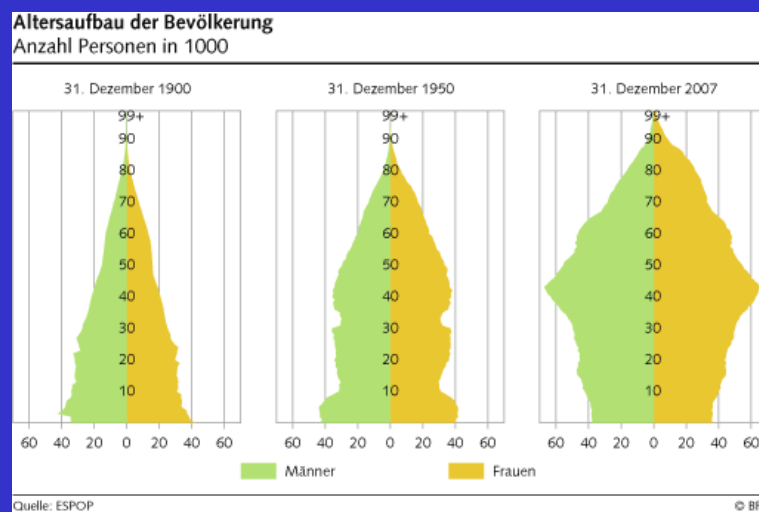


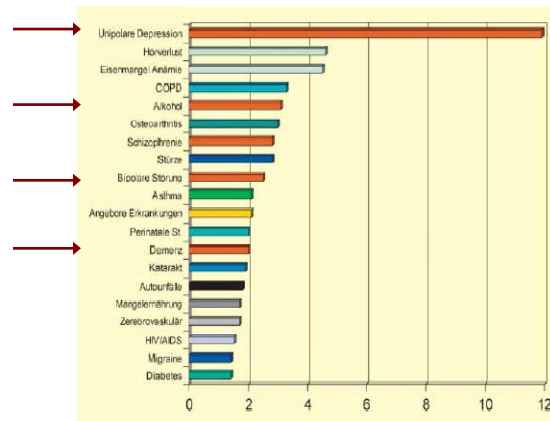
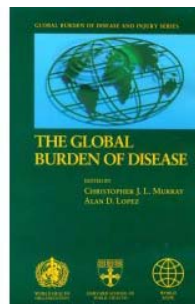
Alterspsychotherapie – Besonderheiten und Wirksamkeit

*Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker
Universität Zürich
Psychologisches Institut*

Älterwerden liegt im Trend



Global Burden of Disease Project (WHO, 2001)



Die 20 Hauptursachen für durch Behinderung beeinträchtigte Lebensjahre (YLDs) in Europa

Themen des Vortrags

Lebensspannen-Psychologie

- Gewinn-Verlust-Perspektive
- SOK-Theorie
- ein Rahmenmodell zur Alterspsychotherapie

Alterspsychotherapie

- Inanspruchnahme
- sind ältere Patienten schwerere Patienten?
- altersspezifische Diagnosen und Therapieverfahren

Alter unter einer Verlust-Gewinn-Perspektive

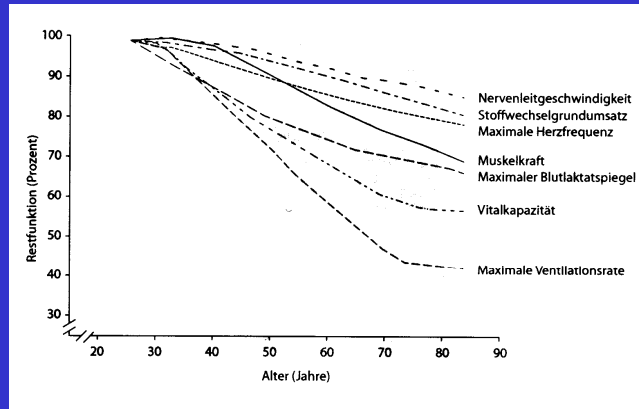
- im 3. Lebensalter („junges Alter“) überwiegen oft die Gewinne, im 4. Lebensalter („alte Alte“, Hochbetagte) die Verluste
- Wohlbefindensregulation: Maximierung von Gewinnen und Minimierung von Verlusten
- psychologische Gewinne:
 - Reife
 - Lebenswissen
 - Weisheit

