabelle 1 gibt eine kurze Übersicht über wichtige Struktur-Funktionszusammenhänge.

Das Interesse am Studium kognitiver Funktionen hat in Verbindung mit der Entwicklung bildgebender Verfahren und entsprechender Forschungsparadigmen dazu geführt, dass der neuropsychologische Forschungsansatz heute auch zur Untersuchung von Patienten mit psychischen Störungen verwendet wird (Flor-Henry, 1990; Halligan und David, 2001). Mit Hilfe neuropsychologischer Testverfahren können bei diesen Patienten systematisch kognitive Funktionen überprüft werden. Defizite in den untersuchten Funktionen erlauben dann einen Rückschluss auf die Integrität bestimmter neuronaler Netzwerke, die für die Realisierung der untersuchten Funktion verantwortlich sind.

Tabelle 1: Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Hirnstrukturen (modifizierte und gekürzte Version der Tabelle 1 in Halligan und David, 2001; S. 210)

Psychische Störungen/Symptome	Vermittelnde kognitive Prozesse	Hirnstrukturen
• Affektwahrnehmung • affektive Störungen: • Depersonalisation • Wahn • Denkstörung • Amnesie • desorganisiertes Verhalten • Jargon-Aphasie • verbale Halluzinationen	• Furchtkonditionierung • soziale Kognition • Semantik, Denken • episodisches/autobiografisches Gedächtnis • phonologische Schleife/Inneres Sprechen • verbales Self-Monitoring	• Amygdala-Hippocampus-Komplex • orbitofrontaler Cortex, Striatum • anteriores Cingulum, Thalamus, Pallidum • frontotemporales Netzwerk
• Denkstörung • nichtflüssige Aphasien	• Sprachproduktion • propositionale Planung • lexikalische Verarbeitung	• medialer Temporallappen • dorsolateraler präfrontaler Cortex • Parietalcortex • supplementär motorischer Cortex • Gyrus temporalis superior • linker Gyrus temporalis • linker Gyrus frontalis inferior

Ein entscheidender Gewinn des neuropsychologischen Forschungsansatzes besteht dabei darin, dass neben Testverfahren zur Prüfung und Erfassung kognitiver Funktionen detaillierte Modelle zur Verfügung stehen, mit denen sowohl die Symptome einer psychischen Störung funktionell erklärt als auch konkrete Annahmen über die neuronale Implementierung gemacht werden können (Halligan und David, 2001).

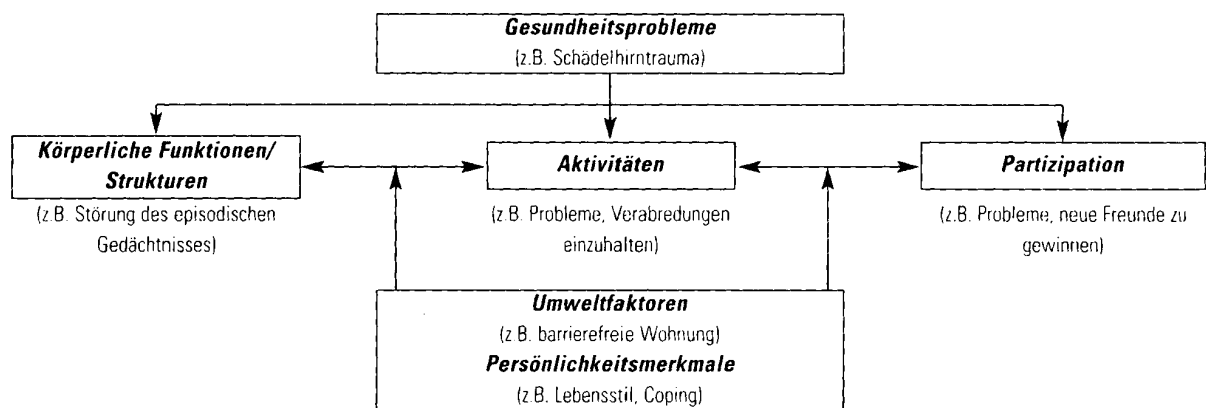
Neuropsychologische Diagnostik

Mit der Entwicklung der Neuropsychologie als eigenständiges Forschungsgebiet ging parallel auch die Etablierung der Neuropsychologie im klinischen Bereich und eine Weiterentwicklung diagnostischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einher. Neuropsychologen haben in den letzten Jahrzehnten eine Vielzahl an Verfahren entwickelt, um die kurz- und langfristigen Auswirkungen einer Erkrankung oder Verletzung des Gehirns auf den Patienten und sein soziales Umfeld detailliert zu erfassen (Howieson, Lezak und Loring, 2004; Strauss, Sherman und Spreen, 2006). Aber nicht nur Informationen über die unmittelbaren Folgen der Hirnschädigung gilt es, im Rahmen der neuropsychologischen Diagnostik zu erheben, sondern auch die Folgen dieser Hirnschäden für die Aktivitäten des täglichen Lebens und die soziale, berufliche und schulische Integration des Betroffenen. Aus diesem Grund orientiert sich die neuropsychologische Diagnostik an der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beein-

trächtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person dient (Volz-Sidiropoulou, 2008; siehe auch <http://www.who.int/classifications/icf/en/>). Abbildung 1 gibt einen Überblick über die verschiedenen Dimensionen der ICF und die sich an diesen Dimensionen orientierende neuropsychologische Diagnostik.

Eine besondere Stärke der neuropsychologischen Diagnostik besteht darin, dass eine große Zahl diagnostischer Verfahren zur Verfügung steht, mit denen nicht nur einfache Wahrnehmungsprozesse untersucht werden können, sondern auch komplexere kognitive Funktionen (Gedächtnis, Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen, Sprache etc.). Spezielle Verfahren wurden dabei auch für forensische Zwecke (Vortäuschung von Defiziten, Evaluation von Personen bei möglicher Exposition mit neurotoxischen Stoffen; Fahreignung) entwickelt (Larrabee, 2005). Auch bei der Demenzdiagnostik kommt der neuropsychologischen Diagnostik eine wichtige Rolle zu. Hier hat sich gezeigt, dass neuropsychologische Tests eine höhere Sensitivität aufweisen als strukturell bzw. funktionell bildgebende Verfahren (Magnetresonanztomographie, Single-Photon-Emissions-Computer-Tomographie, Positronen-Emissions-Tomographie). Neuropsychologische Testverfahren sind also die Untersuchungsmethoden, mit denen momentan am besten ein beginnender kognitiver Abbau identifiziert werden kann. Sie leisten aber nicht nur einen entscheidenden Beitrag zur Früherkennung, sondern auch zur Differenzialdiagnose, Verlaufsbeobachtung sowie Erfassung des Schweregrades einer Erkrankung. Sie liefern auch wichtige Informationen für die Therapieplanung, prognostische Einschätzungen, berufliche und/oder schulische Empfehlungen, sozialmedizinische Entscheidungen (z.B. Berentung, Erwerbsunfähigkeit) und die Fahreignung einer Person.

Abbildung 1: Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Grundlage der neuropsychologischen Diagnostik



Neuropsychologische Tests

- Auditiv-verbaler Lerntest
- Wechsler Memory Scale
- Aachener Aphasia-Test
- Testbatterie zur Prüfung von Aufmerksamkeitsfunktionen
- Wisconsin Card Sorting Test
- Turm von London
- usw.

Beurteilungsverfahren

- Funktioneller Selbstständigkeitsindex
- Barthel Index
- Marburger Kompetenz-Skala
- usw.

Beurteilungsverfahren

- Community Integration Questionnaire
- usw.

9.4 Neuropsychologie

! Merke: Neuropsychologische Diagnostik hat bei der Diagnostik des beginnenden kognitiven Abbaus und der Demenz einen sehr hohen Stellenwert.

Grundlagen einer neuropsychologischen Behandlung

Ziel einer neuropsychologischen Behandlung ist es, die vorhandenen kognitiven, emotionalen, motivationalen Störungen sowie die daraus resultierenden oder damit einhergehenden psychosozialen Beeinträchtigungen und Aktivitätseinschränkungen eines Patienten zu beseitigen oder, falls das nicht möglich sein sollte, diese so weit wie möglich zu verringern. Die betroffenen Patienten sollen durch die Therapie ein möglichst hohes Funktionsniveau im Alltag wiedererlangen und soziale, berufliche und/oder schulische Anforderungen möglichst wieder allein bewältigen können. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die beiden wichtigsten therapeutischen Säulen der neuropsychologischen Therapie, die in den nachfolgenden Abschnitten ausführlich dargestellt werden.

Auf Funktionsrestitution abzielende Interventionen

Einem Teil der neuropsychologischen Therapiemethoden und -programme liegt die Idee zugrunde, dass durch eine intensive und repetitive Stimulation der beeinträchtigten Funktion geschädigte neuronale Netzwerke teilweise oder vollständig wieder

reaktiviert werden können. Die biologische Grundlage für diese Reaktivierung (Restitution) einer Funktion stellt die Plastizität des Gehirns dar. In zahlreichen Forschungsstudien konnten in den letzten Jahrzehnten Belege dafür gesammelt werden, dass das Gehirn nicht aus einer Ansammlung fest verdrahteter Nervenzellen besteht, sondern ein dynamisches Geflecht bildet, das sich in Abhängigkeit von alltäglichen Erfahrungen oder Aktivitäten kontinuierlich verändert.

Hinweise auf erfahrungsabhängige synaptische Veränderungen im Zentralnervensystem gibt es zwar schon seit langer Zeit. Bereits Hebb (1949) hat argumentiert, dass es zu einer Stärkung synaptischer Verbindungen kommt, wenn prä- und postsynaptische Neurone gleichzeitig aktiv sind („Hebb'sche Regel“). Mit den heute zur Verfügung stehenden bildgebenden Verfahren (z.B. fMRI) ist es jetzt möglich, solche Veränderungen auch beim Menschen direkt sichtbar zu machen. Heute kann auch gezeigt werden, dass es im Rahmen psychotherapeutischer Interventionen zu metabolischen Veränderungen im Gehirn kommt (Gaugel, 2003).

Therapeutische Konzepte zur Restitution gestörter Funktionen

Durch gezielte sensorische, motorische und kognitive Stimulationen können die synaptischen Verbindungen des geschädigten neuronalen Netzwerks neu geformt und somit die Funktion dieses Netzwerks teilweise oder vollständig wiederhergestellt werden. Voraussetzung ist allerdings, dass die Schädigung nicht zu umfangreich und die Erkrankung nicht progredient ist. Fünf verschiedene Formen einer restitutiven Therapie lassen sich

Tabelle 2: Übersicht über die beiden wichtigen neuropsychologischen Behandlungssäulen

	Methoden zur Funktionsrestitution	Methoden zur Kompensation
Ziel	Verbesserung oder Wiederherstellung beeinträchtigter kognitiver Funktion(en)	Ausgleich von kognitiven Funktionsdefiziten durch noch intakte kognitive Funktionen oder Fähigkeiten
therapeutische Interventionen	Psychoedukation in Verbindung mit repetitiver Stimulation (Training) der beeinträchtigten kognitiven Funktion(en) Formen der Stimulation: • perzeptgesteuerte Stimulation • konzeptgesteuerte Stimulation • pharmakologische Stimulation (z.B. durch die Gabe von Amphetaminen) • bioelektrische Stimulation (z.B. durch transkranielle Magnetstimulation)	Psychoedukation in Verbindung mit Feedback- und Goalsetting-Interventionen zur Verbesserung der Krankheitseinsicht; Aktivitätsaufbau in Verbindung mit der Vermittlung und dem Training von Strategien und/oder Hilfsmitteln (z.B. Gedächtnistagebuch); kognitive Interventionen zur Veränderung von Erwartungen und zur Entwicklung von neuen Lebenszielen
Annahme	Nicht alle Neurone eines geschädigten neuronalen Systems sind zerstört worden, durch spezifische Stimulationen des geschädigten Systems kann eine Reaktivierung („Neuverdrahtung“) erreicht werden.	Das neuronale System ist so schwerwiegend geschädigt, dass eine „Neuverdrahtung“ vermutlich nicht mehr möglich ist. Intakte neuronale Systeme und deren Funktionen werden zur Kompensation eingesetzt.
Setting	Einzel- und/oder Gruppentherapie	Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie, wenn möglich in einem speziellen therapeutischen Milieu
Auswirkungen der Therapie auf neuronale Systeme	physiologische Veränderung in dem geschädigten neuronalen System	physiologische Veränderungen in intakten neuronalen Systemen
Auswirkungen der Therapie auf das Verhalten und Erleben	Verbesserung der betroffenen kognitiven Funktion; wenn Therapieeffekte generalisieren auch Verbesserung der Selbständigkeit	Verbesserung der Selbständigkeit sowie der Einsicht in die vorhandenen Beeinträchtigungen



momentan unterscheiden (Robertson und Murre, 1999). Es handelt sich um

- (a) unspezifische Stimulation,
- (b) perzeptionsgesteuerte/datengesteuerte Stimulation („bottom-up targeted stimulation“),
- (c) konzeptgesteuerte Stimulation („top-down targeted stimulation“),
- (d) Stimulation durch die Beeinflussung inhibitorischer Prozesse und
- (e) Stimulation durch die Beeinflussung von Aufmerksamkeitskomponenten (z.B. Arousal).

Bei einer *unspezifischen Stimulation* werden allgemeine und nicht zielgerichtete sensorische und motorische Anregungen gegeben, um die Aktivierung und Ansprechbarkeit eines Patienten zu verbessern. Die unspezifische Stimulation kann durch Angehörige, Pflegekräfte, aber auch durch Tiere oder technische Apparate erfolgen. Beispielsweise ist es in zahlreichen Kliniken üblich, Radios oder Fernseher zur unspezifischen sensorischen Stimulation von Wachkoma-Patienten einzusetzen. Auch das „Snoezelen“ gehört zur unspezifischen Stimulation. Beim „Snoezelen“ erfolgt eine Aktivierung schwer beeinträchtigter Patienten (z.B. Patienten im Wachkoma) vor allem mit Hilfe von Licht, Geräuschen, Gerüchen sowie dem Geschmacks- und Tastsinn.

