

Teil I: Grundlagen der Alters- psychotherapie und Verhaltens- therapie

Der Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungen älterer Menschen ist groß und wird in den nächsten Jahren aufgrund des fortschreitenden demografischen Wandels weiter ansteigen. Grundsätzlich stellt sich hierbei die Frage, ob bisher bekannte und wirksame therapeutische Verfahren auch für die Behandlung älterer Menschen nutzbar sind. Prinzipiell sind für ältere Patienten keine neuen Psychotherapieverfahren notwendig, dennoch sollte eine Anpassung der Therapiestrategien an die Besonderheiten des Alterns und des Alters erfolgen. Hierfür ist es notwendig, bestehende Therapieverfahren um altersspezifische Entwicklungstheorien zu ergänzen.

Bisherige Publikationen zur Alterspsychotherapie bedienen sich eher psychodynamischen Ansätzen und Interventionsformen. Im Folgenden werden daher die grundlegendsten verhaltenstherapeutischen Techniken vorgestellt. Die Verhaltenstherapie hat bisher drei Entwicklungsphasen durchlaufen. Anfänglich basierte sie auf psychologischen Lerntheorien, welche in einem weiteren Schritt durch die Berücksichtigung von Gedanken und Bewertungen zur Verhaltensänderung erweitert wurde. Die »dritte Welle« stellt die achtsame Akzeptanz des inneren Erlebens in den Vordergrund. Das bedeutet, dass dem verhaltenstherapeutisch orientierten Therapeuten sowohl behaviorale und kognitive als auch achtsamkeitsbasierte Interventionen zur Verfügung stehen. Es ist zu beachten, dass noch nicht für alle Therapiestrategien altersadaptierte Formen zur Verfügung stehen. Im Folgenden sollen die prominentesten verhaltenstherapeutischen Techniken kurz vorgestellt und mögliche Adaptionen für ältere Patienten dargestellt werden.

Zu den behavioralen Behandlungsmethoden zählen Konfrontationsverfahren, Bewältigungstechniken und operante Verfahren. *Konfrontationsverfahren* verfolgen das Ziel, über eine bewusst Auseinandersetzung mit der belastenden/angstauslösenden Situation bei gleichzeitiger Verhinderung von Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten (Reaktionsverhinderung) eine Habituation zu erreichen. Diese kann mittels systematischer Desensibilisierung in sensu und in vivo, graduierter Reizkonfrontation sowie Flooding erfolgen. Konfrontationsverfahren werden hauptsächlich bei der Behandlung von Angststörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen eingesetzt. Bei der Durchführung von Expositionen bei älteren Patienten sollte eine reduzierte Intensität der Expositionsstärke sowie ein graduierteres Vorgehen gewählt werden. Deshalb ist in der Therapie auch von einer höheren Anzahl therapeutischer Konfrontationssitzungen auszugehen. Generell besteht bei älteren Menschen eine größere Gefahr der kardiovaskulären Dekompensation während der Exposition. Die subjektive Stärke der Angst sollte deshalb im mittleren Bereich liegen und eine umfassende medizinische Abklärung und Diskussion der auftretenden körperlichen Symptome in einem multiprofessionellen Team erfolgen. Im Rahmen von *Bewältigungsverfahren* können gemeinsam mit dem Patienten Strategien zum Umgang mit belastenden Situationen erarbeitet werden, so dass die dabei auftretenden Emotionen und körperlichen Symptome handhabbar werden. Zu den wichtigsten Vertretern zählen Soziale Kompetenz- wie auch Depressionsbewältigungstrainings. Hierfür gibt es bereits altersadaptierte Versionen (z. B. Hautzinger 2000). *Operante Verfahren* basieren auf dem Konzept der operanten Konditionierung. Erwünschtes Verhalten soll positiv verstärkt werden, unerwünschtes Verhalten hingegen negativ verstärkt und

abgebaut werden. Im Rahmen von Depressionsbehandlungen finden operante Techniken zum Beispiel Einsatz beim Aufbau positiver Aktivitäten. Auch Selbstständigkeitsinterventionen folgen diesem Prinzip. Zum erfolgreichen Einsatz operanter Methoden sind die Auswahl realistischer und konkreter Ziele sowie die Nutzung von angemessenen Verstärkern erforderlich. Das schrittweise Aufbauen des Zielverhaltens ist notwendig. Angehörige können bei der Durchführung unterstützend die Therapie begleiten und die operanten Verfahren auch im häuslichen Setting einsetzen.

