

MARC E. AGRONIN

Psychotherapie mit älteren Menschen



Wertschätzende therapeutische
Beziehungen aufbauen

Marc E. Agronin

Psychotherapie mit älteren Menschen

Wertschätzende therapeutische Beziehungen aufbauen

Ausführliche Informationen zu jedem unserer lieferbaren und geplanten Bücher finden Sie im Internet unter ↗ <http://www.junfermann.de>. Dort können Sie unseren Newsletter abonnieren und sicherstellen, dass Sie alles Wissenswerte über das Junfermann-Programm regelmäßig und aktuell erfahren. – Und wenn Sie an Geschichten aus dem Verlagsalltag und rund um unser Buch-Programm interessiert sind, besuchen Sie auch unseren Blog: ↗ <http://blogweise.junfermann.de>.

MARC E. AGRONIN

PSYCHOTHERAPIE MIT ÄLTEREN MENSCHEN

WERTSCHÄTZENDE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNGEN AUFBAUEN

Aus dem Amerikanischen
von Matthias Reiss

Junfermann Verlag
Paderborn
2013



Copyright	© der deutschen Ausgabe: Junfermann Verlag, Paderborn 2013
Copyright	© der Originalausgabe: Marc E. Agronin, 2010 Die Originalausgabe ist 2010 unter dem Titel <i>Therapy with older clients: key strategies for success</i> bei W. W. Norton erschienen.
Übersetzung	Matthias Reiss, München
Coverbild	© Alexey Klementiev
Covergestaltung/ Reihentwurf	Christian Tschepp
Satz	JUNFERMANN Druck & Service, Paderborn

Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-95571-201-3

Dieses Buch erscheint parallel als Printausgabe (ISBN 978-3-87387-844-0).

Dieses Buch ist den einfachen älteren Männern und Frauen gewidmet – unter ihnen Soldaten und Überlebende des schrecklichen Krieges –, die als Klienten in meine Praxis kamen. Nachsichtig, wie sie waren, wurden sie zu meinen Lehrern, Führern und Weisen und brachten mir das Wichtigste über das Prinzip Hoffnung bei.

Dank gilt meiner Frau, Robin, und meinen Söhnen, Jacob, Max und Sam, für ihre Unterstützung, ihre Zeit und den notwendigen Freiraum, der es mir erlaubt hat, dieses Buch zu schreiben.

Inhalt

Danksagung.....	11
Einleitung.....	13
1. Ältere Menschen in der Therapie – eine Bestandsaufnahme	21
1.1 Was ist alt?	22
1.2 Das alternde Gehirn.....	23
1.3 Altern und Demenz.....	27
1.4 Anpassung an den Alterungsprozess	31
1.5 Altern und der Lebenszyklus.....	35
1.6 Die acht Entwicklungsstadien nach Erikson.....	36
1.7 Entwicklungsaufgaben nach Vaillant.....	40
1.8 Phasen des menschlichen Potenzials nach Cohen.....	42
1.9 Zusammenfassung	44
2. Herausforderungen für die Therapie und Gegenübertragung	47
2.1 Therapeutische Herausforderungen	49
2.2 Gegenübertragung	56
2.3 Notwendige Grenzen ziehen.....	57
2.4 Wie man therapeutische Herausforderungen angeht	59
3. Altersgerechte Einschätzung in der Therapie	61
3.1 Grundlage für eine erfolgreiche Diagnosestellung	62
3.2 Rapport aufbauen	66
3.3 Aufnahme der Klientengeschichte.....	68
3.4 Untersuchung zur Feststellung kognitiver Defizite.....	74
3.5 Körperliche und neurologische Untersuchung.....	80
4. Arbeit mit Familien und Betreuungspersonen.....	83
4.1 Regeln für den Kontakt	84
4.2 Belastung der Betreuungspersonen	88
4.3 Arbeit mit schwierigen Betreuungspersonen	92

5. Die Altersgleichung: Wie beeinflusst das Altern eine psychische Krankheit?	99
5.1 Seele, Körper und Gehirn.....	102
5.2 Körperliche Störungen und Beeinträchtigungen.....	103
5.3 Psychiatrische Störungen	108
5.3.1 Affektive Störungen	109
5.3.2 Angststörungen	116
5.3.3 Psychotische Störungen	122
5.3.4 Persönlichkeitsstörungen.....	127
5.3.5 Somatoforme Störungen.....	135
5.3.6 Störungen durch Substanzmissbrauch.....	143
5.4 Ein letztes Wort zu Stärken.....	149
6. Die Arbeit mit kognitiv beeinträchtigten Klienten	151
6.1 Unterschiedliche Einflussfaktoren auf die Therapie	154
6.2 Anpassung der Therapie.....	156
6.3 Training der Gehirnleistung.....	161
6.4 Therapeutische Hilfe für Betreuungspersonen	164
7. Formen der Psychotherapie	167
7.1 Fallvignetten: die Klienten Sarah und Abe	171
7.2 Formen der Therapie.....	175
7.2.1 Psychodynamische Therapie.....	176
7.2.2 Interpersonelle Therapie.....	182
7.2.3 Kognitive Verhaltenstherapie	194
7.2.4 Problemlösetherapie	198
7.2.5 Reminiszenz-Therapie	203
7.2.6 Paar- und Familientherapie	208
7.3 Vorgehensweise bei schwierigen Klienten	210
7.4 Schließlich noch ein paar gute Argumente	217

8. Zusammen sind wir stark: Gruppenpsychotherapie.....	219
8.1 Ziele und Formen der Gruppentherapie	221
8.2 Der altersspezifische Gruppenprozess	224
8.3 Funktioniert Gruppentherapie im hohen Alter?	230
9. Die neunte Phase: Die Rolle des Therapeuten	
in der letzten Lebensphase	233
9.1 Therapeutische Aufgaben.....	237
9.1.1 Ermittlung der Fähigkeiten	237
9.1.2 Wie man das scheinbar Irrationale versteht und behandelt	240
9.1.3 Tod und Sterben.....	243
9.2 Ein letztes Wort über den Klienten.....	247
Literatur.....	249
Index	265

Danksagung

Zu Dank verpflichtet bin ich Andrea Costella, meiner Lektorin bei W. W. Norton, die die Idee zu diesem Buch hatte, mich als Autor ausgewählt und mit großer Geduld, Beratung und Unterstützung bedacht hat. Ebenso danke ich dem Associate Managing Editor Vani Kanan, der dem Manuskript mit seinen fabelhaften Kommentaren und Ratschlägen zu seiner endgültigen Form verholfen hat. Das erste Buch, das vor vielen Jahren mein Interesse an Psychiatrie geweckt hat, wurde auch bei W. W. Norton veröffentlicht, und daher ist eine ganz besondere Ehre für mich, etwas zu diesem Verlagsprogramm beisteuern zu können.