Bei einer *wahrnehmungsgesteuerten Stimulation* handelt es sich um eine theoriegeleitete Intervention, die direkt auf das gestörte funktionelle System zielt. Hierzu werden mit den betroffenen Patienten solche Aufgaben durchgeführt, für deren Bearbeitung genau jene kognitiven Funktionen aktiviert werden müssen, die beeinträchtigt sind. Um eine Restitution des geschädigten Systems zu erreichen, müssen die Patienten die gewählten Aufgaben, je nach Art der Funktionsstörung, über einen längeren Zeitraum intensiv durchführen, da nur so auf neuronaler Ebene eine zunehmende Reaktivierung des geschädigten Systems erfolgen kann.

Ein Beispiel für eine solche wahrnehmungsgesteuerte Therapie stellt das Aufmerksamkeitstraining dar. Bei einer Aufmerksamkeitstherapie werden – je nach Störungsprofil – unterschiedliche Komponenten der Aufmerksamkeit (selektive und geteilte Aufmerksamkeit, Aufmerksamkeitswechsel, Daueraufmerksamkeit) anhand hierarchisch organisierter Aufgaben geübt, die mit aufsteigendem Schwierigkeitsgrad computergestützt dargeboten werden. Studien belegen die Effektivität dieser Therapiemethode und deuten auch darauf hin, dass gerade schwer beeinträchtigte Patienten von einer solchen Therapie profitieren (siehe Park und Ingles, 2001).

Wahrnehmungsgesteuerte Therapien können nicht bei allen kognitiven Funktionsstörungen eingesetzt werden. Es gibt Hinweise darauf, dass sich insbesondere Aufmerksamkeitsleistungen und Wahrnehmungsleistungen durch eine solche Therapie verbessern lassen. Bei Gedächtnis- und exekutiven Funktionsstörungen scheint dagegen ein solcher Therapieansatz nur bedingt erfolgversprechend zu sein. Dies könnte eventuell daran liegen, dass die neuronalen Systeme sehr empfindlich auf eine Erkrankung oder Schädigung reagieren und daher für eine Reaktivierung nicht mehr genügend Nervenzellen vorhanden sind. Es könnte aber auch sein, dass diese neuronalen Systeme über eine perzeptionsgesteuerte Stimulation nicht zielgerichtet akti-

viert werden können oder momentan noch keine geeigneten Aufgaben für eine spezifische Stimulation zur Verfügung stehen. Neuropsychologen gehen davon aus, dass neuronale Systeme nicht nur unmittelbar durch sensorische Reize stimulierbar sind, sondern dass auch eine „interne“ Aktivierung, eine so genannte konzeptgesteuerte Stimulation, möglich ist. Eine Reihe von Studien hat gezeigt, dass mentale Vorstellungen in Verbindung mit praktischen Übungen helfen, die Enkodierung von Informationen zu erleichtern, das Erlernen von Fertigkeiten zu verbessern und metabolische Aktivierungen im Gehirn hervorzurufen. Für die Behandlung hirngeschädigter Patienten bedeutet dies, dass spezielle konzeptgesteuerte Therapiestrategien (z.B. Strategien zur Aufmerksamkeitsfokussierung und -lenkung, mentale Vorstellungsaufgaben, Imagination) eingesetzt werden.

Merke: Bei der neuropsychologischen Behandlung können neben speziellen sensorischen Reizen auch mentale Vorstellungen eingesetzt werden.

Ein vierter restitutiver Stimulationsansatz beinhaltet die systematische Beeinflussung inhibitorischer Prozesse. Verschiedene klinische Fallberichte deuten an, dass geschädigte neuronale Systeme noch zusätzlich in ihrer Funktion durch den inhibitorischen oder exzitatorischen Einfluss intakter neuronaler Systeme beeinflussbar sind. Erste Therapiestudien weisen auf die positive Wirkung inhibitionsreduzierender oder -aktivierender Stimulationen (z.B. Vibration der Nackenmuskulatur bei der Neglecttherapie) hin.

Der fünfte und letzte Ansatz zur restitutiven Behandlung hirngeschädigter Patienten besteht in einer gezielten Veränderung der Aufmerksamkeit (z.B. Arousal) und/oder Motivation. Durch Manipulation der Aufmerksamkeit und Motivation des Patienten kann das Lernen verbessert bzw. optimiert werden. Eine angemessene Aufmerksamkeit, die durch pharmakologische (z.B. Gabe von Stimulanzien), behaviorale (z.B. Spiegelkonfrontation, „hot seat“-Technik) oder eine Kombination beider Interventionen erreicht werden kann, scheint die synaptische Plastizität zu erhöhen und dadurch den Prozess der Funktionswiederherstellung positiv zu beeinflussen. Eine Verbesserung der Motivation kann auch durch Zielsetzungstechniken (d.h. Setzung schwieriger Ziele) oder pharmakologische Interventionen (Gabe von Methylphenidat) erreicht werden.

Auf Restitution aufbauende Therapiemethoden

Die konzeptuellen Überlegungen von Robertson und Murre (1999) eröffnen für die Behandlung hirngeschädigter Patienten weitreichende Perspektiven. Es wird deutlich, dass eine auf Restitution gerichtete Behandlung durchaus zu einer mehr oder weniger umfangreichen Wiederherstellung geschädigter Systeme führen kann. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass das betroffene neuronale System nicht zu sehr geschädigt ist und eine adäquate restitutive Therapie möglichst unmittelbar nach dem Ereignis begonnen wird.

Bei einer Funktionstherapie ist aber zu bedenken, dass eine Reaktivierung der gestörten Funktion – trotz der großen Plasti-

9.4 Neuropsychologie

zität des Nervensystems – nicht mit einigen wenigen Stimulationen zu erreichen ist. Auch können durch Funktionstherapien die natürlichen physiologischen Grenzen nicht außer Kraft gesetzt werden. Funktionstherapien müssen in hoher Frequenz und Intensität über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden, um signifikante Verbesserungen zu erzielen.

Genauso wie die Dauer der Funktionstherapie hat die Spezifität sowie die Art der Stimulation einen Einfluss auf den Erfolg und die Schnelligkeit einer Veränderung. Anhand der Beschreibung der verschiedenen Formen einer auf Restitution abzielenden Behandlung ist sicherlich deutlich geworden, dass bei den spezifischen Funktionstherapien ganz unterschiedliche Methoden und Techniken zum Einsatz kommen, die nicht nur einfache Papier- und Bleistiftaufgaben beinhalten, sondern zunehmend computergestützt und in letzter Zeit auch in virtueller Realität dargeboten werden. Kennzeichen der Stimulationen ist, dass primär Fähigkeiten und Fertigkeiten (prozedurales Wissen), weniger aber deklaratives Wissen geübt werden und die Stimulationsmethoden sich an den Vorgaben kognitiver Theorien orientieren.

Bei Funktionstherapien müssen aber nicht nur die gerade genannten Faktoren berücksichtigt werden, sondern auch die Tatsache, dass es sich bei den Patienten um aktive „Lerner“ handelt, die je nach vorhandener Störung in unterschiedlichem Umfang zur Verarbeitung von Informationen und zum Planen und Durchführen von Handlungen in der Lage sind. Bei der Therapie spielen daher auch Faktoren wie Motivation, Art und Intensität des Feedbacks, früheres Wissen, Kontextlernen, Transfer und Organisation des Gelernten eine sehr wichtige Rolle. Zusätzlich gilt es, die dynamische Interaktion des Lerners mit seiner Umwelt, Beobachtungslernen, die Darbietung von Belohnungen/Verstärkern, Zielsetzung, Selbsteffizienz und situatives Lernen zu beachten.

Möglichkeiten und Grenzen einer auf Restitution ausgerichteten Therapie

Ohne Frage ist der restitutive Behandlungsansatz gerade in der Akutphase der Erkrankung und auch bei Kindern von großer Bedeutung, da zu diesem Zeitpunkt, beziehungsweise bei dieser Personengruppe ein besonderes therapeutisches Fenster zu bestehen scheint. Restitutive Therapien können aber auch zur Erhaltung eines aktuellen Funktionsniveaus eingesetzt werden oder helfen, den weiteren kognitiven Abbau zu verzögern. Sie sind aber auch deshalb im klinischen Kontext notwendig, weil das wiederholte Stimulieren und Üben einer gestörten Funktion für Patienten und Angehörige intuitiv ist und geradezu als Therapiemaßnahme erwartet und gefordert wird.

Allerdings hat der restitutive Behandlungsansatz auch seine Grenzen:

- (1) Die Fähigkeit zur Restitution scheint für einzelne kognitive Funktionen sehr unterschiedlich zu sein, und verschiedene Funktionen lassen sich selbst bei intensiver und lang dauernder Therapie nur in begrenztem Umfang verbessern.
- (2) Es fehlt bei einer Reihe von Funktionsbereichen an überzeugenden Belegen für die Effektivität einer restitutiven Therapie.
- (3) Therapieeffekte generalisieren nicht leicht und können von hirngeschädigten Patienten kaum auf andere Situationen und

Aufgabenstellungen übertragen werden, wenn nicht während der Therapie explizit auf eine Generalisierung hingearbeitet wird und motivationale Einflüsse berücksichtigt werden.

- (4) Die alleinige Konzentration auf die Funktionsrestitution trägt nicht den multiplen und in vielen Fällen nachweislich chronischen Störungen hirngeschädigter Patienten Rechnung. Es besteht die Gefahr einer Vernachlässigung psychosozialer und emotionaler Probleme der Patienten und deren Angehörigen.
- (5) Die repetitive und lang dauernde Durchführung restitutiver Therapien kann langweilig und ermüdend sein und stellt deshalb besondere Anforderungen an die Leistungsbereitschaft und das Durchhaltevermögen der Betroffenen. Solche Eigenschaften sind aber gerade bei hirngeschädigten Patienten nicht immer vorhanden.

Aus diesen Gründen sollte eine restitutive Therapie nicht ohne eine genaue Indikationsstellung und Therapieplanung durchgeführt werden und immer in ein therapeutisches Gesamtkonzept eingebettet sein. Dieses sollte nicht nur die Vermittlung von Informationen über die Erkrankung, eine individuelle Therapieplanung und -zielsetzung beinhalten, sondern auch Therapiestrategien für jene Patienten, bei denen sich ein chronischer Verlauf abzeichnet und bei denen durch funktionelle Therapien keine signifikanten Verbesserungen mehr erreicht werden können.

Auf Kompensation ausgerichtete Interventionen

Bei einer auf Kompensation ausgerichteten Behandlung wird davon ausgegangen, dass auf neuronaler Ebene eine Funktionsverbesserung dadurch möglich wird, dass intakt gebliebene Systeme dazu gebracht werden, Aufgaben geschädigter Systeme zu übernehmen. Auf Verhaltensebene bedeutet dies, dass die Patienten vor allem lernen müssen, ihre eigenen Stärken und Schwächen zu erkennen, realistische Ziele zu setzen und angemessene Erwartungen zu entwickeln sowie Alltagsanforderungen mit noch vorhandenen und intakten Fähigkeiten zu bewältigen (z.B. Lesen von Texten über Braille-Schrift; Merken von Terminen durch Gebrauch eines Terminkalenders; Erlernen einer Zeichensprache).

Klinische Studien unterstreichen die Bedeutung der Kompensation zum Ausgleich von kognitiven, motorischen und sensorischen Defiziten, wobei zur Kompensation auch die Optimierung des Verhaltens und die bewusste Auswahl (Selektion) von Aktivitäten und Lebenszielen gehören (siehe Abb. 3). Selektion, Optimierung und Kompensation sind zentrale Aspekte einer erfolgreichen Entwicklung und Anpassung (Baltes, 1997).

Zentral für das Konzept der Kompensation ist dabei, dass nicht mehr – wie bei der Restitution – von einer Wiederherstellung der Funktion geschädigter Systeme ausgegangen wird. Vielmehr wird angenommen, dass eine Verbesserung nur noch durch die Aktivierung und den Einsatz intakt gebliebener Fähig- und Fertigkeiten möglich ist. Patienten werden während der Behandlung systematisch dazu gebracht, auf diese intakten Fähigkeiten zurückzugreifen, und erlernen spezifische Kompensationsstrategien oder -hilfen oder erhalten Unterstützung bei der Anpassung von Erwartungen und Zielen.



Der Prozess der Kompensation

Der Begriff „Kompensation“ beschreibt einen Mechanismus (z.B. Verhalten), mit dem ein Mangel oder ein Defizit verringert wird. Bäckman und Dixon (1992) sprechen von Kompensation, wenn ein objektives oder wahrgenommenes Ungleichgewicht zwischen verfügbaren Fähigkeiten und Umwelthanforderungen ausbalanciert wird. Kompensation setzt dabei das Vorhandensein eines Ungleichgewichts oder einer Diskrepanz zwischen den vorhandenen Fähigkeiten einer Person und den Umwelthanforderungen voraus. Ein solches Ungleichgewicht kann nicht nur durch eine Krankheit oder Verletzung, sondern auch durch eine altersbedingte Abnahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, einen Geburtsfehler oder eine Zunahme der Umwelthanforderungen ohne Entwicklung entsprechender Fähigkeiten entstehen.

Um erfolgreich kompensieren zu können, ist in bestimmtem Umfang eine Wahrnehmung des vorhandenen Ungleichgewichts notwendig. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Person aktiv Strategien oder Hilfen einsetzen oder in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten Erwartungen und Ziele an die neue Lebenssituation anpassen soll. Nur die Wahrnehmung eines Ungleichgewichts kann letztendlich zu der bewussten Entscheidung führen, im Alltag vermehrt Kompensationsstrategien und -hilfen einzusetzen oder Lebenspläne und -ziele zu verändern.