Kognitive Interventionen unterscheiden sich in der Durchführung bei älteren Patienten nicht von denen bei jüngeren. Jedoch findet man altersspezifische dysfunktionale Gedanken, welche teilweise aus der Lebensgeschichte der Patienten ableitbar sind. Zum einen bestehen häufig Einstellungen zur Ein- und Übernahme sowie Ausübung von Rollen, welche oft ihren Ursprung in den in der Kindheit gegenwärtigen Erziehungsgrundsätzen haben (z.B. »Ich muss die Zähne zusammenbeißen und darf keine Schwäche zeigen!«). Auch negative Altersstereotype werden von älteren Patienten berichtet, die psychische Erkrankungen aufrecht erhalten (»Es lohnt sich nicht mehr, für die paar Jahre eine Behandlung zu machen!«). Insbesondere die Wahrnehmung einer eingeschränkten Lebenszeit kann zu einer Nichtaufnahme einer Behandlung führen. Mittels kognitiver Interventionen, welche die aktuellen Überzeugungen zu einer Situation reflektieren (»Welche Argumente sprechen für, welche gegen die Bewertung der Situation?«), können hilfreiche Gedanken gemeinsam mit dem Patienten mittels eines ABC-Modells erarbeitet und die gravierenden Konsequenzen im Bereich der Gefühle, des Verhaltens sowie der körperlichen Verfassung gemindert werden (► Abb. 1). Das ABC-Modell der kognitiven Umstrukturierung beinhaltet folgende Ebenen:

- A = Activating event; auslösende Situation
- B = Belief; Bewertung/Kognition
- C = Consequence; Konsequenz (auf der Ebene der Emotion, des Verhaltens und der körperlichen Reaktionen)

Kognitive Interventionen können bei jedem therapeutischen Thema erfolgen. In der Arbeit mit älteren Menschen sollten insbesondere die folgenden Ziele verfolgt werden:

- Erarbeitung von realistischen Zielen und Erwartungen sowie Aufbau einer Therapiemotivation
- Ressourcenerarbeitung, d. h. Erkennen von eigenen Kompetenzen, Fähigkeiten und positiven Erfahrungen im Leben, und Umsetzung von positiven Aktivitäten
- Entkatastrophisierung von negativen Altersstereotypen (z.B. körperliche Veränderungen, eingeschränkte Lebenszeit)

Achtsamkeitsbasierte Behandlungsansätze beinhalten die bewusste und nichtwertende Wahrnehmung des Augenblicks. Generell lassen sich vier verschiedene Achtsamkeitsfähigkeiten benennen:

- Beobachten: Durch eine aufmerksame Beobachtung einer Vielzahl von Reizen wie z. B. Körperempfindungen, Kognitionen, Emotionen, Geräuschen usw. kann eine Reduktion der psychischen Belastung erzielt werden.
- Beschreiben: Die aufmerksam beobachteten Reize werden kurz benannt und beschrieben. Es ist zu beachten, dass dies auf eine nicht-wertende Art und Weise vollzogen wird und ohne konzeptuelle Analyse geschieht.
- Mit Aufmerksamkeit handeln: Ziel ist eine vollständige Beschäftigung mit der aktuellen Tätigkeit (z.B. »wenn ich gehe, dann gehe ich«).
- Akzeptieren: Die Dinge so sein lassen, wie sie sind, stellt die größte Herausforderung beim achtsamen Verhalten und Erleben dar. Voraussetzung ist die nicht-wertende Haltung gegenüber der gegenwärtigen Erfahrung. Automatische Werturteile wie »gut vs. schlecht« dürfen keine Anwendung finden.

