

# **Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter**

**Martin Hautzinger**  
Eberhard Karls Universität Tübingen  
Psychologisches Institut  
*hautzinger@uni-tuebingen.de*

**„Jenseits der Siebzig ist  
alles Kummer und Sorge“**

Burton 1621

# Typische Beeinträchtigungen ab 75 J

- chronische körperliche Erkrankungen
- Multimorbidität
- Verluste wichtiger Bezugspersonen
- sensorische und motorische Einschränkungen
- hirnorganische Beeinträchtigungen und Erkrankungen
- Hilfsbedürftigkeit
- Pflegebedürftigkeit

Große interindividuelle Variabilität!!

# Verluste und (erforderliche) Verlustregulation

- Pensionierung, Ausscheiden aus Beruf
- Verluste im sozialen Netz
- körperliche, kognitive Einschränkungen
- Kumulationseffekte von Belastungen

# Funktionsverluste (Steinhagen-Thiessen et al.)

## Hilfebedürftig (70-84J.):

beim Einkaufen	19-27%
bei Transport	18-23%
beim Baden/Duschen	8-9%
beim Treppensteigen	3-8%
beim Spazierengehen	5-6%
beim Anziehen	3-5%
auf Toilette	1-2%

## Deutliche Sensorische Behinderung (70-84J.):

Sehen	19-21%
Hören	14-15%

# Gelingen der Verlustregulation

(Niederfranke et al.)

- **Pensionierung** (6 bzw. 18 Monate nach Eintritt):
  - negativ: 8-25%
  - neutral: 16-30%
  - positiv: 46-53%
- **Tod des Partners** (18 Monate nach Verlust):
  - unzufrieden: 14-19%
  - neutral: 36-42%
  - zufrieden: 39-50%

Bei Mehrheit stellt sich nach Verlust wieder tragfähige Lebenszufriedenheit ein!

# Nachdenken über Tod und Sterben

70 – 84 Jährige 3%

85 – 103 Jährige 9%

Die seltenste Kategorie unter 20 Vorgaben!

**Häufiges** Lebensinvestment:

Gesundheit

Wohlergehen von Angehörigen

Geistige Leistungsfähigkeit

**Seltenes** Lebensinvestment:

Tod/Sterben, Sexualität, Berufliche Tätigk.

# Bewältigungsstile im Alter (> 70J.)

(Staudinger et al.)

