

1 Depression im höheren Alter

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen des Alters. Prinzipiell gelten hinsichtlich der Symptomatik die gleichen Diagnosekriterien wie bei einer Depression im jüngeren Lebensalter. Allerdings wird die Erkrankung bei Älteren aufgrund der Betonung somatischer Symptome häufig schlechter erkannt und somit auch weniger häufig angemessen und leitliniengerecht behandelt. Zusätzlich zur somatischen Präsentation kann es bei einer depressiven Erkrankung im Alter einige Besonderheiten geben. Auf diese Besonderheiten wird in diesem Teil des vorliegenden Manuals eingegangen, um der möglichen Komplexität einer Depression im Alter Rechnung zu tragen. Hier leisten vor allem die Gerontopsychologie und die Geriatrie als wissenschaftliche Disziplinen einen relevanten Beitrag.

Es ist wichtiger denn je, fundierte und evidenzbasierte Manuale zur Behandlung psychischer Störungen im Alter zur Verfügung zu stellen, da der demographische Wandel unaufhaltsam dazu führt, dass es in Zukunft eine steigende Anzahl von Betroffenen im höheren Lebensalter geben wird. Dies wird in den Hausarztpraxen, den Kliniken und vor allem auch für die ambulante und stationäre Psychiatrie und Psychotherapie von Bedeutung sein. Psychotherapeuten sollten gut auf diesen Wandel vorbereitet sein und sich in der möglichen Komplexität der Behandlung einer Altersdepression auskennen. Zudem kann man davon ausgehen, dass nicht nur die reine Patientenanzahl durch die Überalterung der Gesellschaft beeinflusst wird, sondern ebenso die Kohorte, die in den kommenden Jahren ein höheres Lebensalter erreichen wird, eine große Rolle spielt. Wir sprechen von den sogenannten »Babyboomern«, der geburtenstarken Nachkriegsgeneration, die sich in vielen Eigenschaften von ihren »Vorgängergenerationen« unterscheiden. Diese Generation ist insgesamt offener und besser aufgeklärt, was die Bedeutung der Psyche für die eigene Gesundheit und auch psychische Erkrankungen angeht. Psychotherapie stellt für viele »Babyboomer« kein Tabu oder Makel, sondern eine selbstverständliche Behandlungsoption dar (Walendzik et al. 2014). Fürsorge für die eigene psychische Gesundheit wird insgesamt als viel bedeutsamer erachtet, als in den älteren Kohorten zuvor. Die insgesamt höhere Mobilität und gute (auch digitale) Vernetzung dieser Generation wird den Zugang zu Psychotherapie erleichtern und die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung verändern. In der Psychotherapie Tätige tun gut daran, uns auf die Bedürfnisse dieser »neuen Älteren« einzustellen und auf eine steigende Anzahl von Psychotherapien mit Älteren und deren alterstypischen Besonderheiten und Lebensrealitäten vorbereitet zu sein.

1.1 Epidemiologie der Depression im Alter

Affektive Störungen zählen neben den Angststörungen zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter (siehe z. B. die Meta-Analyse von Volkert et al. 2013). Zur Häufigkeit und Ausbreitung der Depression im Alter findet man in der Literatur insgesamt wenige, und teilweise unterschiedliche Angaben. Dies liegt an der geringen Zahl bevölkerungsrepräsentativer Studien, die auch psychische Symptome bei Älteren und Hochaltrigen erfassen und zusätzlich an den verschiedenen gewählten Erhebungsinstrumenten und zugrundeliegenden Klassifikationssystemen. Neben internationalen Studien liefert für Deutschland beispielsweise die sogenannte Deutsche Gesundheitsstudie (DEGS1) epidemiologische Daten für 2008 bis 2011. Im Selbstbericht ergibt sich im Vergleich von vier Altersgruppen, dass die Punktprävalenz für Depressivität in der ältesten Gruppe (70-79 Jahre) am niedrigsten liegt, wobei Frauen mit 7,7 % häufiger als Männer (4,2 %) betroffen sind (Busch et al. 2013). Klinische Interviews von 5.000 Teilnehmenden ergaben, dass 3,7 % der 65-79-Jährigen die Kriterien einer Major Depression erfüllen (Jacobi et al. 2014). Insgesamt nimmt die 12-Monats-Prävalenz bei allen affektiven Störungen mit zunehmendem Alter ab. Der Anteil ist unter den Frauen jeder Altersgruppe höher verglichen mit den Männern derselben Gruppe (Busch et al. 2013).