Ich bin dem Einfluss so vieler Therapeuten dankbar, die mir Lehrer, Supervisor und Kollege über die Jahre hinweg gewesen sind und die mich dadurch erst befähigt haben, dieses Buch zu schreiben. Herb Cohen und Leslie Cedar wären hier etwa beispielhaft zu nennen.

Ich möchte auch dem Personal und den Anwohnern der Miami Jewish Health Systems danken für ihre Unterstützung meiner Aufgaben als geriatrischer Psychiater in ihrer Mitte. Besonders die folgenden Kollegen stellten mir Fallmaterial zur Verfügung für die therapeutischen Ansätze, die in diesem Buch angegeben werden: Victoria Barnett, Michele Fiorot, Shyla Ford, Rita Gugel, Chrystine Kopscik, Mairelys Martinez und Stephanie Willis.

Zum Schluss – auch wenn ich hier nicht jeden Einzelnen aufführen kann – danke ich vielmals den zahllosen älteren Klienten, mit denen ich in den vergangenen Jahren gearbeitet habe, dass sie mir diese Möglichkeit gegeben haben. Dieses Buch ist ihnen allen gewidmet.

Einleitung

Die ideale Begegnung mit einem älteren Menschen kann am besten beschrieben werden, wenn man sie durch die Augen eines Kindes betrachtet. Ich habe das an den vielen Sonntagnachmittagen gelernt, an denen ich einen meiner drei Söhne oder mehrere von ihnen in das Altersheim mitgenommen habe, in dem ich als geriatrischer Psychiater arbeite. Für einen kleinen Jungen oder ein kleines Mädchen ist das ein aufregender Ort, denn der riesige Innenhof dieser ehrwürdigen Institution in Miami wird durch ein Blätterdach zweier gewaltiger, 400 Jahre alter Kapokbäume überschattet. Hier gibt es Orte zum Verstecken zwischen den Wellenbewegungen der unteren Äste, die in gleichermaßen riesige Wurzeln übergehen. Kinder jagen gerne die braun und golden gesprenkelten, frei laufenden Hühner in einem mit Rankgittern versehenen Garten herum und laufen in den großen hölzernen Pavillon des Hofes hinein und wieder heraus, der von einem eindrucksvollen Banyanbaum und mehreren großen, mit Farn bewachsenen Dattelpalmen umgeben ist. Wie sich gewöhnlich herausstellt, besteht selbst für das wildeste Kind ein ebenso einprägsamer Teil des Tages darin, eine Reise durch die Stockwerke des Hauses zu machen, um die dort wohnenden Großeltern oder andere Personen, die man gerne mag, zu besuchen. Als Erwachsener bin ich fasziniert davon, wie die Bewohner des Heims von den auf Besuch kommenden Kindern angezogen werden, wie sie Hände halten, lachen und Begrüßungen auf Englisch, Spanisch, Kreolisch und Jiddisch ausrufen.

Zu einem ganz besonderen Besuch nahm ich meinen ältesten Sohn mit, der damals sechs Jahre alt war; wir wollten unsere älteste Bewohnerin treffen, eine 106 Jahre alte Frau namens Gloria. Auf dem Weg dorthin stellte mein Sohn eine Frage nach der anderen: „Wie alt ist sie eigentlich?“, „Wie ist es, 106 zu sein?“ und „Was macht sie den ganzen Tag lang?“. Er fragte sich, ob sie so sein würde wie die weit über 100 Jahre alte Japanerin, die im Alter von 116 zwei Tage schlief und dann die folgenden zwei Tage wach blieb. Als wir uns mit Gloria trafen, stellte er seine Fragerei plötzlich ein, und die beiden Augen, die sich kurz vorher über den mit weißen Kacheln ausgelegten Korridoren hin und her bewegt hatten, wurden nun groß wie Untertassen. Ich betrachtete diese Szene mit meinem kleinen Sohn und der älteren Frau, die einander anstarrten angesichts des Wunders der 100 Jahre, die zwischen ihnen lagen. Im Gesicht meines Sohnes und in seinem gesamten Verhalten bemerkte ich ein Gefühl der Ehrfurcht und der tiefen Neugier. Wir haben seitdem die Einrichtung viele Male besucht, aber er erinnert sich immer noch an diesen unbeschreiblichen Augenblick.

Wenn meine Aufgabe nur darin bestünde, das einzige und wichtigste therapeutische Instrument für Altentherapeuten zu nennen, so würde ich die Haltung meines klei-

nen Sohnes an diesem Tag als ultimative Ressource festhalten. Zahlreiche Erfahrungen aus der Praxis mit älteren Menschen haben mich gelehrt, dass der Sinn für solch ein Wunder immer noch der effektivste therapeutische Ratgeber ist. Ich schreibe dies in dem Wissen, dass all die Herausforderungen, die sich bei der Arbeit mit seelisch belasteten Klienten ergeben, im Laufe der Zeit verstärkt werden und leicht die Geduld und Fürsorglichkeit erdrücken können, die wir in jede Begegnung einbringen wollen. Der Zweck dieses Buches besteht darin, angehenden Altentherapeuten und anderen Berufsgruppen, die sich ärztlich und psychologisch mit älteren Menschen beschäftigen, verschiedene zentrale Instrumente an die Hand zu geben, um sie durch den Arbeitsalltag mit diesen älteren Klienten zu leiten, während gleichzeitig die grundlegenden Werte bewahrt werden, die uns zu einer wirklich guten Arbeit inspirieren. Doch lassen Sie mich zu Beginn dieser Reise drei zentrale, miteinander zusammenhängende Tugenden betonen, die jeglicher erfolgreicher therapeutischer Arbeit zugrunde liegen.

Neugier

Für Neugier gibt es viele Definitionen. Sie lässt sich aber vielleicht am besten mit den Worten eines ihrer eifrigsten „Anwender“ veranschaulichen. „Die Erfahrung hat mich gelehrt“, schrieb der große amerikanische Psychiater Henry Murray, „nicht an starre Überzeugungen, sondern an den aufregenden Prozess ihrer ständigen Rekonstruktion zu glauben, um immer wieder neue Tatsachen, Erfahrungen und Zustände zu berücksichtigen“ (übersetzt aus Murray, 1954/1981, S. 613). Ein solcher alles durchdringender Geist der Neugier ermöglicht es dem Altentherapeuten, sich in die Komplexität des älteren Klienten mit Interesse, Offenheit und Geduld zu vertiefen. Er vermittelt uns das erforderliche Wissen für die ärztliche Beurteilung, aber auch die Freude daran, etwas über dieses lange Leben eines Menschen in Erfahrung zu bringen, und er hilft uns dabei, eine von Fürsorge getragene, enge Beziehung aufzubauen. Die Lenkung der eigenen Neugier am älteren Klienten – d. h. die Fähigkeit, sie zugunsten des Klienten angemessen einzubringen, nicht einfach nur den eigenen geistigen und emotionalen Impulsen nachzugeben – ist eine zentrale Komponente bei der Reifung als Therapeut.