Verlustbilanzierung

- Physiologische und kognitive Funktionseinbussen
- Alterserkrankungen
- Pensionierung
- Tod nahe stehender Personen
- Kumulationseffekte von Belastungen

Verluste: Funktionseinschränkungen

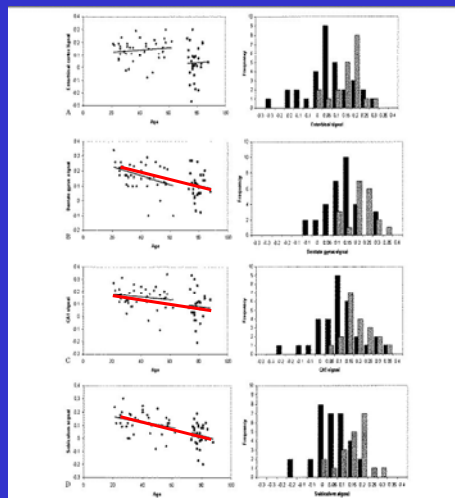
A. Skinner (1971)



Reduktion der Hippocampusfunktion im Alter

Signalstärken (Small et al., 2002)

nach Subregionen



Altersgruppenvergleich:
schwarz : >70Jährige

Sensorische Behinderung

ein überraschendes Forschungsergebnis:

Sensorische Verluste sind mit einem allgemeinen Intelligenzverlust verbunden (Lindenberger & Baltes, 2002)

Funktionsverluste in der Altersgruppe bei >70-Jährigen

	<u>Frauen</u>	<u>Männer</u>
Sehbehinderung (Visus unter 0,2)	21%	19%
Hörbehinderung (Hörschwelle >75dB (3-8Hz))	15%	14%

Häufigste somatische Erkrankungen

- Osteoarthrosen (z.B. rheumatische Erkrankungen, Polyarthritits) 32%
- Herzinsuffizienz-Symptome 24%
- Dorsopathien (Rückenschmerzen) 21%
- Koronare Herzkrankheit (z.B. Angina pectoris) 18%
- Osteoporose 10%

Pensionierung

- Die Pensionierung ist kein längerfristiges Gesundheitsrisiko.
- Die Mehrzahl der Pensionierten erlebt die Lebensveränderung positiv und sinnstiftend: „neu gefundene Freiheit“

Tod nahe stehender Personen

- Es kann nicht generell von einer herabgesetzten Lebenszufriedenheit verwitweter Personen im Vergleich mit Verheirateten gesprochen werden (Fooker, 1990).
- Bei einer überwiegenden Mehrzahl stellt sich nach einem Verlusterlebnis wieder eine tragfähige Lebenszufriedenheit ein (Niederfranke, 1991).

Weitere Belastungen und Kumulationseffekte

- Körperliche und psychische Erkrankungen: vorher bestehend oder neu auftretend
- Finanzielle Probleme
- Traumatische Erlebnisse, z. T. aus früheren Lebensphasen reaktiviert
- Bewusstmachen des eigenen nahen Todes

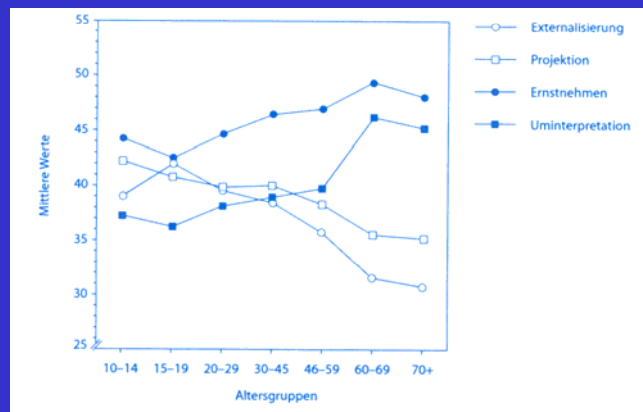
Gewinnbilanzierung

psychologische Aspekte:

- reifere Bewältigungs- und Lebenserfahrungen
- Kompensationsmöglichkeiten: Reservekapazitäten
- Spontanheilungsraten vieler psychischer Störungen
- Motivationale und emotionale Veränderungen
- Angepasste Wohlbefindensregulation