Auch der Deutsche Alterssurvey (DEAS; zusammenfassende Publikation von Vogel et al. 2019) liefert Daten zu depressiven Symptomen, die seit 1996 erhoben wurden. Es wurde eine Stichprobe von mehr als 15.000 Personen im Längsschnitt mehrfach mit der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K) zwischen 2002 und 2017 befragt (Wettstein und Spuling 2019). Auch diese Erhebung kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen jeder untersuchten Geburtskohorte und zu jedem Lebenszeitpunkt ab 40 Jahren ein höheres Depressionsrisiko haben als Männer. Diese wiederum haben ein deutlich höheres Suizidrisiko im Vergleich zu Frauen (► Abb. 1). Das Depressionsrisiko sinkt vom 40. Lebensjahr an zunächst ab, um dann am Übergang zur Hochaltrigkeit, ab ca. 80 Jahren, wieder anzusteigen. Interessanterweise unterscheiden sich die untersuchten Geburtskohorten (1930-39; 1940-49; 1950-59) nicht in ihrem Risiko, depressive Symptome zu zeigen. Hiermit wird noch einmal unterstrichen, dass die Babyboomer eine relevante und große Patientengruppe sind und vermutlich im höheren Alter bleiben werden. Eine weitere Meta-Analyse kommt zu einer Prävalenz für Major-Depression von 7,2 % und sogar zu 17,1 % für alle depressiven Erkrankungen bei über 75-jährigen (Luppa et al. 2012).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Prävalenz depressiver Erkrankungen insgesamt im höheren Lebensalter abnimmt. Es handelt sich dennoch um eine große Zahl von älteren depressiven Patienten, die adäquat psychotherapeutisch versorgt werden müssen.

Im Zusammenhang mit dem Depressionsrisiko im Alter ist auch das Suizidrisiko von älteren Frauen und Männern zu betrachten (Lindner et al. 2014). Zum Entstehungszeitpunkt dieses Manuals waren die Zahlen der Suizide für 2018 beim Statistischen Bundesamt abrufbar. In der folgenden Abbildung wer-

den die Suizide getrennt nach Geschlecht ab dem Alter von 50 Jahren dargestellt (► Abb. 1.1).

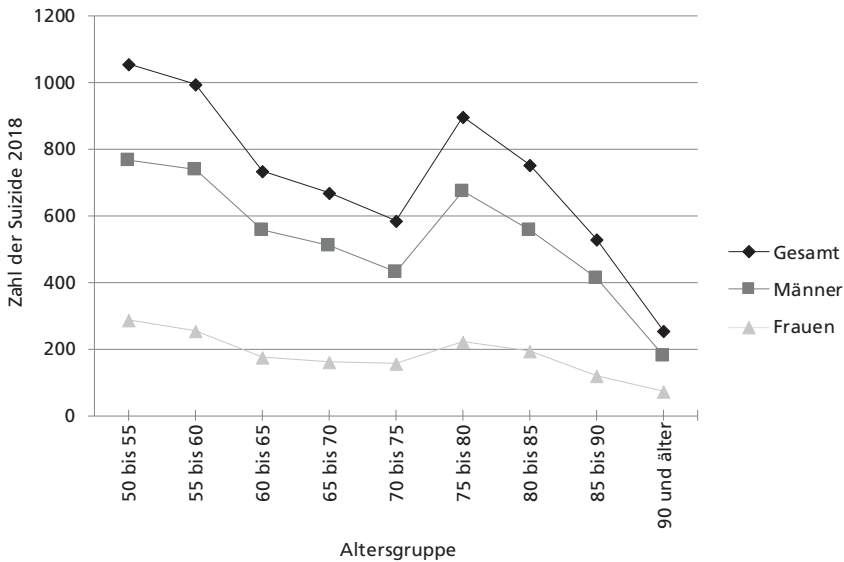


Abb. 1.1: Suizide in Deutschland 2018 nach Geschlecht ab 50 Jahren. (Quelle: Destatis 2021)