Kompensationsformen

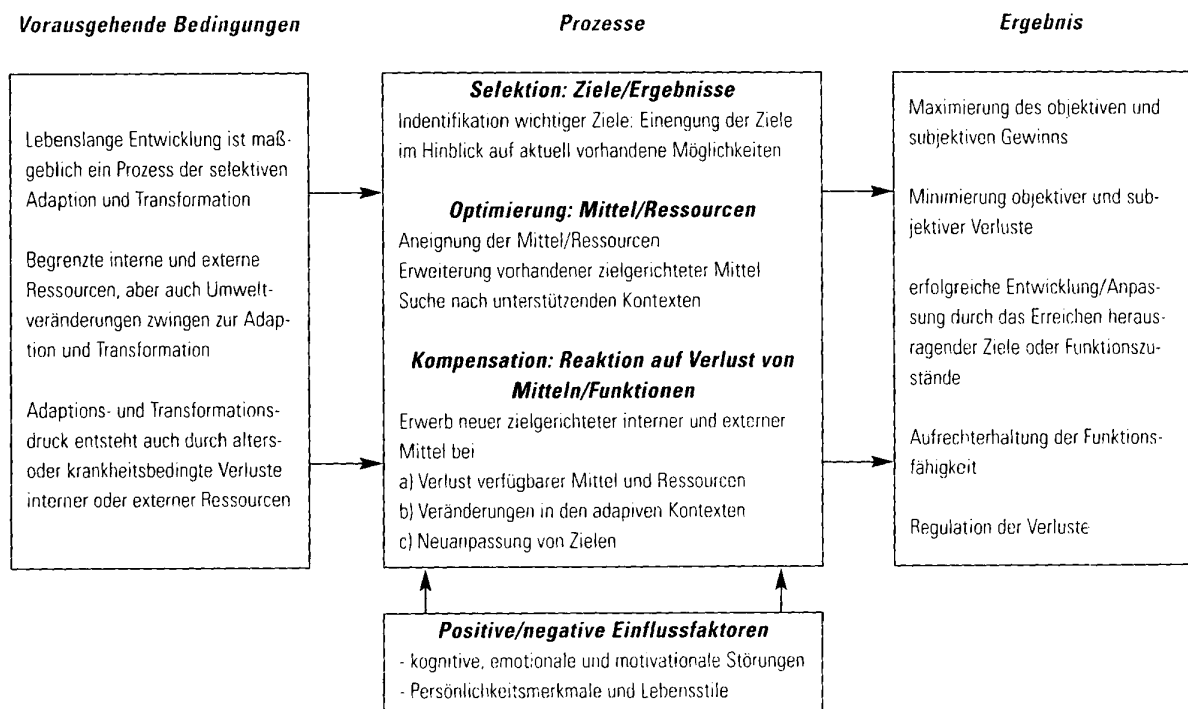
Fünf unterschiedliche Kompensationsmechanismen und -formen spielen bei der Behandlung eine wichtige Rolle (Bäckman und Dixon, 1992, Dixon und Bäckman, 1995). Ein Funktionsdefizit kann durch

- (1) die Investition von mehr Zeit und Energie (Anstrengung),
- (2) die Substitution durch eine latente Fähigkeit,
- (3) die Entwicklung einer neuen Fähigkeit (Einsatz von Strategien und Hilfsmitteln),
- (4) die Veränderung der Erwartungen sowie
- (5) durch die Wahl einer alternativen Nische oder eines alternativen Ziels erfolgen.

Am häufigsten und teilweise automatisch werden Defizite von Patienten durch einen größeren zeitlichen Aufwand und durch eine vermehrte Anstrengung ausgeglichen. Beispiele hierfür geben hirngeschädigte Patienten, die nach der Wiederaufnahme des Berufs wegen eines langsameren Arbeitstempos länger im Büro sind oder Arbeit mit nach Hause nehmen, weil sie in der am Arbeitsplatz zur Verfügung stehenden Zeit die anstehenden Aufgaben nicht bewältigen können. Ein weiteres Beispiel sind gedächtnisgestörte Patienten, die mehr Zeit und Sorgfalt darauf verwenden, um sich wichtige Dinge zu merken.

Hilft diese Art des Ausgleichs nicht, müssen vorhandene latente Fähigkeiten zur Substitution verwendet werden. Ein Beispiel für eine solche Substitution wäre das Erlernen der Blindenschrift nach dem Verlust der Sehfähigkeit. In einem solchen Fall würde die betroffene Person vorhandene taktile Fähigkeiten zur Infor-

Abbildung 2: Der dynamische Prozess der Selektion, Optimierung und Kompensation in der Behandlung von Patienten mit organisch bedingten psychischen Störungen (in Anlehnung an Baltes, Staudinger und Lindenberger, 1999, S. 483)



9.4 Neuropsychologie

bei jedem täglichen Kontakt mit einem verwirrten älteren Menschen Informationen, die diese an Zeit, Ort und die eigene Person erinnern sollen. Daneben werden alle aktuelle Tagesereignisse kommentiert. Desorientierte und zusammenhangslose Äußerungen des älteren Menschen werden behutsam korrigiert, eigenständiges und orientiertes Verhalten dagegen bekräftigt. ROT-Gruppen beinhalten strukturierte Gruppensitzungen von einer halben bis zu einer Stunde Dauer und bieten Gelegenheit zu einer intensiven Stimulation sowie zu einem direkten Training verschiedener kognitiver Funktionen.

Therapeutische Interventionen mit Angehörigen: Im Umgang und bei der Behandlung von Angehörigen wird häufig ein vierstufiges Modell (PLISSIT-Modell) verwendet (Muir et al., 1990). Das Akronym PLISSIT steht für „permission“, „limited information“, „specific suggestions“ und „intensive therapy“. Permission bedeutet, dass Angehörige kontinuierlich ermutigt werden, sich mit ihren Sorgen, Ängsten, Fragen und Bedürfnissen an den Therapeuten zu wenden. Dieser soll den Angehörigen sukzessive relevante Informationen (z.B. Therapieinhalte, Art der Störung, Fortschritte in der Behandlung, Prognose) und Ratschläge für den Umgang mit dem Patienten und andere Problemsituationen geben. Falls notwendig, führt der Therapeut Interventionen durch, die eine systematische Patient-Familien-Edukation, eine Familienberatung, die Vermittlung an eine Selbsthilfegruppe und die Organisation einer Betreuungsentlastung sowie die Vermittlung von Verhaltensstrategien im Umgang mit dem Betroffenen beinhalten können. Aufgrund der kognitiven Störungen des Patienten (z.B. Sprachstörungen, Amnesie) ist aber oft der Aufbau einer dyadischen und gleichgewichteten Interaktion in der Familie nicht mehr möglich.

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. Womit beschäftigt sich die Neuropsychologie?

→ Die Neuropsychologie ist eine Teildisziplin der kognitiven Neurowissenschaften und beschäftigt sich mit der Beschreibung des Zusammenhangs zwischen dem Gehirn und dem Erleben/Verhalten. Neuropsychologen versuchen herauszufinden, wie psychische Prozesse im Gehirn implementiert sind und wie durch biologische Mechanismen unser Erleben und Verhalten realisiert wird. Die neuropsychologische Forschung baut dabei auf Erkenntnissen der kognitiven Psychologie auf. Neben der Analyse des Verhaltens hirngeschädigter Patienten kommen heute moderne bildgebende Verfahren (z.B. funktionelle Kernspintomographie), aber auch molekulargenetische Untersuchungstechniken zum Einsatz.

2. Was versteht man unter einer neuropsychologischen Behandlung?

→ Bei der neuropsychologischen Behandlung handelt es sich um eine Therapieform, die speziell für Patienten mit organisch bedingten psychischen Störungen bzw. für hirngeschädigte Patienten entwickelt wurde. Mit neuropsychologischen Interventionen sollen die vorhandenen kognitiven, emotionalen und motivationalen Störungen sowie die daraus resultierenden oder damit einhergehenden psychosozialen

Beeinträchtigungen und Aktivitätseinschränkungen eines Patienten beseitigt oder, falls dies nicht möglich sein sollte, so weit wie möglich verringert werden.

3. Welche verschiedenen Behandlungsmaßnahmen werden bei einer neuropsychologischen Therapie unterschieden?

→ Bei einer neuropsychologischen Behandlung werden zwei Therapiesäulen unterschieden: Es handelt sich dabei um Interventionen, (1) die auf eine Funktionswiederherstellung und -verbesserung abzielen, und (2) die den Ausgleich von Defiziten durch den Einsatz noch intakter Fähigkeiten und/oder kognitiver Strategien vorsehen. Eine neuropsychologische Behandlung beschränkt sich nicht nur auf die Anwendung psychologischer Methoden, sondern kann auch pharmakologische oder anderen Interventionen (z.B. repetitive transkranielle Magnetstimulation) vorsehen.

4. Welche Patienten können von einer neuropsychologischen Behandlung profitieren?

→ Eine neuropsychologische Behandlung ist bei hirnverletzten Patienten (z.B. bei Patienten mit einem Schlaganfall oder einem Schädelhirntrauma) indiziert, die infolge der Erkrankung oder Verletzung eine klinisch relevante organisch bedingte psychische Störung aufweisen.

5 Prüfungsfragen

1. Welche Ziele verfolgt die Neuropsychologie?
2. Nennen Sie Aufgaben der neuropsychologischen Diagnostik!
3. Welche verschiedenen Behandlungssäulen werden in der neuropsychologischen Therapie unterschieden?
4. Welches Ziel soll mit einer auf Restitution ausgerichteten Behandlung erreicht werden?
5. Was versteht man unter Restitution?
6. Nennen Sie die verschiedenen Methoden zur Funktionsrestitution!
7. Nennen Sie die Probleme einer auf Restitution gerichteten Behandlung!
8. Was versteht man unter Kompensation?
9. Welche verschiedenen Formen der Kompensation kennen Sie?
10. Welche Probleme können bei einer auf Kompensation ausgerichteten Behandlung entstehen?
11. Wodurch kann die aktive Kompensation einer Störung erschwert oder verhindert werden?
12. Wie erfolgt in der klinischen Praxis die Vermittlung von Kompensationsstrategien?

6 Literatur

- Bäckmann L, Dixon RA: Psychological compensation: A theoretical framework. *Psychol Bull* 1992;112:259-283
- Baltes PB: On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *Am Psychol* 1997;52(4):366-380
- Baltes PB, Staudinger UM, Lindenberger U: Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Ann Rev Psychol* 1999;50:471-507

! Merke: Bei Hirngeschädigten entscheidet nicht nur der Schweregrad der Störung über den Erfolg der Kompensation, sondern auch intakte kognitive Funktionen. Insbesondere Defizite in exekutiven Funktionen scheinen bei der Kompensation ein kritischer Faktor zu sein.

Bei der Vermittlung von Kompensationsstrategien und -hilfen muss auch darauf geachtet werden, dass der praktische Nutzen für den Betroffenen erkennbar ist und die Anwendung der Hilfen beim Betroffenen oder anderen Personen nicht auf Ablehnung stößt. Sieht der Betroffene keinen direkten Nutzen oder entspricht der Gebrauch der Kompensationshilfe nicht normativen Erwartungen, wird die Bereitschaft zum Einsatz der Kompensationshilfe abnehmen (Wilson, 2000).

3 Umsetzung in die klinische Praxis

Praktische Umsetzung einer auf Kompensation ausgerichteten neuropsychologischen Behandlung

Die bisherigen Überlegungen machen deutlich, dass die Vermittlung von Kompensationsstrategien und -hilfen gerade bei Patienten mit schweren Beeinträchtigungen systematisch vorbereitet werden muss und eine Umsetzung der Behandlung in einem therapeutischen Milieu mit anderen Betroffenen sinnvoll ist (Ben-Yishay, 1996). Die Vermittlung von Kompensationsstrategien und -hilfen erfolgt dabei in der Regel in drei Abschnitten: (1) Identifikation von Problemsituationen, (2) Entwicklung und Wahl von Strategien zur Bewältigung der Problemsituation und (3) Motivierung und Training der Strategie.

Von Beginn an sollten in der Therapie implizit auf Kompensation ausgerichtete Behandlungselemente enthalten sein. Beispielsweise können Patienten bereits in der Therapievorbereitung Visualisierungs- und Gedächtnishilfen (z.B. Flip-Chart, Therapie-logbuch) kennen lernen. Zusätzlich zu diesen Hilfen gilt es, kompensatorisches Verhalten zu verstärken und zu fördern (z.B. Patienten darauf hinweisen, dass sie Fragen stellen müssen, wenn sie Sachverhalte nicht mitbekommen haben).

Ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung Kompensation ist die Entwicklung einer realistischen Selbsteinschätzung, da die Bereitschaft zur Anwendung kompensatorischer Strategien mit dem Bewusstsein für die vorhandenen Probleme und mit der Einsicht in die Notwendigkeit deren Anwendung steigt. Hinzu kommt, dass mit einem verbesserten Störungsbewusstsein auch Erwartungen an die eigene Leistung verändert sowie Ziele und Aufgabenstellungen ausgewählt werden, die dem momentanen Leistungsniveau entsprechen. Auch Vermittlung von Informationen über die Erkrankung kann die Akzeptanz erhöhen und die Notwendigkeit der Verwendung von Kompensationsstrategien aufzeigen, wobei die Schaffung einer Akzeptanz nicht nur bei den Patienten, sondern auch bei den Angehörigen wichtig ist.

Restitution vs. Kompensation

Restitutive und kompensatorische Interventionen schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern ergänzen sich. Wie Engelberts und Kollegen (2002) in einem Therapievergleich von auf Restitution und Kompensation ausgerichteten Therapieprogrammen zur Behandlung von Aufmerksamkeitsdefiziten bei Patienten mit fokalen Krampfanfällen nachweisen konnten, profitierten gerade Patienten mit schwerer Symptomatik von beiden Behandlungsansätzen, weshalb ihre Kombination in der klinischen Praxis die Regel ist (Prigatano, 1999).

Besondere neuropsychologische Interventionen und Programme

Neben den in den vorausgehenden Abschnitten dargestellten therapeutischen Methoden werden in der neuropsychologischen Therapie noch weitere therapeutischen Methoden oder Programme verwendet. Es handelt sich um die unterstützte Beschäftigung, die Selbsterhaltungstherapie (SET), das Realitätsorientierungstraining (ROT) und die Angehörigetherapie.