Zunahme reifer und Abnahme unreifer Bewältigungsformen im Alter

Diehl et al. (1996)



Bewältigungsstile älterer Menschen

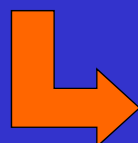
Berliner Altersstudie: Staudinger et al. (1999)

Häufigste Bewältigungsstile

- Vergleich mit früher
- Wunsch nach Information
- Vergleich mit anderen

Seltenste Bewältigungsstile

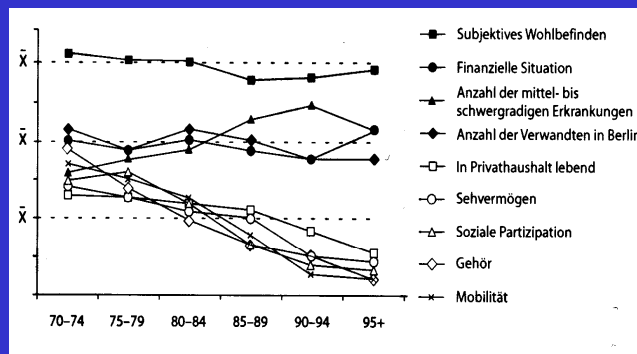
- Verantwortung abgeben
- Sinnverlust konstatieren
- Laufenlassen



Anknüpfungspunkte für
Alterspsychotherapie

Das Wohlbefindens-Paradoxon

Berliner Altersstudie: Smith et al. (1999)



Krank und "arm" im hohen Alter und trotzdem guten Mutes?

- Erklärungsansätze des Wohlbefindensparadox:
 - Veränderungen der Motivstruktur und des Zielsystems
 - Positive Affektivität überwiegt die negative
- Vergleichsprozesse:
 - Soziale Aufwärts- und Abwärtsvergleiche (Vgl. mit anderen Personen).
 - Temporale Aufwärts- und Abwärtsvergleiche (Vgl. mit früheren oder späteren Zeitpunkten)

Die SOK-Theorie

Selektive Optimierung mit Kompensation

(Baltes & Baltes, 1990; Baltes & Freund, 2002)

Gelingendes Altern wird durch 3 Prozesse erreicht:

Selektion Auswahl bzw. Veränderung von Zielen und Verhaltensbereichen

Optimierung Stärkung und Nutzung vorhandener, zielrelevanter Handlungsmittel und Ressourcen

Kompensation Schaffung, Training und Nutzung neuer Handlungsmittel

SOK Fragebogen: Beispiel-items

(Baltes, Baltes, Freund & Lang, 1999)

Selektion

Wenn ich nicht mehr weitermachen kann wie gewohnt, richte ich meine Aufmerksamkeit auf mein wichtigstes Ziel.

Optimierung

Ich setze alles daran, meine Pläne zu verwirklichen.

Kompensation

Wenn die Dinge nicht mehr so gut laufen wie bisher, suche ich nach anderen Wegen, um zum Ziel zu kommen.

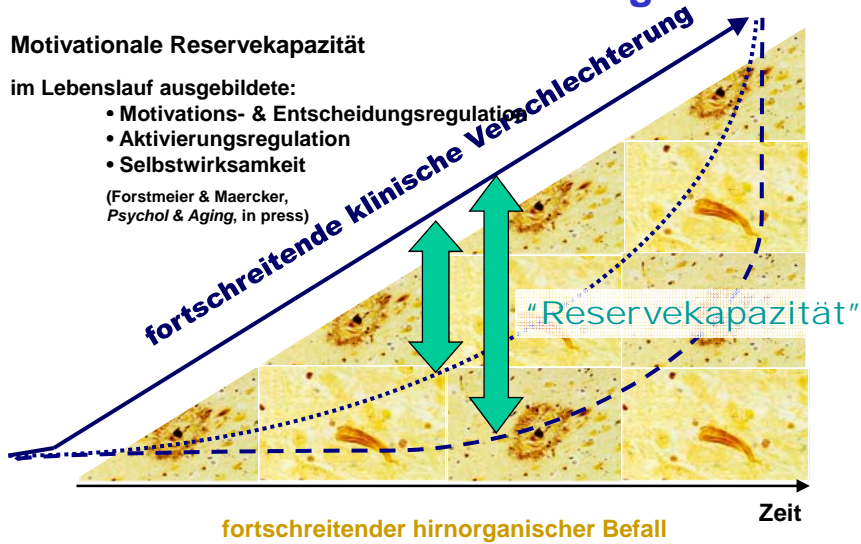
Psychische Funktionen und Demenzentwicklung