Neugier trägt auch dazu bei, dass wir die Paradoxien des Alterns verstehen und bewältigen, ohne selbst überwältigt zu werden oder die Hoffnung zu verlieren. Wie wichtig es ist, sich mit einer solchen ärztlichen Dialektik zu befassen, wurde durch eine faszinierende Abhandlung mit dem Titel „The Productive Paradoxes of William James“ illustriert, die von dem Sozialpsychologen Gordon Allport (1943) verfasst wurde. In dieser Abhandlung sprach Allport von mehreren zentralen „Rätseln“, de-

nen jeder Psychologe in seiner Arbeit begegnet. Dazu gehört auch das psychophysische Rätsel („In welcher Beziehung steht die Seele zum Körper?“) und das Rätsel des Selbst („Wie kann man die Einheit der menschlichen Persönlichkeit erklären?“). Allport beschrieb, wie außerordentlich erfolgreich William James darin war, alle Aspekte dieser Rätsel zu erkunden, ohne auf einer Antwort zu bestehen. Diese Fähigkeit geht vielleicht auch auf das zurück, was James in seiner eigenen Entwicklung erlebte, die gleichzeitig nebeneinander bestehende Zustände tiefer Depression und großer Hoffnung mit einschloss. Ähnlich wie Murray sprach Allport davon, wie edel die Neugier sei: „Zu eng gefasste Grenzen können weder Ihre Wissenschaft retten, noch können sie der Menschheit helfen. Sorgen Sie dafür, dass Ihre Ansätze vielfältig sind. ... Wenn Sie sich in Paradoxien verstricken, fragen Sie sich, wozu das gut ist“ (übersetzt aus Allport, 1943, S. 119).

Meine erste Anweisung an den Leser lautet also: Lassen Sie Ihre Neugier das erkunden, was ich die „produktiven Paradoxien des Alters“ nenne, denn hier handelt es sich um Themen, auf die ich in diesem Buch immer wieder zurückkommen werde. Vergleichbar mit der Arbeit der Zellen im menschlichen Körper beschäftigt sich jede dieser Paradoxien des Alterns mit dem gleichzeitigen Auf- und Abbau der Produkte des Lebens. Das Ziel dieses Buches besteht darin, die positiven Elemente, die oft übersehen werden, stark hervorzuheben; der Schlüssel zu ihrer Entdeckung sind dabei die Neugier des Therapeuten und die Neugier des Klienten. Zu den Paradoxien gehören die folgenden:

Körper versus Seele

In Kapitel 1 setze ich mich mit einer Definition des Alterns und mit mehreren wichtigen Theorien zum Lebenszyklus auseinander. Am auffälligsten bei dieser Erörterung ist die Spannung zwischen dem körperlichen Abbau und der eindeutig vorhandenen Möglichkeit seelischen Wachstums und seelischer Reifung. Manchmal nehmen wir an, dass der körperliche Verfall unvermeidlich einen seelischen Verfall mit sich bringt; doch hier handelt es sich um eine eingeschränkte Sicht auf den Prozess des Alterns. Denn neben der messbaren Kontinuität des zellulären Alterns beachtet sie nicht die qualitativen Diskontinuitäten, die man in der psychologischen Entwicklung des hohen Alters beobachten kann.

Wachstum versus Abbau

Es kann einem schon schwindelig werden, wollte man alle mit dem Alter zusammenhängenden Veränderungen im sozialen und psychischen Leben älterer Klienten zusammenstellen. Dies gilt vor allem dann, wenn Sie bestimmte zentrale Gewohnheiten, Beziehungen und Aktivitäten zu erhalten oder sogar zu erweitern versuchen, während Sie gleichzeitig mit enormen Ausfällen in diesen Bereichen konfrontiert sind. Kapitel 2 beschäftigt sich mit den Aufgaben eines Therapeuten, der sich mit diesen scheinbar gegensätzlichen Kräften – bezogen auf unterschiedliche Klienten und unterschiedliche Settings – auseinandersetzt und sich darauf konzentriert, wie wir auf unsere eigenen inneren Ängste und Vorurteile gegenüber dem Altern reagieren und wie wir sie bewältigen. Kapitel 3 gibt einen Überblick darüber, wie man in der Beurteilungsphase die wichtigsten mit dem Alter einhergehenden Elemente identifiziert. Kapitel 4 erörtert die Aufgaben und Reaktionen der Betreuungspersonen.

Eros versus Thanatos

Die Nähe zu Thanatos (das griechische Wort für den Tod wird in der Psychoanalyse im Sinne des Todestrieb verwendet) oder die Nähe zum Tod nimmt im hohen Alter immer stärker zu, auch wenn Personen dem Eros folgen, der für das Lieben und lebensbejahende Beziehungen und Aktivitäten steht. Die häufigen altersbezogenen medizinischen Probleme, die in den Kapiteln 5 bis 8 erörtert werden, stehen für die Diskontinuitäten bei der Verfolgung von Eros – wie etwa jene, die sich durch körperliche Krankheit, Schmerzen, Depression, kognitive Beeinträchtigung oder Verlust von Personen, die man geliebt hat, ergeben – und für die Unterwerfung unter Thanatos, indem sich manche Menschen voller Verzweiflung aus dem Leben zurückziehen. Ein Überblick über die wichtigsten Diagnosen und therapeutischen Behandlungsverfahren stellt in diesen vier zentralen Kapiteln einige der effektivsten Techniken dar, um diese Lebenskräfte aufeinander abzustimmen.

Erneuerung versus Beendigung

In der letzten Lebensphase kommt es vor, dass gewisse Aktivitäten und Beziehungen, deren Aufrechterhaltung nicht mehr möglich oder zu schwierig ist, aufgegeben werden müssen. Manchmal bestärken Therapeuten ihre Klienten sogar darin, zu akzeptieren, dass das weitere Verfolgen sinnlos ist – vor allem angesichts einer Demenz-Erkrankung. Im Gegensatz dazu wird in Kapitel 9 erörtert, wie die Belebung

grundlegender Fähigkeiten und Bestrebungen im letzten Abschnitt im Leben eines Menschen zu „überweltlicher“ Freude und Sinnhaftigkeit führen kann. Die Kreativität und Leidenschaft des Therapeuten bei der Arbeit mit älteren Klienten können bisweilen sogar bei Personen mit einer sehr starken Behinderung eine eindrucksvolle Wandlung hervorrufen.