Demnach weist die Altersgruppe zwischen 50 und 55 Jahren die höchste Suizidrate insgesamt auf (1055 gesamt, 288 weiblich, 767 männlich). Bei den darauffolgenden Altersgruppen nimmt die Zahl der Suizide zunächst ab, steigt aber bei den 75- bis 80-Jährigen wieder an (895 gesamt, 220 weiblich, 675 männlich). Insgesamt entfallen auf die Altersgruppe ab 60 Jahren 6465 Suizide, was 68,8 % der Gesamtzahl entspricht. Ähnlich zu den jüngeren Altersgruppen nehmen sich auch unter den älteren Personen ca. dreimal so viele Männer das Leben verglichen mit betroffenen Frauen. Als Implikation für die psychotherapeutische Tätigkeit ergibt sich, Suizidalität gerade bei Älteren regelmäßig und sorgfältig abzuklären.

1.2 Diagnostik und Differentialdiagnostik

Die differenzialdiagnostische Abklärung einer Depression ist im höheren Lebensalter erschwert, da depressive Symptome wie z. B. Schlaf- oder Antriebsstörungen auch häufige Begleiterscheinungen verschiedenster körperlicher Erkrankungen

sein können. Es liegt nahe, dass eine bestehende Depression hierdurch übersehen werden kann und Betroffene weniger Chancen auf eine adäquate Behandlung erhalten. Im klinischen Alltag präsentieren Ältere vordergründig vor allem somatische Symptome, klagen z. B. über Krankheitsängste oder Probleme mit Appetit und Verdauung, während Schuldgefühle seltener berichtet werden (Hegeman et al. 2012). Daher ist eine sorgfältige Exploration darüber hinaus bestehender depressionsbezogener Symptome erforderlich, wie sie im Praxisteil (► Kap. 3.1.1) ausgeführt werden. Dies kann man durchaus auch als Hilfestellung für die Betroffenen verstehen, die teilweise noch Kohorten angehören, die wenig über psychische Erkrankungen aufgeklärt sind und häufig ihre eigenen Symptome nicht einordnen können.

Neben einer umfassenden Krankheitsanamnese kann zur subjektiven Einschätzung der Symptome beispielsweise die »Geriatrische Depressionsskala« (GDS) (Sheikh und Yesavage 1986) genutzt werden. Dieses kurze Instrument besteht aus 15 Items, die mit »ja« oder »nein« beantwortet werden und erste Anhaltspunkte über eine bestehende depressive Symptomatik liefern können (► Tab. 1.1).

Tab. 1.1: Instrumente zur Diagnostik und Differenzialdiagnostik einer depressiven Entwicklung im höheren Lebensalter (GDS: Sheikh und Yesavage 1986; BDI-II: Hautzinger et al. 2006; HAMD, CERAD: Morris et al. 1988; Memory Clinic 2021; MOCA: Nasreddine et al. 2005)

Instrument	Art der Beurteilung	Zielsymptomatik
Geriatrische Depressionsskala (GDS)	Selbstbeurteilung	Depressive Symptomatik
Beck Depressions Inventar II (BDI-II)	Selbstbeurteilung	Depressive Symptomatik
Hamilton Depression Rating Scale (HAMD)	Fremdbeurteilung	Depressive Symptomatik
Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD)	Fremdbeurteilung	Neuropsychologische Auffälligkeiten
Montreal Cognitive Assessment (MOCA)	Fremdbeurteilung	Neuropsychologische Auffälligkeiten