Unterstützte Beschäftigung. Die speziellen Probleme hirngeschädigter Patienten (z.B. geringer Transfer des Gelernten, rigides Verhalten, Leistungsschwankungen, verringerte Initiative) und deren Probleme bei der beruflichen Wiedereingliederung haben zur Entwicklung eines speziellen Berufsintegrationsprogramms geführt. Unterstützte Beschäftigung beinhaltet eine detaillierte Diagnostik sowie eine kurze vorbereitende neuropsychologische Behandlung, die Platzierung der betroffenen Person am früheren oder einem neuen geeigneten Arbeitsplatz und die therapeutische Unterstützung des Patienten an dieser Arbeitsstelle. Der Therapeut hilft dem Patienten bei den alltäglich anfallenden Problemen und entwickelt mit ihm vor Ort effiziente Kompensationsstrategien oder -hilfen. Ist die Platzierung gelungen, reduziert der Therapeut langsam seine Hilfestellung und sorgt langfristig nur noch für eine Nachbetreuung.

Die Selbsterhaltungstherapie (SET). Eine weitere wichtige Patientengruppe in der Neuropsychologie sind Patienten mit einer Demenz. Ausgehend von der Überlegung, dass primär- und sekundäre Folgen einer demenziellen Erkrankung (kognitive Störungen, Unterbrechung der Kontinuität in persönlichen Erfahrungen, Erlebnisarmut etc.) auch zu Veränderungen und Störungen des Selbst führen können, entstand die Selbsterhaltungstherapie. Sie gründet auf der Überlegung, dass die zentralen Ziele der Demenzbehandlung (die Eigenständigkeit der Patienten so lange wie möglich zu erhalten, das Leid der Betroffenen zu vermindern, Pflege zu erleichtern) am besten über neuropsychologisch fundierte Hilfsmaßnahmen zum Erhalt des personalen Selbst zu erreichen sind. Als Vorgehensweisen, die zur Stabilisierung des Selbst beizutragen können, werden genannt: (1) bestätigende Kommunikationsformen, (2) geeignete Beschäftigungen und Hilfestellungen und (3) Erinnerungsarbeit.

Realitätsorientierungstraining (ROT). Dieses Training stellt einen grundlegenden Ansatz zum Umgang mit verwirrten älteren Menschen oder sehr schwer beeinträchtigten, orientierungsgestörten Patienten dar. Beim 24-Stunden-ROT vermitteln Therapeuten

9.4 Neuropsychologie

mationsaufnahme nutzen. Mit alternativen Mitteln oder auf alternativen Wegen wird also versucht, das Ziel zu erreichen. Das Erlernen neuer Fähigkeiten oder der gezielte Einsatz von Ausgleichsstrategien und Hilfsmittel stellt eine dritte Möglichkeit zur Kompensation dar. Beispiele für diese dritte Form der Kompensation sind der Gebrauch von Strategien (z.B. Mnemotechniken, Zeichensprache) oder die Verwendung von Hilfen (z.B. Rollstuhl, Unterarmgehstütze, Hörgerät, Gedächtnistagebuch, Kommunikationstafeln). Weitere Beispiele aus dem Bereich der Neuropsychologie wären das Erlernen einer melodischen Intonation durch Patienten mit einer schweren Aphasie oder das Erlernen von Phonem-Graphem-Übersetzungsstrategien für alektische Patienten. Auch das Ziel-Management-Training, das den Patienten eine Heuristik vermittelt, mit der sie Handlungen besser kontrollieren können, dient der Kompensation (Levine et al., 2000). Eine Sammlung häufig verwendeter Kompensationsstrategien und -hilfen ist in Tabelle 3 dargestellt. Personen, die ein Ungleichgewicht zwischen eigenen Fähigkeiten und Umwelтанforderungen erfahren und es nicht durch die beschriebenen Strategien ausgleichen können, haben jedoch

Tabelle 3: Häufig verwendete Kompensationsstrategien zum Ausgleich kognitiver Störungen

Gedächtnis und Lernen

- Einsatz von internen Gedächtnisstützen und Lernhilfen (z.B. PQRS- Methode, Elaboration)
- mehr Zeit beim Einspeichern von Informationen verwenden (z.B. „Ich brauche noch etwas Zeit, um den Text durchzulesen“)
- externe Gedächtnisstützen (z.B. Diktiergerät, Notizbuch, Kalender)
- Aufgaben an andere Personen übertragen (z.B. „Erinnere mich bitte daran!“)
- selektive Aufnahme von Informationen (z.B. „Ich weiß, dass ich mir nicht alles merken kann. Deshalb konzentriere ich mich auf bestimmte Inhalte“)
- Wiederholungen erbitten (z.B. „Könnten Sie dies bitte nochmals wiederholen. Würden Sie dies bitte für mich aufschreiben“)

Aufmerksamkeit und Konzentration

- Handlungen und intendiertes Verhalten immer sofort ausführen
- immer nur eine Aktivität nach der anderen durchführen
- Beseitigung von Störquellen
- Aufbau von Verhaltensroutinen (z.B. Schlüssel immer an den gleichen Platz)
- durch Lückenfüller im Gespräch Zeit zum Nachdenken und Überlegen gewinnen
- aktive Strukturierung von Gesprächen und Verlangsamung (z.B. „Würden Sie bitte etwas langsamer sprechen“)
- regelmäßige Pausen einlegen
- Selbstkontroll-Techniken („Bin ich noch am Ball?“, „Habe ich alles verstanden?“, „Muss ich nachfragen?“)

Wahrnehmung

- Gebrauch von Büchern mit Großschrift
- Verwendung von Audiobüchern
- Markierungen am Rand eines Textes als Orientierungshilfen

Sprache

- Aufsagen des Alphabets, um Abrufhilfen zu bekommen
- Kommunikationsbuch
- Gebrauch einer Schreibmaschine oder eines Computers
- melodische Intonation

noch weitere Möglichkeiten, um mit dem entstandenen Ungleichgewicht umzugehen. Sie können Erwartungen und/oder Ziele verändern und damit das Ungleichgewicht durch die Veränderung der Umwelтанforderungen oder ihrer eigenen Ansprüche und Erwartungen reduzieren. Alternativ können sie aber auch Aufgaben mit einem geringeren Anforderungsniveau auswählen oder die Kriterien für den eigenen Erfolg verändern. Beispiele hierfür geben Patienten, die nach einer Hirnschädigung aufgrund der vorhandenen Beeinträchtigungen nicht mehr erwarten, wieder ganztags arbeiten zu können, oder sich mit einer weniger anspruchsvollen Tätigkeit zufrieden geben. Ein besonders eindrückliches Beispiel für den komplexen Prozess der Kompensation findet sich in einem Artikel des Lernpsychologen Skinner, der in diesem Beitrag seinen kompensatorischen Umgang („intellektuelles Selbstmanagement“) mit altersbedingten kognitiven Problemen darstellt (Skinner, 1983). Die klinische Praxis zeigt, dass gerade die beiden letzten Kompensationsformen von den betroffenen Patienten nicht oder nur langsam in Betracht gezogen werden. Dies ist verständlich, weil die Entwicklung dieser Strategien mit der Erkenntnis einhergeht, dass ein Wiedergewinnen der alten Fähigkeiten nicht mehr möglich ist – eine Erkenntnis, die für den Patienten mit erheblichen emotionalen Belastungen verbunden ist. Für die Patienten geht es in der Therapie dann darum, neue Lebensperspektiven und -ziele aufzubauen und adaptive Formen der Bewältigung zu finden, um mit den „Verlusten“ umzugehen.

Entwicklung der Kompensationsformen

Es ist offensichtlich, dass die aufgeführten Kompensationsarten unterschiedlich zeitaufwendig sind, wobei für das Erlernen neuer Fähigkeiten der größte Aufwand in Rechnung gestellt werden muss. Aus diesem Grund versuchen die Betroffenen häufig, vorhandene Defizite zuerst durch den Einsatz von mehr Zeit und Energie auszugleichen. Wenn diese Strategie keinen Erfolg hat, erfolgt der Rückgriff auf andere Kompensationsformen.

Trotz eines Ungleichgewichts muss es aber nicht zwangsläufig zu einer aktiven Kompensation durch den Patienten kommen. Eine Kompensation unterbleibt häufig dann, wenn die Patienten keine oder eine verminderte Krankheitseinsicht aufweisen oder bei allen kritischen Anforderungssituationen immer ein hohes Maß an fremder Hilfe oder Unterstützung gegeben wird. Aktives Kompensationsverhalten scheint in dem Umfang abzunehmen, wie Probleme in der Wahrnehmung vorhandener Defizite bestehen oder fremde Hilfen zur Verfügung gestellt werden. Letzteres geschieht häufig durch Ehepartner oder andere Bezugspersonen, die alle notwendigen Aufgaben für den Betroffenen erledigen.

Ein weiterer Grund, warum Kompensation unterbleiben kann, besteht im Schweregrad des vorhandenen Defizits. Gerade bei sehr gravierenden Beeinträchtigungen erfolgt oft keine Kompensation, da wegen der Schwere keine Kompensationsmöglichkeiten vorhanden oder mögliche Kompensationsstrategien für den Betroffenen zu aufwendig und mühsam sind. Beispielsweise werden Hörgeräte häufig erst nach längerer Gewöhnung benutzt, da nicht nur relevante Tonsignale, sondern auch alle anderen Signale (Geräusche) verstärkt werden.



9.5 Alterspsychotherapie

ANDREAS MAERCKER

1 Einleitung

Demografische Überblicke der Bevölkerung in Mitteleuropa zeigen:

- dass es einen zunehmenden Anteil älterer Menschen gibt,
- dass die mittlere Lebenserwartung weiter steigt sowie
- dass typischerweise ein großer Abschnitt des Lebens nach der Pensionierung ohne gravierende gesundheitliche Einschränkungen in aktiver Lebensgestaltung verbracht wird.

In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sind ältere Menschen über 65 Jahre nach wie vor deutlich unterrepräsentiert. Mehrere Umfragestudien in der ersten Hälfte der 90er Jahre ergaben, dass in Deutschland der Anteil der über 60-Jährigen bei Psychotherapien in niedergelassenen Praxen nur 0,2-2% beträgt (Zank, 2002). Andererseits wurde von etwa 25% der Psychotherapeuten geäußert, dass sie sich Patienten aus den höheren Altersgruppen wünschten. Die Bereitschaft zur Behandlungsübernahme von älteren Patienten ließ sich in einer Studie weder auf das Alter der Therapeuten noch auf ihr gerontologisches Wissen zurückführen, sondern ausschließlich auf die bereits vorhandenen Behandlungserfahrungen mit dieser Altersgruppe (Zank, 2002). Dieselbe Studie erbrachte auch, dass das gerontologisch/gerontopsychologische Wissen der Therapeuten deutlich begrenzt ist.

Im vorliegenden Artikel sollen grundlegende neue Konzepte und Behandlungsbesonderheiten in der Alterspsychotherapie zusammenfassend vorgestellt werden. Das Kapitel beginnt mit einem Überblick über die häufigsten psychischen Störungen im Alter. Im Mittelpunkt des Kapitels stehen neue theoretische Modelle der klinischen Lebensspannenpsychologie und ihre Implikationen für die Alterspsychotherapie. Abschließend werden altersspezifische Behandlungsansätze sowie Modifikationen der bestehenden therapeutischen Techniken dargestellt.

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

2.1 Epidemiologie

Die häufigsten psychischen Störungen bei über 65-Jährigen sind die demenziellen und depressiven Syndrome. Die Häufigkeit der Demenz liegt bei den über 65-Jährigen bei etwa 5%, bei den über 80-Jährigen bei etwa 20% und bei den über 90-Jährigen bei etwa

30%. Insgesamt leiden von allen Demenzkranken ca. 50% an einer Alzheimer-Demenz, 10% an einer Demenz vom vaskulären Typ und 25% an Mischformen der Alzheimer- und vaskulären Demenz. Die Major Depression ist bei 5-10% in dieser Altersgruppe vorhanden, wobei etwa 20% weitere depressive Störungsbilder einschließlich sog. subsyndromaler Depressionen aufweisen. Angststörungen sind bei 5-10 % der Älteren ausgebildet.

Darüber hinaus sind einige weitere psychische Störungen im Alter besonders relevant. Bekannt ist, dass die Suizidrate Älterer mit fast 40 pro 100 000 Einwohnern fast doppelt so hoch ist wie in jüngeren Altersgruppen, und dies insbesondere bei Männern. Diagnostizierbare Schlafstörungssyndrome haben im Alter eine Prävalenz von etwa 20%. Für andere wichtige Störungen wie die somatoformen Störungen, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit und den Formenkreis wahnhafter Störungen liegen zwar viele Einzelstudien, aber keine zuverlässigen Prävalenzschätzungen vor. Insgesamt geht man aufgrund repräsentativer Studien davon aus, dass etwa 25% der >65-Jährigen unter einer oder mehreren psychischen Störungen leiden (Maercker et al., 2008; Steinhagen-Thiessen et al., 1999).

! Merke: Der Mangel an altersspezifischen Definitionen von psychischen Störungsbildern in ICD-10 und DSM-IV (siehe unten) führt zu einer Fehleinschätzung der Morbidität dieser Altersgruppe. Beispielsweise sind die Diagnosekriterien für Major Depression oder Substanzmissbrauch zu sehr auf das mittlere Lebensalter bezogen, so dass viele ältere Patienten von einer Diagnose ausgeschlossen werden. Daher ist es empfehlenswert, auch subsyndromale Störungsbilder in dieser Altersgruppe zu erfassen und ihren Krankheits- bzw. Behandlungswert zu diagnostizieren.

2.2 Lebensspannenpsychologische Begriffe

Nachdem frühere Modelle der Veränderung im Erwachsenenalter und Alter gewöhnlich einen Abwärtsverlauf betont und ein „Defizitmodell“ vertreten haben, vermittelte die Gerontopsychologie danach ein oft ebenso einseitiges positives „Kompetenzmodell“ des Alterns. In den letzten Jahren wurden komplexere und nuanciertere Begrifflichkeiten und Modelle entwickelt.