## Häufige

Vergleiche mit früher  
Wunsch nach Inform.  
Vergleich mit anderen

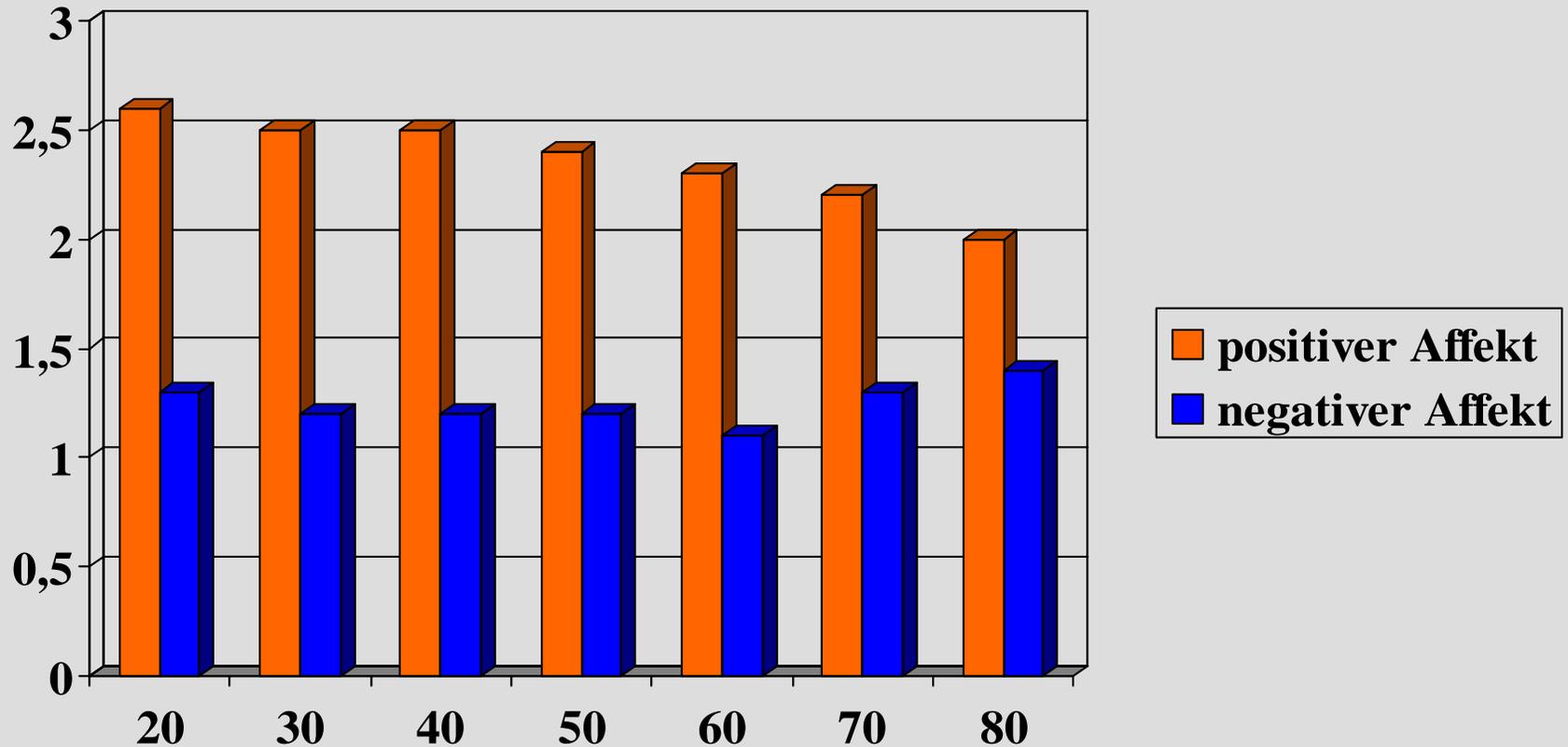
Erstnehmen  
Uminterpretieren

## Seltene

Verantwortung abgeben  
Sinnverlust konstatieren  
Laufen lassen

Externalisieren

# Positiver und negativer Affekt im Altersverlauf



Pos. Affekt eher situational, Neg. Affekt eher dispositionell

# Erfolgreich Altern

## 1. Selektion

Auswahl, Veränderung von Zielen, Ansprüchen, Erwartungen, Standards

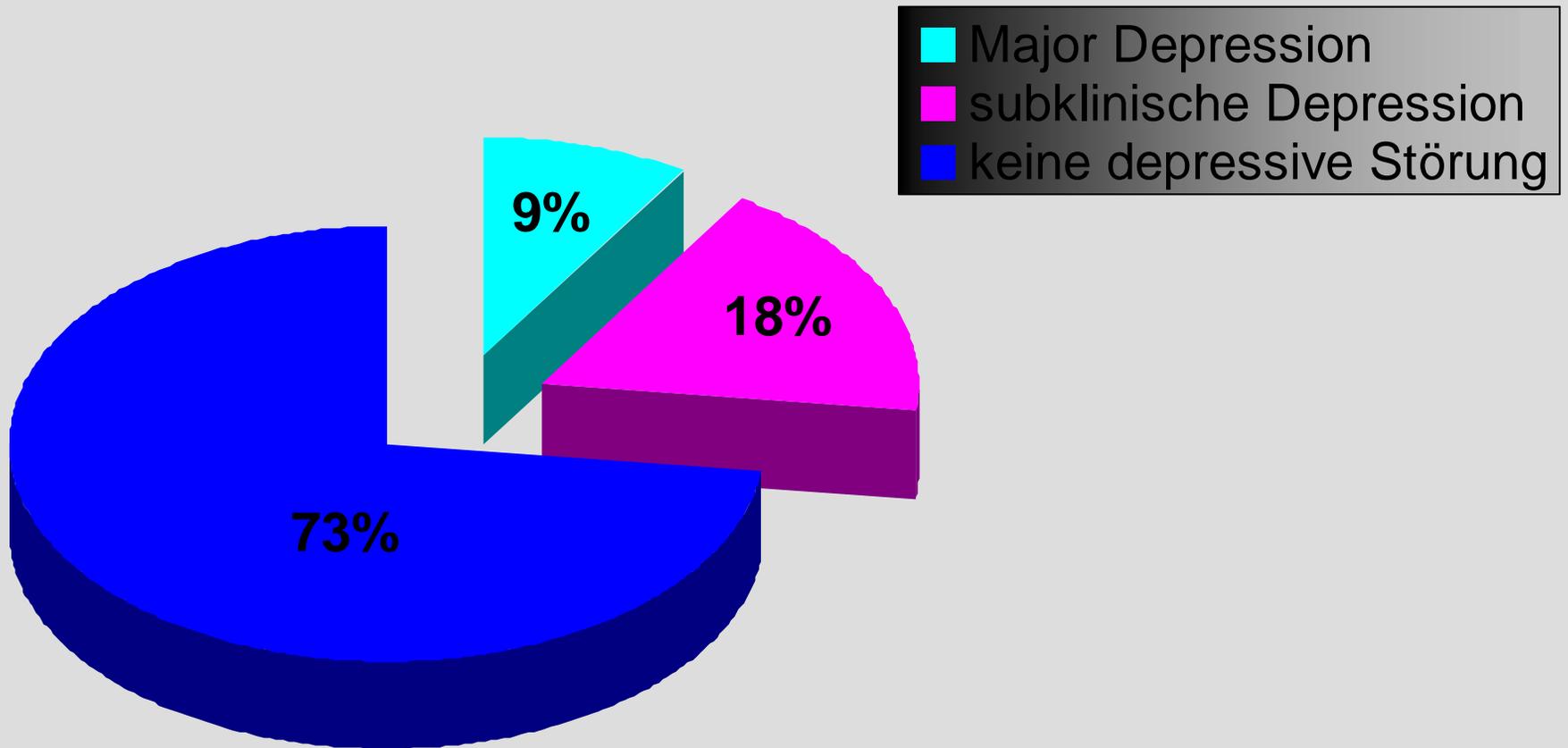
## 2. Optimierung

Stärkung und Nutzung vorhandener, verbliebener Ressourcen, Handlungsmitteln

## 3. Kompensation

Schaffung neuer Fertigkeiten, Training, Verhaltenslücken schließen

# Depression bei älteren Menschen



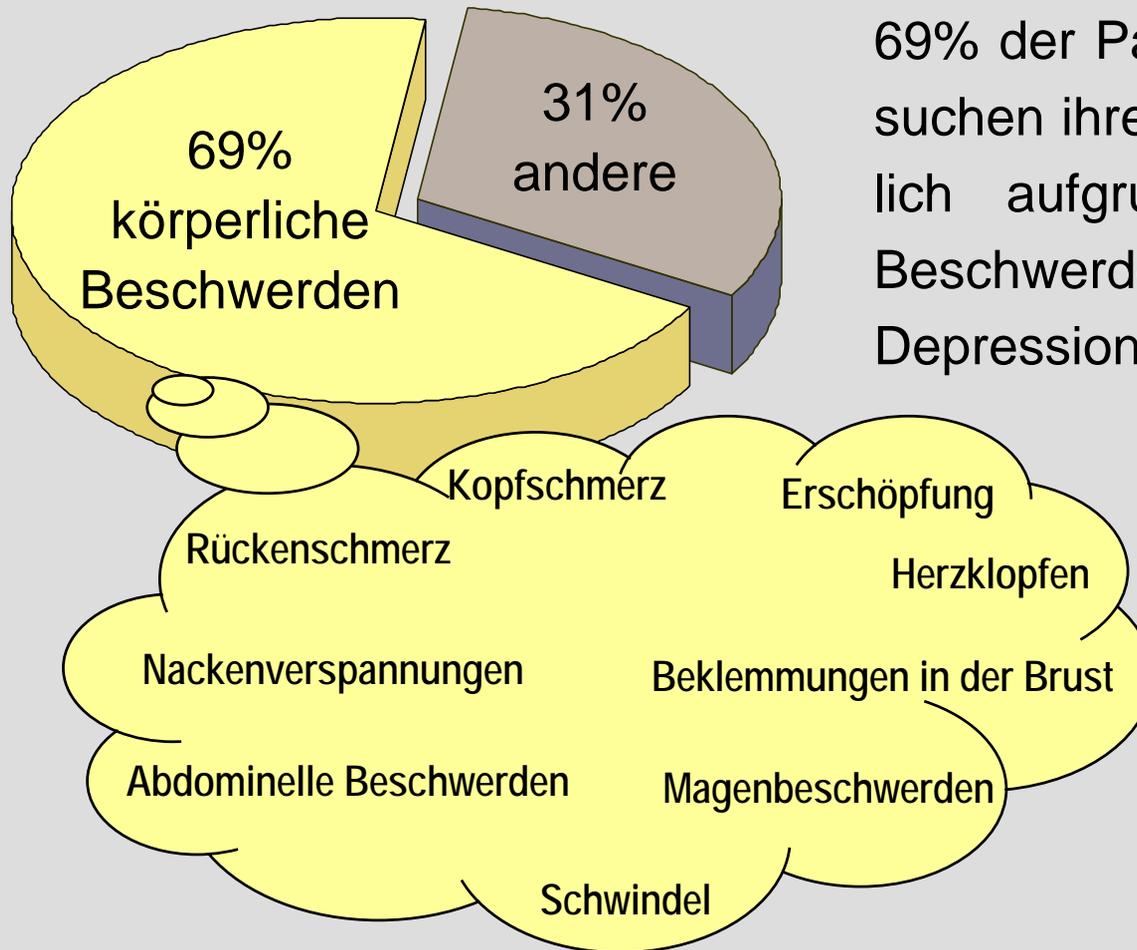
# **Prävalenz von Depression in der Berliner Altersstudie**

- 25,8% in der Gesamtgruppe  
„Hochbetagter“ (77 – 104 J.)
- 36,8 % in Gruppe mit Multimorbidität
- 14,1 % ohne körperl. Komorbidität
  
- 30-70% nach Schlaganfall
- 30-50% bei Morbus Parkinson

# Epidemiologie: Versorgung

- **69%** ohne angemessene Therapie
- **43%** ohne jegliche Hilfe
- von denen, die als „depressiv“ erkannt werden erhalten **38% keine** Behandlung

# Beschwerdeprofil von Depressionspatienten in der Hausarztpraxis



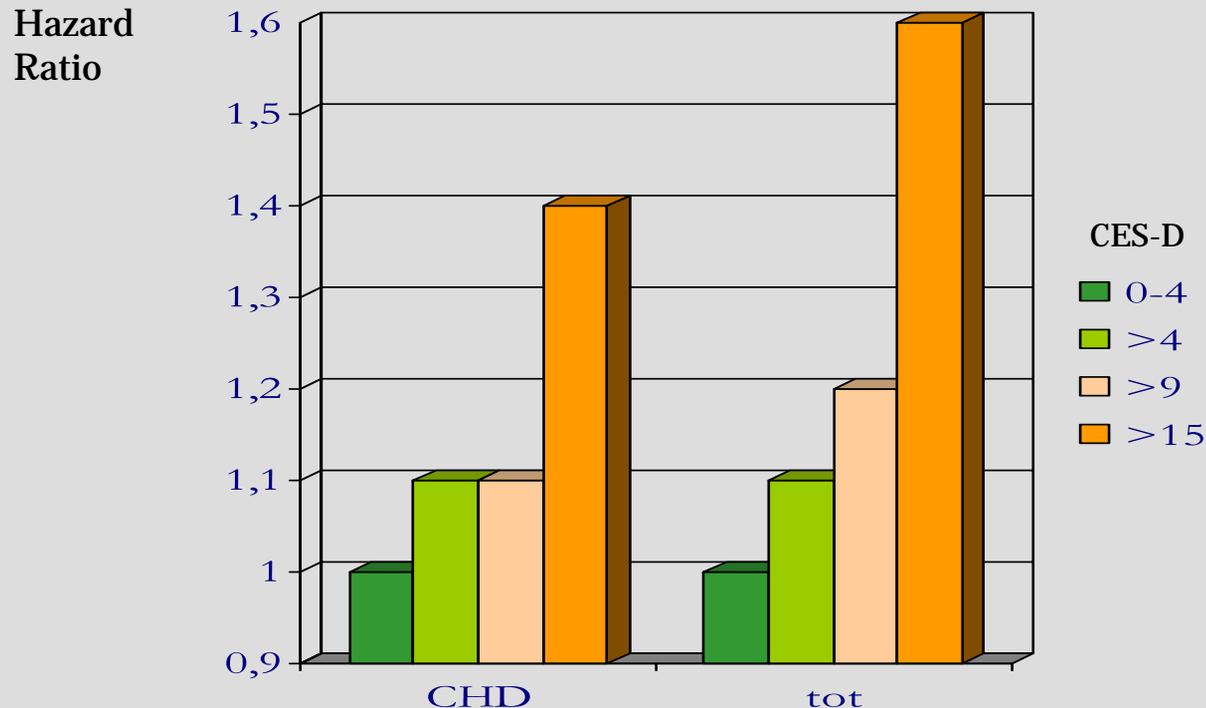
69% der Patienten mit Depression suchen ihren Hausarzt ausschließlich aufgrund von körperlichen Beschwerden im Rahmen der Depression auf

# **Folgen (unerkannter) Depression:**

- Fehlzeiten, Krankheitstage, Frühberentung
- Schwächung des Immunsystems mit Folgekrankheiten
- Hormonstörungen, Reproduktionsfähigkeit gestört
- Herz-Kreislauf Erkrankungen (Infarkttrisiko)
- soziale Isolation
- Erziehungs- und Partnerschaftskonflikte
- Einschränkung der Lebensqualität
- erhöhte Suizidrate
- erhöhte Mortalität

