

Pharmakotherapeutische Möglichkeiten nicht zufriedenstellend!

Psychotherapie der Altersdepression

Tobias Melcher, Thomas Leyhe

Zentrum für Alterspsychiatrie (ZAP), Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel, Schweiz

Summary

Psychotherapy of depression in the elderly

Late-life depression usually has a particular clinical presentation. There is a sharp drop in the rates of diagnosis and treatment among elderly depressed patients compared with younger ones, arguably because concurrent medical health problems obscure the genuine depressive mood symptoms. Typically, patients present instead with less specific symptoms such as insomnia, loss of appetite, fatigue and cognitive impairment. At the same time, depression in old age has a high risk of severe medical sequelae (e.g., dementia, cancer and cardiac conditions) and also of suicide. The efficacy of pharmacotherapeutic interventions appears to be restricted, whereas systematic reviews provide a strong evidence-base for psychotherapy as a first-line treatment in older depressive patients. Basically, psychotherapy in old age could use all the approaches established in younger patients, which, however, should always be reviewed before application for necessary modifications of their therapeutic attitudes and techniques. Based on prevalent gerontological models, required modifications can be described across psychotherapeutic schools and mainly comprise an active and supportive (i.e., not neutral) therapeutic attitude, as well as pronounced goal-orientation and focus combined with an appropriate (i.e., limited) changing intent. Concrete adaptations have been developed for cognitive-behavioural therapy and different psychodynamic therapies, as well as for integrative approaches, particularly interpersonal psychotherapy (IPT), which together provide the basis for a broad clinical application that could close the persisting gap in the care of elderly depressed patients.

Key words: late-life depression; psychotherapy; cognitive behavioural therapy; psychodynamic therapy; interpersonal psychotherapy

Einleitung

Epidemiologische Daten zeigen, dass in der Schweizer Bevölkerung die Prävalenz von Depressivität im höheren Alter im Vergleich mit jüngeren Gruppen zunimmt, während jedoch der Anteil derjenigen, die wegen psychischer Störungen in Behandlung sind, deutlich abnimmt [1]. Es ist daher davon auszugehen, dass Depressionen im Alter zu selten diagnostiziert und therapiert werden. Depressive Störungen im Alter haben nicht selten eine spezifische Präsentation. Die Patienten sind mürrisch und reizbar, neigen

zu Somatisierung und klagen über Schmerz, Obstipation und Angst. Häufig finden sich kognitive Defizite, Anhedonie und eine Neigung zur Lebensbilanzierung mit negativen Gedanken über das Selbst, die Welt und die Zukunft [2]. Lebensqualität und Lebenserwartung sind reduziert, Begleiterkrankungen haben eine schlechtere Prognose, und es besteht eine hohe Rückfallrate sowie die Gefahr der Chronifizierung [3]. Die deutlich erhöhte Suizidrate Älterer steht sehr wahrscheinlich im Zusammenhang mit der nicht ausreichenden Diagnostik und Therapie von depressiven Störungen im Alter [4]. Das Demenzrisiko ist verdoppelt [5, 6]. Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zeigen allenfalls moderate Effekte für die Wirksamkeit von Antidepressiva bei älteren Depressiven [7–9]. Die epidemiologischen Daten, die mit Altersdepressionen verbundenen erheblichen Risiken und die nicht zufriedenstellenden pharmakotherapeutischen Möglichkeiten legen die Frage nach anderen sinnvollen Therapieansätzen nahe. In mehreren Metaanalysen und systematischen Reviews konnte gezeigt werden, dass psychotherapeutische Interventionen bei älteren Depressiven mit guten Effektstärken wirksam sind [10–12]. Die Wirksamkeit ist derjenigen der Pharmakotherapie vergleichbar oder sogar überlegen [13]. Auch zeigten sich beim Vergleich von psychotherapeutischen Behandlungen von jüngeren und älteren depressiven Patienten keine Unterschiede hinsichtlich der Effektstärken, wobei Therapiestudien bei Älteren eher bei weniger schweren Depressionen und Patienten mit einem Durchschnittsalter unter 70 Jahren sowie mit einer niedrigen Anzahl an Sitzungen durchgeführt wurden [14].

Allgemeine Voraussetzungen

Bei der Psychotherapie von Altersdepressionen müssen spezifische Einflussfaktoren für Auslösung und Verlauf der Erkrankung beachtet werden. Dies sind zerebrovaskuläre und neurodegenerative Erkrankungen, ein reduzierter Zugang zu adäquater Behandlung, spezifische psychosoziale Faktoren wie Rollenwechsel, Verlust, zunehmende Abhängigkeit

und Einsamkeit sowie ein Schwinden von psychosozialen und ökonomischen Ressourcen [2]. Kontraindikationen der Alterspsychotherapie sind auf effektive Grenzen der Anpassungsfähigkeit der psychotherapeutischen Verfahren an die älteren und speziell an hochaltrige Patienten zurückzuführen. Solche Ausschlusskriterien sind insbesondere ausgeprägte Defizite der Sprachproduktion und des Sprachverständnisses (Schwerhörigkeit oder Aphasie), sonstige kognitive Einschränkungen ab einem mittleren Schweregrad sowie umfassende Pflegebedürftigkeit [15]. Die Notwendigkeit einer gezielten Anpassung der Psychotherapie für deren Anwendung im höheren Lebensalter wurde von Andreas Maercker im alters- und störungsspezifischen Rahmenmodell (kurz ASR-Modell) wissenschaftlich konzeptuell ausgearbeitet [16, 17]. Grundannahme des Modells ist, dass eine psychotherapeutische Behandlung älterer Patienten neben einer störungsspezifischen Perspektive bzw. Ausrichtung immer auch eine altersbezogene Perspektive erfordert. Das Prinzip der Störungsspezifität gibt vor, dass sich die Auswahl von Behandlungszielen und Techniken in der Alterspsychotherapie grundsätzlich an der diagnostizierten Störung, d.h. an der Symptomatologie und deren angenommenen Ätiologie bzw. Ätiopathogenese (z.B. deren Lerngeschichte oder Psychodynamik), orientieren sollte. Dies bedeutet, dass in der Alterspsychotherapie keine grundsätzlich anderen Behandlungsstrategien notwendig sind, d.h. die gleichen etablierten (störungsspezifischen) Therapieverfahren wie bei jungen Patienten angewendet werden können. Diese müssen jedoch in jedem Fall vor deren Anwendung als Alterspsychotherapie auf notwendige Modifikationen, die sich aus der Altersspezifität der Störungen ergeben, überprüft werden. Die Altersspezifität der zu behandelnden Störungen wird im ASR-Modell als Wechselspiel (therapie-)erleichternder und erschwerender Faktoren konzeptualisiert und berücksichtigt mithin nicht nur die «problematischen» abbau- oder krankheitsbedingten Einschränkungen älterer Patienten, sondern auch deren kumulierte Lebens- und Bewältigungserfahrungen, die als Ressourcen in der Therapie genutzt werden können.