Und schließlich spielt Neugier eine belebende Rolle in der therapeutischen Beziehung. Beim Therapeuten regt sie zu altersspezifischen therapeutischen Behandlungsverfahren an (z. B. Remineszenz-Therapie, Lebensrückblick als Therapie und lösungsorientierte Therapie). Beim Klienten geht es um ein Persönlichkeitsmerkmal, das mit positiven Emotionen, besseren kognitiven Leistungen und Entscheidungsfindungen und sogar mit geringeren Mortalitätsraten einhergeht (Peterson & Seligman, 2004; Swan & Carmelli, 1996). Ist Neugier vorhanden, ermöglicht sie uns, zeitweilig das Sicherheitsbedürfnis zu unterdrücken, und sie macht den Weg frei für neue Entdeckungen, die wiederum neue Hoffnungen wecken können.

Fürsorglichkeit

Die Gründe, aus denen ältere Personen in die Therapie kommen, sind einerseits altersspezifisch und andererseits zeitunabhängig. Davon abgesehen zwingt die Unent rinnbarkeit des Alterns den meisten Personen ein existenzielles Gefühl der Verletzlichkeit auf, das das Risiko von Verzweiflung, Empörung und sozialem Rückzug in Reaktion auf aktuelle Verluste verstärkt. Ein entscheidendes Gegenmittel gegen diese Tendenzen ist die Fähigkeit des Therapeuten, den Klienten mithilfe einer Reihe eng miteinander verbundener Eigenschaften zu betreuen; und dazu gehören Liebenswürdigkeit, Mitgefühl und Nachsicht. Eine solche Haltung scheint nahezuliegen, aber sie kann tatsächlich eine große Herausforderung sein, speziell bei der Arbeit mit Personen, die die geistige Fähigkeit verlieren, ihre Gedanken zu artikulieren und eine wechselseitige Beziehung einzugehen.

Eine grundlegende Fähigkeit, die eng mit Fürsorge zusammenhängt, ist die Empathie; sie wird von Howard Book als die Fähigkeit definiert, sich kreativ vorzustellen, was ein anderer Mensch denkt und fühlt, und geistig „hin und her zu wechseln zwischen der Rolle als Beobachter zur Rolle des Beteiligten und wieder zur Rolle des Beobachters“ (übersetzt aus Book, 1988, S. 421). In der psychologischen Literatur wird heute zwischen einer passiven, rezeptiven Form der Empathie und einer Form unterschieden, die aktiver und projektiver ist (Halpern, 2001; Hoffman, 2000). Der große amerikanische Dichter und Kleinstadtarzt William Carlos Williams beschrieb den ersten Ansatz am Beispiel seiner täglichen Anwendungen:

Ich verlor mich in eben jenen Eigenschaften ihrer Seelen: Für den Augenblick zumindest wurde ich tatsächlich sie, wer immer sie sein sollten. Wenn ich mich selbst am Ende einer halbstündigen intensiven Konzentration auf irgendeine Krankheit, von der sie betroffen waren, löste, war es, als erwachte ich aus einem Schlaf. Für den Augenblick existierte ich selbst nicht, nichts von mir selbst beeinflusste mich. Infolgedessen kam ich ausgeschlafen zurück zu mir selbst, wie nach irgendeinem anderen Schlaf.

(übersetzt aus Williams, 1958 / 1984, S. 119)

Eine solch großartige Verbindung mit seinen Klienten brachte William Carlos Williams gut in den Gedichten und Kurzgeschichten zum Ausdruck. Wir dürfen jedoch nicht vergessen, dass Therapeuten im Gegensatz zu einem Kleinstadtarzt, wie Williams einer war, in der Lage sein müssen, ihre Inanspruchnahme durch die Klienten zu begrenzen. Die Psychiaterin und Philosophin Jodi Halpern argumentierte, dass in einer idealen Form von Empathie „derjenige, der Empathie empfindet, imstande ist, emotional mitzuschwingen, und dennoch nicht vergisst, was eindeutig zu den Erfahrungen des Patienten gehört“ (übersetzt aus Halpern, 2001, S. 85). Die Fähigkeit, diesen ausgleichenden Ansatz bei älteren Klienten in die Tat umzusetzen, wird im gesamten Buch beschrieben.

Mut

Die dritte Säule der therapeutischen und ärztlichen Arbeit mit älteren Menschen ist Mut, eine Tugend mit vielen Facetten, zu der beharrliches und ehrliches Handeln angesichts großer Herausforderungen gehört. Bei älteren Klienten beziehen sich diese Herausforderungen auf Beeinträchtigungen, die gleichwohl medizinischer als auch psychiatrischer und sozialer Natur sind und die vor dem immer näher rückenden Lebensende des Einzelnen gesehen werden müssen. Zugleich können im hohen Alter sowohl die psychopharmakologische als auch die psychotherapeutische Behandlung mehr Zeit in Anspruch nehmen, bis sie ihre Wirkung entfalten, was unseren anfänglichen Erwartungen in Bezug auf die Genesung der Klienten entgegensteht. Angesichts dieser zähen Bemühungen in der Therapie mit älteren Klienten erscheint uns die Behandlung manchmal aussichtslos, eine Auffassung, die sich schnell auf die Klienten und ihre Betreuungspersonen überträgt. Irgendwie müssen wir uns jedoch dazu motivieren, unsere Anstrengungen beharrlich fortzusetzen, indem wir unsere Ansätze neu gestalten, immer wieder Geduld aufbringen und erkennen, dass allein schon unsere Präsenz als fürsorglicher Zuhörer langfristig etwas ändern kann.

Zum Kern der therapeutischen Arbeit mit älteren Klienten vorzudringen ist die wichtigste Aufforderung bei der Bewältigung unserer eigenen Furcht vor dem Altern, vor Behinderung und Tod, die bedrohlich über jeder Begegnung schwebt. Ohne die per-

manente Kultivierung und Neubewertung der drei miteinander zusammenhängenden Tugenden, die hier hervorgehoben wurden, gehen wir das Risiko ein, dass unsere Arbeit herzlos und frustrierend wird. Diese Risiken sind sogar noch größer, wenn wir mit Klienten arbeiten, die mit kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigungen leben müssen, die in ihrer Fähigkeit, mit uns zu interagieren, eingeschränkt sind und die unsere Einstellungen und Handlungen nicht zur Kenntnis nehmen oder nicht in der Lage sind, sich selbst gegen Einstellungen und Handlungen, die diskriminierend, respektlos oder aufdringlich sind, zu verteidigen. Wenn wir unseren älteren Klienten jedoch mit einem Ausdruck von Bewunderung und Ehrfurcht begegnen angesichts der buchstäblichen Begabungen, die das Alter mit sich bringt, dann wird unsere Arbeit natürlich fließen und von Energie und Hoffnung geprägt sein. Auf dieser Grundlage werden sich all die therapeutischen Instrumente, die ich in diesem Buch beschreibe, als nützlich erweisen.