# Depression: Morbidity/Mortality

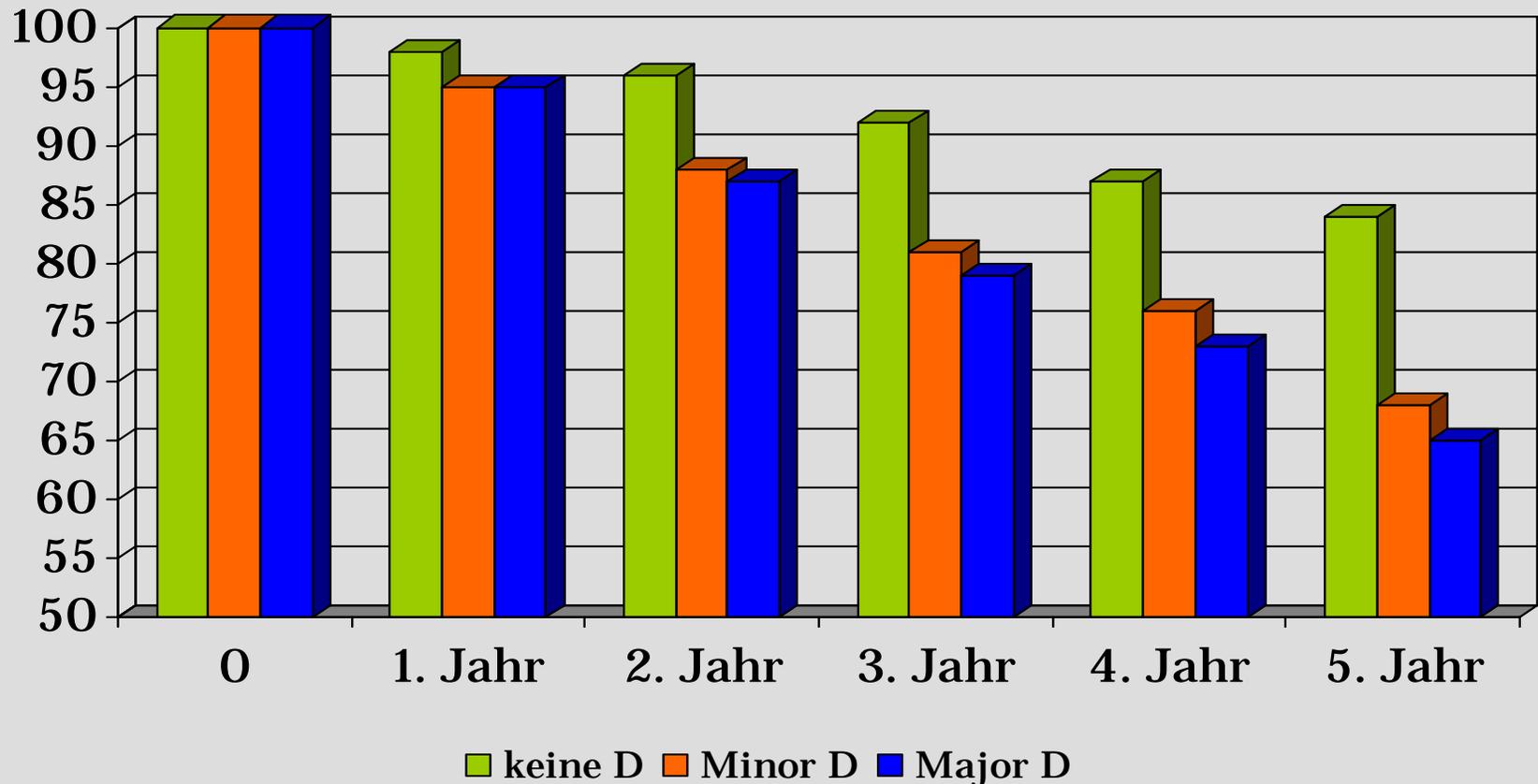
- Wulsin et al. 1999: Odd Ratio 1.7-2.7 bei Depression
- Vaillant 1998: Depressive Ss 45% tot/pflegebedürftig  
Nie-Depr. Ss 5% tot/pflegebedürftig
- Ariyo et al. 2000: Epidemiologische Studie (N=4493):



# Mortalität und Depression

(Männer: Minor D Risiko 1.80)

Survival x 100

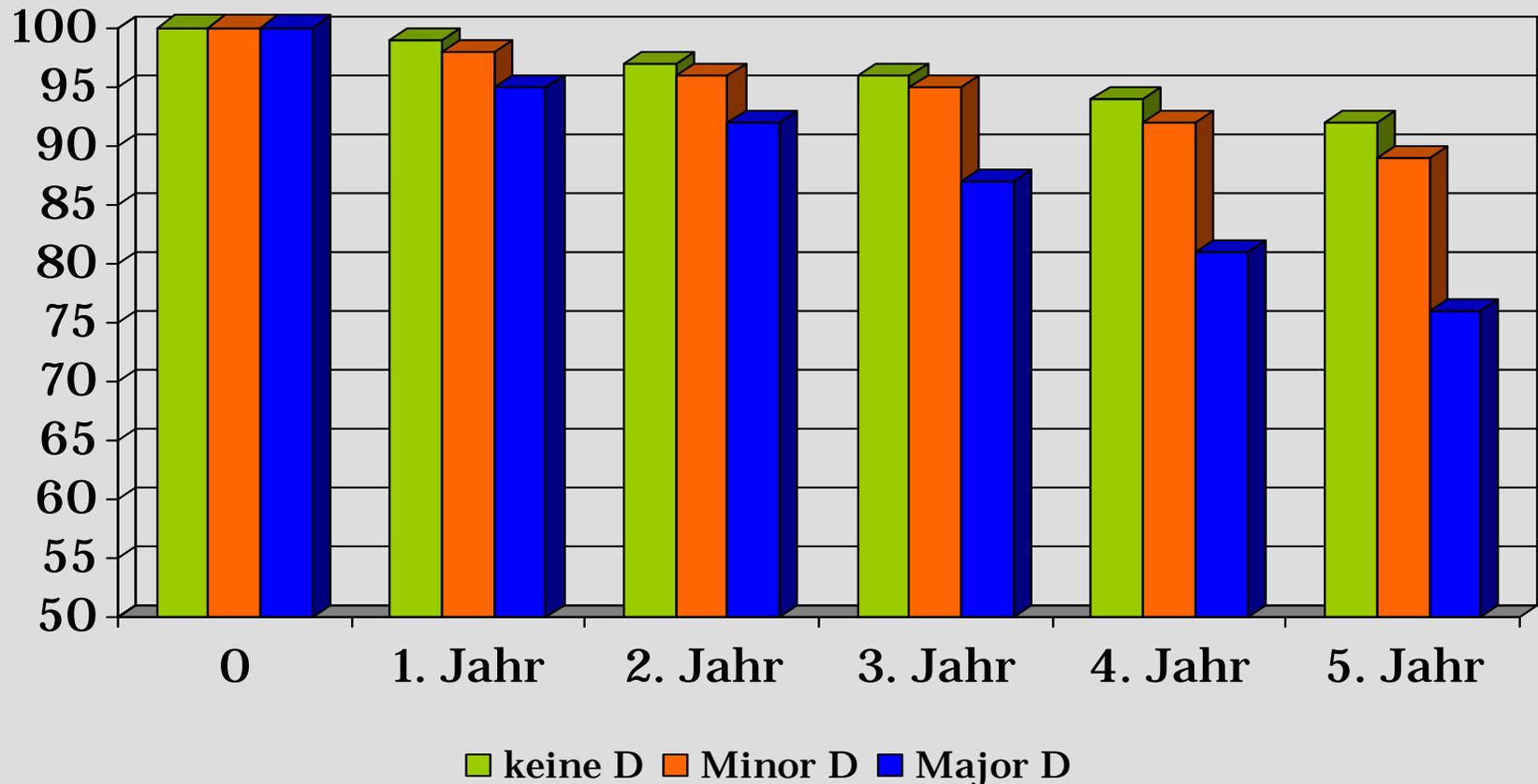


Penninx et al. 1999, N = 3056 zwischen 55 und 85 Jahre in den NL

# Mortalität und Depression

(Frauen: Major D Risiko 1.83 )

Survival x 100



Penninx et al. 1999, N = 3056 zwischen 55 und 85 Jahre in den NL

# **Depression und Suizidalität**

**10-15 % mit rezidivierender Depression versterben durch Suizid**

**20-60 % weisen einen Suizidversuch auf**

**40-70 % leiden an Suizidideen**

**bei 90 % der Suizide psychiatrische Erkrankung im Vorfeld, am häufigsten Depression (bis 70 %)**

# **Risikofaktoren → Altersdepressionen**

1. Frühere depressive Störungen/Symptome
2. Chronische körperliche Gebrechen bzw. Funktionsstörungen
3. Krankenhausaufenthalte, Operationen
4. Einnahme bestimmter Präparate
5. Verluste (Partner, Beruf, Aufgaben usw.)
6. Eingeschränkter Handlungsraum
7. Ressourcen- und Fertigkeitendefizite

# **Risikofaktoren → Altersdepressionen**

8. Rigidität, Inflexibilität, Perfektionismus, Fatalismus, Mißerfolgsorientierung
9. Keine alternativen Ziele, Interessen und Beschäftigungen
10. Fehlende Selektion, keine Anpassung von Zielen, überhöhte Ansprüche und Überforderung

# **Bedingungen depressiver Störungen im Alter**

1. Zunahme belastender, aversiver Erfahrungen
2. Abnahme und Defizite an positiven Erfahrungen
3. Soziale, körperliche, ökonomische Einschränkung
4. Verlust an Perspektiven und Funktionen
5. Unterbrechung von Handlungsplänen
6. Gleichförmige Stimulussituation, Abnutzung verbliebener Verstärker
7. Verarmung des sozialen Stütz- und Kontaktnetzes
8. Geringe, keine Kontrolle über Veränderungen

# **Folgen:**

Treffen diese Faktoren auf Personen, die aufgrund ihrer Lernerfahrungen, ihrer Lebensgeschichte, ihrer Sozialisation, Bildung, Persönlichkeit, ihrer Ressourcen und kognitiven Verarbeitungsmuster die erforderlichen Anpassungsleistungen nicht bewerkstelligen



**Depression**

# **Ziele für eine Therapie:**

- 1. Aufbau** von aktivem, nicht-depressivem Verhalten, positive Verstärkung verschaffen, Kontrolle ermöglichen.
- 2. Abbau** von passiven bzw. depressiven Verhaltensweisen