2.2.1 Unterscheidung in ein 3. und 4. Lebensalter (Junge Alte und Hochbetagte):

In der Gerontopsychologie werden die potenziell 30 und mehr Lebensjahre nach dem Erreichen der Pensionierungsgrenze in ein 3. Lebensalter (Junge Alte) und ein 4. Lebensalter (Hochbetagte) eingeteilt. Die Altersgrenze zwischen dem 3. und 4. Lebensalter wird entweder mit dem 80. oder 85. Lebensjahr angegeben.

Das 3. Lebensalter ist zunehmend von selbst gewählten Aktivitäten (Reisen, freiwilliger Arbeit, Hobbys etc.) geprägt, die über die Möglichkeiten der teilweise fremdkontrollierten Berufsjahre hinausgehen können. Baltes (in Mayer und Baltes, 1999) hat deshalb den Begriff der „*Belle Epoque*“ für das 3. Lebensalter geprägt.

Das 4. Lebensalter ist hingegen durch die wachsende Verdichtung von biologisch-organischen Risiken gekennzeichnet, die mit zunehmendem Alter über die Hälfte der Hochbetagten erfasst. Die Multimorbidität nimmt in der Regel zu, und die verschiedenen Behinderungen, Einbußen und Krankheiten sind nur noch schwer durch (medizinische) Interventionsmaßnahmen zu kompensieren. Der Aktionsradius wird immer geringer, das soziale Netzwerk kleiner, und ein wachsender Anteil von Jahrgängen der Hochbetagten siedelt in Alters- und Pflegeeinrichtungen über.

2.2.2 Unterscheidung in normales, pathologisches und optimales Altern:

! **Merke:** Die Entwicklungspsychologie der Lebensspanne zeigt, dass das Altern ein individueller und differenzieller Prozess ist, der multidimensional und multidirektional verläuft. Dies bedeutet, dass sich die Entwicklung eines Menschen z.B. in kognitiven, sozialen oder gesundheitlichen Dimensionen unterschiedlich gestaltet.

Der Begriff „multidirektional“ drückt aus, dass bis ins hohe Alter durchaus Entwicklungsfähigkeit („Plastizität“) für viele Bereiche nachgewiesen wurde.

Unter Bezug auf die große interindividuelle Variabilität unterscheidet man in der Gerontologie zwischen dem normalen, pathologischen und optimalen Altern. Normales Altern ist dann vorhanden, wenn es lediglich durch „alternstypische“ Einbußen in organisch-somatischen und psychischen Funktionen gekennzeichnet ist (z.B. beim Vorliegen von Osteoarthrosen bei über 70-Jährigen, leichten kognitiven Beeinträchtigungen bei über 80-Jährigen). Pathologisches Altern wird durch das Auftreten von Krankheiten und erheblichen Funktionseinschränkungen mit Einbuße an Lebensqualität und mit Verkürzung der individuellen Lebensspanne bestimmt. Die Alterungsprozesse werden hierbei durch Krankheitsprozesse überlagert und dominiert. Optimales Altern kennzeichnet den Zielzustand eines Lebens mit weitreichender Autonomie, Wohlbefinden und das Erreichen weiterer individuell gesetzter Lebensziele, wie dies z.B. bei den genannten über 100-Jährigen der Fall ist.

Gerade bei alten Menschen ist allerdings zu beachten, wie fließend die Übergänge zwischen normal („gesund“) und pathologisch sind. So müssen leichte psychische Auffälligkeiten (z.B. Vergesslichkeit in Einzelbereichen) nicht gleich krankhaft sein. Sie können Zuspitzungen normaler physiologischer oder psychologischer Alterungsprozesse sein.

! **Merke:** Grundsätzlich ist eine Voraussetzung für die Erkennung von Normalität eine mehrdimensionale Analyse des Alterungsprozesses.

Die Diagnostik in der Gerontologie sollte mehrschichtig geschehen, d.h., sie sollte sich nicht nur auf die „Ausfälle“ und „Verhaltensstörungen“ eines alten Menschen beschränken, sondern auch auf seine Stärken eingehen.

3 Das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation

Dieses Modell der Lebensspannenpsychologie (Baltes und Carstensen, 1996) wurde für alle Lebensalter entwickelt, hat aber eine besondere Relevanz für das höhere Lebensalter.

! **Merke:** Das Modell bietet eine grundlegende Orientierung über die Ansatzpunkte psychotherapeutischer und gerontopsychologischer Interventionen im motivationalen und Verhaltenssystem u.a. der älteren Menschen.

Nach dem Modell werden psychologische Anpassungsprozesse auf negative externe und interne Ereignisse bzw. Ressourcenverluste (z.B. Krankheit, Behinderung, Verlusterlebnisse) generell durch drei Komponenten erreicht: Selektion, Optimierung und Kompensation (SOK-Modell). Diese sind folgendermaßen definiert (Baltes und Carstensen, 1996):

- Selektion bezieht sich auf die Auswahl und Veränderung von Zielen und Verhaltensbereichen im Sinne der Eingrenzung der Anzahl möglicher Alternativen, der Konzentrierung auf begrenzte Ressourcen sowie auf Spezialisierungen. Ressourcenverminderung (antizipierte bzw. manifeste) führt zur Selektion von Zielen und Verhaltensbereichen. Die Selektion erfordert also eine Neuanpassung der Standards, der Ziele und der Erwartungen.
- Optimierung bezieht sich auf die Stärkung und Nutzung vorhandener zielrelevanter Handlungsmittel und Ressourcen. Sie beinhaltet die Stärkung und Verfeinerung von Ressourcen und Handlungsmitteln. Dem liegt zugrunde, dass ältere Menschen sich weiterentwickeln können, weiterführende Ziele haben sowie zu Handlungen in der Lage sind, die eine Aktivierung und Stärkung körperlicher und geistiger Fähigkeiten bewirken. Um zur Optimierung fähig zu sein, bedarf es jedoch einer angereicherten, fördernden Umwelt und der Bereitstellung von Möglichkeiten.
- Kompensation zielt auf die Schaffung, das Training und die Nutzung neuer Handlungsmittel, um Einschränkungen und Verlusten entgegenzuwirken. Die Kompensation wird dann erforderlich, wenn Fähigkeiten und Fertigkeiten ganz oder teilweise verloren gehen, das damit verbundene Ziel jedoch beibehalten werden soll. In diesem Fall muss nach neuen Wegen zur Zielerreichung gesucht werden.

Der fortschreitende Prozess der Erschöpfung der Ressourcen macht zum einen zunehmend feinere Abstimmung und Zusam-

9.5 Alterspsychotherapie

menwirken von selbst gesteuerter Selektion, Kompensation und Optimierung nötig.

Psychologische Interventionen zur Selektion werden notwendig, wenn z.B. Verluste von Sozialpartnern, Ausscheiden aus dem Berufsleben, Funktionsverluste, körperliche Gebrechen, Behinderungen eintreten. Dies gilt ganz besonders dann, wenn ältere Menschen ihre bisherige Lebenswelt aufgeben, um in einer Alteinrichtung weite zuleben. Selektion erfordert eine motivationale Bereitschaft, kognitive Flexibilität und Handlungsorientierung.

Psychologische Interventionen zur Optimierung zielen auf die Gestaltung einer angereicherten Umwelt, indem durch eine Verbesserung bzw. den Einsatz von Hilfsmitteln Handlungs-, Entscheidungs- und Kontrollspielräume erhalten bleiben. Konkrete Interventionen im Sinne von Optimierungsprozessen richten sich vor allem auf

- die physikalische Umwelt (z.B. Gestaltung des Wohnraums, der Treppen, altersgerechtes Wohnen usw.),
- den Einbezug von Diensten und Serviceleistungen (z.B. Essensdienste, Pflegedienste, Einkaufshilfen) der Familie, der Partner und der Gemeinde.

Psychologische Interventionen zur Kompensation beruhen auf Überlegungen, die in der Gerontologie als „Plastizitäts-These“ oder „Inaktivitätsatrophie-Annahme“ bekannt sind. Diese Konzepte besagen, dass der Gebrauch von Fähigkeiten zu ihrer Entwicklung beiträgt, der Nichtgebrauch hingegen zur Verkümmern. Die gerontologische Interventionsforschung hat gezeigt, dass die meisten älteren Menschen eine beträchtliche mentale Reserve besitzen, die durch Übung und Lernen aktiviert werden kann, z.B. in den Bereichen Gedächtnis, soziale Kompetenz, Aktivitäten des Alltagslebens, chronische Krankheiten, Sexualstörungen usw.

Für die Psychotherapie depressiver Störungen im Alter hat Hautzinger (2000) das Modell der selektiven Optimierung und Kompensation als theoretische Fundierung seines Depressions-therapie-Manuals herangezogen. Beispiele für Selektions-Inter-

ventionen sind das Sicheinlassen auf den positiven Wert der Erinnerung, z.B. in Lebensrückblick- oder Remineszenztherapien (siehe unten). Für Optimierungs-Interventionen ist die Schaffung von Erleichterungen, z.B. durch den Einsatz von Servicediensten, ein Beispiel. Kompensations-Interventionen bei Depressiven können z.B. ein Neulernen durch soziale Rollenspiele beinhalten. Das SOK-Modell wird in der allgemeinen Gerontopsychologie intensiv empirisch erforscht (vgl. Baltes und Carstensen, 1996). Es ist ein potenzieller „Theorielieferant“ für die Psychotherapie und kann behaviorale, kognitive und psychodynamische Modelle ergänzen.

4 Das alters- und störungsspezifische Rahmenmodell der Alterspsychotherapie

Das von Maercker (2002) vorgeschlagene alters- und störungsspezifische Rahmenmodell der Psychotherapie (ASS-RP) (Rahmenmodell = Modell mit einer hohen Anzahl und Komplexität der einbezogenen Faktoren) geht von mehreren Grundannahmen aus:

1. Die Psychotherapie älterer Menschen ist eingebettet in zwei Perspektiven: die Altersspezifik und die Störungsspezifik;
2. die Altersspezifik wird durch die Interaktion altersbezogener und erleichternder Faktoren bestimmt;
3. die Psychotherapie älterer Menschen impliziert selektiv orientierte Therapieziele.

Abbildung 1 veranschaulicht das Rahmenmodell.

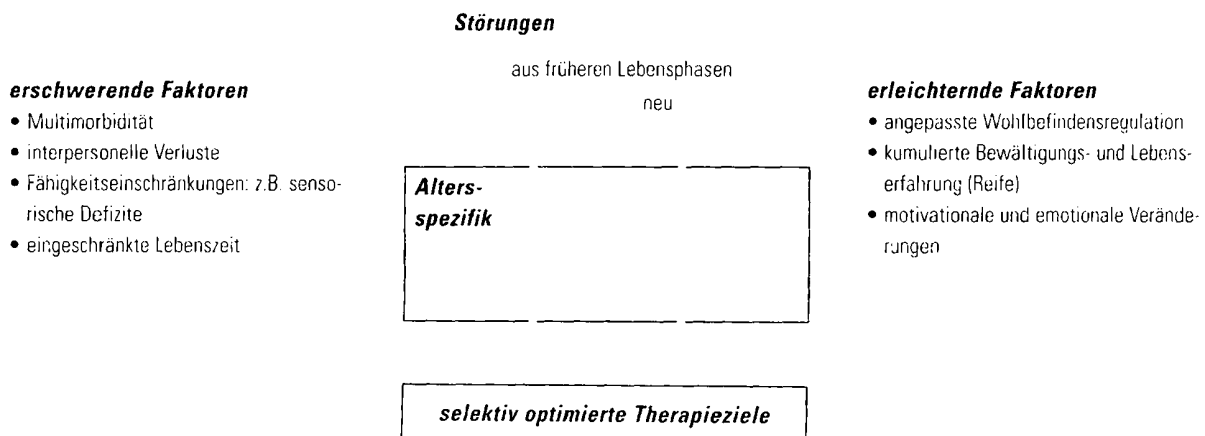
4.1 Altersspezifik

Die Altersspezifik der klinisch präsentierten Beschwerden und Störungen wird durch das Wechselspiel altersbezogener erschwerender und erleichternder Faktoren gekennzeichnet.

4.1.1 Erleichternde Faktoren

Zu diesen Faktoren gehören psychologische Phänomene, die dazu beitragen, dass ältere Menschen nicht per se psychologi-

Abbildung 1: Alters- und störungsspezifisches Rahmenmodell der Alterspsychotherapie (nach Maercker, 2002, S. 49)



sche Hilfe benötigen, ja sogar in der Mehrzahl durch erstaunlich gut funktionierende Ressourcen und Fähigkeiten gekennzeichnet sind. Im Folgenden werden einige dieser Faktoren kurz skizziert (eine ausführlichere Darstellung findet sich in Maercker, 2002).

Angepasste Wohlbefindensregulation: Untersuchungen zur Wohlbefindensregulation (Staudinger, 2000) im Alter haben ein scheinbar paradoxes Bild ergeben (sog. Wohlbefindensparadoxon): Das subjektive Wohlbefinden ist über die Altersphasen bis in das 4. Lebensalter hinein konstant, obwohl die Anzahl objektiver Beeinträchtigungen (siehe unten: erschwerende Faktoren) zunimmt. Zur Erklärung des Wohlbefindensparadoxons wird die kognitive Diskrepanzreduktion durch Vergleichsprozesse herangezogen.

Kognitive Vergleichsprozesse der Wohlbefindensregulation kann man einteilen in soziale Vergleiche (mit anderen), temporale Vergleiche (mit früheren oder späteren Zeitpunkten) sowie in Aufwärts- bzw. Abwärtsvergleiche (Aufwärtsvgl.: Vergleich mit Besserem; Abwärtsvgl.: Vergleich mit Schlechterem). Aufwärtsvergleiche haben im Allgemeinen die Funktion, sich zu einer Verbesserung zu motivieren. Abwärtsvergleiche können dagegen als Trost dienen, dass der eigene Zustand schlechter sein könnte. Sowohl soziale als auch temporale Vergleiche können aufwärts und abwärts gerichtet sein.