Zusätzlich kann der Beginn einer demenziellen Entwicklung im Alter differenzialdiagnostisch schwierig von einer Depression im Alter zu trennen sein, da sich beispielsweise Konzentrations- und Gedächtnisstörungen in der Querschnittsuntersuchung bei beiden Krankheitsbildern ähnlich darstellen können. Sind sie Teil einer Depression und nicht einer Demenz, spricht man von einem vorübergehenden »Dementia Syndrome of Depression« (ehemals sogenannte »Pseudo-Demenz«), das sich mit der Remission der depressiven Symptome wieder normalisieren sollte (siehe hierzu auch Förstl und Kleinschmidt 2011). Es ist ratsam, zum Monitoring gedächtnis- und konzentrationsbezogener Symptome neuropsy-

chologische Verlaufstestungen durchzuführen (► Tab. 1.1). Hierzu kann beispielsweise die Testbatterie CERAD (Morris et al., 1988; darin Tabelle 1) verwendet werden. Gute Unterstützung bei der Anwendung und Auswertung des Instruments bietet die Memory Clinic Basel (Memory Clinic 2021). Zusätzlich ist die Fremdanamnese bzgl. kognitiver Symptome durch Angehörige enorm wichtig, um eine depressive von einer demenziellen Entwicklung zu unterscheiden. Bei gleichbleibender Störung der kognitiven Funktionen über einen längeren Zeitraum hinweg, empfiehlt sich dann die Vorstellung in einer Gedächtnisambulanz zur weiteren Abklärung neurologischer Erkrankungen.

Insgesamt sollte neben einer psychometrischen und neuropsychologischen Eingangs- und Verlaufsdiagnostik unbedingt ein Blutbild angefertigt und ggf. weitere Untersuchungen, wie z. B. ein EEG oder eine Magnetresonanztomographie (MRT) zum Ausschluss organischer Ursachen der berichteten Symptomatik durchgeführt werden. Vor allem im Hinblick auf die häufig bestehende Multimorbidität (► Kap. 1.4) im Alter sollte dem Beginn einer Psychotherapie im ambulanten wie im stationären Setting eine umfassende organische Abklärung vorausgehen.

1.3 Stand der Psychotherapie bei Depression im Alter

Eingangs wurde bereits erwähnt, dass ältere Menschen mit der Diagnose Depression nicht ausreichend mit Psychotherapie versorgt sind, trotz der Entwicklung und Anpassung von altersspezifischen Psychotherapien. Für 2016 ergibt sich aus Kassendaten, dass nur weniger als 1 % der als depressiv Diagnostizierten über 65 ambulant psychotherapeutisch behandelt wurden (Kessler und Tegeler 2018). Ältere stellen sich häufig zunächst in einer allgemeinmedizinischen Praxis vor, jedoch kommen aus Eigeninitiative kaum Betroffene in psychotherapeutischen Praxen an. Dies kann sowohl mit Vorurteilen auf Behandler-, als auch auf Patientenseite zusammenhängen (siehe unten). Gerade weil der demographische Wandel hier den Handlungsbedarf deutlich aufzeigt, ist zu hoffen, dass es in den nächsten Jahren noch deutlichere Initiativen geben wird, Patienten aus der Primärversorgung in die spezifische ambulante und stationäre psychotherapeutische Versorgung zu bringen.

1.3.1 Unterversorgung älterer Menschen mit Depression

Wenn eine Depression im Alter diagnostiziert wird, beschränkt sich die Behandlung häufig auf Antidepressiva. Die Pharmakotherapie ist wirksam, greift allerdings angesichts der auslösenden und aufrechterhaltenden psychosozialen Faktoren (► Kap. 1.4.3) in vielen Fällen zu kurz. Zudem ist die Datenlage zur

langfristigen Wirksamkeit von Antidepressiva dünn (Wilkinson und Izmeth 2016). Eine Kombinationsbehandlung aus Pharmako- und Psychotherapie wäre zum Erreichen nachhaltiger Behandlungseffekte wünschenswert. Zudem kommen Antidepressiva nicht ohne Nebenwirkungen aus, was die älteren Betroffenen zusätzlich belasten kann (Coupland et al. 2011). Da ältere Personen im Schnitt ohnehin eine größere Anzahl Medikamente einnehmen, müssen Wechselwirkungen der Substanzen ebenfalls mit bedacht werden. Es wäre sicherlich möglich, durch eine flächendeckende und angemessene psychotherapeutische Versorgung älterer depressiver Patienten, den überproportionalen Einsatz der Pharmakotherapie etwas zu schmälern.