**Optimierung** vorhandener Möglichkeiten

# **Ziele für eine Therapie:**

**3. Überwindung** depressionsfördernder Bedingungen, wie Isolation, aversive Stimuli

**Optimierung** der Umwelt

# **Ziele für eine Therapie:**

**4. Korrektur** von Verhaltens- und Ressourcendefiziten, Aufbau von situationsangemessenem Verhalten und Handlungen

**Kompetenzen/Kompensation** fördern

# **Ziele für eine Therapie:**

- 5. Abbau und Ersatz** resignativer, starrer, wenig hilfreicher, blockierender Kognitionen und Haltungen
- 6. Hilfen** zur Veränderung von Ansprüchen, zur Akzeptanz von Tatsachen und zur Bewältigung von Vergangenem

Hilfen zur **Selektion**

# **Typische Maßnahmen....**

## **1. Passivität und Inaktivität überwinden**

- Beobachtung: Aktivitäten/Stimmung
- Steigerung angenehmer Aktivitäten
- Tages- und Wochenstrukturierung
- Reduktion aversiver Bedingungen,  
Pflichten, Strukturen

# **Typische Maßnahmen....**

## **2. Pessimistisches, negatives Denken reduzieren und überwinde**

- Unterbrechung von negativen Gedanken
- Steigerung hilfreicher, positiver Gedanken
- Erkennen, Hinterfragen und Korrigieren automatischer Gedanken
- Veränderung dysfunktionaler Einstellungen

# **Typische Maßnahmen....**

## **3. Sicherer und kompetenter werden**

- Überwindung von Fertigkeitendefiziten
- Einübung von neuem Verhalten
- Vermehrung/Verbesserung sozialer Kontakte
- Verbesserung der familiären Interaktion

# **Typische Maßnahmen....**

- 4. Reale Schwierigkeiten bewältigen  
(Einbezug lokaler Dienste und Services)**
- 5. Vergangenes besser bewältigen  
(Reminiszenz, Lebensrückblick)**
- 6. Akzeptanz von Alter und Älterwerden**

# **Probleme bei Psychotherapie für ältere Menschen**

- **Kommen selten von sich aus**
- **Nichtwissen bzw. Vorurteile**
- **Jüngere Therapeuten**
- **Soziale Isolation**

# **Rahmenbedingungen**

- Auf Ältere zugehen
- Keine „Psychogeschichten“
- Gruppe
- Materialien

# **DiA-Gruppenprogramm**

1. Begrüßung, Kennenlernen, Einführung, Erklärung, Zusammenhang Fühlen, Denken, Handeln, Hausaufgaben
2. Problemanalyse, Ziele formulieren, erneute Erklärung, Wiederholung, Hausaufgaben

# **DiA-Gruppenprogramm**

3. Angenehme Tätigkeiten, Tagesplan, Liste verstärkender Erfahrungen, Hausaufgaben
4. Planung angenehmer Aktivitäten, Pflichten und verstärkende Erfahrungen, Wochenplan
5. Angenehme Tätigkeiten und Kontrolle über Befinden, Tätigkeitsprotokoll, Hausaufgaben

# **DiA-Gruppenprogramm**

6. Gedanken und Befinden, Einfluß von Denken auf Stimmung, positive und negative Gedanken, Gedankenkontrollen, Steigerung konstruktiver Gedanken
7. Gedanken verändern lernen, EbG-Methode,  
Finden alternativer Kognitionen
8. Kognitive Umstrukturierung, weitere Übungen

# **DiA-Gruppenprogramm**

9. Auswertung der Tätigkeitsprotokolle, Stimmungs- und Tätigkeitskurven, kompetentes Verhalten und Stimmung, selbstsicheres Verhalten, Lücken im Verhalten erkennen
10. Rollenspiele und Verhaltensübungen zu Selbstbehauptung,
11. Rollenspiele und Verhaltensübungen zu Kontakte herstellen und aufrechterhalten

# **DiA-Gruppenprogramm**

12. Zeit nach Kursende, Rückschau, was hat geholfen, Zielerreichung und Fortschritte, Beibehaltung des Gelernten, Umgang mit Krisen, Notfallplanung

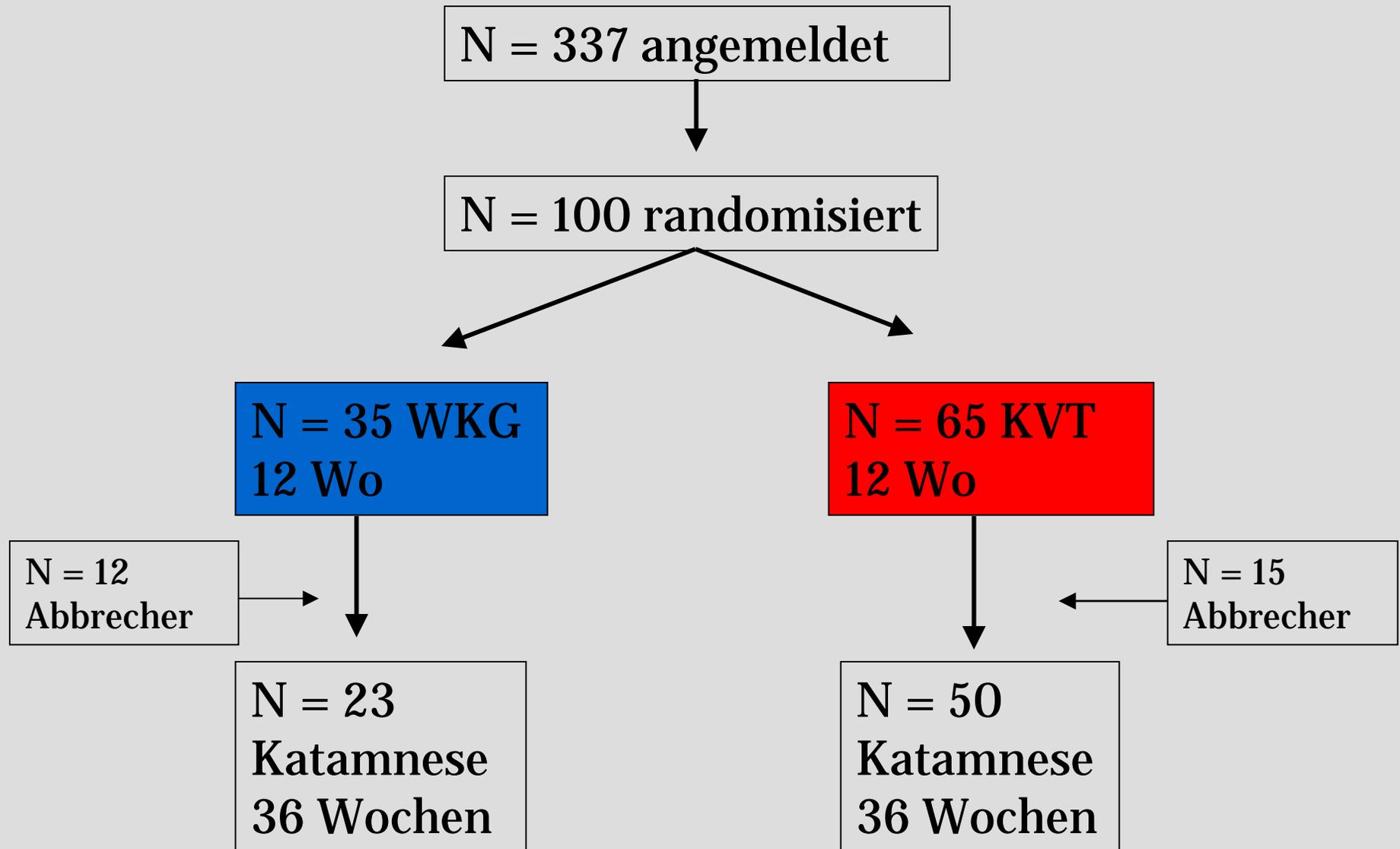
# DiA-Programm Varianten

- **12 Wochen** Programm in geschlossenen Gruppen zu 6-8 Teilnehmern (über 60jährige Patienten) ambulant, stationär
- **15 Wochen** Programm in offenen Gruppen zu 5-7 Teilnehmern (zwischen 65 und 85 Jährige)
  - 1 Einzelgespräch zur Einführung
  - 5 Gruppensitzungen Modul „Aktivierung“
  - 4 Gruppensitzungen Modul „Kognitionen“
  - 4 Gruppensitzungen Modul „Soziale Fertigkeiten“
  - 1 Einzelgespräch zum Abschluß, Notfallplanung und Beibehaltung des Gelernten

# Forschungsstand...

- 20 Studien (alle ambulanter Rahmen)
- Altersspanne 60-82, meist 60-70 Jahre
- 13 als Gruppentherapie,  
2 als Selbstmanagement,  
5 als Individualtherapie
- 10 KVT, 1 STPP, 1 IPT, 4 Reminiszenz,  
4 unterstützendes, eklektisches Vorgehen
- Interventionslänge: meist 12 Sitzungen (MW)  
(Streuung 5 - 46)
- **ES = .79 aller aktiven Psychotherapien**
- $ES_{KVT}$  im Vergleich zu Kontrollen: .70-1.44
- **ES = .58 (.42-.74) Pharmakotherapie (TCA)**