Einige Worte zu diesem Buch

Dieses Buch unterscheidet sich von anderen Fachmaterialien zur Therapie mit älteren Klienten durch seinen sehr praktischen, fallbasierten Ansatz, der sich in gleicher Weise auf das *Wie* der Therapie konzentriert wie auf das *Was*. Solch ein Ansatz geht auf die Tatsache zurück, dass ein Verständnis für das Altern allein nicht ausreicht, um aus jemandem einen wirkungsvollen Therapeuten zu machen. Das muss vielmehr mit einem echten Interesse am Klienten und einer wechselseitigen Beziehung zu ihm einhergehen. Großenteils kann man diese einzigartigen interpersonellen Aspekte der Arbeit mit älteren Klienten nur durch Erfahrung lernen. Um mich einem solchen Lernen in der Praxis anzunähern, habe ich jedoch versucht, sowohl die Form der Therapie als auch das damit verbundene Gefühl zu vermitteln.

Einige Leser werden sich vielleicht fragen, warum ich in diesem Buch den Begriff des Klienten und nicht den des Patienten verwende. Der Begriff *Patient* scheint besser mit dem vorherrschenden medizinischen Modell der Versorgung psychischer Störungen in Einklang zu stehen, wohingegen es bei einem *Klienten* eher um eine geschäftliche Beziehung zu gehen scheint. Und dafür gibt es einen Grund. Geschichtlich gesehen leitet sich diese Begriffsverwendung aus der klientenzentrierten Therapie ab, die von Carl Rogers und anderen Therapeuten zu Beginn der 1950er-Jahre entwickelt wurde. Eine wesentliche Grundannahme der Philosophie hinter diesem Ansatz bestand darin, dass das Individuum in der Therapie – der *Klient* – die inneren Stärken hat, die erforderlich sind, um wieder zu genesen. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, eine angenehme und unterstützende Umgebung zu schaffen, damit sich diese Stärken allmählich entwickeln können. Wenn wir eine Therapie mit älteren Menschen

beginnen, müssen wir selbst bei einer Person, die allem Anschein nach sehr stark beeinträchtigt ist, das Vorhandensein dieser Stärken anerkennen. Weil das vorliegende Buch von dieser Philosophie durchdrungen ist, scheint der Begriff *Klient* am angemessensten zu sein.

Es ist meine aufrichtige Hoffnung, dass dieses Buch dazu beiträgt, die Leser bei ihrer Arbeit mit älteren Klienten zu inspirieren und anzuregen. In dem Maße, wie die Anzahl der älteren Menschen in den kommenden Jahren immer weiter zunehmen wird, wird die therapeutische Aufgabe, der sich dieses Buch widmet, immer wichtiger werden. Es muss eine engagierte Gemeinschaft von Therapeuten und Ärzten geben, die bereit sind, dem Bedürfnis älterer Menschen nach psychischer Gesundheit entgegenzukommen. Mit diesem Ziel vor Augen möchte ich die Leser dazu auffordern, mir ihre Kommentare und Empfehlungen zum hier vorgestellten Material zu schicken.

Marc E. Agronin, MD

Magronin@mjhha.org

1. | Ältere Menschen in der Therapie – eine Bestandsaufnahme

Was ist gemeint, wenn wir einen Klienten¹ als *alt* bezeichnen? Was geschieht mit einer Person über die Zeit hinweg, das sie altern lässt? Und welche grundlegenden Aspekte des Altseins sind für die Psychotherapie besonders relevant? Das sind die zentralen Fragen dieses Kapitels. Die Begriffe *älter* oder *alt* werden im gesamten Text gleichbedeutend verwendet. Beide Bezeichnungen beziehen sich im Allgemeinen auf Personen, die mindestens 65 Jahre alt sind. Und bei ihnen geht es mehr oder weniger um psychotherapeutische Probleme, die mit dem Alter zusammenhängen. Das Ausgangsalter von 65 Jahren ist gewiss keine magische Zahl. Es gibt in diesem Alter keinen spezifischen Wendepunkt, der sich an körperlichen oder psychologischen Ereignissen festmachen ließe und durch den eine Person automatisch das Etikett „Altsein“ bekommt. Dennoch spricht man in der wissenschaftlichen Literatur im Allgemeinen ab einem Alter von 65 Jahren davon, dass jemand alt ist; das geht vielleicht auf die Tatsache zurück, dass es sich hier um den Zeitpunkt handelt, an dem Personen in den Vereinigten Staaten die Leistungen des staatlichen Gesundheitsdienstes *Medicare* in Anspruch nehmen können. (Auch in Deutschland liegt die übliche Regelaltersgrenze, um Rente beziehen zu können, noch bei 65 Jahren.) Inzwischen scheint das Image der 65-Jährigen jedoch immer „jünger“ geworden zu sein, vor allem weil die am schnellsten anwachsende Altersgruppe tatsächlich die der 85-Jährigen und Älteren ist, wobei 100-Jährige das am schnellsten wachsende Einzelalter repräsentieren (U.S. Census Bureau, 1999). Die Mehrheit der älteren Menschen, mit denen Therapeuten arbeiten, befindet sich in ihren Achtziger- und Neunzigerjahren. Andererseits ist es durchaus möglich, dass Personen, die nur wenig jünger als 65 Jahre alt sind, viele der gleichen Probleme aufweisen, die man bei älteren Personen beobachten kann. Sinnvollerweise beziehen sich die Informationen, die in diesem Buch gegeben werden, daher weniger auf ein genaues Alter, sondern konzentrieren sich stärker auf die aktuellen Probleme, die mit dem Alter an sich einhergehen.

1 Der Einfachheit halber wird hier und im Folgenden bei den Personenbezeichnungen immer die männliche Form verwendet. Sie schließt die weibliche (Klientinnen, Therapeutinnen, Ärztinnen etc.) immer mit ein.