Motivationale Reservekapazität

im Lebenslauf ausgebildete:

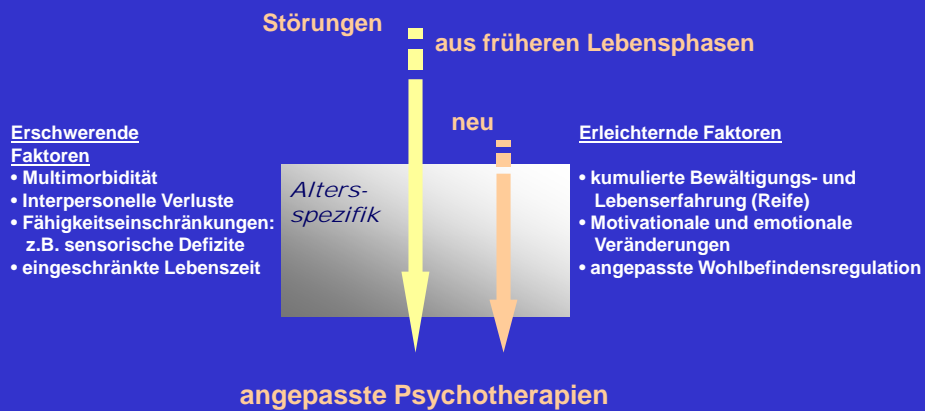
- Motivations- & Entscheidungsregulation
- Aktivierungsregulation
- Selbstwirksamkeit

(Forstmeier & Maercker, *Psychol & Aging*, in press)



Rahmenmodell der Alterspsychotherapie

(Maercker, 2002)



2. Teil: Psychotherapie im Alter

Inanspruchnahme von Psychotherapie

Inanspruchnahme von Psychotherapie Maercker et al. (2005)

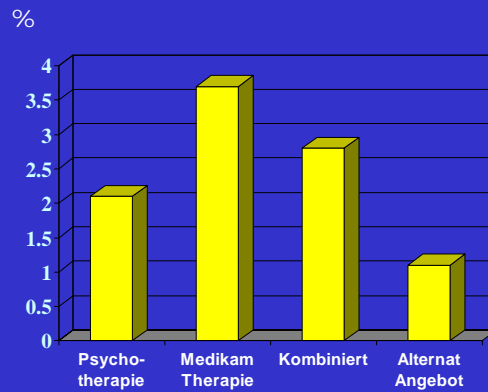
Methode

- Studie mit 65- bis 96jährigen in der Stadt Zürich
- nach Altersgruppe, Geschlecht und Wohnform stratifiziert
- N = 712 bzw. 570

Ergebnisse

- ca. 5% haben seit dem 65. Lebensjahr Psychotherapie gemacht, entweder ohne oder in Kombination mit Pharmakotherapie
- Therapiedauer bei 50%: 15 und mehr Stunden, 25%: 5-9 Stunden

Inanspruchnahme in einer repräsentativen Bevölkerungsstudie

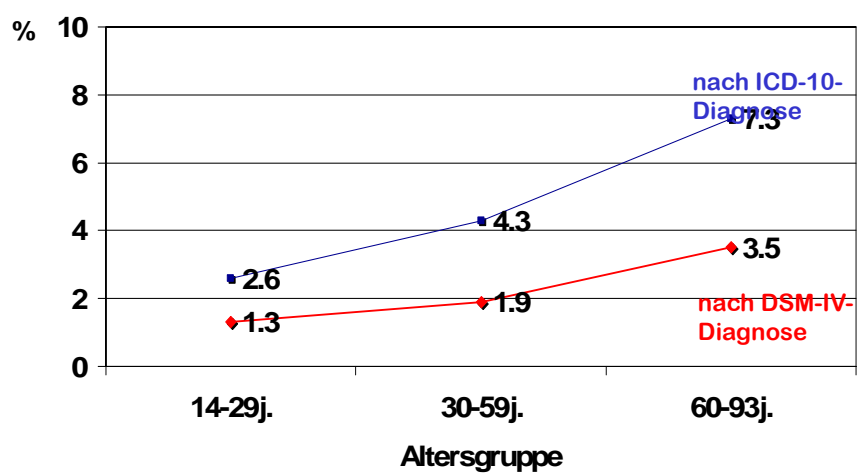


- Frauen nutzen häufiger eines der Angebote
- über 75jährige nutzen häufiger die medikamentöse Therapie als die Jungen Alten