# DiA 2 (ambulant): Design



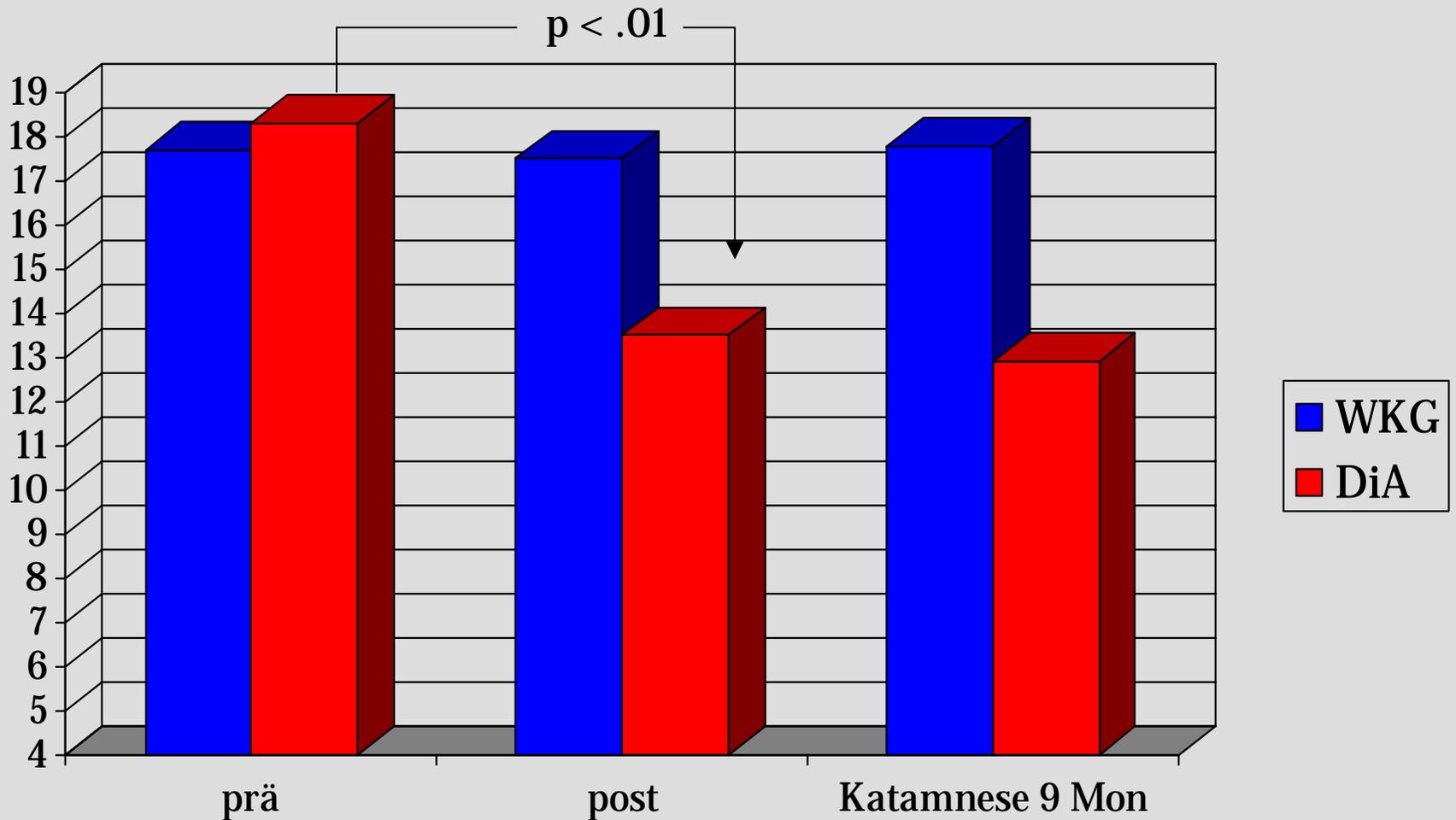
# DiA 2: Stichprobe

	<b>KVT</b>	<b>WKG</b>
Alter	69 (6,5)	68 (6,5)
> 75 J.	14 %	14 %
MDD	85%	91%
weiblich	80 %	77%
verwitwet	34%	29%
MMS	28	28

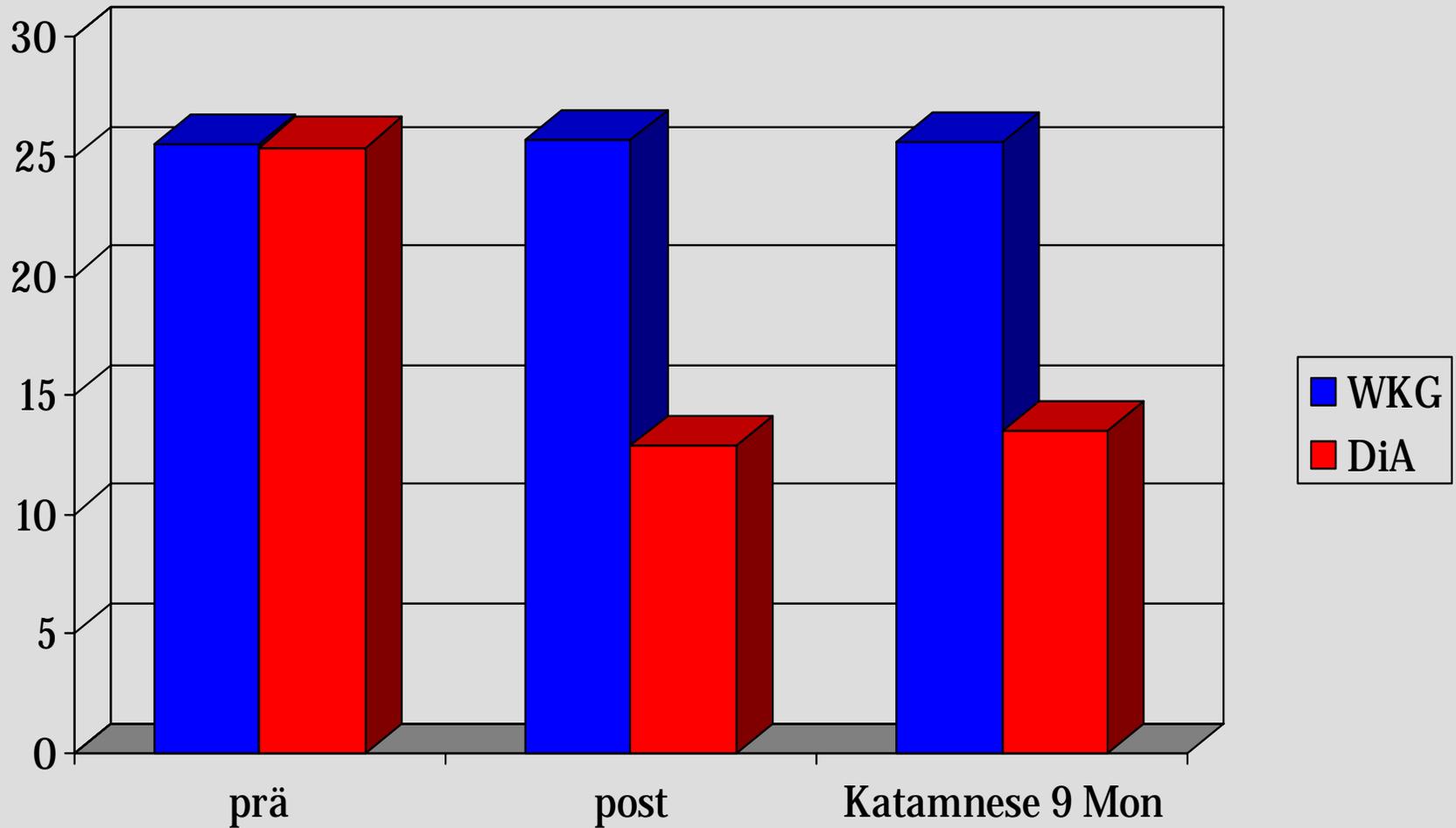
# Zitate von Teilnehmern

- „Ich habe in der kurzen Zeit vieles für mich gelernt“
- „Ich habe gelernt heute zu leben und mir Gutes zu tun“
- „Ich habe gelernt, meine Sachen zu ordnen. Dinge, die sonst lange rumlagen, erledige ich jetzt sofort“
- „Jetzt versuche ich mein Leben nach der Spirale von unten nach oben einzurichten“
- „Ich habe gelernt, den Blick nach Schönem und nach vorn zu richten“
- „Unerfreuliche Ereignisse, die es immer wieder gibt, drücken mich jetzt nicht mehr so“
- „Die Unterlagen sind mein Heiligtum. Ich habe sie immer bei mir“
- „Die Gruppe war sehr angenehm. Wo sie nun vorbei ist, wird mir noch klarer, wie sehr ich sie gebraucht und von ihr profitiert habe“

