

Warum werden Ältere bis heute immer noch nicht ausreichend psychotherapeutisch behandelt?

Why are the older today still not being adequately treated in psychotherapy?

Hartmut Radebold

Zusammenfassung

Die Psychotherapie über 60-Jähriger erweist sich für alle bekannten Konzepte/Schulrichtungen, sowie für alle Formen der Psychotherapie als möglich und (auch katamnestic) erfolgreich. Ungeachtet dessen werden sie im deutschsprachigen Raum unverändert bis heute nur in geringem Umfang behandelt. Gründe dafür liegen in der mangelnden Kenntnis der Älteren selbst, ihrer behandelnden Hausärzte und der Psychotherapeuten, sowie insbesondere in spezifischen affektiven Widerständen ihrer potentiellen BehandlerInnen.

Abstract

Psychotherapeutic treatment of patients over 60 has been proven to be successful (also katamnestic) as shown in all known concepts/schools of therapy, as well in all forms of psychotherapy. Regardless of this the number of treated patients in German-speaking countries remains relatively small. The reasons for this may have to do with the lack of knowledge of the elders themselves, their general practitioners and psychotherapists, as well in specific emotional resistances of their potential therapists.

1. Aktuelle Situation

In den deutschsprachigen Ländern umfasst die Gruppe der über 60-Jährigen bereits ein knappes Viertel der Bevölkerung – umgerechnet ein Drittel der Erwachsenen! Ihre Lebenserwartung beträgt zurzeit für die Frauen 23 bis 24 und für die Männer 19 bis 20 Jahre – also mindestens ein Drittel ihres Erwachsenenlebens. Prognostisch erwartet man eine weitere Zunahme dieser Altersgruppe und einen weiteren Anstieg ihrer Lebenserwartung.

Die epidemiologischen Untersuchungen zur Prävalenz psychischer Störungen bei über 65-Jährigen belegen eine Gesamtmorbidität (aller Schweregrade) bei mindestens einem Viertel. Die Angaben zur Prävalenz von Anpassungs-, Belastungs- und Abhängigkeitsstörungen differieren, da sie teilweise als nichtpsychotische und nichtdemenzielle Störungen definiert erhoben wurden. Auf jeden Fall muss von einem Anteil von mindestens 50 % an der untersuchten Ge-

samtmorbidität ausgegangen werden. Die öffentliche Wahrnehmung bezieht sich fast ausschließlich auf die erst ab dem 70. Lebensjahr deutlich zunehmende Gruppe der demenziell Erkrankten; die weniger auffallenden (und dazu noch oft „lavierten“) depressiven Störungen, Angststörungen einschl. Panikattacken sowie die (late onset) Abgängigkeitsstörungen fallen dagegen kaum auf; sie werden daher auch nicht als behandlungsbedürftig und damit als versorgungsrelevant angesehen (Bickel 2003).

Bekanntlich dürfen weder Prävalenz- noch Inzidenzraten psychischer Störungen mit einem Behandlungsbedarf gleichgesetzt werden; dennoch ist von einem Behandlungsbedarf an Psychotherapie/längerfristiger psychosozialer Beratung von bis zu 10 % der über 60-Jährigen auszugehen (Heuft et al. 2000, S. 220).

2. Psychotherapie Älterer – State of Art

Die Feststellung Psychotherapie Älterer ist möglich, sinnvoll, notwendig und auch langfristig erfolgreich kann seit mindestens 15 Jahren (Radebold 1992) als (zunehmend gut) belegt angesehen werden. Sie bezieht sich auf alle von der Psychoanalyse und von der Verhaltenstherapie abgeleiteten Schulrichtungen/Konzepte einschließlich der übenden/entspannenden Verfahren. Sie bezieht sich auf alle Formen von Psychotherapie (Fokal-/Kurzpsychotherapie, längerfristige Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Paar- und Familienpsychotherapie) und ebenso auf die ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung in psychiatrischen und insbesondere psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgungssystemen (Heuft et al. 2000). Literaturanalysen belegen immer wieder, dass weitgehend nur 60- bis 70-Jährige und dazu mit Kurz-/Fokalt Therapien und insbesondere im teilstationären und stationären Bereich mit Gruppenverfahren behandelt werden. Wie Auswertungen von Kassenanträgen belegen (Bolk-Weischedel 2003), dominieren im ambulanten Bereich weitgehend tiefenpsychologisch fundierte Kurzpsychotherapien. Behandlungsberichte verdeutlichen dazu eine Tendenz zu insgesamt niedrigerer Stundenzahl, geringerer Zeitdauer der Behandlungen in größeren Zeitabständen (anstatt einmal wöchentlich alle zwei Wochen), bei einer Bearbeitungsebene von aktuellem bewussten Material mit supportivem Ansatz anstelle von Bearbeitung von weit zurückliegenden (unbewussten) Konflikten bzw. Traumatisierungen.