1.1 Was ist alt?

Ein wesentliches Werkzeug in jedem therapeutischen Setting ist die Uhr. Das ständige Fortschreiten ihrer Zeiger erfasst nicht nur die Zeit, die man mit dem Klienten verbracht hat. Von ihr hängt auch der Plan für die anstehende Arbeit ab, sie legt das erforderliche Honorar fest und kreierte die Klientengeschichte, die wir am Ende zu einer Erarbeitung und zu einem Behandlungsplan miteinander verbinden. Und trotz der unvermeidlichen Einförmigkeit jeder Minute und jeder Stunde, die wir mit dem Klienten verbringen, ist die Erfahrung der Zeit etwas recht Dehnbares. Die Zeit in der Therapie erscheint kurz oder lang, routinemäßig oder folgenschwer, und sie kommt uns je nach den Ereignissen der Stunde als etwas Fernes oder als etwas Absorbierendes vor. Wir können die Zeit eigentlich nicht zurückdrehen, doch die Klientengeschichte, über die während der therapeutischen Sitzung gesprochen wird, und ihr Einfluss auf Lebensereignisse kann alle Zeitgrenzen überspringen sowie entfernte Erinnerungen und Emotionen wiederaufleben lassen; und dies widersetzt sich dem Konzept einer Vergangenheit.

Das Konzept des Alterns, das wir bei unserer Arbeit mit älteren Klienten nutzen, hat ähnliche Eigenschaften. Die aktuellen Theorien zum biologischen Altern oder der Vergreisung setzen eine molekulare Uhr in unserer DNA voraus, die einen Überblick über die Zeit behält und die mit den Veränderungen im Körper und im Gehirn des Menschen zusammenhängt. Diese zelluläre Uhr wurde in den frühen 1960er-Jahren von dem Biologen Leonard Hayflick entdeckt, der beobachtet hatte, dass menschliche Zellen in Zellkulturen eine begrenzte Anzahl von Teilungen vollziehen und dann absterben. Dieses Phänomen, bekannt als Hayflick-Grenze, lässt sich auf dem molekularen Niveau bestimmen, indem man eine Region sich wiederholender DNA am Ende jedes Chromosoms (bekannt als Telomer) bei jeder Zellteilung verkürzt (Hayflick, 1994/1996). Zugleich häufen sich in den Zellen des Menschen langsam Schädigungen an der DNA und anderen Strukturen; dies geschieht aufgrund der Ansammlung toxischer Stoffe wie etwa stark reaktionsfähiger Sauerstoffmoleküle, die man freie Radikale nennt. Der Stoffwechsel und die Funktionstüchtigkeit der Zellen wird zudem beeinträchtigt durch die kumulativen Wirkungen einer abnormen Reaktion von Zucker mit Proteinen (dies geschieht etwa bei Prozessen wie der Glykierung und der Vernetzung von Proteinen und Zucker), durch ein sinkendes Niveau stimulierender Wachstumsfaktoren und anderer Hormone und durch ein überschüssiges Niveau von Stresshormonen, die man als Glukokortikoide bezeichnet (Butler, 2008; Sapolsky, Krey & McEwen, 1986).

Die unmittelbaren Ergebnisse der zellulären Vergreisung auf der Ebene des Körpergewebes und der Organe schließen eine lineare Abnahme der Funktionen ein: geringerer Abbau der Toxine im Blut durch die Leber und die Nieren; abnehmende Stärke

und Widerstandskraft des Muskel-, Knochen- und Bindegewebes; eine geringere Vitalkapazität der Lunge und ein geringeres Herzminutenvolumen; eine herabgesetzte Genauigkeit der sensorischen Organe; und im Gehirn die Verlangsamung der geistigen Verarbeitung und das erhöhte Risiko für kognitive Störungen (Leventhal & Burns, 2004; Rupert, Loewenstein & Eisdorfer, 2004). Insgesamt definiert Arking diesen gesamten Prozess des Alterns als zeitabhängige Serie kumulativer, progressiver, intrinsischer und schädlicher funktionaler und struktureller Veränderungen, die sich gewöhnlich bei der Geschlechtsreife zu manifestieren beginnen und schließlich im Tod ihren Höhepunkt erreichen (2006, S. 11). Bis dahin haben wir ein gewisses Maß an Kontrolle über die Ereignisse, die den Prozess des biologischen Alterns entweder erleichtern oder verzögern; und zunehmend erkennen wir das, was James Fries (1980) als eine Verdichtung von Krankheit und Behinderung in einer viel späteren und kürzeren Zeitspanne für diejenigen beschrieben hat, die 100 Jahre und länger leben.

Die *Erfahrung* des Alterns jedoch ist ein völlig anderer Prozess, der weniger durch das Fortbewegen der Uhrzeiger oder durch Telomerstränge an den Chromosomen erfasst wird, sondern vielmehr durch die Augenblicke der Freude oder der Enttäuschung, der Einsamkeit oder der Intimität und durch die lebenswichtigen Verwicklungen oder Routinen, mit denen wir unser Leben füllen. Gerade an diesen Reibungspunkten zwischen einem alternden Körper und einem alternden Geist kommt der Therapeut hinzu. Der darauffolgende therapeutische Prozess wird unabhängig von der Behandlungsform durch mehrere zentrale Elemente gestaltet. Und dazu gehören der Zustand des alternden Gehirns, die Anpassung des Individuums an das Altern, gesellschaftliche und historische Kräfte sowie die psychologischen Stärken und Schwächen, die sich durch die Persönlichkeit des Individuums und seine permanente Entwicklung über den Lebenszyklus hinweg ergeben.

1.2 Das alternde Gehirn

Die Paradoxien des Alterns, die in der Einleitung zu diesem Buch beschrieben wurden, gehen alle zurück auf Gegensätze zwischen dem Altern der Gehirnstrukturen (was verbunden ist mit dem Einfluss auf eigenständige neuropsychologische Funktionen) und einer weitreichenderen Sicht auf die menschliche Erfahrung im hohen Alter. Diese gegensätzlichen Elemente werden bald klarer werden.

Im Augenblick der Geburt hat das Gehirn des Menschen bereits die Hälfte seines ursprünglichen Bestands an 200 Milliarden Gehirnzellen oder Neuronen abgebaut. Hier handelt es sich um ein anschauliches Beispiel für die Tatsache, dass sich das

Gehirn vom Zeitpunkt seiner ursprünglichen Herausbildung an aktiv umformt, um die Verfügbarkeit und die Verbindungsfähigkeit der wichtigen Zentren zu maximieren, während gleichzeitig andere Komponenten zurückgestutzt werden. Ein ungeheuer großer Teil der neuronalen Entwicklung geschieht in der Zeit zwischen Kindheit und frühem Erwachsenenalter; dies führt auf dem Höhepunkt zu gut über 100 Billionen Verbindungen oder Synapsen zwischen Neuronen. Wenn jedoch der Prozess des Alterns über das mittlere Erwachsenenalter hinausgeht, kehrt sich diese Entwicklung um: Es kommt überall im Gehirn zu einem zunehmenden Verlust von Neuronen, der durch all die Faktoren, die mit zellulärer Vergreisung einhergehen, herbeigeführt wird, aber auch durch variable extrinsische pathologische Faktoren wie etwa kleinere Schädigungen der Gefäße aufgrund einer Arteriosklerose und Bluthochdruck, eine direkte Verletzung, Kontakt mit toxischen Stoffen, Schlaganfall und neurodegenerative Hirnstörungen wie etwa die Alzheimer-Krankheit und andere Formen der Demenz.