Die empfohlenen Modifikationen in der Alterspsychotherapie weisen über die verschiedenen Psychotherapieschulen hinweg eine grosse Überschneidung auf [18]. Die grundlegendsten Modifikationen sind solche des Therapeutenverhaltens und des therapeutischen Stils, die dazu dienen, das Verständnis der therapeutischen Inhalte aufseiten der Patienten zu fördern bzw. sicherzustellen. Solchen therapeutischen Anpassungen kommt aufgrund der häufig

eingeschränkten Leistungsfähigkeit der Informationsverarbeitung (durch sensorische und kognitive Defizite) eine hohe Relevanz zu. Allgemein wird zu einem langsam(er)en Vorgehen geraten [19–21]. Speziell empfiehlt es sich für den Therapeuten, langsam und deutlich zu sprechen und dabei klare Formulierungen zu verwenden, was mitunter eine kontrollierte Modifikation der Sprechgewohnheiten erfordern kann. Das Verständnis der Patienten sollte zusätzlich durch erhöhte Redundanz im therapeutischen Dialog, d.h. häufigeres Wiederholen zentraler Inhalte, gefördert werden, indem etwa Aussagen paraphrasiert oder Inhalte in unterschiedlichen Kontexten dargestellt werden.

Zur weiteren Kompensation kognitiver und sensorischer Einbussen älterer Psychotherapiepatienten wird ausserdem empfohlen, Informationen in verschiedenen Sinnesmodalitäten darzubieten und auch Gedächtnisstützen zu verwenden [19, 22]. Dieser Punkt betrifft in besonderem Masse die Psychoedukation, welche einen zentralen Bestandteil der psychotherapeutischen Depressionsbehandlung sowohl bei älteren als auch bei jüngeren Patienten bildet [23, 24]. Konkret wird für psychotherapeutische Arbeit mit älteren Patienten empfohlen, Lernmedien wie Flipcharts, Arbeitsblätter und Handouts, auf denen besprochene Begriffe und Konzepte zusätzlich visuell dargestellt werden, zu verwenden. Dabei sollte grundsätzlich darauf geachtet werden, den Umfang und die Komplexität der zu vermittelnden Inhalte zu begrenzen und das Lernmaterial in einer besonders verständnisfördernden Art aufzubereiten. Ältere depressive Patienten leiden in besonderem Masse an einem geringen Selbstwertgefühl und damit verbunden einer sehr geringen Einschätzung der eigenen (Lern-)Kompetenzen, was u.a. mit einer geringen Lernmotivation aufgrund fehlender (Lern-)Erfolgserwartung in Verbindung steht [25]. Deshalb kommen in der Psychoedukation älterer depressiver Patienten Massnahmen zur Förderung der allgemeinen Lernmotivation und Lernerfolgserwartung eine besonders wichtige Rolle zu. In Bezug auf Empfehlungen der pädagogischen Psychologie [26] bieten sich hierfür u.a. folgende Strategien an: (1.) Anknüpfung an individuelle Interessen der Patienten durch vorausgehendes Sammeln von Fragen, (2.) Aktivierung und Einbezug von Vorwissen der Patienten und (3.) Anleitung zur Herstellung von Selbstbezügen.

Die bislang dargestellten Modifikationen des therapeutischen Verhaltens und Stils in der Alterspsychotherapie implizieren eine betont aktive Therapeutenrolle, in welcher sich der Therapeut im

therapeutischen Dialog aktivierender, kontrollierender und modulierender als in der Therapie mit jüngeren Patienten verhält. In diesem Sinne wird für die Alterspsychotherapie auch ein direkter und fokussierender Umgang mit thematischen Abschweifungen empfohlen, indem der Therapeut den Patienten kontinuierlich auf die bedeutenden Punkte fokussiert und damit die Struktur der einzelnen Sitzungen und der gesamten Therapie aufrechterhält [19]. Die hier skizzierte erhöhte Fokussierung und Direktivität in der Alterspsychotherapie wurden von Maercker [16, 17] im Rahmen des oben beschriebenen ASR-Modells der Alterspsychotherapie im Konzept der *Selektiv optimierten Therapieziele* theoretisch weiter ausgearbeitet. Kernaussage des Konzeptes ist, dass es bei älteren Patienten aufgrund deren somatischer und psychologischer Multimorbidität in der Regel nicht möglich ist, alle Erkrankungen in einen gemeinsamen Behandlungsplan aufzunehmen, so dass im Vergleich zu Patienten in früheren Lebensphasen eine noch konsequentere Selektion und Optimierung von Therapiezielen notwendig ist. Erhöhte Selektion als therapeutische Leitlinie bedeutet, die möglichen Therapieziele auf eine beschränkte Anzahl zu reduzieren und dabei eine Priorisierung nach deren «therapeutischen Dringlichkeit» (bemessen am subjektiven Leidensdruck bzw. den Bedürfnissen des Patienten) vorzunehmen. Dies kann beispielsweise bedeuten, eine Angstsymptomatik gegenüber einem Schmerzsyndrom zu vernachlässigen. Demgegenüber bedeutet eine Optimierung von Therapiezielen, «pragmatisch» solche Ziele auszuwählen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit und vertretbarem therapeutischem Aufwand erreicht werden können und sich ausserdem erwartungsgemäss aufrechterhalten lassen. Eine in diesem Sinne betont konsequente Zielorientierung in der Alterspsychotherapie wurde sowohl in der psychodynamischen Tradition [27, 28] als auch in der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Tradition [22, 29] ausgearbeitet.