Merke: Temporale Vergleiche mit früheren Zeitpunkten im Leben sind im Alter viel häufiger als in anderen Lebensaltern. Dabei scheinen temporale Abwärtsvergleiche (z.B. „In der Kriegszeit ging es uns/mir viel schlechter“) besonders zentral zu werden. Die selektive Erinnerungstendenz an überstandene Krisen und gemeisterte frühere Lebenssituationen steht im Zusammenhang mit höheren Wohlbefindenswerten für Ältere.

Für viele Menschen in Mitteleuropa ist der 2. Weltkrieg und die Nachkriegsphase eine Zeit der Entbehrungen und der Notlagen. Im Vergleich zu diesen Zeiten hat das Leben im Alter (trotz der Beeinträchtigungen) für die meisten Betroffenen eine Wendung zum Besseren genommen.

Allerdings gibt es Grenzen der Wohlbefindensregulation (Staudinger, 2000): es gilt nur innerhalb des normalen und des optimalen, nicht aber des pathologischen Alterns. Zudem scheint im 4. Lebensalter die Anpassung der Wohlbefindensregulation an eine Grenze zu stoßen, über die hinaus die Anpassungsleistung versagt. Im Hochbetagtenalter wird bei ständiger Zunahme der Verluste und ohne die Möglichkeit ausreichender Kompensation durch externe Ressourcen die Wahrscheinlichkeit des Zusammenbruchs der Wohlbefindensregulation immer größer.

Kumulierte Bewältigungs- und Lebenserfahrung (Reife): Während in der Psychologie der Bewältigungsbegriff vergleichsweise gut definiert ist, sind die Begriffe der Lebenserfahrung und Reife noch schlechter definiert. Im vorliegenden Zusammenhang ist mit kumulierter Bewältigungs- und Lebenserfahrung bzw. Reife das Fakten- und prozessuale Wissen über Lebensvorgänge gemeint. Empirisch erforscht wird dies heute z.B. unter den Begriffen Coping, Weisheit (Baltes et al., 2002)

oder persönliche Reifung (*personal growth*: Maercker und Langner, 2001). In einer exemplarischen Studie wurden von Diehl et al. (1996) Coping-(Bewältigungs-)formen unterschieden. Als reife Bewältigungsformen werden impulskontrollierte und adaptiv lernbasierte Strategien verstanden, während unreife Bewältigungsformen mit Impulsivität verbunden sind und dysfunktionale Interpretationen der Umwelt beinhalten. Die Autoren untersuchten zwei Formen der reifen Bewältigung:

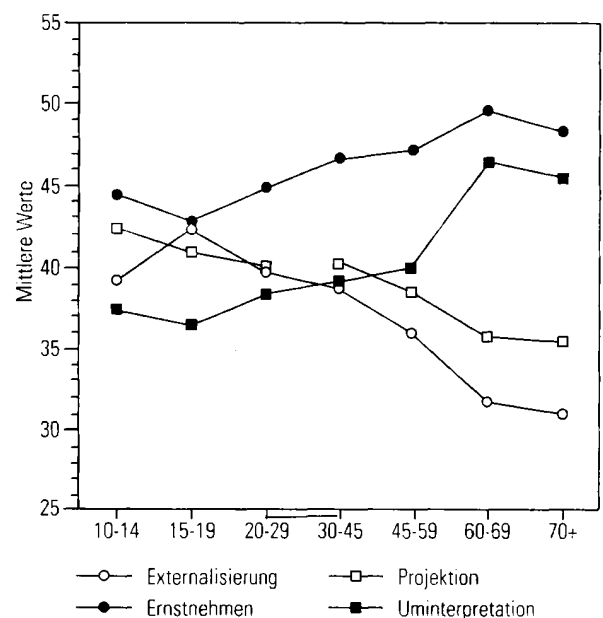
- „Ernstnehmen“ (principalisation), bei dem aus Problemen Erfahrungen abgeleitet werden
- „Uminterpretation“ (reversal), bei der negative Aspekte einer Konstellation relativiert und ggf. neutral oder positiv umgedeutet werden

sowie zwei unreife Bewältigungsformen:

- „Externalisierung“, bei der es zu aggressiven Impulsen, wie z.B. Beschuldigungen, kommt, um mit einem Problem fertig zu werden
- „Projektion“, bei der die Zuschreibung unerwünschter Eigenschaften der eigenen Person auf andere Personen ohne bestätigende Hinweise darauf erfolgt

In der Studie wurde gezeigt, dass die genannten reifen Bewältigungsformen über verschiedene Situationen und Kontexte gemittelt im Alter häufiger angewandt werden als die unreifen Formen (s. Abb. 2).

Abbildung 2: Altersvergleiche verschiedener Bewältigungsformen (nach Diehl et al., 1996)



Motivationale und emotionale Veränderungen: Als drei wesentliche Motivbereiche der Lebensgestaltung lassen sich das Leistungsmotiv, das Machtmotiv und das Beziehungsmotiv unterscheiden. Veroff et al. (1984) haben den Bedeutungswandel dieser Motive im Altersgruppenvergleich untersucht, wobei zwischen Frauen und Männern differenziert wurde. Das Leistungsmotiv war in der höheren Altersgruppe geringer ausgeprägt als in

9.5 Alterspsychotherapie

der jüngeren, wobei die Differenz bei den Frauen deutlicher war als bei den Männern. Das Machtmotiv veränderte sich bei Frauen über die Altersgruppen hinweg kaum, während dieses bei Männern im mittleren Lebensalter zunahm und im Alter an Bedeutsamkeit verlor. Bei Frauen trat das Beziehungsmotiv im Alter in den Hintergrund, während es bei Männern altersinvariant generell in einem geringeren Ausmaß vorhanden war als bei Frauen. Für die Beziehungsmotivation kann man zwei Hauptfunktionen unterscheiden: das Informationsbedürfnis und die emotionale Qualität. Die „sozioemotionale Selektivitätstheorie“ konnte belegen, dass das Informationsbedürfnis bei älteren Menschen als Beziehungsmotiv in den Hintergrund tritt und eine gute emotionale Qualität in den Vordergrund rückt (Baltes und Carstensen, 1996). Dies geht einher mit einer Einschränkung der Anzahl und Variabilität von Bezugspersonen auf einen engsten Kreis. Für diesen reduzierten Kreis wird jedoch mehr emotionale Intensität investiert.

! **Merke:** Eine Implikation der sozioemotiven Selektion ist, bei psychotherapeutischen Interventionen weniger zu versuchen, das soziale Netzwerk der Patienten zu vergrößern, sondern dessen emotionale Beziehungsqualität zu verbessern.

Beispiel:

Eine 78-jährige Patientin mit depressiver Symptomatik hat vor drei Monaten ihre 15 Jahre lang erfolgte Freiwilligenarbeit als Stadtführerin wegen rheumatischer Beschwerden beendet und klagt über Isolation. In einem danach aufgenommenen Volkshochschulkurs kann sie mit den „Mitschülern nicht richtig warm werden.“ Sie wird vom Therapeuten ermutigt, weiter intensivere Kontakte zu den Kolleginnen der Stadtführung zu halten, auch wenn sie dort einen „Schnitt machen wollte, weil es zu schmerzlich ist, nicht mehr dabei zu sein“.

Zur Emotions- bzw. Affektbilanz liegen in der Gerontopsychologie eine große Anzahl Befunde vor. Mittelt man über verschiedene Situationen und Kontexte die dominierenden Emotionen oder Affekte (d.h. komplexere Gefühlszustände als die vergleichsweise elementaren Emotionen), so ergeben sich nach Diener und Suh (1998) folgende Aussagen:

- Die Häufigkeit positiver Affekte nimmt im Laufe des Lebens stetig aber geringfügig ab
 - Die Häufigkeit negativer Affekte im Laufe des Lebens bleibt eher stabil
 - Positive Affekte bleiben dennoch häufiger als negative Affekte
- Bisher ist nicht geklärt, warum es zu einer Abnahme der positiven Affektivität im Alter kommt. Es gibt dafür zwei Erklärungshypothesen:

1. **Situative Determination:** Hierbei wird angenommen, dass die positive Affektivität eher situational beeinflusst wird, hingegen die negative Affektivität primär eine persönliche Disposition widerspiegelt und dass im Alter weniger positiv zu interpretierende situationale Reize vorliegen.
2. **Arousalabhängigkeit positiver Affekte:** Ältere Personen zeigen weniger mit hohem Arousal verbundene Emotionen (z.B. Freude, Begeisterung), hingegen mehr Zufriedenheitszustände, die mit einem geringeren Arousal verbunden sind.

4.1.2 Erschwerende Faktoren

Multimorbidität: Ebenso wie die Kumulation von Bewältigungserfahrungen ist mit dem Älterwerden in der Regel die Kumulation von Krankheiten, Beschwerden und Störungen verbunden. 88% der über 70-Jährigen haben fünf oder mehr diagnostizierbare körperliche Erkrankungen (Steinhagen-Thiessen und Borchelt, 1999), wobei der klinische Schweregrad von der Hälfte bis zu zwei Drittel dieser Erkrankungen als leicht eingestuft werden muss. Rechnet man die diagnostizierbaren psychischen Störungen dazu, so haben im Mittel Ältere über 70 Jahren 7,4 ICD-Diagnosen. Die wichtigsten körperlichen Erkrankungen sind in Forstmeier und Maercker (2008) aufgelistet (siehe 6 häufigste körperliche Krankheiten unter Punkt 2 der FAQs am Ende dieses Kapitels).

! **Merke:** Für die behandelnden Psychotherapeuten und Psychologen ist ein gutes Überblickswissen über die häufigsten körperlichen Krankheiten, deren subjektives Beschwerdeprofil (insbesondere Schmerzqualitäten und -ausmaß), Ursachen, Verlauf sowie medikamentöse Behandlungsstandards unverzichtbar.

Fähigkeitseinschränkungen: Von Krankheiten zu trennen sind physiologische Funktionseinschränkungen (z.B. Muskelkraft-, Vitalkapazitätsreduktion, verstärkter Blutdruckanstieg bei Belastung), die die Alltagskompetenz beeinträchtigen.

! **Merke:** Für Sozialverhalten und Kommunikation sind insbesondere die sensorischen Beeinträchtigungen wichtig. Ca. 20% der älteren Menschen haben eine signifikante Sehbinderung und ca. 15% eine signifikante Hörbehinderung.

Bei den altersbedingten Hörbehinderungen sind apparative elektronische Hörhilfen noch nicht weit verbreitet. Von einem Teil der nicht kompensierten älteren Hörbehinderten ist bekannt, dass bei diesen ein verstärktes Misstrauen, Fehlinterpretationen ihrer Wahrnehmungen bis hin zu paranoiden Ideen auftraten.

Interpersonelle Verluste: Der Verlust des Lebenspartners sowie der von Verwandten, Freunden und unter Umständen der von eigenen Kindern führt zu individuell unterschiedlichen Trauerprozessen. Generell kann man Trauerprozesse unterscheiden in exsolvierte (ausgelöste) vs. antizipatorische (vor dem Verlust einsetzende) Trauer, je nachdem, ob vor dem Verlust ein Vorbereitungsprozess möglich war.

Bis zu 95% aller Trauerverläufe lassen sich als „normale Trauer“ (besser: normative Trauer) klassifizieren, während es bei ca. 5% zu komplizierten (früher: pathologischen) Trauerverläufen kommt. In der Regel bringt die normative Trauer kurz- und mittelfristig die größten Belastungen mit sich, aber nach einem Jahr haben sich die Betroffenen gut der neuen Lage angepasst.

! **Merke:** Risikofaktoren für komplizierte Trauerverläufe sind besondere Umstände des Verlusts (z.B. Suizid, Ungewissheit über die Umstände des Todes), Verletzung der Generationsfolge (Kinder vor den Eltern), der Tod von Kindern sowie die fehlende soziale Integration des Trauernden.

Eingeschränkte Lebenszeit: Über den Stellenwert der eingeschränkten Lebenszeit als erschwerender Faktor der Alterspsychotherapie lassen sich noch keine abgesicherten Aussagen machen, da einerseits eine naiv-psychologische Haltung unterstellen könnte, dass sich ältere Personen mit ihrem nahenden Tod intensiv auseinander setzen, sei es reflektierend oder vermeidend („verdrängen“). Studien ergeben allerdings, dass die Gedanken an den eigenen Tod nur wenig Zeit und Valenz beanspruchen (Staudinger et al., 1999). Offen bleibt, ob in motivationale Kosten-Nutzen-Analysen für die Lebensgestaltung älterer Menschen die eingeschränkte Lebenszeit als subjektiv nicht reflektiertes Entscheidungskriterium mit einfließt.

4.2 Störungsspezifik

Die Störungsperspektive des Rahmenmodells gründet sich auf die allgemeine psychotherapeutische Haltung, nach der Psychotherapie im Wesentlichen störungsspezifisch ausgerichtet ist. Dies beinhaltet eine der Psychotherapie vorgeschaltete Diagnostik nach den Klassifikationssystemen ICD-10 oder DSM-IV. Für das höhere Lebensalter fehlen bisher separate Kapitel in den Klassifikationssystemen für psychische Störungen, so wie dies für die Störungen des Kindes- und Jugendalters der Fall ist. Als Einziges hat die Definition der demenziellen Erkrankungen schon jetzt einen expliziten Altersbezug. Altersbezogene Modifikationen und Erweiterungen anderer psychischer Störungsdefinitionen sind erforderlich und werden zunehmend formuliert.

Neben der Major Depression sind weitere subsyndromale Syndrome zu berücksichtigen, die eine Prävalenz von 27% haben (Helmchen et al., 1996). Ein Diagnosevorschlag für diesen Bereich ist die rezidivierende kurze Depression (Angst et al., 1990, in Maercker, 2002): Sie ist beim Vorliegen mehrerer depressiver Phasen innerhalb weniger Wochen über den Zeitraum von 3 Monaten zu diagnostizieren. Klinisch bedeutsam sind weiterhin die leichten kognitiven Störungen (mild cognitive

impairments; auch: altersassoziierte Gedächtnisstörungen), deren Kenntnis, Diagnostizier- und Therapierbarkeit z.B. in Memory-Kliniken wesentlich ist.

