

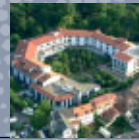


Psychosomatische Fachklinik  
Bad Dürkheim

Aktuelle Verhaltenstherapie

# *Aktuelle Verhaltenstherapie*

*Psychotherapie und psychosomatische  
Rehabilitation in der zweiten Lebenshälfte*



**Herausgeber: Psychosomatische Klinik DÜW**  
**Ltd. Arzt**  
**Dr. med. Klaus G. Limbacher**  
**Facharzt für Neurologie und Psychiatrie**  
**Facharzt für Psychotherapeutische Medizin**  
**- Rehabilitationswesen -**  
**Kurbrunnenstraße 12**  
**67098 Bad Dürkheim**  
**Tel.: 06322 - 9340**  
**Fax: 06322 - 934-201**  
**e-mail: limbacher@ahg.de**

**Redaktion: Dipl.-Psych. Andreas Dehmlow**  
**Dr. med. Klaus G. Limbacher**

1. Auflage 2007 1000 Exemplare

ISSN 1432 – 5845

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

*Klaus Limbacher - Walter Vesenbeckh*

*Schwerpunkte eines integrativen  
stationären Behandlungskonzepts  
für ältere Patientinnen*

**Ansprechpartner für den Bereich Gerontopsychotherapie:**

**Dr. med. Klaus G. Limbacher, Ltd. Arzt**

**Telefonische Sprechzeit:**

**Montags, 14:00 – 15:00 Uhr**

**Tel. 06322 – 934-259**

#### **Inhaltsverzeichnis:**

- I. Zur gesellschaftlichen Situation, psychophysischen Gesundheit und Behandlungsbedürftigkeit älterer Menschen
- II. Indikation zur stationären Behandlung
- III. Grundlegende therapeutische Prinzipien und Behandlungsziele
- IV. Das multimodale Therapieangebot
- V. Literaturverzeichnis

# *I. Zur gesellschaftlichen Situation, psychophysischen Gesundheit und Behandlungsbedürftigkeit älterer Menschen*

Die demografische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und ihre Auswirkungen auf die unterschiedlichen gesellschaftlichen Felder, aber auch auf die verschiedenen Generationen werden seit langem diskutiert und sind weitgehend bekannt. Die Politik versucht durch Rentenreform, Gesundheits- und Pflegereformen auf diese Problematik einzugehen. Während der gesellschaftliche Diskurs in den 80er und 90er Jahren das positive Altersideal der neuen „jungen Alten“, die möglichst früh schon und für eine lange Zeit im Nacherwerbsleben die Segnungen der Freizeit und Konsumgesellschaft nutzen und durch ein Netz sozialer, gesundheitlicher und kultureller Institutionen gut versorgt sein sollten, entwarf, verdüsterte sich dieses Bild hauptsächlich durch die bekannte ökonomische Entwicklung der letzten Jahre und die finanziellen Folgen für das Gesundheits- und das Rentenwesen. Der Traum vom allseits wohlversorgten, kulturell gut eingebundenen und medizinisch abgesicherten Lebensabend ist verblasst. Die Grenzen des Finanzierbaren werden deutlicher, die Notwendigkeit der Begrenzung von Leistungen im Versicherungs- und Gesundheitswesen, aber auch in anderen Bereichen führt zum Ruf nach mehr „Eigenverantwortung des Einzelnen“. Es herrscht ein Mangel an gesellschaftlich als wertvoll definierten Rollen für Menschen im dritten Lebensalter. Im besten Fall werden Ältere als Konsumenten oder Nutzer von Institutionen und Leistungen gesehen. Erst langsam und punktuell werden Konzepte entwickelt, die älteren Menschen gesellschaftlich akzeptierte Rollen zuschreiben, welche sie aktiv ausfüllen und gestalten können. Dies fördert die Entstehung einer positiven Identifikation mit dem Älterwerden und wirkt dem Defiziterleben entgegen, das sich aus dem Wegfall von Selbstverwirklichungsmöglichkeiten sowohl im Beruf als auch nicht selten in der Familie ergibt.