In anderem Kontext wird eine Verkürzung der Sitzungsdauer in der Alterspsychotherapie empfohlen, um damit eine Überforderung der Aufmerksamkeits- bzw. Aufnahmekapazität der Patienten zu vermeiden [21, 30, 31]. Allerdings entsteht durch das geringere Tempo und die erhöhte Redundanz im therapeutischen Vorgehen häufig ein erhöhter Zeitbedarf, um ein Thema in einer Sitzung vollständig oder abschliessend zu besprechen. Ausserdem können längere Gruppensitzungen in der Alterspsychotherapie therapeutisch gezielt angestrebt werden, um den der Gruppentherapie zugesprochenen therapeutischen Wirkfaktoren [32] einen grösstmöglichen Ent-

faltungsraum zu bieten. Dabei sind die Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie für die Alterspsychotherapie besonders relevant [33]. Allein die einfache und positive Erfahrung, einen längeren Zeitraum in einer Gruppe fremder Menschen «unversehrt überstanden» zu haben, kann ältere depressive Patienten darin unterstützen, ihre sozialen Ängste und das damit verbundene Rückzugverhalten abzubauen, was ein wesentliches Ziel in der Behandlung der Altersdepression ist. Auch für Erstgespräche in der Alterspsychotherapie wird empfohlen, längere Zeitfenster einzuplanen, um sowohl die aktuelle Krankheits- und Lebenssituation als auch die jahrzehntelange biographische Entwicklung erfassen zu können [34]. In der Zusammenschau fordert die Alterspsychotherapie eine flexible Gestaltung der Dauertherapeutischer Sitzungen. Für die konkrete therapeutische Arbeit bedeutet dies, ausreichend grosse Zeitfenster zur Verfügung zu stellen und gegebenenfalls die Sitzungen früher zu beenden. Darüber hinaus sind weitere unkonventionelle Anpassungen des Therapiesettings denkbar, wenn ansonsten keine Therapie möglich ist, etwa die Durchführung von Therapiesitzungen am Krankenbett oder im Wohnheim [22]. Die therapeutischen Vorteile fester therapeutischer Rahmenbedingungen, die Stabilität, Verbindlichkeit und Verlässlichkeit vermitteln, spielen demnach in der Alterspsychotherapie zumindest partiell eine geringere Rolle bzw. werden gegebenenfalls den speziellen Bedürfnissen der älteren Patienten untergeordnet.

Über die verschiedenen Therapieschulen hinweg zeigt sich ein Konsens dahingehend, dass für ältere Patienten keine grundsätzlich neuen oder anderen Psychotherapieverfahren notwendig sind, da sich Psychotherapie in jedem Alter an der individuellen Störung und deren idiosynkratischen Besonderheiten (z.B. deren Lerngeschichte oder Psychodynamik) orientieren muss. Gleichzeitig besteht aufgrund der Altersspezifität der Störungsbilder die Notwendigkeit, etablierte psychotherapeutische Verfahren und Techniken für die Anwendung im Altersbereich zu modifizieren.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren zur Behandlung der Altersdepression

In der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) werden therapeutische Interventionen bei älteren Patienten häufig in Rekurs auf das gerontologische «Modell der selektiven Optimierung und Kompensation» von Baltes und Mitarbeitern, kurz SOK-Modell [35, 36],

beschrieben und begründet. Das Modell beschreibt «gelingendes Altern» als Prozess der psychischen Adaptation an zunehmende funktionelle Einschränkungen und soziale Verluste, in welchem durch eine effiziente Ausnutzung verbleibender Ressourcen ein zwar eingeschränktes, jedoch selbstwirksames Leben ermöglicht wird. Die Anpassung an das zunehmende Alter wird in dem Modell auf drei Komponenten aufgeteilt: Selektion, Optimierung und Kompensation. Selektion bedeutet eine sinnvolle Auswahl und Neuanpassung von (Lebens-)Zielen, Ansprüchen, Erwartungen und Wünschen in Hinblick auf deren Erreich- bzw. Realisierbarkeit unter den gegebenen Umständen. Optimierung heisst Stärkung und verbesserte Nutzung konservierter Handlungsmittel und vorhandener Ressourcen, um die ausgewählten Ziele zu erreichen. Kompensation zielt auf den Aufbau, das Training und den Einsatz neuer Handlungsmittel, um den bestehenden Einschränkungen entgegenzuwirken und die zuvor selektionierten Ziele auf alternativem Weg zu erreichen. Die drei Komponenten des SOK-Modells können als übergeordnete Leitlinien bei der Definition von Behandlungszielen in der Alterspsychotherapie verwendet werden. In diesem Sinne bietet das SOK-Modell den metatheoretischen Rahmen für das ASR-Modell und das Konzept der «selektiv optimierten Therapieziele» [31], die im vorherigen Abschnitt dargestellt wurden. Ebenso wurde das skizzierte Modell von Hautzinger in eine adaptierte Verhaltenstherapie zur Depressionsbehandlung im höheren Lebensalter integriert, die sowohl als Einzeltherapie als auch als Gruppentherapie manualisiert ausgearbeitet und auch wissenschaftlich evaluiert wurde [37, 38] (zur Anwendung des SOK-Modells in der KVT siehe auch Laidlaw et al. [29]). Die Behandlungselemente einer KVT bei Depression sind bei älteren Patienten prinzipiell die gleichen wie bei jüngeren Patienten auch [29]. Im Zentrum der Behandlung stehen (1.) eine Verhaltensaktivierung und Tagesstrukturierung, (2.) Kompetenzförderung und Verhaltensaufbau sowie (3.) die Modifikationen dysfunktionaler Kognitionen bzw. die kognitive Umstrukturierung. Dabei kann sich die inhaltliche Ausgestaltung der genannten Elemente beträchtlich zwischen den Altersgruppen unterscheiden. Speziell in Bezug auf kognitive Interventionen beschreiben Forstmeier und Kollegen [39] alterstypische dysfunktionale Gedanken und Überzeugungen, die mit den üblichen kognitiven Techniken hinterfragt und modifiziert bzw. durch funktionalere, hilfreiche Gedanken ersetzt werden sollen. Zentral in diesem Zusammenhang ist ein negatives Altersstereotyp bestehend aus Gedanken und Überzeugungen, nach