Zu den Ursachen der insgesamt herrschenden Unterversorgung von Älteren mit Depression gibt es kaum Studiendaten. Es wird vermutet, dass systematische Barrieren für den Zugang zur Psychotherapie bestehen. Schon allein aufgrund der oftmals eingeschränkten Mobilität im Alter, können Psychotherapiepraxen schlechter aufgesucht werden. In ländlichen Gebieten mit schlechter Verkehrsanbindung und geringer Praxendichte dürften Ältere deutlich im Nachteil sein. Zudem sind viele psychotherapeutische Praxen nicht barrierefrei, was eine zusätzliche Hürde darstellt.

Neben diesen augenscheinlichen Barrieren finden sich die weniger sichtbaren Hindernisse in Form von Vorurteilen, Mythen und Stigmata gegenüber älteren Patienten. Beispielsweise gibt es einen messbaren »Age-Bias« unter Psychotherapeuten, wenn es darum geht, Älteren einen Behandlungsplatz anzubieten (Kessler und Blachetta 2018). Eine Zusammenfassung der Vorbehalte findet sich bei Bühning (2012). Bereits Sigmund Freud äußerte die Befürchtung, dass Ältere nicht mehr zu Veränderung in der Lage sind und die Psychotherapie eine extrem lange Zeitspanne umfassen muss. Glücklicherweise wissen wir heute, dass das menschliche Gehirn bis ins hohe Alter plastisch, also lernfähig, bleibt und dass (Kurzzeit-) Psychotherapien bei Älteren ähnlich wirksam wie bei Jüngeren sind (siehe aktuelle Daten in der Meta-Analyse von Cuijpers et al. 2020).

Auch »innere Barrieren« auf Seiten der älteren Patienten spielen sicherlich eine Rolle. So vermuten viele, dass ihre Symptome nichts mit der Psyche zu tun haben oder auch, dass ihre Probleme nicht wichtig genug für eine Psychotherapie seien. Der Begriff der Psychiatrie ist außerdem nach wie vor mit Stereotypen aus der Vergangenheit behaftet, was oftmals zu Ängsten führt, bei einem stationären Aufenthalt »eingesperrt« zu werden oder dann als »verrückt« zu gelten.

Auf Seiten des Gesundheitssystems lassen sich weitere strukturelle Mängel feststellen. In psychiatrischen Kliniken existieren oft gerontopsychiatrische Allgemeinstationen, auf denen Betroffene mit Demenzen, Depression, Angststörungen etc. nicht störungsspezifisch behandelt werden können. Nur selten gibt es depressionsspezifische Stationen mit passend zum Störungsbild zugeschnittenen Behandlungsangeboten. Auch das zugehörige Personal im stationären Bereich ist notwendigerweise eher breit im gerontopsychiatrischen Spektrum ausgebildet und kann mit den bestehenden Ressourcen oftmals keine depressionsspezifischen Angebote machen.

1.3.2 Evidenzbasierte Therapieverfahren für Ältere

In den letzten Jahren ist ein enormer Wissenszuwachs über psychologische Phänomene im Alter (► Kap. 1.3.4) zu verzeichnen. Zusätzlich schafft die Tatsache, dass psychische Störungen im Alter eine immer größere Relevanz erlangen werden, die Notwendigkeit, bestehende Behandlungskonzepte auf Ältere zu übertragen und deren Wirksamkeit auch in dieser Gruppe zu überprüfen. Glücklicherweise gibt es mittlerweile verschiedenste wirksame psychotherapeutische Verfahren, die auf das höhere Lebensalter angepasst wurden, hierzu gehören auch sogenannte »schulenübergreifende« Verfahren, die nicht eindeutig einer verhaltenstherapeutischen bzw. psychodynamischen Konzeption zuzuordnen sind, wie die Interpersonelle Psychotherapie (IPT; Schramm 2019). Bei allen Interventionen kommen sowohl die klinische Erfahrung vieler Psychotherapeuten als auch die Überprüfung in qualitativ hochwertigen wissenschaftlichen Studien zum Tragen. Dies stellt einen wichtigen Schritt in Richtung der Verbesserung der Versorgungslage von Älteren dar. Die Studienlage zur Behandlung älterer Betroffener mit Depression ist zwar noch ausbaufähig, schlägt sich dennoch schon in Empfehlungen innerhalb der Leitlinien nieder (► Kap. 1.5).