Neben der allgemeinen Gesundheit (Stichwort Multimorbidität) und der Versorgungssituation Älterer ist in den letzten Jahren das Problem psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in der zweiten Lebenshälfte und spezieller

psychotherapeutischer Angebote stärker thematisiert worden (Radebold, Heuft, Maerker). Dabei sollen Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie eine bedeutsamere Stellung neben der klassischen Geriatrie und Gerontopsychiatrie erhalten. Der Anteil psychogener Erkrankungen bei Patienten in internistischen Fachabteilungen wird auf 20 % bis 40 % geschätzt. Viele dieser Patienten sind depressiv, andere leiden unter somatoformen Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen u. ä. Die herkömmliche Behandlung dieser Erkrankungen beschränkt sich in der Regel auf die Gabe von Psychopharmaka und ist weder ausreichend noch nachhaltig. Dieser unbefriedigende Zustand ist auch Folge der Skepsis, mit der Therapeuten traditionell der Psychotherapie älterer Menschen gegenüber gestanden haben, weil man fälschlicherweise von einer nur noch geringen Flexibilität und damit schlechten Prognose bei Patienten über 50 ausgegangen ist. Das Altern wurde weitgehend als wenig beeinflussbarer, genetisch bedingter Prozess gesehen mit dem Verlust körperlicher, kognitiver, emotionaler und sozialer Funktionen und Kompetenzen. Die Forschung ist hier inzwischen wesentlich weiter und konstatiert in sehr differenzierter Weise neben involutiven auch Prozesse des Kompetenzgewinns. Der Einschätzung eines unaufhaltsamen altersbedingten cerebralen Abbaus werden Modelle der hirnorganischen Plastizität entgegen gestellt als Voraussetzung und Chance, bis ins hohe Alter lernfähig zu bleiben.

Als ebenso korrekturbedürftig hat sich die klassische Aufteilung der Lebensalter in Kindheit, Jugend, Erwachsenenstatus und Senium herausgestellt. Heute tritt zwischen die Zeit der Jugend und die des verantwortlichen Erwerbs- und Familienlebens eine postadoleszente Phase und nach der Erwerbs- und Familienphase ein „zweiter Aufbruch“, meist als drittes Lebensalter bezeichnet. Erst danach folgt das vierte Lebensalter, das häufig mit körperlichen Krankheiten und Einschränkungen sowie anderen Verlusterlebnissen einhergeht. Anders als es frühere Betrachtungen nahe legten, ist das Alter keine Restzeit, kein „Lebensabend“, sondern eine eigenständige Lebensspanne von 20 oder mehr Jahren mit spezifischen Ressourcen und Entwicklungsaufgaben.

Kritische Lebensereignisse, mit denen sich der Mensch in der dritten Phase auseinander zu setzen hat, sind der Übergang vom Berufsleben ins Rentenalter,

die Entwicklung einer Altersidentität, das Nachlassen der Attraktivität, die auch in diesem Alter noch zunehmenden Partnertrennungen und Scheidungen und die Auseinandersetzung mit beginnenden körperlichen Einschränkungen und Krankheiten (Nachlassen der Sinneswahrnehmungen, degenerative Gelenkbeschwerden, Gefäßprozesse, Geschwulsterkrankungen etc.). Einen Risikofaktor für erhöhte Morbidität und Mortalität stellt die soziale Isolation dar, die durch vielleicht schon lebenslang bestehende sozioemotionale Defizite mitbedingt sein kann, jetzt aber durch den Wegfall des kollegialen beruflichen Umfeldes, Auszug der Kinder oder Verlust des Partners erst verstärkt wahrgenommen wird.

Problematisch ist vielfach die Situation älterer Arbeitnehmer. Sie sind oft mit neuen Techniken konfrontiert, mit beschleunigten Arbeitsprozessen und erhöhten inhaltlichen Anforderungen. Alte Arbeitstugenden wie Gewissenhaftigkeit, Gründlichkeit und Verlässlichkeit scheinen häufig der geforderten Flexibilität und Anpassung entgegenzustehen. In dieser Situation erleben die (in der Regel höher entlohnten) älteren Mitarbeiter immer wieder unduldsame Vorgesetzte oder neidische jüngere Kollegen. Die Bewältigung solcher interpersoneller Probleme im Beruf belastet ältere Mitarbeiter. Derzeit scheint es jedoch keine Lösung außer Durchhalten zu geben. Der Arbeitsmarkt ist für ältere Arbeitnehmer fast chancenlos und die Förderungen durch die Arbeitsagenturen, die neben den Forderungen angepriesen werden, lassen auf sich warten. Der ältere Arbeitnehmer hält durch und überfordert sich häufig, da er es sich nicht leisten kann oder will, als Arbeitsloser ohne Perspektive einer möglichen Verarmung entgegenzusehen.

Im vierten Lebensalter stehen Kumulation oder Progredienz von Krankheiten, Beschwerden und Störungen, zunehmende Funktionseinschränkungen, die Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Lebens, mit dem Sterben und dem Tod im Mittelpunkt. Auch die Erkrankung oder der Tod vom Partner, von Angehörigen oder von Freunden und Bekannten kann eine zentrale Rolle spielen.