welchen das Altern an sich eine «schreckliche Sache» ist, die einseitig und zwangsläufig zu schmerzhaften Erfahrungen von Verlust, Krankheit und Sinnlosigkeit führt. In einem ähnlichen Sinn zeigen ältere Patienten ausserdem eine Tendenz zur Überbewertung körperlicher Krankheit, Behinderung und Abhängigkeit [39], was zu einer betont negativen Bewertung der Lebensperspektive, mangelnder Zuversicht und dadurch passivem, isolierendem Verhalten führt. Ziel kognitiv-therapeutischer Interventionen ist es, mit dem Patienten ein realistisches Bild seiner Lebenssituation und seines Gesundheitszustandes zu erarbeiten, auf Grundlage dessen Ziele und auf diese bezogene Verhaltensstrategien im Sinne des SOK-Modells selektiv und optimiert abgeleitet werden können [29]. Gleichzeitig zielen behaviorale Interventionen darauf, konkrete Verhaltensveränderungen zu ermöglichen, indem vorhandene Kapazitäten aktiviert und neue bzw. verlorene Kompetenzen (wieder-)erlernt werden. Zentrale behaviorale Methoden in der Psychotherapie der Altersdepression sind der Aufbau positiver Aktivitäten und das Training sozialer Kompetenzen. Damit soll dem krankheitstypischen Rückzugsverhalten und der Passivität der Patienten, die im Modell der Verhaltenstherapie als aufrechterhaltende Faktoren in eine «Abwärtsspirale der Depression» [40] führen, entgegengewirkt werden. Zur Erschliessung individuell passender positiver Aktivitäten werden in der Verhaltenstherapie möglichst umfängliche Aktivitätslisten verwendet, um so mit dem Patienten eine nach dessen Vorlieben möglichst optimale Auswahl treffen zu können. Für den Altersbereich empfiehlt es sich in jedem Fall, altersangepasste Listen zu verwenden, die die speziellen Bedürfnisse und Begrenzungen der Patienten berücksichtigen [22]. Das Einüben sozialer Kompetenzen ist ein störungsübergreifendes und weitverbreitetes bewältigungsorientiertes Therapieverfahren, welches sich insbesondere für den Einsatz im Gruppensetting anbietet [41]. Es wurden bereits «altersadaptierte» Versionen beschrieben, und speziell auch in der Verhaltenstherapie der Altersdepression nimmt das Sozialkompetenztraining einen zentralen Platz ein [37, 39, 42]. Die zentralen Themen des Sozialkompetenztrainings sind «sein Recht durchsetzen», «Beziehungen gestalten» (insbesondere Gefühle und Bedürfnisse äussern) und «um Sympathie werben» [41].

Sowohl die Modifikation dysfunktionaler Gedanken als auch der Aufbau von positiven Aktivitäten und sozialen Kompetenzen können sich bei älteren Patienten besonders anspruchsvoll oder schwierig gestalten, insbesondere bei Patienten mit Multi-

morbidität, die allgemein als «difficult to treat» bzw. «therapieresistent» gelten [43–45]. Vor diesem Hintergrund kommt *akzeptanzfördernden* und *einsichtsorientierten Techniken*, die in die KVT der Altersdepression ergänzend integriert werden können, eine wichtige Rolle zu. Hierdurch können Patient und Therapeut von einer zu grossen therapeutischen Veränderungsorientierung entlastet werden. Zur Akzeptanzförderung werden innerhalb der Verhaltenstherapie insbesondere Achtsamkeitsübungen aus der *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* ([MBCT], Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie) nach Segal und Kollegen [46] eingesetzt, die mittlerweile auch in altersmodifizierter Version vorliegen [39]. *Lebensrückblicksinterventionen* wurden hingegen spezifisch für Patienten des höheren Lebensalters entwickelt. Es handelt sich dabei um strukturierte Massnahmen zur erinnernden biographischen Selbsterforschung, deren Einsatz sich insbesondere dann anbietet, wenn Lebensbilanzierung und Sinnfindung in den thematischen Fokus der Behandlung rücken. Einen umfassenden Überblick über Techniken und deren Anwendung sowie zu Wirksamkeitsstudien geben Maercker und Forstmeier [47].

Psychodynamische Psychotherapien im höheren Lebensalter

Seit der Entwicklung der «klassischen Psychoanalyse» Anfang des letzten Jahrhunderts durch Sigmund Freud wurden verschiedene modifizierte auf der Psychoanalyse aufbauende Therapieverfahren entwickelt, die in der Literatur als *psychoanalytisch orientierte* oder *psychodynamische Therapien* bezeichnet werden [48]. Damit wurde ein umfassender Indikations- und Anwendungsbereich der psychoanalytischen Behandlung auch für den Altersbereich erschlossen [49, 50]. Die Verfahren können grundsätzlich in zwei Gruppen eingeteilt werden: (1.) in solche zur Behandlung (vorherrschender) *Konfliktpathologien* und (2.) in solche zur Behandlung (vorherrschender) *Strukturpathologien* [51].

Konfliktpathologien

Bei der Therapie von Konfliktpathologien stehen klärende, bewusstmachende Behandlungstechniken im Vordergrund, die grundsätzlich am *Prinzip der Deutung* orientiert sind. In der klassischen Psychoanalyse – die über viele Jahre mit drei bis fünf Stunden pro Woche im Liegen durchgeführt wird – erfolgt die Deutung als Antwort auf die «freie Assoziation» des Patienten aus einer *neutralen, abstinenter therapeutischen Position* heraus, womit neurotische (d.h.

frühkindliche) Konflikte aufgedeckt und durch anschliessendes Durcharbeiten aufgelöst werden sollen [52]. Eine solche klassische Therapiestrategie wird auch für den Altersbereich beschrieben [53], wobei für viele ältere Patienten von einer Überforderung aufgrund struktureller Defizite (siehe nächster Abschnitt) durch das betreffende Therapiesetting ausgegangen werden kann. Bei der Adaptation konfliktorientierter psychoanalytischer Verfahren an den Altersbereich ist die Aufgabe der Neutralität und Abstinenz in der therapeutischen Haltung ein oder sogar der zentrale Punkt [54]. Dies bedeutet konkret, in der Therapie auf die emotionalen Bedürfnisse der Patienten einzugehen, angefangen bei unterstützenden Gesten (z.B. in den Mantel zu helfen) bis hin zum «symbolischen Ausgleich» von den im Alter so häufig vorkommenden sozialen Verlusten, etwa im therapeutischen Dialog selbstwertstützende Funktionen des verstorbenen Ehepartners zu übernehmen (Konzept des symbolischen Gebens nach Pfeifer [55]). Durch das Heraustreten des Therapeuten aus der Neutralität zugunsten einer supportiv angelegten Therapie ergibt sich konzeptuell und auch praktisch eine Bevorzugung (vor-)bewusster Konflikte, da der Therapeut nicht mehr im gleichen Masse als neutrale Projektionsfläche bzw. Übertragungsfigur zur Verfügung steht. Gleichzeitig verschiebt sich der Fokus der therapeutischen Arbeit von früheren auf spätere Lebensphasen, da es insbesondere «erwachsene» Entwicklungs- oder Aktualkonflikte sind, deren sich die Patienten bewusst sind. Die fokussierte Bearbeitung umschriebener bewusstseinszugänglicher und symptomauslösender Konflikte geht auf das Konzept der *Fokaltherapie* zurück, eine psychoanalytische Kurzzeittherapie, welche in den 1970er Jahren von Michael Balint und Mitarbeitern entwickelt wurde [56] und auch im Altersbereich zur Anwendung kommt [49, 50]. Zu Beginn einer Fokaltherapie erarbeiten Therapeut und Patient gemeinsam einen Therapiefokus, den Kernkonflikt, zu welchem der Patient aufgefordert ist, Gedanken und Gefühle frei und unzensiert auszusprechen. Trotz der so gestalteten inhaltlichen Fokussierung des therapeutischen Dialogs werden auch Phänomene der Interaktion in der therapeutischen Situation – d.h. der Übertragung, Gegenübertragung und des Widerstands – in die Klärungen und Deutungen des Therapeuten mit einbezogen, wenn auch in geringerem Masse als in der klassischen Psychoanalyse. Generell werden für die Alterspsychotherapie spezifische *multigenerationale Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen* beschrieben, die häufig aufgrund der inversen Altersstruktur zwischen «jungem» Therapeuten und «altem»