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ist das Verfahren, das sich durch die beste Studienlage und somit den höchsten Evidenzgrad auszeichnet. In der KVT für ältere Patienten werden dieselben Interventionen wie in der klassischen KVT, z. B. Kognitive Restrukturierung und Verhaltensaktivierung angewendet, während die Altersspezifik berücksichtigt wird (Hautzinger 2016). Aber auch psychodynamische Verfahren, Reminiszenztherapien, Problemlösetraining und IPT erzielen respektable Effektstärken (Cuijpers et al. 2014).

Psychodynamische Verfahren sind mit den für sie typischen Interventionen, z. B. in Bezug auf Grundkonflikte, für Ältere verfügbar (zur Übersicht siehe Peters und Linder 2019). Ein im höheren Alter relevanter Grundkonflikt ist beispielsweise Versorgung vs. Autonomie innerhalb der Paarbeziehung, wenn Partner pflegebedürftig werden. M. Peters (2020) konzipiert eine Altersadaptation, die an der struktur- und mentalisierungsorientierten Psychotherapie orientiert ist. Er favorisiert einen erfahrungsbezogenen Dialog, der älteren Menschen zu einem veränderten interpersonellen Verhalten und damit zu einer Verbesserung ihrer psychosozialen Situation verhelfen kann.

Unter Reminiszenztherapien versteht man eine Vielzahl von sogenannten »Lebensrückblickverfahren«, welche durch strukturierte Interviewfragen das Übersetzen der eigenen Lebensgeschichte in ein Narrativ und somit die Integration von Erinnerungen und den damit verbundenen Emotionen fördern. Die Integration positiver und negativer Erfahrungen (»integrative Rückschau«) spielt hierbei eine große Rolle. Eine umfassende Übersicht bieten Maercker und Forstmeier (2013).

Kiosses et al. (2015) konzipierten eine spezielle Form des klassischen Problemlösetrainings für depressive ältere Menschen mit kognitiven Störungen bzw. beginnender Demenz, die sog. Problem Adaption Therapy (PATH). Diese 12 Sitzungen umfassende Intervention, die im häuslichen Umfeld mit den Angehörigen durchgeführt wird, beinhaltet Strategien zur Emotionsregulation, zur Reduzie-

rung negativer Affekte und die Erarbeitung von Kompensationsstrategien, z. B. bei Gedächtnisproblemen oder sozialem Rückzug. Im Vergleich mit supportiver Therapie führte dieser Ansatz zu einem deutlichen Rückgang depressiver Symptome und Einschränkungen der psychosozialen Funktionstüchtigkeit (»disability«).

Für fast alle genannten Verfahren liegen deutschsprachige Manuale speziell für Ältere vor. Die Unterversorgung und die bestehenden Versorgungsstrukturen stehen demnach im Kontrast zu der wachsenden Zahl an wirksamen psychotherapeutischen Verfahren, welche die Altersspezifik der Depression berücksichtigen. Auch aus diesem Grund ist es uns ein Anliegen, mit dem vorliegenden Manual die IPT im Alter im deutschsprachigen Raum populärer zu machen. Die spezifischen psychosozialen Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression werden in der IPT besonders hervorgehoben (Schramm, 2019). Die Anpassung auf ältere Betroffene ist bislang nur für den englischsprachigen Raum unter dem Namen der »IPT late life« erfolgt (Frank 1991; Hinrichson und Clougherty 2006).

1.3.3 Notwendige therapeutische Kompetenzen zur Behandlung älterer Menschen

Die folgenden Abschnitte widmen sich den verschiedenen Aspekten, die eine Psychotherapie im Alter komplex gestalten und daher zusätzliches Wissen seitens der Behandler erfordern (Peters et al. 2013). Insgesamt sollen Ältere durch eine Psychotherapie befähigt werden, sich mit Unterstützung besser an aktuelle Lebensumstände anzupassen. Diese Anpassungsleistungen zum erfolgreichen Altern werden im SOK-Modell von Baltes und Baltes (1990) mit den Begriffen Selektion, Optimierung und Kompensation beschrieben. Psychotherapeuten sollten ihren Patienten dazu verhelfen, günstige Bewältigungsstrategien im Rahmen dieser drei Prozesse wiederaufzunehmen oder neu zu etablieren.