Fraglos hat sich der Gesundheitszustand älterer Menschen in den letzten zwei Jahrzehnten insgesamt deutlich gebessert, wobei jedoch große interindividuelle

Unterschiede bestehen. Auf der einen Seite gibt es zunehmend die fitten neuen „jungen Alten“, die auf dem Hintergrund guter sozioökonomischer Verhältnisse gesundheitsbewusst leben und die Chancen der medizinischen, psychologischen, kulturellen Angebote der Gesellschaft nutzen. Auf der anderen Seite stehen teilweise lebenslang benachteiligte oder behinderte, psychosozial gefährdete und multimorbid beeinträchtigte Menschen.

Die Ursachen psychischer bzw. psychosomatischer Krankheit/Gesundheit sind multifaktoriell: auf organischer Ebene sind biologische Alterungsprozesse, körperliche Erkrankungen, demenzielle Entwicklungen, Nebenwirkungen bzw. Übergebrauch von Medikamenten und Mangelernährung zu berücksichtigen. Auf der psychischen Ebene sind motivationale Faktoren, kognitive Verarbeitungsmuster, der psychophysische Trainingszustand, die Art der Krankheitsbewältigung sowie überdauernde Verhaltensstörungen und Persönlichkeitszüge zu beachten. Psychosoziale Faktoren können das Fehlen eines sozialen Netzes, interpersonelle Kompetenzdefizite, eingeschränkte Kommunikationsfähigkeiten, Sinnkrisen, Vereinsamung und Verbitterung sein. Letztlich spielen kontextuelle gesellschaftliche Gesichtspunkte eine Rolle wie der sozioökonomische Status, Wohnverhältnisse, Ernährung, Einsatz von Hilfsmitteln, die Verfügbarkeit kultureller Angebote sowie ökologische Umgebungsfaktoren.

Aufgrund der wachsenden Zahl älterer Arbeitnehmer in der Rehabilitation und der mit diesen gewonnenen Therapieerfahrungen hat sich die Psychosomatische Fachklinik Bad Dürkheim seit einigen Jahren mit dem Problem einer auf Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin basierenden Psychotherapie älterer Menschen auseinandergesetzt und hat für diese Patientengruppe ein erweitertes und spezifisches Therapieangebot entwickelt. Bewährt hat sich dabei insbesondere ein indikatives Gruppenkonzept zur Bearbeitung altersspezifischer Probleme.

## II. *Indikation zur stationären Behandlung*

Die Indikation zur stationären oder tagesklinischen Behandlung mit engmaschiger Einzel- und Gruppentherapie und dem multimodalen Angebot aus verschiedenen unterstützenden Therapiebereichen besteht bei ausgeprägter psychischer und/oder psychosomatischer Symptomatik, bei der Exazerbation chronischer psychischer Erkrankungen, bei ausgeprägter somatischer Komorbidität, vor allem aber bei gravierenden Krankheitsfolgen wie langjähriger Chronifizierung, sozialer Isolation oder Rückzugs- und Vermeidungsverhalten, das durch ambulante Therapie nicht durchbrochen werden kann, sowie bei anhaltenden familiären oder beruflichen Konflikten, die eine Herausnahme der Patienten aus dem Alltag nahe legen.

Das Diagnosespektrum ältere Patientinnen und Patienten in der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim setzt sich wie folgt zusammen:

### **Indikationen:**

- Affektive Störungen, insbes. Depressive Erkrankungen
- Anpassungsstörungen, Reaktionen auf Belastungen
- Angst- und Zwangsstörungen
- Somatoforme Störungen, incl. chronische Schmerzkrankheiten
- Essstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Fehlverarbeitung körperlicher Erkrankungen: z. B. Hypertonie, Diabetes mellitus, M. Parkinson, Alterstremor, Restless legs-Syndrom etc.
- Leichte kognitive Störungen

Der subjektive Leidensdruck der Kranken bezieht sich dabei auf Beschwerden und Symptome im Zusammenhang mit Konfliktsituationen und Problemfeldern wie den folgenden:

#### Problembereiche:

- Schlafstörungen, Antriebsstörungen, sozialer Rückzug, Stimmungsschwankungen, eingegengtes Denken, Anhedonie
- Versagensängste, Selbstwertprobleme im Alter
- Probleme bei der Verarbeitung von Krankheiten und Funktionseinbußen
- Vernachlässigung des Gesundheitsverhaltens
- Schwierigkeiten im Umgang mit der Sexualität
- Umgang mit familiären Belastungen, Partnerverlust bzw. Verlust nahestehender Personen
- Überforderung durch pflegebedürftige greise Eltern oder Schwiegereltern
- Finanzielle Sorgen, Bedrohung durch Altersarmut
- Stressbedingte oder interaktionelle Probleme älterer Arbeitnehmer
- Angst um Arbeitsplatz bzw. emotionale Reaktion auf Verlust desselben
- Einschränkung des alltäglichen Handlungsspielraums durch Phobien oder generalisierte Ängste
- Vereinsamung, soziale Isolation
- Körperliche Beschwerden, die psychisch begründbar sind und/oder von psychosozialen Faktoren aufrechterhalten werden
- Unkritischer Umgang mit Medikamenten
- Probleme im Umgang mit Kindern und Enkelkindern (Nähe und Distanz, Klammern, Bevormundung, Akzeptanz)
- Problematischer Übergang in den Ruhestand, Inaktivität infolge Entpflichtung, Mangel an Aufgaben und Zielsetzungen
- Entwurzelung durch Umzug in kleinere Wohnung, Seniorenheim etc.
- Verlust von Lebenssinn, Verlust von Ansehen und Gestaltungsspielräumen, Verbitterung

Als offene Rehabilitationsklinik können wir bei folgenden Konstellationen kein Behandlungsangebot machen:

**Kontraindikationen:**

- Akute Suizidgefährdung
- Pflegebedürftigkeit
- Mobilitätseinschränkungen, die eine selbständige Versorgung im Klinikalltag verhindern
- Patienten mit hirnorganischen Kompetenzeinbußen wie Orientierungsstörungen, kognitiven und mnestischen Funktionsdefiziten und schweren Unruhe- bzw. Erregungszuständen
- Patienten mit manifesten Suchtkrankheiten
- Patienten, die primär einer stationären somatomedizinischen Behandlung bedürfen

### *III. Grundlegende therapeutische Prinzipien und Behandlungsziele*

In der allgemeinmedizinischen Versorgung älterer Patienten besteht die Neigung, auch für psychosomatische und psychische Symptome ein körperliches Substrat anzunehmen und vorwiegend medikamentös zu behandeln. Dabei spielen nicht nur defizitorientierte Modelle (unabänderlicher körperlicher und hirnorganischer Abbau) eine Rolle, sondern auch gesellschaftliche Erwartungen (zunehmende Unselbstständigkeit im Alter und entsprechende Versorgung), die nicht zuletzt von Patienten und ihren Angehörigen vertreten werden. So kommt es häufig zu wiederholten Arztbesuchen, Kurzgesprächen und Verordnungen, die der Patient als Zuwendung erlebt und als notwendige Maßnahmen zur Linderung seiner Beschwerden wertet. Es entsteht unter Umständen der bereits für die Psychiatrie beschriebene Drehtüreffekt, in diesem Falle vorwiegend beim Hausarzt bzw. in Form akutmedizinischer Krankenhausaufnahmen.

Das Ziel einer stationären Rehabilitation älterer Menschen muss deshalb das Hinterfragen passiver Erwartungen und eindimensionaler Erklärungsmodelle sein. Ältere Menschen unterschätzen selbst oft ihre Flexibilität und ihre durchaus vorhandene Lernfähigkeit. Wie auch sonst in der Psychosomatik und Verhaltensmedizin erfordert die multifaktorielle Bedingtheit der Störungen und die Komplexität der Krankheitsfolgen Interventionen auf der somatischen, der psychologischen und der sozialen Ebene. Es gilt, die Patienten zu einem angemessenen Umgang mit den Gebrechen, Verlusten, Krisen und Konflikten des Alters anzuleiten.

Die psychosomatischen und psychischen Störungen im Alter sind vielfältig: affektive Störungen, Anpassungsstörungen und Belastungsreaktionen, Angststörungen, somatoforme Störungen und die Fehlverarbeitung körperlicher Erkrankungen und Einschränkungen stehen im Vordergrund. Das nosologische Spektrum unterscheidet sich nur wenig von den entsprechenden Diagnosen des jüngeren Erwachsenenalters. Es gibt aber durchaus spezifische Ausprägungen von depressiven Syndromen oder Traumafolgestörungen bei älteren Patienten

sowie Besonderheiten hinsichtlich der Hintergrundprobleme, der Relevanz biografischer Ereignisse, der aktuellen Auslöser, der gegenwärtigen Lebenssituation und der zeitgeschichtlichen Einflüsse, die es zu berücksichtigen gilt. Nicht selten misslingt es Menschen, ihren Ruhezustand zu genießen, sich Zeit für Hobbies, Genuss und Selbstfürsorge zu nehmen, weil beispielsweise ihr Wertekanon zu einseitig auf Leistung ausgerichtet war oder weil verstärkt Erinnerungen auftauchen, die mit negativen Gedanken und Gefühlen einhergehen und die Lebensfreude nachhaltig beeinträchtigen.