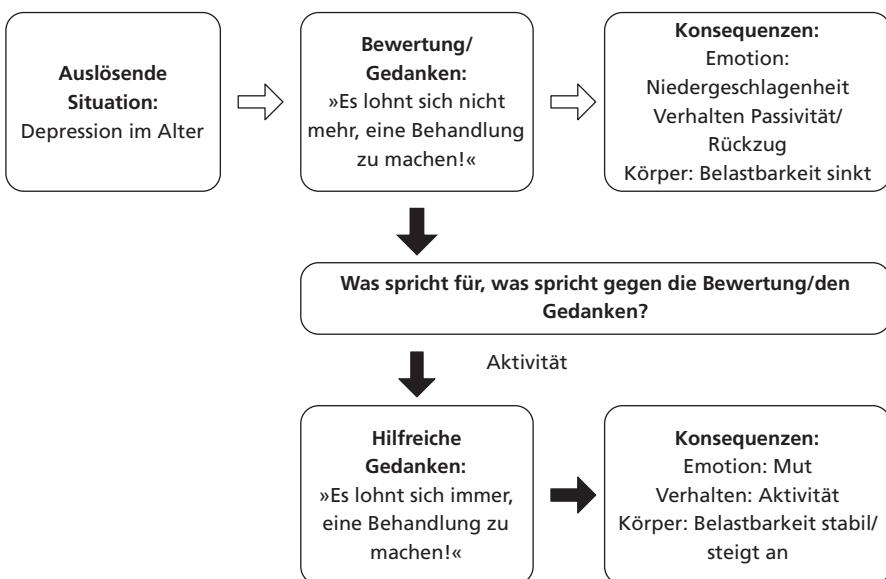


Abb. 1: ABC-Modell der kognitiven Umstrukturierung

Grundsätzlich müssen informelle von formellen Achtsamkeitsübungen unterschieden werden. Während informelle Übungen Alltags- und Routinehandlungen (z. B. Waschen, Treppensteigen) beinhalten, sind formelle Übungen dadurch gekennzeichnet, dass sie regelmäßig während eines festgelegten Zeitraums durchgeführt werden. Prominenteste Vertreter sind die Atemmeditation und der Body-Scan. Generell gilt, dass alle während der Übung auftretenden Empfindungen nicht-wertend und akzeptierend wahrgenommen werden. Es ist zu beachten, dass aktuell keine wissenschaftlichen Belege existieren, die eine Veränderung der Aufmerksamkeitsspanne durch die Anwendung von Achtsamkeitsübungen belegen.

Im folgenden Kapitel werden Besonderheiten der Alterspsychotherapie, die aktuelle Versorgungssituation sowie wichtige Alternstheorien dargestellt.

1 Besonderheiten der Alterspsychotherapie

Eine Modifikation bestehender therapeutischer Behandlungskonzepte erscheint in der Arbeit mit älteren Patienten unumgänglich. Körperliche wie auch psychische Alternsveränderungen erfordern in der Regel ein langsameres therapeutisches Vorgehen. Klare Formulierungen und ein langsameres Sprechtempo des Therapeuten können sensorische Alterseinbußen kompensieren. Häufige Wiederholungen der psychotherapeutischen Kernaussagen verfestigen das gemeinsam Erarbeitete. Zudem erscheint es sinnvoll, verkürzte Sitzungen oder Pausen sowie kleinere Gruppensettings anzubieten, um der reduzierten Aufmerksamkeit im Alter Rechnung zu tragen. Weiterhin ist die Darbietung und Umsetzung der therapeutischen Informationen und Interventionen in den verschiedensten sensorischen Modalitäten unumgänglich. Multimodale Instruktionen nach dem Grundsatz »Sagen, zeigen, tun!« sowie der Einsatz von Gedächtnisstrategien und -hilfen können den Therapieverlauf unterstützen. Häufig sind Psychotherapeuten bei älteren Patienten mit sehr weitschweifigen Berichten konfrontiert, welche ursächlich aufgrund fehlender Bezugspersonen im Alltag entstehen. Ein aktives Therapeutenverhalten, welches auf die aktuellen Probleme fokussiert und diese strukturiert, kann Abhilfe schaffen. Um dem alternden Patienten in seiner Gesamtheit gerecht zu werden, ist es auch für Psychotherapeuten unerlässlich, Kenntnisse über die häufigsten körperlichen Erkrankungen und deren Behandlungsstandards zu erlangen. Eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den betreuenden Ärzten des Patienten ist zwingend erforderlich. Weiterhin finden häufig psychotherapeutische Behandlungen bei Älteren in für Psychotherapeuten unkonventionellen Settings (z.B. am Krankenbett, im Seniorenheim) statt. Ein Vorteil in der Behandlung älterer Patienten stellt die Möglichkeit der Nutzung von vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen dar (► Tab. 1). So kann das eigene Wissen des Patienten über seine Stärken sowie Erfahrungen aus früheren Problemlösungen auf aktuelle Probleme angewendet werden. Hierzu ist es von therapeutischer Seite notwendig, die persönliche Reife und Lebenserfahrung des älteren Patienten anzuerkennen und ihm Respekt auch bei schwersten Behinderungen und Beeinträchtigungen (z.B. Demenz) entgegen zu bringen.