Patienten entstehen. So können beispielsweise Kinder-Enkel-(Gegen-)Übertragungen, in welchen Therapeuten als Kinder oder Enkel erlebt werden bzw. sich als solche erleben, intensive Gefühle von Ablehnung, Abhängigkeit, Enttäuschung oder Verpflichtung wecken, die womöglich den therapeutischen Prozess behindern und deshalb einer Reflexion bedürfen [57]. Gleichzeitig bieten solche Übertragungen die Möglichkeit, die in der Beziehung zur jüngeren Generation unbewältigt gebliebenen Konflikte psychoanalytisch zu bearbeiten.

Strukturpathologien

Eine zentrale Grundlage der psychodynamischen Diagnostik und Therapie ist die Beschreibung des Strukturniveaus einer Persönlichkeit und sich daraus ergebender Strukturpathologien, wie sie beispielsweise in der *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* [58] ausgearbeitet wurde. Das Konzept der «Struktur» beschreibt in der Psychoanalyse ein ganzheitliches Gefüge psychischer Funktionen, die für die Organisation und Regulation des Selbst sowie der Objektbeziehungen notwendig sind [51]. Dazu gehören u.a. die Abwehrmechanismen, die Affekt- und Selbstwertregulation, Affektunterscheidung sowie kommunikative Fähigkeiten und Empathie. In seiner *These sekundärer Strukturdefizite* geht Meinolf Peters [59] davon aus, dass zunehmende Einschränkungen struktureller Fähigkeiten im höheren Lebensalter eine wichtige Rolle spielen, d.h. einen zentralen Teilaspekt altersbedingter Regression und Ressourcen-Verluste darstellen. Die These legt bei Alterspatienten den Grundstein für einen theoriegeleiteten Einsatz «interaktionell» ausgerichteter psychoanalytischer Verfahren, die ursprünglich für die Behandlung von «primären Strukturdefiziten» (im Sinne von persönlichkeitsstrukturellen Störungen) entwickelt wurden. Prominente Verfahren dieses Bereichs sind die *Strukturbezogene Psychotherapie* nach Gerd Rudolf [51] sowie die *Mentalisierungsbasierte Psychotherapie* (MBT) [60], deren aktive sowie sicherheits- und strukturvermittelnde therapeutische Haltung sehr gut den allgemeinen Anforderungen an eine Alterspsychotherapie entspricht. Die therapeutischen Interventionstechniken beider Verfahren zielen zunächst auf eine Stabilisierung struktureller Dysregulationen und, im nächsten Schritt, auf eine Förderung struktureller Funktionen und die Bewältigung struktureller Defizite [61]. Dabei betont die MBT das Therapieziel der Förderung des Mentalisierens, was so viel bedeutet wie sich selbst und andere sinnhaft in Begriffen «innerer» mentaler Zustände (Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse,

Meinungen usw.) zu sehen und zu verstehen. Die strukturbezogene Psychotherapie definiert eine grössere Bandbreite zu fördernder struktureller Funktionen, darunter insbesondere das Erleben und Differenzieren von Affekten, das Abgegrenztsein von Objekten sowie die Empathie. Dadurch sollen das Erleben und Bewahren positiver Beziehungserfahrungen ermöglicht sowie ein Zustand von zunehmender Selbstkohärenz erreicht werden, der es erlaubt, widersprüchliche Erlebensaspekte in sich zu integrieren. Die weitere Erschliessung dieser praktisch differenziert ausgearbeiteten und auch evidenzbasierten Verfahren für den Altersbereich ist ein wichtiger Schritt, ältere Patienten noch besser in die psychotherapeutische Versorgung zu integrieren [59].

Interpersonelle Psychotherapie (IPT) «late-life»

Die *Interpersonelle Psychotherapie* (IPT) ist eine strukturierte Kurzzeit-Psychotherapie, die in den 1970er Jahren in den USA von Klerman und Weisman speziell zur ambulanten Behandlung unipolarer Depressionen entwickelt wurde [62, 63]. Seither wurde die IPT kontinuierlich fortentwickelt und für neue Anwendungsbereiche erweitert [64, 65]. So wurden u.a. altersgruppenspezifische Modifikationen der IPT für die Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen [66] sowie bei Patienten des höheren Lebensalters, die sog. «IPT late-life» [21, 67], entwickelt. Die IPT hat eine ausgesprochen starke wissenschaftliche Orientierung und Fundierung: Sie wurde bereits im Forschungskontext entwickelt (im Rahmen einer Multizenterstudie zur Rückfallprophylaxe der Depression [63]) und entspricht heute dem Prototyp einer modernen evidenzbasierten Psychotherapie mit einer breiten empirischen Basis der theoretischen Grundannahmen und zahlreichen empirischen Wirkungsnachweisen. Die ätiologischen Annahmen und therapeutischen Strategien der IPT wurden auf Basis der interpersonalen Schule nach Meyer [68] und Sullivan [69] sowie der Bindungstheorie nach Bowlby [70] ausgearbeitet, womit sie grundsätzlich in psychoanalytischer Tradition steht. Basisannahme der IPT ist, dass eine Depression prinzipiell im zwischenmenschlichen Kontext stattfindet und damit nicht nur die einzelne Person, sondern deren gesamtes soziales Bezugssystem betrifft. Dabei werden interpersonelle Belastungen wie Verluste und Konflikte als Auslöser und aufrechterhaltende Bedingungen der depressiven Symptomatik konkretisiert. Gleichzeitig wird angenommen, dass