Wir bieten deshalb ein lerntheoretisch begründetes multimodales Behandlungskonzept für ältere Menschen an, in dem verbale Psychotherapie (Einzeltherapie, Partner- und Familiengespräche, verschiedene Gruppentherapien), Psychoedukation, übende und aktivierende Verfahren (Soziales Kompetenztraining, Entspannungsmethoden, Biofeedback), Sozialberatung, Ergo- und Sporttherapie, Krankengymnastik, Balneotherapie und Ernährungsberatung sowie die fachkundige medizinische Betreuung individuell kombiniert werden. Das Konzept fördert sowohl den Erfahrungsaustausch, das interpersonelle Problemlösen und die gegenseitige Solidarität in der altershomogenen Gruppe (wobei insbesondere die Lernsituation älterer Menschen berücksichtigt wird). Hilfreich ist aber auch die Möglichkeit zum Dialog zwischen den Generationen in anderen Therapiegruppen und bei informellen Kontakten in der Klinik.

Über die störungsspezifischen Zielsetzungen hinaus (z. B. Depressions-, Angst- und Zwangsbewältigung, Normalisierung des Essverhaltens, Schmerzbewältigung, Aufbau von Gesundheitsverhalten usw.) werden Behandlungsziele, die sich vom Lebensalter herleiten, verfolgt: Verarbeitung von Verlusten, Auseinandersetzung mit dem Altern und der Endlichkeit des Lebens, angemessener Umgang mit Krankheiten und Funktionseinbußen, Überwindung von Einsamkeit, Resignation und sozialem Rückzug, Förderung von Selbständigkeit und Eigenverantwortung, Verbesserung der Lebensqualität im Alter („Lebenskunst“), Ressourcen(re)aktivierung, Steigerung der Vitalität und Lebensfreude, der Genussfähigkeit (was den angst- und vorurteilsfreien Umgang mit sexuellen Bedürfnissen einschließt) und der Geselligkeit. Die wertschätzende Würdigung

der Lebensleistung der Patienten ist ebenso wichtig wie die Herstellung eines realistischen Gegenwartbezugs als autonomes, selbstbewusstes Mitglied des Gemeinwesens.

#### Therapieziele:

- Wissensvermittlung zu Entstehung und Bewältigung der vorliegenden psychischen oder psychosomatischen Störungen
- Angemessener Umgang mit Krankheiten bzw. Funktionseinbußen und Entwicklung kompensatorischer Fähigkeiten (Coping-Strategien)
- Förderung der körperlichen und mentalen Leistungsfähigkeit
- Verbesserung von Genussfähigkeit, Lebensfreude und Selbstachtung
- Training sozialer Kompetenzen, Förderung von Solidarität und Geselligkeit
- Verbesserung der Problem- und Konfliktlösefertigkeiten
- Wiederbelebung brachliegender Ressourcen, Offenheit für neue Erfahrungen
- Versöhnung mit der eigenen Biografie, Selbstwertstabilisierung und Ermutigung zur aktiven und eigenverantwortlichen Gestaltung von Gegenwart und Zukunft

## IV. *Das multimodale Therapieangebot*

In der Einzeltherapie beim ärztlichen oder psychologischen Bezugstherapeuten wird mit den Patienten auf der Grundlage der klinischen und umfangreichen testpsychologischen Diagnostik ein biopsychosoziales Krankheitsmodell entwickelt und unter Einbeziehung der entsprechenden altersspezifischen Problemfelder und einer altersgemäßen Modifikation der therapeutischen Techniken bearbeitet. Hierzu gehören einerseits – im Sinne einer Anpassung an mögliche kognitive Einschränkungen – ein langsames, bewältigungsorientiertes Vorgehen, die Fokussierung auf zentrale Inhalte und Zusammenhänge, Wiederholungen, die Ansprache verschiedener Sinne durch diverse Medien sowie Gedächtnishilfen und Strategien für den Aufmerksamkeitserhalt während der Sitzungen. Andererseits gilt es aber auch, z. B. bei der gemeinsamen Definition von Problemen und Zielen die Ressourcen, Kompetenzen und Erfahrungen älterer Patienten zu würdigen und zu nutzen. Die Erkenntnis- und Übungsmöglichkeiten der anderen Therapiebereiche integrierend, werden die Modelle und allgemeinen Bewältigungsstrategien auf die spezifische Problematik der Patienten hin operationalisiert und angewandt.