Tab. 1: Hilfreiche Formulierungen zur Ressourcennutzung

Ressourcenaktivierung	<ul style="list-style-type: none"> • »Was sind Ihre Stärken?« • »Welche Erfolge hatten Sie in Ihrem Leben?«
Transfer	<ul style="list-style-type: none"> • »Kennen Sie ähnliche Probleme aus früheren Lebensphasen?« • »Was hat Ihnen früher in ähnlichen Lebenslagen geholfen?«

Die Psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen sollte zusammenfassend die in ► Tabelle 2 dargestellten Grundprinzipien berücksichtigen:

Tab. 2: Grundprinzipien psychotherapeutischen Handelns mit Älteren (nach Hirsch 1999, S. 9–16)

Bedenke	... die Probleme älterer Patienten sind immer multipel.
Kenne	... die Phänomene und Besonderheiten des Alters und Alterns.
Beachte	... das Prinzip der minimalen Intervention, d.h. möglichst wenig Abhängigkeit entstehen lassen und die Selbstständigkeit möglichst lange erhalten.
Plane	... zusätzliche, externe Hilfe (z.B. Sozialberatung).
Arbeite	... mit Angehörigen und dem unmittelbaren sozialen Umfeld des Patienten.
Beginne	... bei den vorhandenen Kompetenzen oder Ressourcen.
Fördere	... die sozialen, psychischen und somatischen Kompetenzen.
Informiere	... angemessen über alle geplanten Interventionen und ihren Sinn.
Nütze	... die Lebenserfahrung des Patienten.
Erfahre	..., dass Lernen immer und für jeden möglich ist.
Beachte	..., dass Ältere meist mehr aushalten können, als Therapeuten glauben.
Erkenne	... eigene Gerontophobie und Fehlurteile.
Verringere	... Vorurteile in der Öffentlichkeit.

Grundsätzlich ist zu bedenken, dass die Probleme älterer Menschen immer multipel sind. So liegen häufig neben psychischen Problemen auch körperliche Erkrankungen vor. Dies setzt voraus, dass der Behandler die Phänomene und Besonderheiten des Alters und des Alterns kennt. Prinzipiell sollte die Methode der minimalen Intervention zum Tragen kommen. Das heißt, dass während des therapeutischen Prozesses möglichst wenig Abhängigkeit des Patienten vom Therapeuten entstehen und die Selbstständigkeit möglichst lange erhalten werden sollte. Zusätzlich ist es wichtig, bereits zu Behandlungsbeginn weiterführende externe Hilfen (z.B. Sozialberatung) zu planen. Die psychotherapeutische Behandlung sollte zudem bei älteren Patienten Angehörige und das unmittelbare soziale Umfeld einbeziehen. Eine Stärkung vorhandener Kompetenzen und Ressourcen sollte zu Beginn jeder Therapie erfolgen. Im weiteren Behandlungsverlauf ist die Förderung von sozialen, psychischen und somatischen Kompetenzen notwendig. Der ältere Patient ist angemessen über alle geplanten Interventionen und deren Sinn zu informieren. In der Regel sind ältere Patienten innerhalb des therapeutischen Prozesses genauso belastbar wie jüngere. Von einer rein supportiven Gesprächsführung sollte deshalb Abstand genommen werden.

1.1 Psychische und körperliche Alternsprozesse

Psychische und körperliche Alternsprozesse entwickeln sich interindividuell sehr verschieden. Das Alter stellt die Lebensphase dar, in der sich Menschen größtmöglich unterscheiden können. Während manche 70-Jährige noch aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen und den »Goldenene Ruhestand« genießen, sind andere Menschen in diesem Alter von Bettlägerigkeit und Pflegebedürftigkeit betroffen. Der Prozess des Alterns wird von den Betroffenen ebenso verschieden wahrgenommen, wie er auch objektiv zu beobachten ist. In diesem Zusammenhang erscheint eine Unterscheidung von normalem, pathologischem und erfolgreichem (optimalem) Altern sinnvoll, wie sie in ► Tabelle 3 dargestellt ist.