die depressive Symptomatik rückwirkend zu sekundären interpersonellen Belastungen führt bzw. die auslösenden Belastungen zusätzlich verschlimmert. Durch diese «doppelte Reziprozität» entsteht ein negativer Krankheitskreislauf im Sinne eines Teufelskreises oder einer Abwärtsspirale der Depression. Ziel der Therapie ist eine Verringerung der depressiven Symptomatik durch Bewältigung der interpersonellen Probleme. Der Therapieverlauf ist in drei Phasen unterteilt. In der ersten, der Einführungsphase, erfolgt zunächst eine intensive Auseinandersetzung mit der bestehenden depressiven Symptomatik. Durch Diagnosestellung, Psychoedukation und explizite Zuweisung der «Krankenrolle» entsprechend dem Konzept nach Parsons [71] wird dem Patienten ermöglicht, seine komplexen Leiden als Teile einer einheitlichen Erkrankung zu sehen. Dies dient primär dazu, den Patienten zu entlasten, ihm Hoffnung zu vermitteln und damit zu einer möglichst aktiven Therapiebeteiligung zu motivieren. Daraufhin erfolgt eine genaue Untersuchung der Beziehungskonstellation, die sog. Beziehungsanalyse («Interpersonal Inventory»), aufgrund derer die depressiven Symptome in einen interpersonellen Kontext gestellt werden, wobei ein Hauptproblembereich identifiziert wird. In der IPT werden vier Problembereiche definiert, die als Behandlungsfoki in der folgenden Phase, der Bearbeitungsphase, dienen:

1. Rollenwechsel/-übergänge (Schwierigkeiten mit Lebensveränderungen, die einen Wechsel der sozialen Rolle implizieren);
2. interpersonelle Konflikte (unterschiedliche Erwartungen und Auseinandersetzungen in Beziehung mit nahestehender Bezugsperson);
3. soziale/interpersonelle Defizite (verarmte, defizitäre oder nicht tragende soziale Beziehungen);
4. Trauer (Schwierigkeiten, die «normalen» Phasen eines Trennungsprozesses zu durchlaufen; verzögerte Trauerverarbeitung).

Zur Bearbeitung der Behandlungsschwerpunkte verwendet die IPT verschiedene Techniken, die allgemein auf die Analyse und Veränderung der interpersonellen Beziehungen ausserhalb der Therapie zielen. Das Interventionsrepertoire umfasst u.a. Klärung (insbesondere Kommunikationsanalysen), Ermutigung zum Gefühlsausdruck, Entscheidungsanalysen, positives Umformulieren problematischer Aspekte, Problembewältigung und Kompetenzeinübung. Dabei wird die Haltung des Therapeuten durch das Bild eines «Advokaten» beschrieben, der den Patienten aktiv unterstützt und ermutigt, ohne dessen Autonomie in Frage zu stellen. In der letzten, der Beendigungsphase der IPT, soll der Patient, ebenso wie in

anderen Therapien auch, darin unterstützt werden, sich von der Therapie und der therapeutischen Beziehung zu lösen und auf die folgende «therapiefreie» Zeit vorbereitet werden.

Die IPT eignet sich in besonderem Masse als Alterspsychotherapie, da sie einerseits in ihrer thematischen Ausrichtung sehr gut zu den interpersonellen Belastungen des höheren Lebensalters (Rollenwechsel, Trauerverarbeitung, Einsamkeit) passt und andererseits der therapeutische Stil und die Haltung des Therapeuten (unterstützend, strukturierend, fokussierend) den Bedürfnissen älterer Patienten sehr entgegenkommt. In der «IPT late-life» [21] werden darüber hinaus weiterreichende Schwerpunktsetzungen und Modifikationen der «Standard-IPT» beschrieben, um diese optimiert bei älteren Patienten einzusetzen. Diese Optimierungen umfassen eine Verkürzung der Sitzungsdauer, eine koordinierte Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern, die Vermeidung einer «neutralen Position» des Therapeuten (stattdessen Forcierung der unterstützenden Haltung als «Advokat») sowie eine verminderte Veränderungsorientierung in den therapeutischen Interventionen. Der letztgenannte Punkt verlangt vom IPT-Therapeuten, die Unveränderlichkeit bestimmter Altersprobleme bzw. der Grenzen psychotherapeutischer Einflussnahme zu akzeptieren und dabei auch kleinste Therapiefortschritte wertzuschätzen und gegenüber dem Patienten verstärkend anzuerkennen. Gleichzeitig legt eine verminderte Veränderungsorientierung eine erhöhte Einsichts- bzw. Klärungsorientierung therapeutischer Interventionen nahe, wie sie bereits bei der Darstellung kognitiv-behavioraler Therapiemethoden besprochen wurde und die durch die «psychoanalytische Prägung» der IPT in besonderem Masse unterstützt wird.

Schlussfolgerungen

Im Jahr 1905 schreibt Sigmund Freud im Alter von 57 Jahren: «Das Alter der Kranken spielt bei der Auswahl der psychoanalytischen Behandlung insofern eine Rolle, als bei Personen nahe oder über 50 Jahren einerseits die Plastizität der seelischen Vorgänge zu fehlen pflegt, auf welche die Therapie rechnet [...] und als andererseits das Material, welches durchzuarbeiten ist, die Behandlungsdauer ins Unabsehbare verlängert» [72]. Auch wenn Freuds Verdikt in seinem Wortlaut heute nicht mehr akzeptabel erscheint, so kann ihm dennoch insofern zugestimmt werden, als wohl eine grosse Anzahl älterer Patienten das zentrale Eignungskriterium einer klassischen Psychoanalyse von «elastischen und flexiblen Ich-Funktionen»