In Tabelle 1 sind weitere wichtige altersbezogene psychische Störungen zusammengetragen.

4.3 Selektiv optimierte Therapieziele

Die Begriffe der selektiven Optimierung der Therapieziele nehmen Bezug auf die o.g. lebensspannenpsychologische Theorie der selektiven Optimierung und Kompensation (Baltes und Carstensen, 1996).

! Merke: Die Selektion der Therapieziele ist insbesondere dann relevant, wenn somatische und psychische Multimorbidität vorliegt und es dann in der Regel nicht möglich ist, alle Erkrankungen in einen gemeinsamen Behandlungsplan aufzunehmen. Deshalb muss eine klare Priorisierung der Ziele vorgenommen werden.

Beispiel:

Bei einer Patientin mit rheumabedingter Schmerzsymptomatik und Agoraphobie („Ich gehe in der Dunkelheit nicht mehr aus dem Haus, weil das mir da zu gefährlich ist“) kann die Rangreihung darin bestehen, dass bei der Behandlungsplanung die Priorität der Schmerzsymptomatik gegenüber der Angststörung eingeräumt wird – obwohl die Angststörung mit besserer Prognose zu behandeln wäre als die Schmerzsymptomatik. Die Therapie konnte zufrieden stellend abgeschlossen werden, obwohl nur Elemente der psychologischen Schmerztherapie (z.B. Vermittlung eines biopsychosozialen Modells, Abbau des schmerzbedingten Schonverhaltens, Erlernen von Entspannung) sowie antidepressive Techniken (z.B. Gedankenidentifizierung, angenehme Aktivitäten) eingesetzt und bearbeitet wurden.

Tabelle 1: Psychische Störungen mit Altersrelevanz (z.T. Diagnosevorschläge)

Diagnosevorschlag	Kurzbeschreibung	ICD-10: bereits vorhandener oder inhaltlich am nächsten liegender Code
Kurz dauernde rezidivierende Depression	Depressive Verstimmung als Kernsymptom, weitere 4 Symptome wie bei Major Depression vorhanden, aber nur 1-2 mehrtägige Episoden pro Monat	F33.8
Leichte kognitive Beeinträchtigung	Kognitive Beeinträchtigungen über mind. 2 Wochen in Gedächtnis-, Exekutiv-, Aufmerksamkeits-, Sprach- und perceptiven motorischen Fähigkeiten, die neurologisch und neuropsychologisch objektivierbar sind	F06.7
Komplizierte Trauer	Verlust einer bedeutsamen Bezugsperson vor mind. 13 Monaten. 3 von 8 Symptome aus den Bereichen Intrusionen, Vermeidung und Fehlanpassung sind vorhanden	F43.22
Anpassungsstörungen	Bisher pathogenetisch schlecht definierte Belastungssyndrome. Verschiedene Neukonzeptionen vorhanden (z.B. mit Intrusionen als Kernsymptomen: Maercker (2002))	F43.xx
Gemischte Angst und depressive Störung	Dysphorische Verstimmung als Kernsyndrom für mindestens 1 Monat. Mind. 4 weitere Symptome	F41.2
Psychose der Alzheimer-Demenz	Visuelle oder auditive Halluzinationen und/oder Wahn und Alzheimer-Demenz vorhanden, Ausschlusskriterien: Schizophrenie, wahnhaft Psychose, Delirium etc.	F00.x1

9.5 Alterspsychotherapie

4.3.1 Problempräsentation und altersspezifische Therapieziele

Die selektive Optimierung der Therapieziele korrespondiert mit der besonderen Problempräsentation älterer Menschen bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie. Sie suchen z.B. deshalb auf, weil sie Angehörige verloren haben, sich die eigene körperliche Gesundheit oder die des Lebenspartners verschlechtert hat. Beziehungskonflikte (mit dem Lebenspartner oder einem Kind) können ebenfalls eine Ursache sein, um depressiv oder ängstlich zu werden. Wenn z.B. ein Partner nach der Pensionierung viel Zeit zu Hause verbringt, können einige Gewohnheiten und kognitive Einstellungen („harmonische Ergänzung“) in Frage gestellt werden.

Dabei zeichnet ältere Patienten oft eine spontane Zielgerichtetheit ihrer Erwartungen gegenüber der psychologischen Hilfe aus. Dies steht im Gegensatz z.B. zu jüngeren Patienten, die ihre psychischen Probleme oft nur sehr ungenau umschreiben können. Ältere Patienten äußern Erwartungen wie „Ich möchte mich besser fühlen“, „Ich möchte, dass meine Tochter sich besser mit mir versteht“, „Ich will wieder ein bisschen mehr wie früher sein“, „Ich möchte über den Tod meines Mannes besser hinwegkommen“, „Ich will wieder ein bisschen mehr alleine machen können“.

In der Psychotherapieforschung gibt es bisher noch kein systematisches Untersuchungsprogramm zu den Psychotherapiezielen älterer Patienten. Große-Holtforth und Grawe (2000) haben in einer Untersuchung von Therapiezielen diese in Annäherungsziele (positive Tendenz zu etwas hin) und Vermeidungsziele („Weg-von-Tendenz“) unterteilt. Sie untersuchten Patienten von 16-84 Jahren und analysierten das Lebensalter als Kovariable.

Tabelle 2: Alterstrends therapierelevanter motivationale Schemata* (nach Große-Holtforth und Grawe, 2000)

	Annäherungsziele	Vermeidungsziele
im höheren Lebensalter:		
am stärksten ausgeprägt	- Altruismus - Glauben/Sinnfindung	- Erniedrigung/Blamage - Vorwürfe/Kritik - Verletzungen/Spannungen - Schwäche/Kontrollverlust
am geringsten ausgeprägt	- Intimität/Bindung - Affiliation/Geselligkeit - Anerkennung/Bestätigung - Bildung - Abwechslung - Selbstvertrauen - Selbstbelohnung	- Alleinsein/Trennung - Geringschätzung

* statistisch signifikante Ergebnisse

Die Ergebnisse belegen, dass sich ältere und jüngere Psychotherapiepatienten in einer beträchtlichen Reihe von Zielmotiven unterscheiden. Dabei sind die wichtigsten Annäherungsziele im Alter *Altruismus* und *Glauben/Sinnfindung*. Bei diesem Befund besteht eine auffällige Übereinstimmung zu theoretisch abgeleiteten Therapiezielen der altersbezogenen Psychodynamik von Erik H. Erikson (1988) und zu Konzept der Lebensrückblickstherapie (siehe unten).

Die häufigsten Vermeidungsziele älterer Patienten (Erniedrigung, Blamage, Vorwürfe, Schwäche, Kontrollverlust) zeigen, dass für Ältere die zwischenmenschliche Beurteilung wichtiger wird ebenso wie die Ängste vor körperlichem Verfall und dem Auf-andere-angewiesen-Sein. Diese Befunde fügen sich in die oben beschriebenen altersspezifischen Veränderungen der Motivstrukturen ein und belegen, dass ältere Psychotherapiepatienten von sich aus, aufgrund einer altersphasenspezifischen Motivationsstruktur, zu einer Ausrichtung auf bestimmte Therapieziele tendieren.

4.3.2 Bedeutung für die Therapiepraxis

! Merke: Als praktische Leitfragen der Optimierung der Therapieziele sind wichtig:

- Erreichen wir das Therapieziel mit einem zeitlich und sachlich vertretbaren Aufwand?
- Lässt sich der so erreichte Zustand ausreichend stabil nach der Therapie aufrechterhalten?

Im eben genannten Beispiel kann die Optimierung in der Anwendung eines psychologischen Schmerztherapieprogramms bestehen, dass im konkreten Fall (z.B. Rückenschmerzen) im Gegensatz zu einer Medikation wahrscheinlich auch nach dem Interventionsende stabilisierende Folgewirkungen zeigt. Weiterhin können Optimierungsüberlegungen sein, dass an das bereits erlernte autogene Training angeknüpft wird, anstatt eine weitere Entspannungstechnik (z.B. progressive Muskelrelaxation) einzuüben.

4.4 Diskussion des Modells

Wichtige Aussagen des dargestellten ASS-Rahmenmodells stimmen mit früheren Modellvorstellungen überein. Eine Altersspezifik der therapierelevanten psychischen Prozesse wurde z.B. von Erikson (1966) in seinem Modell der altersphasenbezogenen 8 Lebenskonflikte postuliert, wobei für das höhere Lebensalter der zentrale Konflikt zwischen (bilanzierender) Ver zweiflung und einer integrativen (bzw. weisen) Sicht auf das eigene Leben angenommen wurde. Empirische Untersuchungen belegen, dass Lebensrückblickprozesse und -bewertungen im Alter von besonderer Relevanz sind.

Ein weiteres integratives klinisch-gerontopsychologisches Modell hat Knight vorgelegt (vgl. Knight et al., 2002). Das Kohorten-Kontext-Reife-Herausforderungs-Modell wurde zur Beantwortung der Frage entwickelt, ob und wie sich die Psychotherapie an die Arbeit mit älteren Patienten anpassen muss. Vier wichtige Anpassungsbereiche werden beschrieben: Kohorteneffekte spielen in der Alterspsychotherapie als unterschiedliche Fähigkeitsmuster, Einstellungen und Persönlichkeitsdimensionen eine Rolle, z.B. zeigen Kohorten aus der Zeit nach dem 2. Weltkrieg eine Zunahme von Extravertiertheit. Als Kontexte werden im Modell vor allem die Wohn- bzw. Unterbringungsformen der Patienten bezeichnet, wie etwa medizinische Einrichtungen, Altenwohn- und Pflegeheime. Als Reife wird die größere Gesamtanzahl Erfahrungen und deren hohe Vernetztheit bezeich-

net, durch die z.B. emotionale Erfahrung komplexer und besser reguliert werden. Unter dem Begriff der Herausforderungen werden im Modell die verschiedenen Formen der Verluste zusammengefasst. Für Verluste werden zusätzlich zu den gebräuchlichen Therapietechniken spezifische Beratungstechniken angeführt, zu denen die Rehabilitations- und die Trauerberatung sowie die Beratung bei einem Übergang ins Seniorenheim gehören. Dieses Modell hat im englischen Sprachraum eine breite Rezeption gefunden. Es deckt sich mit dem oben vorgestellten ASS-Rahmenmodell in Bezug auf die Hervorhebung erleichternder und erschwerender Faktoren. Seine Begrenzung liegt insbesondere im Verzicht auf einen expliziten Bezug zum Störungswissen.

Die Implikation einer konsequenten Zielorientierung der Alterspsychotherapie wurde auch von anderen Autoren herausgearbeitet: „minimale adäquate Intervention“ (Buijsen und Hirsch, 1997), „fokussierte Kurzzeittherapie“ (Radebold, 1997). Dabei ist eine selektiv optimierte Therapiezielauswahl nicht als Fortführung des früher formulierten therapeutischen Nihilismus zu sehen – den auch Sigmund Freud ausgedrückt hat –, dass „Ältere“ nicht mehr zu therapieren seien.

Empirische Belege zum alters- und störungsspezifischen Rahmenmodell der Psychotherapie Älterer gibt es erst wenige. Maercker et al. (2004) zeigten in einer Untersuchung, dass Ältere in die ambulanten Psychotherapie mit einem vergleichsweise höheren psychischen Funktionsniveau eintreten als Jüngere und dass Therapien bei Älteren durchschnittlich kürzer sind als bei Patienten im mittleren Lebensalter.

5 Umsetzung in die klinische Praxis

5.1 Altersspezifische Behandlungsansätze

! Merke: Im Wesentlichen werden für ältere Patienten keine neuen oder anderen Psychotherapieverfahren und Behandlungstechniken benötigt. Die störungsspezifische Therapie ist in der Regel die Gleiche wie bei jüngeren Altersgruppen. Grundsätzlich ist ja jede Therapie – unabhängig von der Altersstufe des Patienten – etwas Individuelles, was darin begründet liegt, dass die Patienten jeden Alters mit verschiedenen Problembereichen, idiosynkratischen dysfunktionalen Gedanken und verschiedenen Graden von Veränderungsmotivation in die Therapie kommen. In bestimmten Bereichen wurden in der Alterspsychotherapie dennoch neue Formen psychotherapeutischer Interventionen entwickelt (z.B. Psychotherapie bei beginnender Alzheimer-Demenz, Lebensrückblickstherapie).

5.1.1 Psychotherapie bei beginnender Alzheimer-Demenz

Das Ziel einer psychologischen Demenzbehandlung liegt darin, die Progression der kognitiven Symptomatik (u.a. zuerst Beeinträchtigung des Neugedächtnisses, später Orientierungsprobleme) zu drosseln. Außerdem wird versucht, über eine Beeinflussung

der psychischen Symptomatik die subjektiven Belastungen für den Betroffenen zu vermindern bzw. über eine Milderung der Verhaltensprobleme die Belastungen für die pflegenden Angehörigen zu verringern, so dass eine Institutionalisierung des Demenzkranken herausgeschoben werden kann. Ansatzpunkte für die psychologische Demenztherapie sind die bestehende kognitive und neurobiologische Reservekapazität sowie der Abbau von Depressionen, die durch die selbst wahrgenommenen Beeinträchtigungen auftreten können.