Ergänzt wird die Einzeltherapie durch eine altershomogene gegenwarts- und lösungsorientierte **Therapiegruppe (PLG „2. Lebenshälfte“)**. PatientInnen ab dem 57. Lebensjahr mit unterschiedlichen psychischen oder psychosomatischen Störungen und unterschiedlichen Problembereichen treffen sich zweimal in der Woche zu den 90-minütigen Gruppensitzungen. Sie lernen, über ihre Probleme, Sorgen und ungelösten Fragen zunehmend offen zu sprechen, und erleben, dass sie auch mit ihren Schwächen und in ihren schwierigen Lebenssituationen ernstgenommen und wertgeschätzt werden. Im Laufe des Gruppenprozesses erleben sie, dass sie mit ihren Beschwerden und Konflikten nicht allein sind, und sind schließlich in der Lage, ihre Problematik, die sie im Alltag häufig verschweigen, besser einzuschätzen, anzunehmen und zu kommunizieren. Durch Rückmeldungsprozesse merken sie, dass sie trotz ihrer Schwächen angenommen werden und bekommen häufig Stärken gespiegelt, die sie in ihrer Angst oder Depression nicht mehr wahrnehmen konnten. Ihr

zuvor geknicktes Selbstwertgefühl kann wieder aufblühen. Häufig werden Patienten auch durch die Reaktion der Mitpatienten in der Gruppe problematischer Eigenanteile gewahrt, die am Scheitern von Beziehungen in Beruf oder Familie beteiligt waren. Sie werden dadurch ermutigt, im toleranten Übungsraum der Gruppe neues Verhalten zu wagen.

In ausführlicheren Einzelarbeiten in der Gruppe wenden sich die Gruppenmitglieder intensiv einem Patienten, dessen Lebenssituation und Problematik zu und unterstützen ihn bei der Lösungssuche. Diese Form der Arbeit betrifft häufig den Bereich der Partnerschaft, der Kinder, der Herkunftsfamilie, einer problematischen Arbeitssituation oder einer Trauersituation. In Gruppengesprächen werden aber auch allgemeine Problemfelder, die die Gruppenmitglieder mehr oder weniger betreffen, angesprochen. Solche Themen können Aufklärung über und Umgang mit körperlichen oder seelischen Veränderungen und Krankheiten sein oder die psychosozialen Auswirkungen des Älterwerdens betreffen. Häufig thematisieren Patienten gesellschaftliche oder wirtschaftliche Veränderungen und die dafür notwendigen Anpassungsschritte sowie alterstypische familiäre Beziehungsprobleme wie beispielsweise Verkleinerung der Kernfamilie durch Auszug der Kinder, Pflegebedürftigkeit alter Eltern, Ruhestand des Partners u. ä.

Entsprechend ihrer spezifischen psychischen oder psychosomatischen Störungen nehmen die Patienten an unseren **Basisgruppen** (soziales Kompetenztraining, Psychosomatikgruppe, Entspannungstraining) und an **störungsspezifischen Gruppen** (Angstbewältigungsgruppe, Schmerzgruppe, Depressionsgruppe, Persönlichkeitsstörungsgruppe, Frauengruppe, Adipositasgruppe etc.) teil.

**Sporttherapeutische, krankengymnastische und ergotherapeutische Angebote** zielen auf den Erhalt, die Wiedergewinnung oder insgesamt die Förderung körperlicher, manueller, kreativer sowie kognitiver Funktionen. Sie sollen Anregung für eine gesundheitsorientierte Aktivierung geben, Kontakt und Sozialverhalten fördern, Selbstwirksamkeitserfahrungen unterstützen und Genussaspekte vermitteln.

**Psychoedukative** Anteile der individuellen Therapiepläne können beispielsweise auch Diätberatung und Gesundheitstrainingsmaßnahmen wie das Raucherentwöhnungstraining darstellen.

Die **Soziotherapie** kann Beratung und Unterstützung hinsichtlich arbeitsplatzbezogener Probleme oder in Rentenangelegenheiten leisten und kann externe Belastungserprobungen organisieren, wenn es um die Wiedereingliederung älterer Arbeitnehmer geht.