[73] aufgrund ihrer strukturellen Vulnerabilität [59] nicht erfüllt. Damit wird bereits in den Anfängen der Psychotherapie auf klinisch hochrelevante Einschränkungen psychotherapeutischer Anwendungen im höheren Lebensalter verwiesen. Heute liegen zahlreiche empirische Wirksamkeitsnachweise der Alterspsychotherapie vor, so dass aufgrund des häufigen Auftretens psychischer Störungen im höheren Lebensalter ein grosser Indikationsbereich erschlossen wurde. Dabei bilden depressive Störungen einen Hauptfokus des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs. Die bei der psychotherapeutischen Behandlung von Depressionen in früheren Lebensphasen etablierten Verfahren und Techniken können prinzipiell für den Altersbereich übernommen werden, müssen jedoch grundsätzlich vor deren Einsatz auf notwendige Anpassungen überprüft werden. Entsprechend verschieben sich bei den Voraussetzungen einer Alterspsychotherapie die Anforderung an Elastizität und Flexibilität vonseiten des Patienten auf diejenige des Therapeuten und dessen therapeutischen Verfahrens. Die notwendigen Modifikationen können im Rahmen gerontologischer Modelle therapieschulübergreifend dargestellt werden, so dass für die Alterspsychotherapie eine theoretisch begründete Annäherung der psychotherapeutischen Schulen konstatiert werden kann: mit einer erhöhten Zielorientierung sowie einer nicht-neutralen therapeutischen Haltung aufseiten psychodynamischer Verfahren und einer verminderten Veränderungsorientierung sowie Integration einsichtsorientierter und akzeptanzfördernder Techniken aufseiten der kognitiven Verhaltenstherapie. Entsprechend können integrative Psychotherapieverfahren, wie insbesondere die *Interpersonelle Psychotherapie* (IPT), sehr gut die Anforderungen der Alterspsychotherapie erfüllen. Vor diesem Hintergrund stellt die Erschliessung weiterer integrativer und evidenzbasierter Verfahren einen zentralen Schritt dar, ältere depressive Patienten noch besser in die psychotherapeutische Versorgung zu integrieren. Das «*Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*» (CBASP) [74] sowie die «interaktionell» ausgerichteten psychodynamischen Verfahren der *Mentalisierungs-basierten Psychotherapie* (MBT) [60] und der *Struktur-bezogenen Psychotherapie* [61], die bislang noch nicht oder nur ansatzweise in ihrer Anwendung als Alterspsychotherapie beschrieben wurden, erscheinen hierfür durch ihre empirische Orientierung und differenzierte praktische Ausarbeitung besonders geeignet.

Finanzierung/Interessenkonflikte

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Baer N, Schuler D, Füglistler-Dousse S, Moreau-Gruet F. Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration (Obsan Bericht 56). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2013.
- 2 Leyhe T, Lang U. Demenz und Depression – eine schwierige, aber wichtige Differenzialdiagnose. *Schweiz Z Psych Neurol.* 2013;3:4–8.
- 3 Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Bruce ML, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA.* 1997;278(14):1186–90.
- 4 Bundesamt für Statistik, Neuenburg. Suizide nach Alter und Geschlecht 2001–2010.
- 5 Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, John V, Loewenstein D. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(5):530–8.
- 6 Diniz BS, Butters MA, Albert SM, Dew MA, Reynolds CF 3rd. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Br J Psychiatry.* 2013;202(5):329–35.
- 7 Nelson JC, Delucchi K, Schneider LS. Efficacy of second generation antidepressants in late-life depression: a meta-analysis of the evidence. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2008;16(7):558–67.
- 8 Nelson JC, Devanand DP. A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(4):577–85.
- 9 Katona C, Bindman DC, Katona CP. Antidepressants for older people: what can we learn from the current evidence base? *Maturitas.* 2014;79(2):174–8. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.05.016.
- 10 Wilson KC, Mottram PG, Vassilas CA. Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(1):CD004853.
- 11 Peng XD, Huang CQ, Chen LJ, Lu ZC. Cognitive behavioural therapy and reminiscence techniques for the treatment of depression in the elderly: a systematic review. *J Int Med Res.* 2009;37(4):975–82.
- 12 Cuijpers P, Karyotaki E, Pot AM, Park M, Reynolds CF 3rd. Managing depression in older age: psychological interventions. *Maturitas.* 2014;79(2):160–9. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.05.027
- 13 Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry.* 2006;163(9):1493–501
- 14 Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(6):909–22.
- 15 Rainer M, Krüger-Rainer C. Der gerontopsychiatrische Patient – Ein neues Indikationsgebiet der Psychotherapie? *Wien Med Wochenschr.* 2003;153: 506–11.
- 16 Maercker A (Hrsg.). Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin: Springer Verlag; 2002.
- 17 Maercker A. Alterspsychotherapie. Aktuelle Konzepte und Therapieaspekte. *Psychotherapeut.* 2003;48(2):132–49.
- 18 Forstmeier S. Was ist anders bei der Anwendung der kognitiven Verhaltenstherapie im Alter. Editorial zum Themenheft «Kognitive Verhaltenstherapie». *Psychotherapie im Alter.* 2011;8(1):4–9.
- 19 Maercker A. Alterspsychotherapie: Entwicklungspsychologische Aspekte der Persönlichkeit, Psychopathologie und Methodik der Psychotherapie mit Älteren. In: Hiller W, Leibing E (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie.* Bd. 1. München: CIP-Medien; 2004.
- 20 Helgenberger F, Wittchen HU. Ist Verhaltenstherapie bei Depressionen im höheren Alter erfolgreich? Vortrag auf der 65. Jahrestagung der Bayerischen Nervenärzte, München, 15./16.11.1991.
- 21 Frank E, Frank N, Cornes C, Imber SD, Miller MD, Morris SM, Reynolds CF. Interpersonal psychotherapy in the treatment of late-life depression. In: Klerman GL, Weissman MM (Hrsg.). *New applications of interpersonal psychotherapy.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993. p. 167–98.