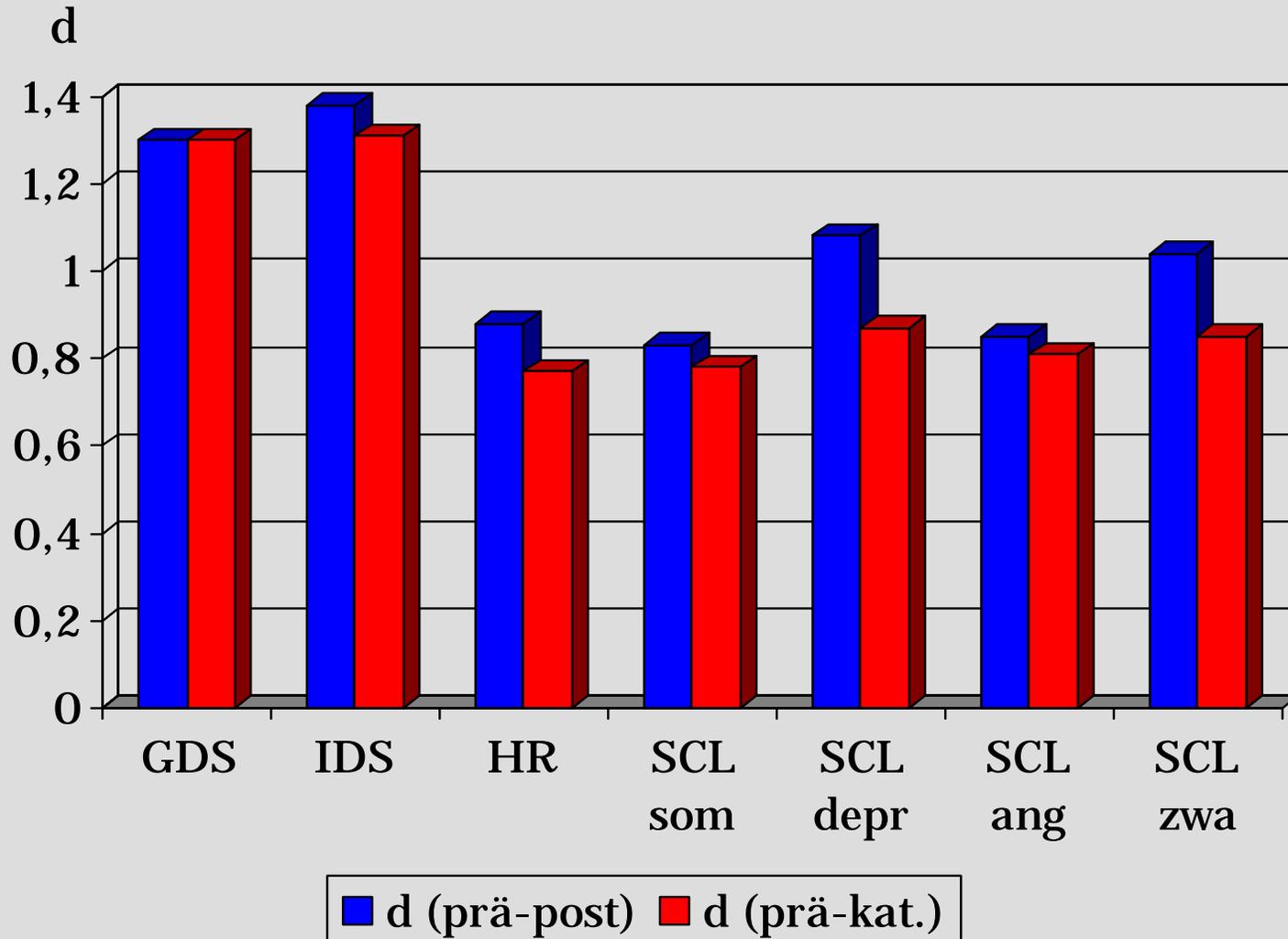
# DiA 2: GDS Ambulante Patienten



# DiA 2: IDS Ambulante Patienten



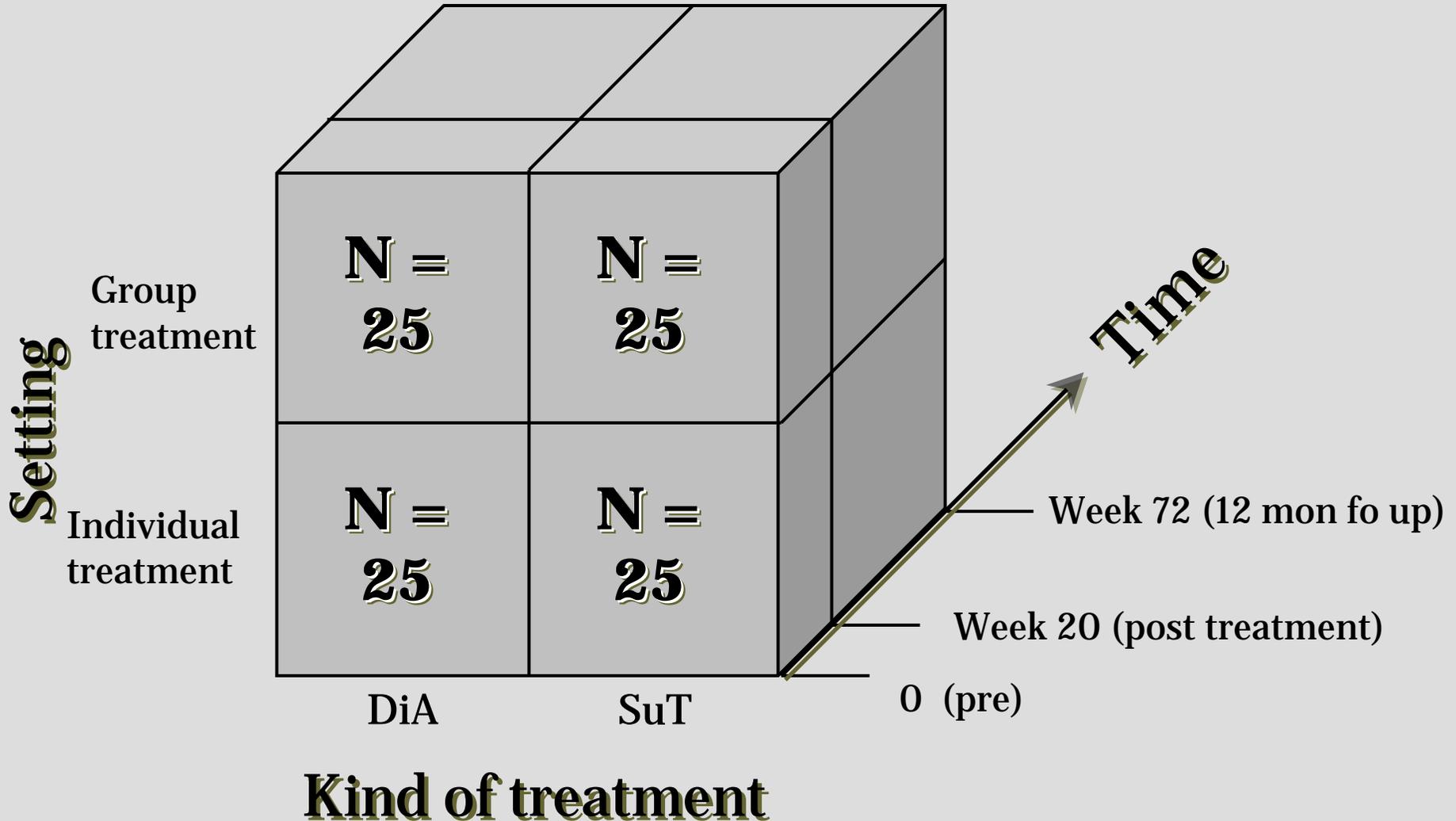
# DiA 2: Effektstärken



# DiA 2: relevante Veränderungen

		KVT	WKG	KVT (t3)
GDS	Verschlechtert	1	6(18%)	1
	Verbessert	34(53%)	4(12%)	35
	unverändert	30	25	29
IDS	verschlechtert	1	5(16%)	1
	verbessert	36(55%)	4(12%)	37
	unverändert	28	26	27

# DiA 3: Design



# Aufnahmekriterien

- Alter > 65 Jahre
- Vorliegen einer Depression  
(Diagnosen: MDD, D-NNB, Dysthymie)
- GDS > 13 Punkte
- MMS > 21 Punkte
- Keine Abwesenheit nächste 4 Monate
- Einverständniserklärung
- behandelnder Arzt informiert und kooperativ