Neben der individuell angepassten Therapieplanung kann auch die Gestaltung der therapeutischen Beziehung einige Besonderheiten aufweisen. Zunächst ist es auf der Seite der Behandelnden wichtig, eigene Altersstereotype zu ergründen, offen zu legen und zu überprüfen: Habe ich ggf. Vorurteile bezüglich der Wirksamkeit von Psychotherapie im Alter? Habe ich vielleicht den Gedanken, dass mir eine Psychotherapie mit Älteren zu anstrengend ist? Habe ich Berührungsängste gegenüber Älteren, weil ich im Alltag wenig in Kontakt mit dieser Kohorte bin und ggf. auch Unsicherheit auf meiner Seite entstanden ist? Kann ich ältere Patienten in ihren Problemlagen ernst nehmen? Bin ich schnell genervt von verminderter Hörfähigkeit oder anderen möglichen Barrieren? Vermeide ich die Behandlung Älterer, um nicht mit der Endlichkeit meines eigenen Lebens konfrontiert zu werden? Diese Punkte gilt es zunächst zu klären, um die eigene »Therapiemotivation« zu bestimmen, die eigenen Einstellungen zu hinterfragen und sich für die interessante Lebensgeschichte von und wertvolle therapeutische Beziehung zu älteren Patienten zu öffnen.

Je nach Alter der behandelnden Therapeuten kann es außerdem zu besonderen Übertragungsphänomenen kommen. Jüngere Therapeuten gehören aus der

Sichtweise älterer Patienten oft der Kinder- oder Enkelgeneration an, was zunächst einer Selbstöffnung im Wege stehen kann. Nach erfolgreichem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung können diese Phänomene ebenso gut therapeutisch genutzt werden. Junge Therapeuten können Ressourcen ihrer älteren Patienten aufdecken, indem sie sich interessiert an deren Lebenserfahrung und Fähigkeiten zeigen. Hierbei ist etwas Hintergrundwissen zu der jeweiligen Geburtskohorte erforderlich. Zum heutigen Zeitpunkt haben etwa 80-jährige direkte Kriegserfahrungen aus der frühen Kindheit, 70-Jährige haben den Krieg nicht mehr direkt erlebt, sind jedoch unmittelbar in den Jahren danach geboren. Auch mit größerer zeitlicher Distanz zum Kriegsgeschehen gibt es relevante Einflüsse, beispielsweise durch die Elterngeneration und Familiengeschichte. So existieren in vielen Familien Kriegstraumata, welche transgenerational weitergegeben werden können, teilweise sind Fluchterfahrungen noch explizit oder implizit erinnerlich. Auch das Thema Gefangenschaft und die lange Abwesenheit oder die nicht erfolgte Rückkehr von Vätern können eine Rolle spielen. Insgesamt hat eine Vielzahl der älteren Patienten in ihrer Kindheit emotional sowie materiell deprivierte Verhältnisse erlebt. Über diesen biographischen Kontext sollten Therapeuten gut informiert sein (siehe hierzu Knight et al. 2015; Reddemann 2018). Für die nachfolgende Alterskohorte der Babyboomer, die mit wesentlich mehr Wohlstand und einer zunehmenden gesellschaftlichen Liberalisierung sozialisiert worden sind, ist dies ebenfalls zu fordern.