Zusätzlich hat jeder Patient neben seinem Bezugstherapeuten als ständigen Ansprechpartner eine/n **Co-Therapeutin/en**, die neben pflegerischen Aufgaben vor allem Hilfe bei der Tagesstrukturierung und Begleitung bei Verhaltensübungen anbieten. Nachtwachen und ärztlicher Bereitschaftsdienst sind jederzeit in der Lage, psychische (z.B. emotionale Reaktionen nach belastenden Sitzungen) oder körperliche Krisensituationen aufzufangen.

Über das eigentliche Therapieprogramm hinaus ist die **therapeutische Gemeinschaft** in der vollstationären Behandlung mit ihren Möglichkeiten zu geselligem Handeln, zum vertiefenden Gespräch, zur Übung neuer Verhaltensweisen, zum Perspektivewechsel ein wichtiger Wirkfaktor. Entsprechende **Freizeitaktivitäten** werden von uns angeboten (z. B. geführte Wanderungen, Tagesausflüge, Freizeitsport in Turnhalle und Schwimmbad, Singstunde u. ä.) bzw. angeregt (Gesellschaftsspiele, Tanzen, Handarbeitskreis, gemeinsames Kochen, Nutzung von Kegelbahn, Billardtisch, Klavierzimmer, Patientenbibliothek, Internetzugang etc.).

Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer beträgt fünf bis sieben Wochen. Kostenträger sind die Rentenversicherungsträger (bei noch erwerbstätigen Patienten) bzw. die Krankenkassen oder Private Krankenversicherungen.

## Die Therapiebausteine im Überblick

### 1. Spezifische Inhalte/Methoden der gerontopsycho-therapeutischen Arbeit:

#### A. Einzeltherapie durch Bezugstherapeuten, Unterstützung durch Co-Therapie

- Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung
- Bearbeitung der individuellen Problemfelder
- Vertiefung der biopsychosozialen Sichtweise
- kognitive Umstrukturierung
- Anleitung zu Verhaltensübungen und Belastungserprobungen
- Selbstwertstabilisierung; Ermutigungsstrategien
- Wiedererwerb von Vertrauen in die körperliche, psychische und soziale Funktionstüchtigkeit
- Bearbeitung von Traumata
- Bearbeitung sexueller Probleme
- Einbeziehung von Partner/Familie
- Integration der Einsichten und Änderungsanregungen aus den Funktionsbereichen

## B. Therapiegruppe für Patienten in höherem Lebensalter

- halboffene Gruppe mit max. 10 Teilnehmern
- problemorientiertes, zieloffenes Vorgehen mit aktivierenden und psychoedukativen Elementen
- Einzelarbeit i. d. Gruppe, wechselseitiger Austausch über individuelle Erfahrungen
- Thematische Module:
  - psychische und physische Veränderungen im Alter
  - Bewältigung von Krankheit und Funktionseinbußen
  - Umgang mit Medikamenten
  - Gesundheitsverhalten und Hilfe zur Selbsthilfe
  - Probleme mit Partnern, Kindern, Enkeln bzw. mit der Herkunftsfamilie
  - Soziales Netz und soziale Kompetenz
  - Interaktionelle und Stressbewältigungsprobleme
  - Würdigung der Lebensleistung
  - Sinnfindung im Alter
  - Umgang mit Verlusten und Trauer

## Die Therapiebausteine im Überblick

### 2. Fakultative Therapiebausteine:

(Einsatz entsprechend dem Störungsbild und der individuellen Problematik)

#### A. Standardgruppen:

Psychosomatikgruppe, Soziales Kompetenztraining, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen, Achtsamkeitsgruppe.

#### B. Störungsspezifische Gruppen:

Angstgruppe, Depressionsgruppe, Schmerzgruppe, Persönlichkeitsstile, Frauengruppe, Essstörungen, Adipositasgruppe.

#### C. Soziotherapie:

Beratung bei Arbeitsplatzproblemen, Organisation externer Belastungstrainings, Unterstützung bei Problemen mit Finanzen oder Wohnverhältnissen

#### D. Ergotherapie:

Gestaltungstherapie, Ergotherapeutische Werkstätten, PC-Training, Hirnleistungstraining, Gruppe Aktivität und Genuss, Feldenkraisgruppe, Hilfsmittelberatung

#### **E. Sporttherapie:**

Fit up-Sport, Adipositasport, Ergometertraining, Walking, Herzgruppe, Rückenschule, Wassergymnastik im Thermalbad, Anfängerschwimmkurs, Freizeitsport, Gruppe „Achtsam in den Tag“

#### **F. Krankengymnastik, Physiotherapie, Balneotherapie:**

Krankengymnastische Einzelbehandlung und Übungsgruppe, Medizinische Trainingstherapie, Beckenbodengymnastik, Atemgruppe, propriozeptives Training als Sturzprophylaxe; Massagen, Packungen, Lymphdrainage, Kneippanwendungen, Wannenbäder etc.