- 22 Forstmeier S, Maercker A. Psychotherapie im Alter. *Psychotherapeutenjournal*. 2007;6(4):340–52.
- 23 Hautzinger M. Verhaltenstherapie bei affektiven und neurologischen Störungen im Alter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*. 2002;23(2):195–212.
- 24 Miller MD. Clinician's guide to interpersonal psychotherapy in late life: helping cognitively impaired or depressed elders and their caregivers. New York: Oxford University Press; 2009.
- 25 Orth U, Trzesniewski KH, Robins RW. Self-esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study. *J Pers Soc Psychol*. 2010;98(4):645–58.
- 26 Fries S. Förderung der Lernmotivation: Empfehlungen aus der Motivationspsychologie. In: D. Smolka (Hrsg.). *Schülermotivation. Konzepte und Anregungen für die Praxis*. 2. Auflage. Neuwied: Luchterhand; 2004. p. 23–32.
- 27 Heuft G, Haag G, Bayen UJ. Psychoanalytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie bei alten Menschen. In: Senf W, Broda M (Hrsg.). *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. 3. Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2005. p. 679–88.
- 28 Knight BG, Lee LO. Contextual adult life span theory for adapting psychotherapy. In: Laidlaw K, Knight BG (Hrsg.). *Handbook of emotional disorders in late life: Assessment and treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2008. p. 59–88.
- 29 Laidlaw K, Thompson LW, Dick-Siskin L, Gallagher-Thompson D. *Cognitive-behaviour therapy with older people*. Chichester, England: John Wiley & Sons; 2003.
- 30 Blow FC, Barry KL. Use and misuse of alcohol among older women. *Alcohol Research and Health*. 2002;26:308–15.
- 31 Maercker A. Psychologie des höheren Lebensalters. Grundlagen der Alterspsychotherapie und klinischen Gerontopsychologie. In: Maercker A (Hrsg.). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin: Springer Verlag; 2002. p. 1–58.
- 32 Yalom I. *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: ein Lehrbuch*. München: Pfeiffer; 1996.
- 33 Bechtler H. *Gruppenpsychotherapie mit älteren Menschen*. München: Reinhardt; 2000.
- 34 Bäurle P, Radebold H. Indikationen, Kontraindikationen und Behandlungsgrenzen. In: Bäurle P, Radebold H, Hirsch RD, Studer K, Schmid-Furstoss U, Struwe B (Hrsg.). *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen*. Bern: Huber Verlag; 2000. p. 15–24.
- 35 Baltes PB, Baltes MM (Hrsg.). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press; 1990.
- 36 Baltes MM, Carstensen LL. Gutes Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. *Psychologische Rundschau*. 1996;47:199–215.
- 37 Hautzinger M. Depression im Alter. Erkennen, bewältigen, behandeln. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 2000.
- 38 Hautzinger M, Welz S. Kurz- und längerfristige Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei Depressionen im Alter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2008;37(1):52–60.
- 39 Forstmeier S, Mortby M, Maercker A. Kognitive, behaviorale und achtsamkeitsbasierte Interventionen in der Alterspsychotherapie. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*. 2009;14(2):277–85.
- 40 Hautzinger M. Verhaltenstherapie bei unipolaren Depressionen. In: Batra A, Buchkremer G (Hrsg.). *Kompodium der Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2000.
- 41 Hirsch R, Pfingsten U. Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. 5., völlig neu bearbeitete Auflage. Weinheim: PVU; 2007.
- 42 Stien J, Adler G. Training program for the enhancement of social competence in elderly depressive patients. *Psychiatrische Praxis*. 2007;34(3):145–9.
- 43 Musetti L, Perugi G, Soriani A, Rossi VM, Cassano GB, Akiskal HS. Depression before and after age 65. A re-examination. *Br J Psychiatry*. 1989;155:330–6.
- 44 Mayer KU, Baltes PB. *Die Berliner Alterstherapiestudie*. Berlin: Akademie Verlag; 1996.
- 45 Dykierk P. Psychotherapie mit multimorbiden, älteren Patienten. *Psychotherapie Aktuell*. 2011;4:29–33.
- 46 Segal ZV, Williams, JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press; 2002.
- 47 Maercker A, Forstmeier S (Hrsg.). *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung*. Berlin: Springer Verlag; 2012.
- 48 Reimer C, Rüger U (Hrsg.). *Psychodynamische Psychotherapie. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag; 2006.
- 49 Heuft G. *Alte Menschen – Psychoanalytische Psychotherapie*. In: Senf W, Broda M (Hrsg.). *Praxis der Psychotherapie (Lehrbuch)*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 1996. p. 454–8.
- 50 Heuft G, Haag G, Bayen UJ. Psychoanalytische Therapie und Verhaltenstherapie bei alten Menschen. In: Senf W, Broda M (Hrsg.). *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*; Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2007. p. 691–700.
- 51 Rudolf G. *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2006.
- 52 Mertens W. *Psychoanalyse. Geschichte und Methoden*. 4., aktualisierte Auflage. München: Beck; 2008.
- 53 Radebold H. *Psychodynamik und Psychotherapie Älterer*. Berlin: Springer Verlag; 1992.
- 54 Peters M. Psychodynamische Psychotherapie im höheren Lebensalter. *Psychotherapie im Dialog*. 2009;14(2): 267–77.
- 55 Pfeiffer E. Rilke und die Psychoanalyse. *Literaturwissenschaftliches Jahrbuch* 17:247–320; 1976.
- 56 Balint M, Ornstein PH, Balint E. *Fokaltherapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse*. Suhrkamp, Frankfurt; 1973.
- 57 Peters M. *Psychosoziale Beratung und Psychotherapie im Alter*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2006.
- 58 Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik – Arbeitskreis OPD (Hrsg.). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2: das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber Verlag; 2006.
- 59 Peters M. Strukturbezogene Psychotherapie mit hochaltrigen Patienten. *Psychotherapie im Alter*. 2014;11(2):163–75.
- 60 Euler S, Schultz-Venrath U. Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). *Mentalisieren als Grundlage wirksamer Psychotherapien*. *Psychotherapie im Dialog*. 2014;15(3):40–3.
- 61 Rudolf G. Strukturbezogene Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dammann G, Janssen PL (Hrsg.). *Psychotherapie der Borderline-Störungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulübergreifend*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2007.
- 62 Schramm E. *Interpersonelle Psychotherapie*. 3. Auflage. New York: Schattauer; 2010.
- 63 Weismann MM. A brief history of interpersonal psychotherapy. *Psychiatr Ann*. 2006;36:8:553–57.
- 64 Markowitz JC. Adaptations of interpersonal psychotherapy. *Psychiatr Ann*. 2006;36(8):559–63.
- 65 Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books; 2000.
- 66 Mufson L, Gallagher T, Dorta KP, Young JF. A group adaptation of Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents. *Am J Psychother*. 2004;58(2):220–37.
- 67 Hinrichsen GA, Clougherty KF. *Interpersonal psychotherapy for depressed older adults*. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
- 68 Meyer A. *Psychobiology: A science of man*. Springfield, IL: Charles C. Thomas; 1957
- 69 Sullivan HS. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton; 1953.
- 70 Bowlby J. *Attachment. Attachment and Loss. Vol. 1. Loss*. New York: Basic Books; 1969.
- 71 Parsons T. *The Social System*. Glencoe: Free Press; 1951.
- 72 Freud S. *Über Psychotherapie. Gesammelte Werke V. Frankfurt/Main: Fischer Verlag; 1905. p. 13–26.*
- 73 Greenson RR. *Technik und Praxis der Psychoanalyse. Band I*. Stuttgart: Ernst Klett Verlag; 1973.
- 74 McCullough JP. *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford Press; 2000.

Korrespondenz:
Professor Dr. med.
Thomas Leyhe
Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel
Zentrum für Alters-
psychiatrie (ZAP)
Wilhelm Klein-Strasse 27
CH-4012 Basel
Schweiz
thomas.leyhe[at]upkbs.ch