Maercker et al. (2005)

Posttraumatische Belastungsstörungen in einer gesamtdeutschen Studie

(N = 2426)



Maercker et al. (2008) Nervenarzt

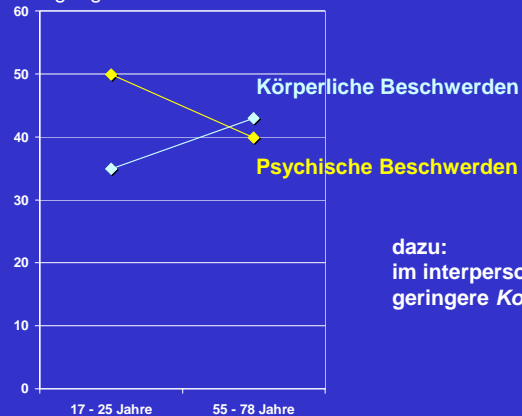
Sind ältere Psychotherapiepatienten “einfachere” Patienten?

Ambulante Psychotherapie-Studie: welche Störungsbilder? (Maercker et al., 2004)

	Junge Erwachsene N=30	Jung-mittelalte Erwachsene N=57	Mittelalte Erwachsene N=55	Ältere Erwachsene N=29
Affektive Störungen	33	31	39	35
Angststörungen	27	36	32	27
Zwangsstörungen	6	4	-	-
PTBS	9	12	11	20
Somatoforme Stör.	2	4	8	8
Essstörungen	11	3	2	2
Persönlichkeitsstör.	4	3	-	-
Sonstige Diagnosen	8	7	8	8
Anzahl Diagnosen/Patient	2,1	2,1	2,4	1,9

Ambulante Psychotherapie-Studie: ältere mit geringerem Eingangswerten

SF-12 Eingangswerte



dazu:
im interpersonellen Verhalten (IIP-Skala)
geringere Konkurrenz-Werte

Maercker et al. (2004) Z Gerontol Geriatrie

Modifikation der bestehenden therapeutischen Techniken

1. Umgang mit Abschweifungen der Patienten
2. i.d.R. langsames Vorgehen
3. Infos in verschiedenen sensorischen Modalitäten anbieten
4. Unkonventionelle Settings: z.B. am Bett; im Seniorenheim
5. Therapeut: gutes Wissen über die häufigsten körperl. Erkrankungen und deren Behandlungsstandards (-> Kontakte zu betreuenden Ärzten)

Altersspezifische Therapien

- **Kognitive VT: z.B. Manuale von Hautzinger, Adler**
- **Psychodynamische Kurzzeit-/Fokalthherapie**
- **Interpersonelle Psychotherapie**

Interpersonelle Psychotherapie der Depressionen

nach Klerman & Weissman

Kurzzeittherapie mit 3 Phasen und 4 wahlweisen Themen:

- Trauer
- Zwischenmenschliche Konflikte (Rollenkonflikte)
- Transitionen (Rollenwechsel)
- Zwischenmenschliche Defizite

für Depressionen bei Älteren liegen Wirksamkeitsnachweise aus Studien mit >1000 Patienten vor

Altersspezifische Therapien

- Kognitive VT
- Psychodynamische Kurzzeit-/Fokalthherapie
- Interpersonelle Psychotherapie
- **Lebensrückblicks-Interventionen:**
 **Lebensrückblick, Erinnerungsgruppen,
 Biografiearbeit**
- **Lebensende-Begleitung**

Therapieziele

- **Symptomreduktion**
- **Wohlbefinden** (*cave: statistische Deckeneffekte*)
- **persönliche Reifung, Wachstum, Sinnfindung**

Nicht für die Therapien lernen wir
etwas über das Altern...

...auch für uns selbst.