# Interventionen

**KVT**

**UT**

**Gruppe**

**Einzel**

**Gruppe**

**Einzel**

Teilnehmerzahl

5-6

1

5-7

1

Sitzungsdauer

90 -120

50

90

50

Therapie-Inhalt

Manual

aus Manual  
Schwerpunkt  
wählbar

offen, nach  
Wunsch

offen, nach  
Wunsch

Methoden

KVT-  
spezifisch

KVT-  
spezifisch

ausschliessl.  
unspezifisch

ausschliessl.  
unspezifisch

PMR

X

optional

Material

X

X

Therapeutin

strukturierend

strukturierend

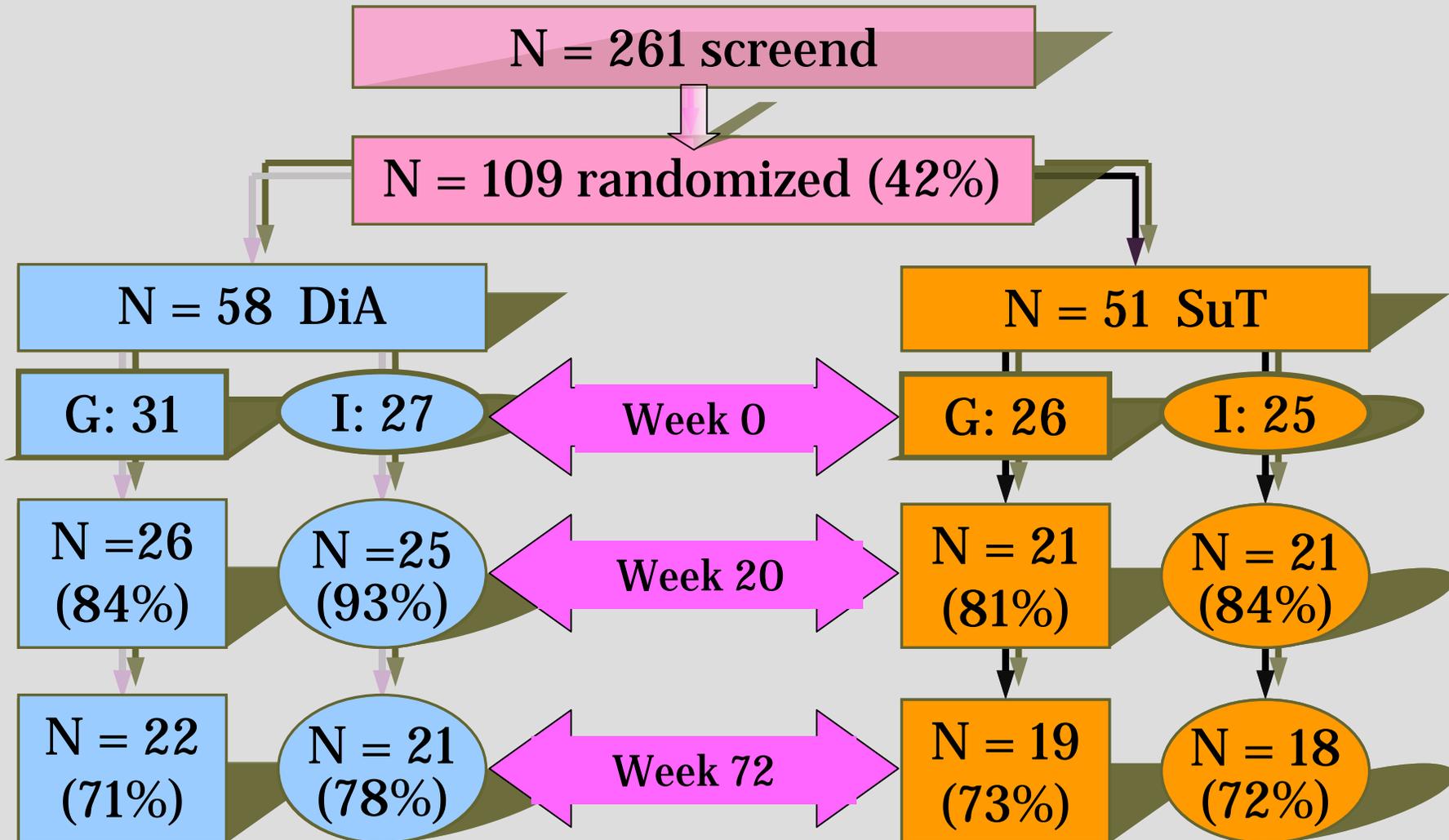
passiv

passiv

# Messinstrumente

		prae	wöchentl	post	vierteljährlich			
		<b>T1</b>	Thera- pie	<b>T2</b>	<b>T</b>	<b>T</b>	<b>T</b>	
<b>Zeit (Wochen)</b>		<b>0</b>		<b>20</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
							<b>T</b>	
							<b>6</b>	
							<b>72</b>	
Klinisches Interview	<b>SKID I</b>	●				○		◎
Depressive Symptomatik	<b>GDS</b>	●		●	●	●	●	●
	<b>ADS-K</b> <b>IDS</b>	●	●	●	●	●	●	●
Kognitive Leistungsfähigkeit	<b>SIDAM</b>	●						
	<b>ZVT</b>	●		●		●		●
	<b>WL</b>	●		●		●		●
Kognitionen	<b>ATQ</b>	●		●	●	●	●	●
	<b>Rumin.</b>	●		●	●	●	●	●
Aktivität, Kontakt	<b>NAA</b>	●		●	●	●	●	●
	<b>SOZU</b>	●		●		●		●
Soziale Unterstützung	<b>SOZU</b>	●		●		●		●
Bewältigungsstrategien	<b>SOC</b>	●		●		●		●
Verhaltensbeobachtung		●		●		●		●

# DiA 3: Stichprobe



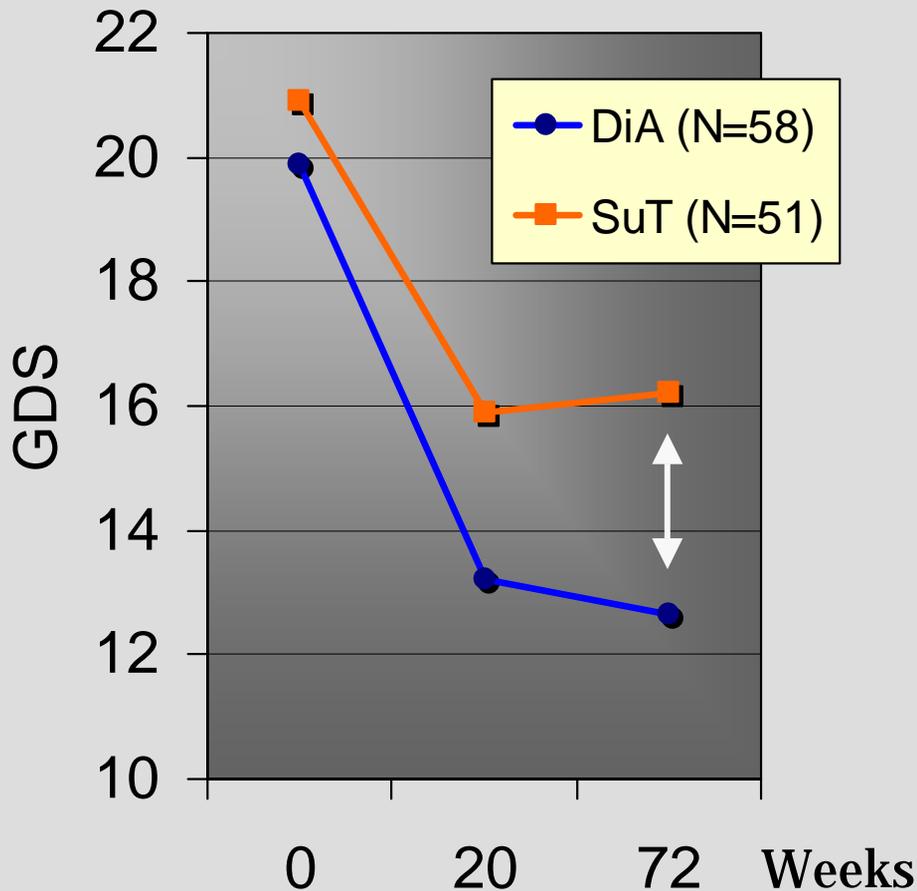
# DiA 3: Stichprobenmerkmale

		<b>DiA</b>		<b>SuT</b>	
		<b>G</b>	<b>I</b>	<b>G</b>	<b>I</b>
Age		71,7	72,6	69,9	70,2
> 75 yrs		32 %	26%	18%	26%
Female		71 %	51%	65 %	80%
Diagnosis	MDD	70,6 %	63,0%	76,9 %	92,0%
	Dysthymia	19,4 %	37,0%	23,1 %	8,0%
Komorbidity		16,1 %	22,2%	23,1 %	24,0%
MDD, lifetime		58,4 %	70,7%	68,5 %	68,0%
Antidepressive Med.		68,4 %	70,4%	71,5 %	80,0%
Mild cogn. imp. (25 > MMST > 21)		51,6 %	29,6%	50,0 %	50,0%

# Hypothesen I

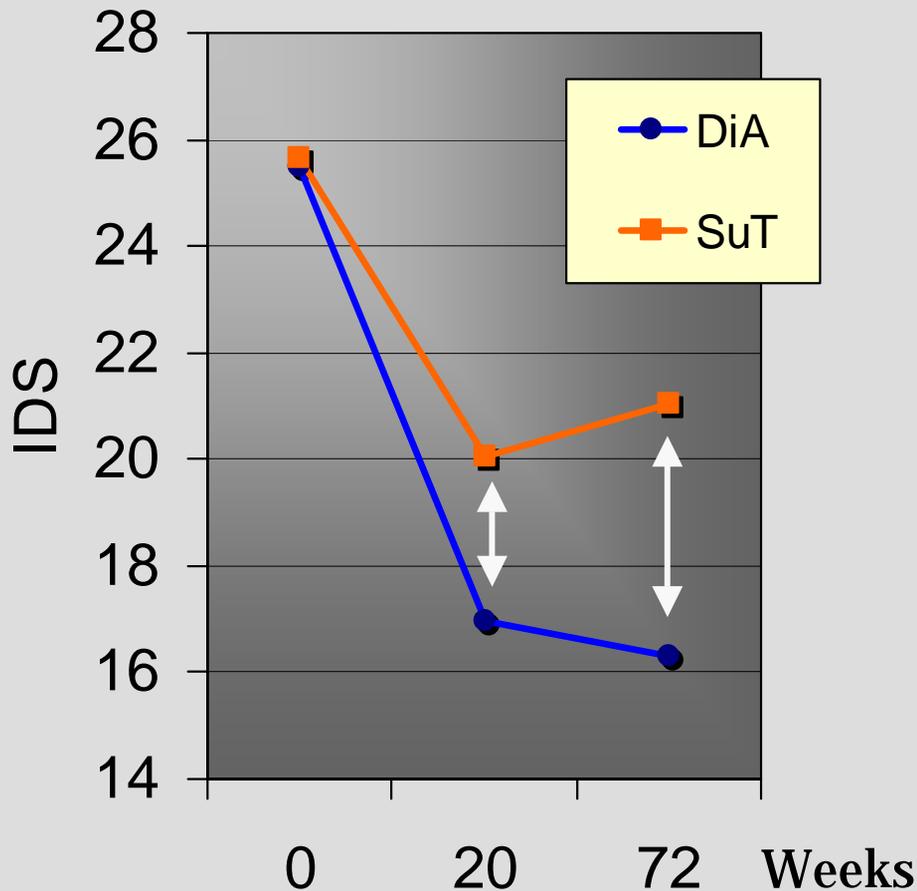
- Vergleich der spezifischen Intervention KVT mit der unspezifischen Intervention (UT):
  - Die KVT ist der UT überlegen bzgl. der Reduktion depressiver Symptomatik als auch aller Nebenkriterien.
  - Dieser Effekt zeigt sich sowohl kurzfristig (post Therapie) als auch langfristig (12 Monate nach Therapieende).
  - die Gruppenbehandlung ist der Einzelbehandlung langfristig überlegen bzgl. der Reduktion depressiver Symptomatik als auch aller Nebenkriterien.