1.3.4 Der Beitrag der Gerontopsychologie zu psychotherapeutischen Verfahren

In der Gerontopsychologie werden psychologische Aspekte des Alternsprozesses untersucht. Diese Erkenntnisse wiederum fließen in die Entwicklung von Alterspsychotherapien ein. Ein Standardwerk im deutschsprachigen Raum ist der von A. Maercker herausgegebene Titel »Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie« (2015), auf den in dieser Einführung Bezug genommen und verwiesen wird. Die Gerontopsychologie nimmt Personen im sogenannten 3. und 4. Lebensalter, also in etwa ab dem 65. Lebensjahr in den Fokus und untersucht breite psychologische Aspekte des Alterns, wie etwa die Veränderungen von Wohlbefinden oder persönlichen Einstellungen mit zunehmendem Lebensalter. Die allgemeine Lebenszufriedenheit nimmt laut Deutschem Alterssurvey (DEAS) zwar mit dem Alter ab, jedoch gilt dies für die »neue« Kohorte der 1950–59 Geborenen weniger als für frühere Alterskohorten (z. B. 1930–39 geboren). Frauen sind stärker von diesem Rückgang der Lebenszufriedenheit betroffen (Wettstein und Spuling 2019). Dieser Befund könnte mit dem höheren Depressionsrisiko von Frauen im höheren Alter im Vergleich zu Männern zusammenhängen (► Kap. 1.1). Die Gerontopsychologie liefert ständig neue Erkenntnisse und Therapeuten sollten sich diesbezüglich »up to date« halten, um die Kohorte der älteren (Psychotherapie-) Patienten besser einschätzen zu können.

Als Hilfestellung zur Planung einer Psychotherapie mit Älteren wurde das sogenannte »Rahmenmodell der Alterspsychotherapie« entwickelt, welches sowohl

alters- als auch störungsspezifische Aspekte aufgreift (Maercker 2003). Nach diesem Modell ist die zentrale Voraussetzung für eine gut konzeptualisierte Therapie, dass die Therapieziele selektiv an die altersspezifischen Gegebenheiten der Betroffenen angepasst bzw. optimiert werden. Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass Behandlungsstrategien, die für psychische Störungen bei Jüngeren entwickelt wurden, auch bei Älteren angewendet werden können. Erforderliche Modifikationen der Behandlungsstrategien haben meist mit der oben genannten notwendigen Anpassung der Therapieziele zu tun. Maercker formuliert hierbei zwei Leitfragen hinsichtlich der Therapiezieloptimierung bei Älteren: »Erreichen wir das Therapieziel in einem zeitlich und sachlich vertretbaren Aufwand?« und »Lässt sich der so erreichte Zustand ausreichend stabil in der Zeit nach der Therapie aufrechterhalten?« (Maercker 2015). Mit diesen Fragen wird der somatischen und psychologischen Multimorbidität Rechnung getragen, aufgrund deren es häufig notwendig ist, bei der Psychotherapieplanung zu priorisieren (► Kap. 1.4). Neben der Multimorbidität werden im Rahmenmodell der Alterspsychotherapie weitere potentiell erschwerende Faktoren benannt: Fähigkeitseinschränkungen, wie z. B. eine verminderte Hör- oder Sehfähigkeit, können Anpassungen der Psychotherapie erfordern, während ebenfalls die per se eingeschränkte Lebenszeit eine Berücksichtigung bei der Auswahl der Therapieziele erfordert. Sehr bedeutsam können außerdem interpersonelle Verluste sein, wie z. B. ein sich ausdünnendes soziales Netzwerk oder Todesfälle in Familie und Freundeskreis. Diese interpersonellen Verluste kennzeichnen einen zentralen Behandlungsbereich in der IPT, weshalb sie an anderer Stelle ausführlich besprochen werden (► Kap. 3.3, ► Kap. 3.4, ► Kap. 3.5).

Interessanterweise gibt es aber auch einige Faktoren, die die Behandlung älterer Patienten erleichtern können. So kann die erreichte Reife, in Gestalt von Lernerfahrungen aus der gesamten Lebensspanne, bei der Bewältigung aktueller Herausforderungen hilfreich sein. Hier kann therapeutisch auf bereits vorliegende Ressourcen zurückgegriffen werden. Wie bereits oben erwähnt, kommen Studien, die motivationale und emotionale Veränderungen im Alter untersuchen, insgesamt zu einer positiven Bilanz. Auch dieser Umstand lässt sich in der Psychotherapie sehr gut nutzen. Gleichmaßen können die insgesamt günstigen Fähigkeiten älterer Menschen zur Wohlbefindensregulation therapeutische Fortschritte erleichtern.

1.4 Komplexität der Altersdepression: Multimorbidität

Es gibt zahlreiche Definitionen der Multimorbidität. Die S3-Leitlinie zur Multimorbidität versteht das Konstrukt als

»das gleichzeitige Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen (drei oder mehr), wobei nicht eine einzelne Erkrankung im besonderen Fokus der Aufmerksamkeit steht und