Tab. 3: Normales, pathologisches und optimales Altern

Normales Altern	= Alterstypische Einbußen in organisch-somatischen und psychischen Funktionen
Pathologisches Altern	= Auftreten von Krankheiten und von erheblichen Funktions-einschränkungen mit Einbußen an Lebensqualität und Verkürzung der Lebensspanne
Optimales Altern	= Zielzustand eines Lebens mit weitreichender Autonomie, Wohlbefinden und das Erreichen weiterer individuell gesetzter Lebensziele

Dennoch stellt sich die Frage, welche Faktoren Einfluss auf den menschlichen Alternsprozess haben. Neben äußeren Einflussfaktoren (z.B. Stress, giftige Substanzen) spielen letztlich auch intrinsische Faktoren (z.B. Genpool) eine wichtige Rolle (► Abb. 2).

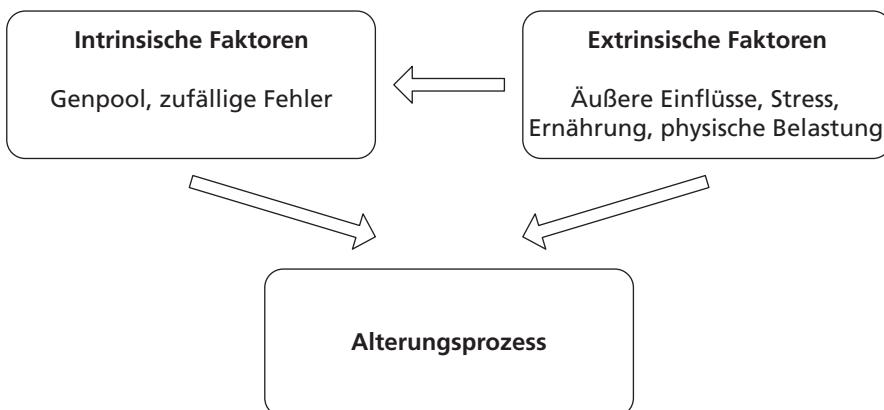


Abb. 2: Alterungsprozess (nach Függen 2004, S. 11)

Es wird deutlich, dass sowohl körperliche als auch psychische Veränderungen im Alter Auswirkungen auf den Alterungsprozess haben. Dieser ist von größtmög-

licher Individualität gekennzeichnet. Im Folgenden werden häufig auftretende Alternsprozesse hinsichtlich psychischen und körperlichen Funktionen betrachtet.

Körperliche Alternsprozesse führen in der Regel zu erheblichen Funktions einschränkungen im Alltag des älteren Menschen wie auch zu einem erhöhten Krankheitsrisiko. Dies äußert sich in der typischen Multimorbidität im Alter – dem gleichzeitigen Auftreten von mehreren Erkrankungen, welche wiederum in verschiedenen Organsystemen auftreten können. Häufig handelt es sich hierbei um chronische Erkrankungen. In der Berliner Altersstudie konnte gezeigt werden, dass 96 % der Über-70-Jährigen mindestens eine und 30 % fünf oder mehr internistische, neurologische oder orthopädische Erkrankungen hatten (Steinhagen-Thiessen und Borchelt 1996). Am häufigsten sind behandlungsbedürftige Erkrankungen des kardio- und zerebrovaskulären Systems sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates. Die häufigsten somatischen Erkrankungen im Alter sind:

- Osteoarthrosen (z.B. rheumatische Erkrankungen, Polyarthritiden) = 32 %
- Herzinsuffizienz-Symptome = 24 %
- Dorsopathien (Rückenschmerzen) = 21 %
- Koronare Herzkrankheit (z.B. Angina pectoris) = 18 %
- Osteoporose = 10 %

Zwar ziehen viele objektiv nachweisbare Krankheiten einen Behandlungsbedarf nach sich, für den Betroffenen steht aber das subjektive Krankheitserleben im Vordergrund. Insbesondere Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie (meist chronische) Schmerzzustände haben für den älteren Menschen die größten Folgen hinsichtlich der selbständigen Lebensführung und Mobilität und somit den größten Einfluss auf das subjektive Krankheitserleben. Körperliche Alternsprozesse haben vielfältige funktionelle Konsequenzen, welche in den Bereich der basalen Aktivitäten des Lebens (Activities of Daily Living, ADLs; z.B. Körperpflege, Treppensteigen) und der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADLs; z.B. Telefonieren, Einkaufen) gegliedert werden können.