Man schätzt, dass das Gehirn im Alter von 65 bis 90 Jahren unter normalen Bedingungen zwischen zehn und 80 Prozent der Neuronen in diversen Regionen des Gehirns verliert; besonders schwer sind die subkortikalen Zentren betroffen, wie etwa der Hypocampus, der Meynert-Kern und der Locus caeruleus, die jeweils entscheidend für die Gedächtnisfunktionen und die Emotionsregulation sind (Timiras, 1994; Victoroff, 2005). Diese sich kumulierende Schädigung der Neuronen und ihr Verlust führen zum Rückgang bei der Synthese, Freisetzung und synaptischen Gesamtweiterleitung zentraler Neurotransmitter wie etwa Norepinephrin, Acetylcholin, Dopamin und GABA (Rupert et al., 2004; Victoroff, 2005); dies schafft häufig die Voraussetzung für Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen und Verhaltensstörungen, die die Klienten in die Therapie bringen. Sieht man sich ein beliebiges gealtertes Gehirn an, so findet man eine generalisierte Atrophie, eine Erweiterung der mit Flüssigkeit gefüllten Hirnventrikel und das Vorliegen einer mikroskopischen Pathologie, wie etwa extrazelluläre, mit Amyloiden gefüllte Plaques und ein intrazelluläres Gewirr aus Proteinen und feinen Nervenfasern – das sind dieselben Merkmale, wie man sie in viel größerem Umfang bei der Alzheimer-Krankheit beobachten kann (Pickholtz & Malamut, 2008).

Welche Auswirkungen haben nun diese normalen anatomischen Veränderungen auf die eigentlichen Hirnfunktionen? Die Antwort ist nicht eindeutig. Denn der normale Abbau an Neuronen im älteren Gehirn ohne Demenz ist recht variabel, und man konnte nicht nachweisen, dass er mit bestimmten Beeinträchtigungen korreliert. Wir wissen jedoch, dass das Altern mit einem leichten, aber vorhersagbaren Rückgang folgender Funktionen einhergeht:

- des Ultrakurzzeit-, Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnisses,
- der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit,

- der selektiven und der geteilten Aufmerksamkeit,
- den komplexen Fertigkeiten des räumlichen Sehens,
- des Sprachverständnisses,
- der Wortflüssigkeit,
- der Fähigkeit, Gegenstände zu benennen,
- der psychomotorischen Leistung,
- der numerischen Fähigkeiten und
- der Sinneswahrnehmung (Mahncke, Bronstone & Merzenich, 2006; Rupert et al., 2004; Schaie & Willis, 1993; Sugar & McDowd, 1992).

Die typischen Muster des Rückgangs von Anfang 20 bis Mitte 80, wie man sie in der *Seattle Longitudinal Study* (Schaie, 2005; Siegler et al., 2009) beobachtet hat, sind in Abbildung 1.1 dargestellt. Wie man in der Abbildung sehen kann, erreichen Fertigkeiten wie die numerische Intelligenz und die Wortflüssigkeit früh ihren Höhepunkt und nehmen dann ab Anfang 50 leicht ab, während Fertigkeiten wie das induktive Schlussfolgern, die verbalen Fähigkeiten und die räumliche Orientierung ihren Höhepunkt zwischen 30 und 40 haben und dann Ende 60 bzw. Anfang 70 deutlich abzunehmen beginnen. Ab dem Alter von 80 Jahren weisen alle kognitiven Fertigkeiten, die in der Seattle-Studie untersucht wurden, einen beträchtlichen Rückgang auf.

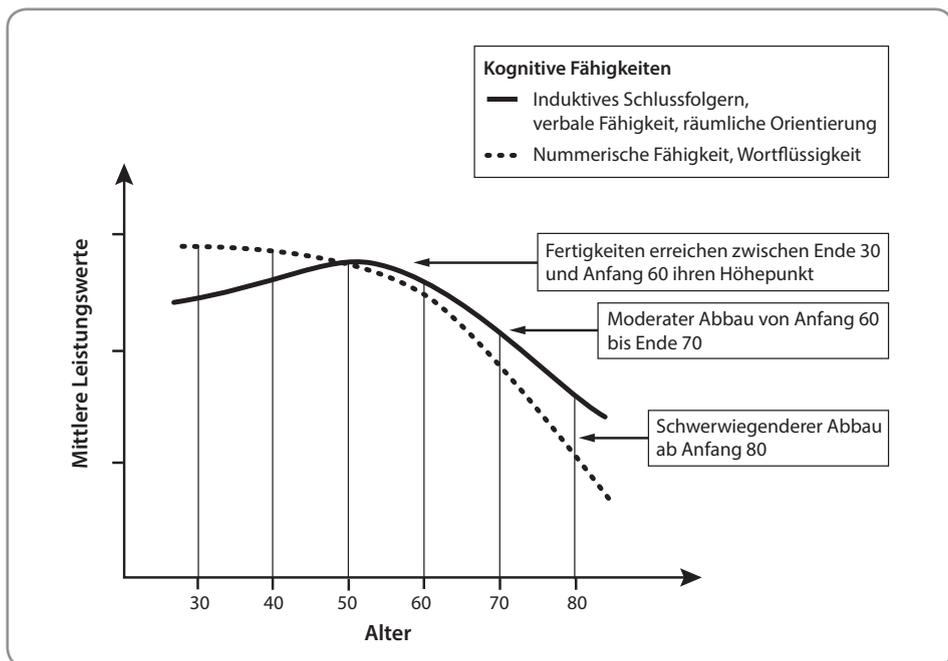


Abbildung 1.1: Veränderungen kognitiver Fähigkeiten im Längsschnitt (übernommen aus den Ergebnissen der Seattle Longitudinal Study von Schaie, 2005, und Siegler et al., 2009)

