

Psychotherapie bei Depression im Alter – Besonderheiten, Praktische Erfahrungen

Abstract

C. Wächtler, Hamburg

Kurs „Alterspsychotherapie kompakt“, DAGPP, beim Kongress „DGGPP 2021“, Essen, 10. Juni 2021

Depressionen im Alter sind **häufig**. Zur depressiven Erkrankung kommt es, wenn im Alter Streßfaktoren kumulieren und interagieren und die individuellen Abwehrkräfte („Resilienz“) überfordern. Für die **Behandlung** stehen vor allem Antidepressiva und Psychotherapie zur Verfügung. Die Wirksamkeit der Psychotherapie bei Depression ist auch im Alter belegt.

Einige **Besonderheiten** sind zu beachten:

- **Ältere Menschen** tun sich häufig schwer mit Psychotherapie und mit jüngeren Therapeuten.
- Der (meist jüngere) **Therapeut** sollte sich durch abweisendes Verhalten und Konfrontation mit Krankheit, Sterben und Tod nicht abschrecken lassen. Er sollte **interessiert zuhören, ermutigen und Halt** geben.
- **Differential-diagnostische Erwägungen** sind von Bedeutung: handelt es sich evtl. um eine Trauma-Reaktivierung (z.B. bei den alt gewordenen „Kriegskindern“, die Schreckliches erlebt haben); gibt es Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen oder sozialen Faktoren?
- **Kooperation** mit Hausarzt, Physio- und Ergotherapeutin und Sozialarbeiterin ist häufig unabdingbar.

Am **Beispiel einer 66-Jährigen**, die wegen schwerer Depression mit Suizidalität in der gerontopsychiatrischen Klinik eine Krisenintervention erfuhr und ambulant nachbehandelt worden war, werden Aspekte der Psychotherapie älterer Depressiver erörtert (s.a. Wächtler 2013).

Vorgeschichte: Die Patientin wuchs mit einer Schwester bei der Mutter auf. Vater überwiegend abwesend (Soldat, dann Scheidung). Mutter psychisch labil, unkontrolliert, strafend; stigmatisierte die Patientin in der Pubertät als „Krüppel“. Die Ehe: kinderlos und unglücklich. Die Rente war gering. Zudem forderte ihre demente Mutter („mich lebenslang abgelehnt“) Hilfe und setzten ihr starke Schmerzen zu. Sie war wütend, verzweifelt, ohnmächtig und ohne Hoffnung.

Die **stationäre Krisenintervention** bei schwerer Depression und nach SCV erfolgte im multiprofessionellen Team auf einer offenen Station für depressive Ältere. Das Behandlungsangebot:

- **„Milieuthherapie“**, aus Räumen, die Geborgenheit und Annehmlichkeit, und Mitarbeitern, die Sicherheit, Wertschätzung, Anregung und Fürsorge vermittelten.
- **Psychopharmakotherapie**, auf Stimmungsaufhellung, Beruhigung, Minderung der Suizidalität zielend.
- **Psychotherapeutische Einzelgespräche**, hier tiefenpsychologisch fundiert, i.d.R. täglich.
- **Kunsttherapie** in der Gruppe, 2 x wöchentlich, sowie **Ergo- und Bewegungstherapie** und **Entspannungsübungen**.
- **Sozialtherapeutische Unterstützung**.

Die stationäre Behandlung dauerte 3 Monate. Sie führte zu deutlicher Abnahme, allerd. nicht Remission der depressiven Symptome. Eine intensivere Bearbeitung oder gar Lösung lebenslang bestehender Konflikte war nicht gelungen.

Daher wurde die Indikation für eine **ambulante Langzeit-Psychotherapie** gestellt. Ein tiefenpsychologisches Konzept erschien geeignet. Als Ziele ergaben sich u.a.: Stärkung von Introspektion und Ich-Funktionen und Verbesserung der Beziehungsfähigkeit, um im privaten Bereich auf einem reiferen Niveau zu funktionieren. Bei der **psychodynamisch orientierten Psychotherapie** ging es um Verstehen der Lebensgeschichte, Herstellung eines „therapeutischen Bündnisses“ und Durcharbeitung der in der therapeutischen Beziehung (im „Hier und Jetzt“) aktualisierten Konflikte. Besondere Aspekte des Umgangs mit **Suizidalität** wurden beachtet.

Wie viele ältere Patienten mit einer Depression profitierte sie von der **Kombination mit weiteren psychotherapeutischen Techniken**:

- Dazu gehörte „**Trauerarbeit**“ – hier die Lösung von alten Vorstellungen und Neuausrichtung in einem „Trauer-Befreiungs-Prozess“. Hilfreich erschien mir auch die Vorgehensweise von Yalom (2010) zur Milderung der Angst vor dem Tod.
- Ich regte an, auch zu Hause emotionale Prozesse **künstlerisch** zu gestalten/die Bilder mitzubringen.
- Bei meiner Patientin übersah ich, an die Möglichkeit einer **kriegsbedingten Traumatisierung** zu denken. Als wirksam bei Traumatisierungsstörungen haben sich **kognitive VT** und „**Eye Movement Desensitization Reprocessing**“ (**EMDR**) erwiesen. Für das Verfahren EMDR gibt es erste Berichte über die erfolgreiche Anwendung auch im Alter.
- Zudem kann bei Patienten mit einer kognitiven Störung bei Altersdepression ein Vorgehen wie bei der „**Problem-Löse-Therapie**“ angezeigt (und auch im Praxisalltag anwendbar) sein (Hölzel et al 2017).
- Die „**Lebens-Rückblick-Therapie**“ und die „**Testimonial-Therapie**“ haben sich in den letzten Jahren auch in der Behandlung depressiver Älterer bewährt.

Verlauf: Die Patientin gewann an Introspektion. Sie lernte und wagte, sich auseinanderzusetzen. Sie gewann mehr Distanz zu Ehemann und zur Mutter. Sie lernte, das Unvermeidbare anzunehmen („Aneignung des Alters“: Peters 2008). Die Depression klang ab. Die Suizidalität trat während der gesamten Behandlungszeit nicht wieder auf.

Literatur zum Thema:

- Hölzel L et al (2017) Problemlösetraining in der Primärversorgung. Z Allg Med 93: 260-265
- Peters M (2008) Die gewonnenen Jahre – Von der Aneignung des Alters. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Wächtler C (2013) Psychotherapie der Altersdepression. Z Gerontol Geriat 46:120-26
- Yalom ID (2010) In die Sonne schauen – Wie man die Angst vor dem Tod überwindet. btb, München