Körperliche Alternsveränderungen treten in den unterschiedlichsten Körperfunktionen auf. Bereits ab etwa dem 30. Lebensjahr kommt es zu einer Reduktion der Nervenleitgeschwindigkeit, des Stoffwechselgrundumsatzes, der maximalen Herzfrequenz, der Muskelkraft, des maximalen Blutlaktatspiegels, der Vitalkapazität und der maximalen Ventilationsrate. Die wichtigsten physiologischen Veränderungen im Alter und ihre Auswirkungen sind detailliert in ► Tabelle 4 dargestellt.

Zu den dargestellten Alternsveränderungen kommen geschlechtsspezifische Unterschiede hinzu. So unterscheiden sich Männer und Frauen hinsichtlich ihrer Lebenserwartung in Deutschland um ca. 6 Jahre. Weiterhin zeigen sich bei Männern und Frauen auch unterschiedliche Krankheitshäufungen von typischen altersabhängigen Erkrankungen (z.B. Demenz, Schlaganfall) wobei ab dem 70. bis 75. Lebensjahr eine Angleichung der Krankheitshäufigkeit erfolgt. Grundsätzlich ist immer im Blick zu halten, dass Altern an sich keine Krankheit ist, sondern eher einen physiologischen Rückbildungsvorgang darstellt. Die dargestellten unvermeidbaren körperlichen Alternsveränderungen im Rahmen des normalen Alterns

Tab. 4: Physiologische Veränderungen im Alter (n. Walter und Schwarz 2001, S. 166 ff.)

Organsystem	Altersbedingte Veränderungen	Mögliche Folgen altersbedingter physiologischer Veränderungen
Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> • Zunahme des Körperfetts • Abnahme der Körperflüssigkeit • Abnahme der Muskulatur • Abnahme des Grundstoffwechsels • Abnahme der Temperaturregulation 	<ul style="list-style-type: none"> • Volumen zur Verteilung von fettlöslichen Medikamenten nimmt zu und für wasserlösliche ab; Wirkweise der Medikation ist verändert • Gefahr der Unterkühlung
Sinnesorgane	<ul style="list-style-type: none"> • Augen: Alterssichtigkeit, Linsentrübung • Ohren: Hochtonverluste 	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderte Akkommodation • Erschwerete Wortdiskrimination
Endokrines System	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinträchtigte Glucose-Toleranz • Verringerte Vitamin-D-Absorption und -Aktivierung • Abnahme der Thyroxin-Clearance und -Produktion • Anstieg von Cortison im Blut 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhter Blutzuckerspiegel bei akuter Erkrankung • Minderung der Knochendichte • Verminderte T4-Dosis bei Hypothyreose erforderlich • Geringerer Glucose-Verbrauch im Gehirn
Respiration	<ul style="list-style-type: none"> • Abnahme der Lungenelastizität • Zunehmende Steifheit des Brustkorbs 	<ul style="list-style-type: none"> • Ungleichgewicht zwischen Ventilation und Perfusion • Abnehmender Sauerstoffpartialdruck
Kardiovaskuläres System	<ul style="list-style-type: none"> • Hypertonie • Verzögerte Blutdruckregulation • Geringeres Herzschlagvolumen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwindel (orthostatische Probleme) • Deutliche Herzfrequenzsteigerung bei geringer Belastung
Gastro-intestinaltrakt	<ul style="list-style-type: none"> • Zahnverlust • Verringerung der Geschmacksknospen • Veränderung der Sekretion der Speicheldrüsen, des Magens und des Pankreas 	<ul style="list-style-type: none"> • Problematische Kaufunktion • Gefahr der Fehl- und Mangelernährung
Urogenitaltrakt	<ul style="list-style-type: none"> • Durstperzeption nimmt ab, Sättigungsperzeption nimmt zu • Reduktion des Tonus und Fassungsvermögens der Harnblase • Glomeruläre Filtrationsrate der Niere nimmt ab, renaler Natriumverlust • Prostatavergrößerung 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhte Exsikkationsgefahr • Erhöhter Wasserverlust (häufigeres Urinieren, Schwitzen) • Gefahr der Medikamentenintoxikation
Blut- und Immunsystem	<ul style="list-style-type: none"> • Abnehmende T-Zellen-Funktion • Zunahme von Antikörpern 	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderte Immunantwort
Bewegungsapparat	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion der Skelettmuskulatur • Abnahme der Dehnbarkeit von Bändern, Sehnen und Muskeln • Reduktion des Mineralstoffgehalts der Knochen • Gelenkbeweglichkeit nimmt ab 	<ul style="list-style-type: none"> • Abnahme der Beweglichkeit und Muskelkraft • Erhöhte Anfälligkeit für Frakturen