Therapieprogramme für Patienten mit beginnender Alzheimer-Demenz (AD) umfassen in der Regel (vgl. Forstmeier und Maercker, 2008; Plattner und Erhardt, 2002):

- Stabilisierung erhaltener Fähigkeiten
- Abbau unerwünschten Verhaltens
- Aufbau positiver Aktivitäten
- Erkennen und Bewältigen individueller Stressfaktoren
- Bemühen um eine zuversichtliche Einstellung

Beispiel:

Eine 58-jährige Patientin wurde in 68 Wochen mit 12 Therapiestunden behandelt. Der Schwerpunkt lag zunächst auf dem Aufbau der Selbstakzeptanz im Zusammenhang mit der demenziellen Erkrankung sowie dem großen Leistungsanspruch der Patientin sowie auf dem Aufbau angenehmer Aktivitäten. Auf der Grundlage einer speziell für AD-Patienten geeigneten Liste angenehmer Aktivitäten wurden gemeinsam mit der Patientin verschiedene Aktivitäten zusammen mit Freundinnen, die weiterhin zu ihr standen, geplant. Dabei war es wichtig, dass diese Aktivitäten jeweils mit einer anderen Person durchgeführt wurden, die ihr in Phasen der kognitiven Orientierungslosigkeit zur Seite standen. Sie wurde auf Hilfsmöglichkeiten durch die Alzheimer-Gesellschaft aufmerksam gemacht und war in der Lage, diese zu akzeptieren und zu nutzen.

5.1.2 Lebensrückblickstherapie

Die Lebensrückblickstherapie ist eine spezifisch für das höhere Lebensalter entwickelte Therapie. Sie basiert auf der patienten-seitigen Voraussetzung, dass im Alter besonders häufig temporale kognitive Vergleichsprozesse zur Aufrechterhaltung des subjektiven Wohlbefindens und zur Sinnfindung beitragen. Ihr Indikationsgebiet sind depressive Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen (z.B. Übergang ins Altenheim) sowie die kognitive Aktivierung bei beginnender Alzheimer-Demenz. Die verschiedenen therapeutisch eingesetzten Lebensrückblickformen variieren sehr stark voneinander, z.B. als eher ausschließlich narratives Erzählen (Reminiszenztherapie) oder Therapie unter Einschluss von kognitiven Bilanzierungs- und Bewertungsvorgängen (Life-Review-Therapie). Weiterhin kann unterschieden werden zwischen strukturierten und nichtstrukturierten Interventionen. Eine strukturierte Form einschließlich kognitiver Bewertungsvorgänge wurde bei älteren Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung beschrieben (Maercker und Zöllner, 2002).

Beispiel:

Eine 74-jährige depressive Patientin berichtete von mehreren traumatischen Erlebnissen in ihrem Leben. Dazu gehörte der Verlust der Vaters im Krieg, ein Flugzeugunglück, als sie als ca. 30-jährige Frau ihren ersten und einzigen Flug unternahm.

9.5 Alterspsychotherapie

sowie das Miterleben eines Suizids durch Fenstersturz. Das Flugzeugunglück wertete sie als das schlimmste und folgenreichste Erlebnis.

Das Flugzeugunglück war von ihr über Jahre sehr negativ verarbeitet worden; sie bildete eine PTB aus sowie eine Flugphobie. Da ihre Tochter vor ca. 20 Jahren nach Bulgarien gezogen war und dort eine Familie gegründet hatte, war es für die Patientin schwierig, ihr Tochter und die Enkel zu besuchen. Sie entschied sich, dies nur per Bahn oder Bus zu tun, obwohl dies mit Strapazen verbunden war. Sie berichtete darüber, wie schwierig es für sie gewesen sei, die Familie weniger häufig besucht zu haben, als sie es gewünscht hätte.

In der Therapie wurden wichtige Lebensphasen chronologisch besprochen. Sie wurde jeweils nach dem Negativen und dem Positiven dieser Lebensphasen befragt. Auf die Frage nach eventuellen positiven Konsequenzen der Lebensgestaltung nach dem Flugzeugabsturz berichtete sie u.a., dass es gut gewesen sei, dass ihre Besuche bei der Familie der Tochter jeweils länger als üblich gewesen wären. Diese Therapiesitzung gab ihr die Möglichkeit, diesen Gedanken ausführlich zu elaborieren und eine Bestätigung ihrer Bewältigung durch den Therapeuten zu erlangen.

6 Modifikationen der bestehenden therapeutischen Techniken

Auf der praktischen Ebene gibt es in der Psychotherapie mit älteren Patienten eine Reihe weiterer Besonderheiten. Die Tabelle 3 bietet eine Zusammenfassung wesentlicher Modifikationen der Psychotherapie mit älteren Patienten, wobei auch die erleichternden Faktoren mit einbezogen sind.

Fokussieren bzw. Umgang mit Abschweifen: Der Therapeut sollte generell sehr aktiv während der Therapiestunden sein und den Patienten anhaltend auf die bedeutsamen Punkte fokussieren und damit die Struktur der Sitzung aufrechterhalten. Bei älteren Menschen gibt es aufgrund ihrer häufigen Einsamkeit die Tendenz, vom Thema abzuschweifen und „ins Erzählen zu kommen“.

! Merke: Obwohl diese Abschweifungen auch klinisch informativ sein können, muss der Therapeut seine Gesprächsführungsfähigkeiten nutzen und die Aufmerksamkeit des Patienten zurück auf das aktuelle Problem lenken.

Für viele Therapeuten ist dies unangenehm, und es erfordert eine gewisse Übung. Die älteren Patienten sind in der großen Mehrheit allerdings weniger durch die ggf. nötigen Unterbrechungen frustriert als über Therapiesitzungen, in denen sie „zu sehr ins Schwatzen gekommen“ sind.

Langsameres Vorgehen: Die Therapie mit älteren Patienten ist generell langsamer als die mit jüngeren, z.T. durch die häufigen sensorischen Probleme wie die reduzierte Seh- oder Hörfähigkeit. Therapeuten sollten langsamer sprechen und klarer formulieren, da ein unklarer Ausdruck das Verständnis stören kann. Im Zusammenhang damit steht, dass die meisten älteren Menschen nicht in der gleichen Geschwindigkeit oder Art lernen, wie dies jüngere tun. Sie sind beim schlussfolgernden Denken und bei der abstrakten verbalen Verarbeitung gegenüber Jüngeren im Nachteil. Um dies zu kompensieren, sollten die Problemlösungen in handhabbaren „Einheiten“ erarbeitet werden. Dabei sollten häufige Wiederholungen gemacht werden, so dass die Kernaussagen gut angenommen werden können.

Multimodale Instruktionen und Gedächtnishilfen:

! Merke: Um die kognitive Verlangsamung oder die sensorischen Einbußen zu kompensieren, ist es hilfreich die wichtigsten Informationen in verschiedenen sensorischen Modalitäten anzubieten. Z.B. kann der Therapeut wichtige Themen und Begriffe zugleich verbal und visuell (z.B. auf einem Flipchart) anbieten sowie den Patienten Notizen machen lassen.

Günstig ist, auf Tonband aufgenommene Sitzungen dem Patienten mitzugeben, damit er sie zwischen den Sitzungen noch einmal anhören kann; insbesondere bei Patienten mit sensorischen Defiziten kann dies wichtig sein. Weiterhin können schriftliche Hausaufgaben (z.B. Selbstbeobachtungsprotokolle, schriftliche Ausarbeitungen) oder das Mitgeben von Handouts das Verständnis und die Aneignung wichtiger therapeutischer Kernaussagen ebenfalls erleichtern. Geduld, Beharrlichkeit und Flexibilität auf der Seite des Therapeuten sind für eine erfolgreiche Arbeit mit den Älteren unabdingbar.

Tabelle 3: Modifikationen des praktischen Vorgehens in der Alterspsychotherapie

Anpassung an die kognitive Situation Älterer

- Fokussieren auf aktuelles Gesprächsthema, Vermeiden von längeren Abschweifungen
- langsames Vorgehen
- multimodale Instruktionen (sagen, zeigen, tun)
- Gedächtnishilfen (Tonbänder, schriftliche Aufgabenstellungen)
- Problemlösungen in kleineren Einheiten erarbeiten
- Strategien für Aufmerksamkeitserhalt während einer Sitzung (bzw. verkürzte Sitzungen z.B. 30 min)

Berücksichtigung der Ressourcen und Kompetenzen

- eigenes Wissen der Patienten über ihre Stärken nutzen
- Erfahrungen aus früheren Problemlösungen nutzen
- Reife anerkennen (= Wissen in grundlegenden Lebenslagen)
- grundsätzlicher Respekt auch bei schwersten Behinderungen und Beeinträchtigungen (z.B. Demenz)

7 Ausblick

Aufgrund der demografischen Entwicklung und dem Einstellungswandel in der Gesellschaft ist es wahrscheinlich, dass die Anzahl älterer Psychotherapiepatienten steigt. Dabei wird sowohl das direkte Aufsuchen des Psychotherapeuten als auch die Überweisung über die Schnittstellen Hausärzte und Senioreneinrichtungen zunehmen. Für die „jüngeren“ Kohorten älterer Menschen hat das Aufsuchen von psychologischer Hilfe schon eine größere Normalität als für frühere Kohorten.

Da auch das Rollenverständnis als Patient einem historischen Wandel unterworfen ist, ist vielen Patienten allerdings zu vermitteln, dass sie nicht in der passiven Rolle einer „Heilungserwartung“ die Therapie beginnen können, sondern dass „Psychotherapie harte Arbeit“ sein kann. In klarer Weise ist dabei die besondere Vorgehensweise der heute üblichen modernen Therapieformen zu erklären.

Die Haus- oder Primärärzte werden weiterhin eine wichtige Schnittstelle bleiben. Viele ältere Patienten mit behandlungsbedürftigen psychischen Problemen wünschen sich anstatt zum Psychotherapeuten „abgeschoben“ zu werden, eigentlich eine effektivere medikamentöse Therapie. Eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten – und ggf. weiteren Komplementärtherapeuten (z.B. Krankengymnasten) – bleibt für diese Altersgruppe unverzichtbar.

Therapien mit fokussierten Therapiezielen bieten sich auch in anderen Settings an als in der niedergelassenen psychotherapeutischen Praxis. Diese Interventionen können auch in Krankenhäusern durchgeführt werden (z.B. am Bett des Patienten), bei Hausbesuchen bei den Patienten, in Seniorenheimen u.Ä.

8 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Wie gehe ich mit meinen eigenen Vorbehalten um, dass ich die Arbeit mit älteren Patienten grundsätzlich schwierig finde?*

→ Selbstreflexion und Supervision: Habe ich eine lebendige Vorstellung von älteren Menschen? Habe ich ein implizites Defizitmodell des Alterns und ist dies in ein differenzielles Alternsmodell überführbar? Das alters- und störungsspezifische Rahmenmodell der Psychotherapie (ASS-RP) umfasst sowohl erschwerende als auch erleichternde Faktoren der Psychotherapie mit älteren Patienten.

2. *Was sind die häufigsten gesundheitlichen Probleme älterer Menschen?*

→ Nach der Berliner Altersstudie sind die 6 häufigsten Krankheiten mit mittlerer bis höherer subjektiver Belastung bei über 70-Jährigen: Osteoarthrosen (32%), Herzinsuffizienz (25%), Dorsopathien (Rückenschmerzen; 20%), Osteoporose (12%), arterielle Verschlusskrankheit (10%) und koronare Herzkrankheit (10%) (Steinhagen-Thiessen und Borchelt, 1999).

3. *Inwieweit ist Psychotherapie bei Patienten mit beginnender Demenz noch sinnvoll?*

→ Als Mittel der nachhaltigen Stimmungsverbesserung bzw. der Krankheitsbewältigung ist sie sinnvoll. Inwieweit der demenzbedingte kognitive Abbau verzögert wird, ist zur Zeit

klinisch und neurobiologisch noch nicht abschließend zu beurteilen. Eine Heilung der Demenz mit psychologischen Mitteln ist nicht zu erwarten.

4. *Was mache ich mit abschweifenden und viel redenden Patienten, die es schwer machen, in der Therapiestunde am „roten Faden“ zu bleiben?*

→ In der Regel beurteilen zur Abschweifung neigende Patienten eine freundliche direktive Führung durch den Therapeuten besser als eine „verplauderte“ Stunde. Zur Aufmerksamkeitsfokussierung können visuelle Hilfsmittel (z.B. Themenliste auf dem Tisch) sowie vorher vereinbarte Zeichen (z.B. Handheben durch Therapeuten) genutzt werden. Auch eine Stundenverkürzung auf 30 Minuten kann erleichternd sein.

9 Prüfungsfragen

1. Was beinhaltet das Modell der selektiven Optimierung und Kompensation von Baltes und Carstensen?
2. Was sind die Hauptaussagen des alters- und störungsspezifischen Rahmenmodells der Alterspsychotherapie (ASS-RP)?
3. Welche lebensspannenpsychologischen Belege gibt es für erleichternde Faktoren bei der Psychotherapie mit älteren Patienten?
4. Was besagt das „Wohlbefindensparadoxon“?
5. Inwieweit spielt die Multimorbidität bei älteren Psychotherapiepatienten eine Rolle? Belegen Sie dies an einem Beispiel!
6. Diskutieren Sie die Aussage, dass im Wesentlichen für ältere Patienten keine neuen oder anderen Therapieverfahren oder Behandlungstechniken benötigt werden!
7. Beschreiben Sie ein Psychotherapieverfahren, das speziell für ältere Patienten entwickelt wurde!
8. Nennen Sie einige Modifikationen bestehender Therapie-techniken für ältere Patienten!

10 Literatur

a) zitierte Literatur

- Baltes MM, Carstensen LL: Gutes Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. Psychologische Rundschau 1996;47:199-215
- Baltes PB, Glueck J und Kunzmann U: Wisdom: Its structure and function in regulating successful life span development. In: Snyder CR, Lopez SJ (eds.): Handbook of positive psychology. London: Oxford University Press, 2002, 327-347
- Buijssen HPB, Hirsch RD: Probleme im Alter: Diagnose, Beratung, Therapie, Prävention. Weinheim: Beltz/PVU, 1997
- Diehl M, Boyle N, Labouvie-Vief G: Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. Psychol Aging 1996;11:127-139
- Diener E, Suh ME: Subjective Well-Being and Age: An International Analysis. Annual Review of Psychology 1998;17:304-324, 1998
- Erikson EH: Der vollständige Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp, 1988
- Forstmeier S, Maercker A: Probleme des Alterns. (Reihe: Fortschritte der Psychotherapie). Göttingen: Hogrefe, 2008