## V. *Literatur*

Adler, G. (2005). Verhaltens-Einzelspsychotherapie von Depressionen im Alter (VEDIA), Stuttgart: Schattauer.

Haag, G., Bayen, U. (1995). Erkrankungen im Alter. In: Petermann, F. (Hrsg.). Verhaltensmedizin in der Rehabilitation. Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M. (1997). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter. In: Radebold, H. et al (Hrsg.). Depressionen im Alter. Darmstadt: Steinkopf.

Heuft, G. (1999). Gerontopsychosomatik – ein Konzept wird zehn Jahre alt. Zsch. psychosom. Medizin 45, 201 – 208.

Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H. (Hrsg.) (2000). Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München: Reinhardt.

Hirsch, R. (1999). Lernen ist immer möglich. Verhaltenstherapie mit Älteren. München: Reinhardt.

Jeschke, D., Zeilberger, K. (2004). Altern und körperliche Aktivität. Dt. Ärztebl. 101, 652 – 660

Lalive d'Epinay, C. et al (1999). Zur psychischen und somatischen Situation älterer Menschen – Veränderungen im Verlauf von 1979 bis 1994 an zwei repräsentativen Schweizer Stichproben. Zsch. psychosom. Med. 45, 209 – 217.

Maercker, A. (Hrsg.) (2002). Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin: Springer.

Maercker, A. (2003). Alterspsychotherapie – Aktuelle Konzepte und Therapieaspekte. Psychotherapeut 48, 132 – 149.

Oswald, W. D., Gunzelmann, T. (1995). Kompetenztraining – Ein Programm für Seniorengruppen. Göttingen: Hogrefe.

Radebold, H., (1996). Psychosomatische Sicht Alternder. In: von Uexküll, T. (Hrsg.). Psychosomatische Medizin. 5. Aufl., München: Urban & Schwarzenberg.

Schneider, G. et al (1999). Risikofaktoren psychogener Erkrankungen im Alter. In Zsch. psychosom. Med. 45, 218 – 232.

Zank, S. (2002). Einstellungen alter Menschen zur Psychotherapie und Prädiktoren der Behandlungsbereitschaft bei Psychotherapeuten. Verhaltenstherapie u. Verhaltensmedizin 23, 181 – 193.

Zeiss, A. M. (2002). Sexuelle Dysfunktionen. In: Maercker, A. (Hrsg.). Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin: Springer.



## Anreise

### Mit der Bahn:

Ziel: Mannheim Hauptbahnhof, dann weiter mit der Rhein-Haardt-Bahn zum Bahnhof Bad Dürkheim.

### Mit dem PKW:

Nach Erreichen des Stadtgebietes Bad Dürkheim fahren Sie in westlicher Richtung (B37 nach Kaiserslautern) an der Saline und am Festplatz des Wurstmärktes vorbei und biegen direkt hinter dem Dürkheimer Riesenfass zweimal links in die verkehrsberuhigte Zone (Kurbrunnenstraße) ein. Nach 100 Metern stehen Sie vor dem Innenhof der Klinik, in und vor dem Sie Kurzzeitparkplätze zum Be- und Entladen vorfinden.



Erfüllt die  
Qualitätsgrundsätze der



*Psychosomatische Fachklinik  
Bad Dürkheim*

## Kontakt:

Wenden Sie sich bei allen Fragen zum Aufnahme-procedere oder bei Fragen zur Reha-Antragstellung an unsere Aufnahme-hotline:

fon: 0 63 22 934-240 oder 0 63 22 934-292

alternativ:

0 18 03 24 41 81-240\* oder 0 18 03 24 41 81-292\*

Fragen zum Therapie-konzept o.ä. richten Sie bitte an das Chef-arztsekretariat:

fon: 0 63 22 934-259 · fax: 0 63 22 934-266

### Postanschrift:

Psychosomatische Fachklinik  
Bad Dürkheim

Kurbrunnenstraße 12  
67098 Bad Dürkheim

fon: 0 63 22 934-0

oder 0 18 03 24 41 81-0\*

fax: 0 63 22 934-201

duerkheim@ahg.de  
www.ahg.de/duerkheim