Organsystem	Altersbedingte Veränderungen	Mögliche Folgen altersbedingter physiologischer Veränderungen
Nervensystem	<ul style="list-style-type: none"> • Abnahme der Ganglienzellen und Neurotransmitter • Reduktion von Phospholipiden in Zellmembranen • Beeinträchtigung der Rezeptorfunktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhte Aufnahme von schädlichen Substanzen • Glukoseaufnahme ist reduziert
Haut	<ul style="list-style-type: none"> • Atrophie, Abnahme des subkutanen Fettgewebes • Reduktion und Veränderung des kollagenen Bindegewebes • Verminderte Durchblutung der Lederhaut • Reduktion der Talgdrüsaktivität 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlangsame Wundheilung • Faltenbildung • Trockene Haut

schränken den gesunden alten Menschen bei der Bewältigung der normalen täglichen Anforderungen in der Regel nicht ein.

Psychische Altersprozesse lassen sich zum einen in Veränderungen des Denkens und der Gedächtnisfunktionen und andererseits in Veränderungen der Emotion, Motivation und interpersonalen Fähigkeiten untergliedern. Normales Altern ist mit einem altersbedingten kognitiven Abbau verbunden, welche sich in visuell-räumlichen Fähigkeiten, Gedächtnisfunktionen, Exekutivfunktionen, Sprache und Denken bemerkbar machen. So beinhaltet das DSM-IV die Kategorie des *Altersbedingten kognitiven Abbaus* (ICD-10: R41.8), welche auf ältere Menschen zutrifft, die über subjektive kognitive Probleme klagen, welche nicht durch eine spezifische psychische oder neurologische Störung erklärt werden können. Dennoch ist zu beachten, dass der Bereich zwischen nichtpathologischen kognitiven Beeinträchtigungen und Demenzen fließend ist. In den letzten Jahren hat sich deshalb das Konzept des Mild Cognitive Impairment (MCI) etabliert (► Kap. 9.1). Die bisher präsentierten Altersveränderungen resultierten in einer Reduktion früherer Funktionen. Im Bereich der Emotion, Motivation und interpersonalen Fähigkeiten trifft dies grundsätzlich nicht zu, da sie häufig eine wesentliche Ressource im Alter darstellen und mit positiven Veränderungen verbunden sind (Forstmeier et al. 2005). Hinsichtlich Emotionen kann festgehalten werden, dass sowohl in jüngeren wie auch im späteren Erwachsenenalter positive Emotionen gegenüber negativen überwiegen. Weiterhin wird der emotionale Ausdruck von negativen Gefühlen mit dem Alter seltener. Positive Gefühle bleiben hingegen stabil und werden genauso wie in jüngeren Lebensphasen geäußert. Grundsätzlich ist ein Anstieg der Lebenszufriedenheit und des Selbstwertelebens mit zunehmendem Alter zu verzeichnen, jedoch ist ab etwa dem 70. Lebensjahr ein Rückgang der Lebenszufriedenheit zu beobachten. Hinsichtlich motivationaler Aspekte des Alterns lässt sich feststellen, dass internale Kontrollüberzeugungen im Alter stabil bleiben, wohingegen externe zunehmen. Die Motivation, neue Lebenserfahrungen zu machen, nimmt im Alter ab, die Suche nach emotionaler Bedeutung im Leben hingegen zu. Eine optimistische Selbstwirksamkeitserwartung bleibt erhalten.