Bei anderen Längsschnittstudien wurde jedoch hervorgehoben, dass zahlreiche kognitive Fertigkeiten während des Alterns bemerkenswert stabil bleiben. Dazu gehören auch die anhaltende Aufmerksamkeit, der Wortschatz, der verbale Ausdruck, das Allgemeinwissen bzw. das semantische Gedächtnis, das Langzeitgedächtnis und die Fähigkeit des Gehirns, zu strukturieren und zu abstrahieren. Letzteres ist als exekutive Funktionen bekannt (Dunkin & Amano, 2005; Pickholtz & Malamut, 2008). Wenn man aufeinanderfolgende Kohorten betrachtet, haben im gesamten letzten Jahrhundert die mittleren Leistungswerte im Hinblick auf alle kognitiven Fertigkeiten im Allgemeinen zugenommen (Schaie, 2005). Zusätzlich wissen wir aus Studien wie dem *Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly* oder dem *ACTIVE Trial*, dass kognitive Trainingsprogramme über die Zeit hinweg zu anhaltenden Verbesserungen hinsichtlich einer Vielfalt kognitiver und funktionaler Fertigkeiten führen können (Ball et al., 2002; Willis et al., 2006).

Obwohl es richtig ist, sich in einigen Bereichen auf das Potenzial für kognitive Stabilität zu konzentrieren, und obwohl es in den meisten anderen Bereichen üblicherweise zu einem Abbau an Fähigkeiten kommt, gibt es einen Lichtblick. Das Allgemeinwissen nimmt mit der Zeit zu, ebenso wie die Erfahrung, die mit dem Alter einhergeht. Eine Reihe von Forschern hat die Auffassung vertreten, dass die Kognitionen einer Person das Potenzial in sich bergen, mit dem Alter auf eine Weise zu reifen, die über Piagets Konzept der formalen Operationen hinausgeht – hier handelt es sich um eine Entwicklungsstufe, zu der es im jungen Erwachsenenalter kommt und die durch die Fähigkeit gekennzeichnet ist, Hypothesen zu formulieren und zu überprüfen und daher mit Variabilität umzugehen (Agronin, 1994). Postformales Denken hat in der Literatur viele Bezeichnungen bekommen, wie etwa strukturell-analytisches Denken (Commons & Richards, 1984), dialektisches Denken (Basseches, 1984) und intersystemisches Denken (LaBouvie-Vief, 1982). Es wird beschrieben als die Reifung der Fähigkeit, in Relationen zu denken und die Spannungen zwischen konkurrierenden Gruppen von Beziehungen oder Systemen einzuschätzen. Stevens-Long fasste es so zusammen: Ältere Denker können „Logik und die irrationalen Aspekte der Erfahrung in ein System integrieren. ... [Sie] erkennen nicht nur, dass die Wahrheit ein Produkt eines bestimmten Systems sein kann, sondern auch, dass der Denker daran beteiligt ist, die Wahrheit hervorzubringen“ (übersetzt aus Stevens-Long, 1990, S. 133). Wenn wir das auf das spätere Leben hochrechnen, können wir davon ausgehen, dass diese Veränderungen bei einem Individuum zwar dazu führen können, weniger logisch zu denken, aber dafür, pragmatischer Lösungen zu finden, die in Anbetracht seiner Bedürfnisse sozial angemessen sind (Agronin, 1994).

Ein gewagterer und populärerer Begriff, der ebenfalls das trifft, was unter postformalem Denken verstanden wird, ist *Weisheit*. Der Neurobiologe Elkhonon Goldberg beschrieb dieses Konzept so: Weisheit entstehe aus einem reifenden Gehirn heraus,

das über die Jahre hinweg gut genutzte Nervenbahnen entwickelt habe – sie werden auch als kognitive Vorlagen bezeichnet –, die es leichter machten, vertraute Erfahrungsmuster zu erkennen. Goldberg merkte an, dass das Füllen von Entscheidungen mit dem Alter „eher die Form der Mustererkennung annimmt als die des Problemlösens“ und dass „eine wachsende Anzahl künftiger kognitiver Herausforderungen wahrscheinlich ohne Weiteres von einer bereits existierenden Vorlage abgedeckt werden oder nur eine leichte Veränderung einer zuvor gebildeten geistigen Vorlage erfordert“ (2007, S. 337). Daher ist es nicht einfach nur das Wissen, das mit dem Alter angesammelt wird, sondern auch eine Methode zur Nutzung dieses Wissens, um Probleme auf eine effizientere und harmonischere Weise zu lösen.

Der Therapeut kann daraus etwas Wichtiges lernen: Ältere Klienten gehen möglicherweise das Problemlösen auf eine Weise an, die jüngere Therapeuten verwirrt, weil sie es nicht aus der Perspektive des Alters sehen. Obwohl wir uns vorstellen, dass die weise Entscheidung eines älteren Menschen uns sofort als richtig erscheint und sogar als etwas, was dieser schon vorher gewusst hat, trifft das nicht immer zu. Als eine Form postformalen Denkens ist die Entscheidungsfindung wahrscheinlich vom Standpunkt des Klienten aus weniger ideologisch und eher pragmatisch, als sie möglicherweise vom Therapeuten empfohlen werden könnte. In der Folge besteht ein verbreiteter Fehler des Therapeuten, der eine Problemlösetherapie mit älteren Klienten macht, darin, in jene Falle zu tappen, die William James (1890) als den *Psychologentrugschluss* beschrieben hat: Wir glauben irrtümlich, dass wir wissen, was jemand anders denkt oder fühlt – und diese falschen Annahmen sind dann die Grundlage für die Behandlungsentscheidungen.

1.3 Altern und Demenz

Begriffe wie *gutartige Altersvergesslichkeit* und *altersassoziierte Gedächtnisbeeinträchtigung* (engl. age-associated memory impairment, AAMI) wurden jahrelang verwendet, um Personen mit subjektiven Gedächtnisbeschwerden, aber ohne eine ernsthafte Krankheit zu beschreiben (Crook et al., 1986; Kral, 1962). Wegen der Schwierigkeit, tatsächlich jeden einzelnen Zustand in ärztlich sinnvoller Weise von anderen unterscheiden zu können, hat sich keiner der Begriffe verbreitet. Bei vielen alternden Menschen ist die kognitive Beeinträchtigung ein schwerwiegenderes Problem. Auf dem einen Ende des Spektrums befindet sich die *leichte kognitive Beeinträchtigung* (engl. mild cognitive impairment, MCI), ein Syndrom, zu dem ein objektiver Abbau einer einzelnen kognitiven Fähigkeit gehört wie etwa des Kurzzeitgedächtnisses, bei dem jedoch die allgemeinen kognitiven Fähigkeiten und die alltägliche Funktionstüchtigkeit nicht betroffen sind. Personen mit MCI sollten immer