# DiA 3: GDS time × kind of trx



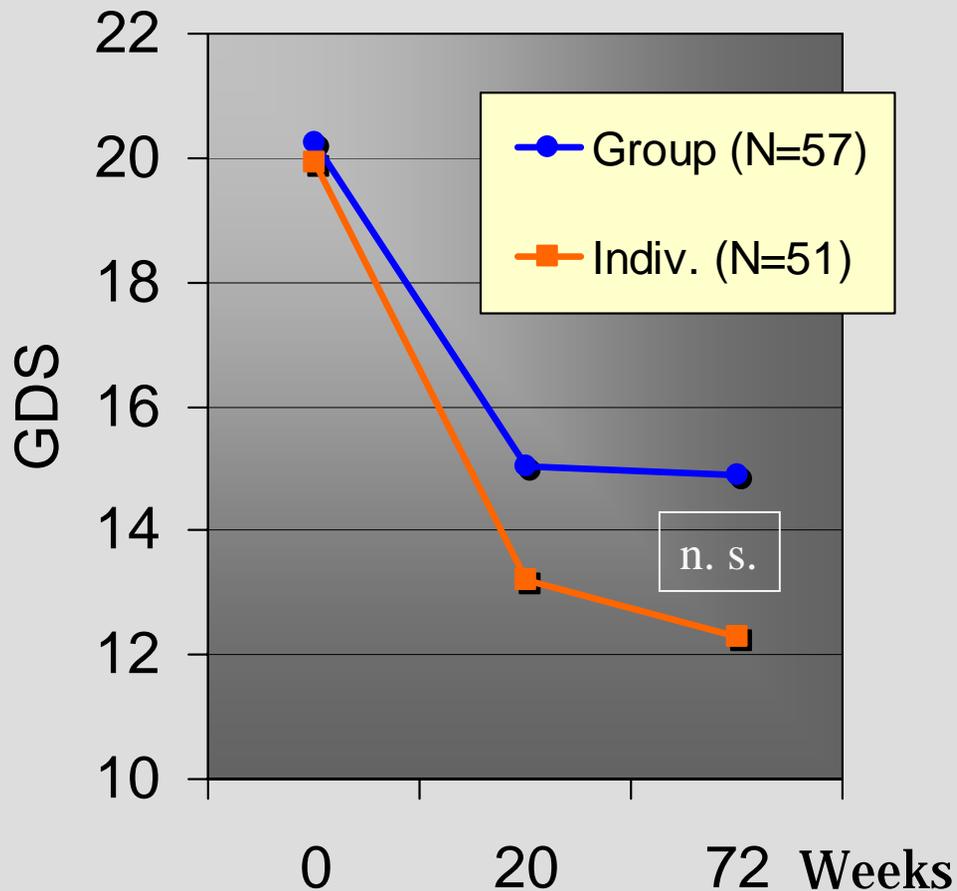
		Weeks		
		0	20	72
DiA		19,9	13,2	12,7
SuT		20,9	15,9	16,2

# DiA 3: IDS time $\times$ kind of trx



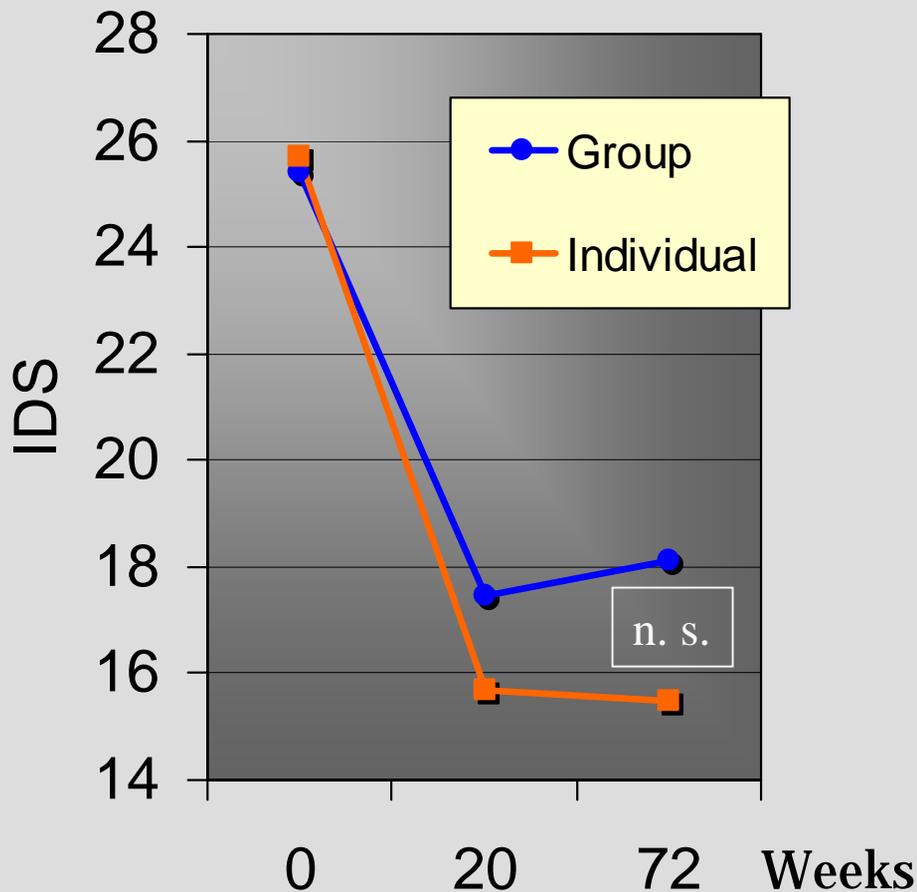
		Weeks		
		0	20	72
	DiA	25,5	17,0	16,3
	SuT	25,7	20,1	21,1

# DiA 3: GDS time x setting



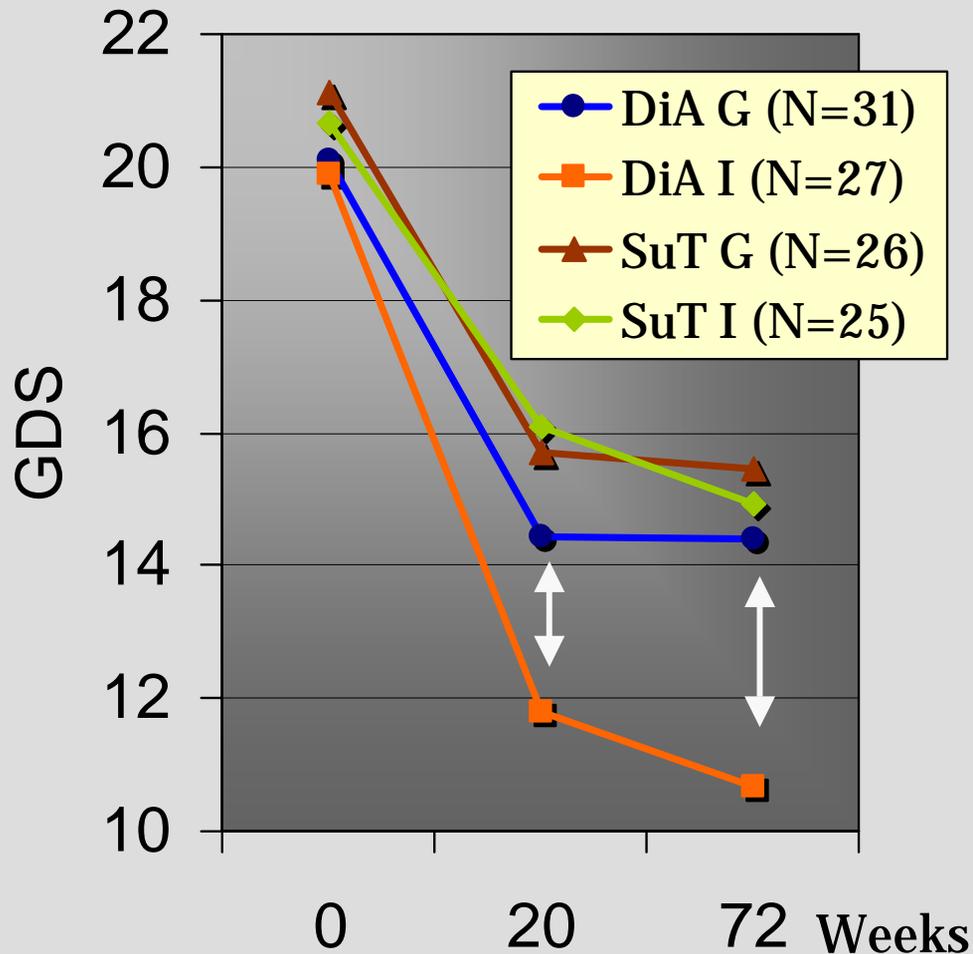
		Weeks		
		0	20	72
	G	20,2	15,0	14,9
	I	19,9	13,2	12,3

# DiA 3: IDS time x setting



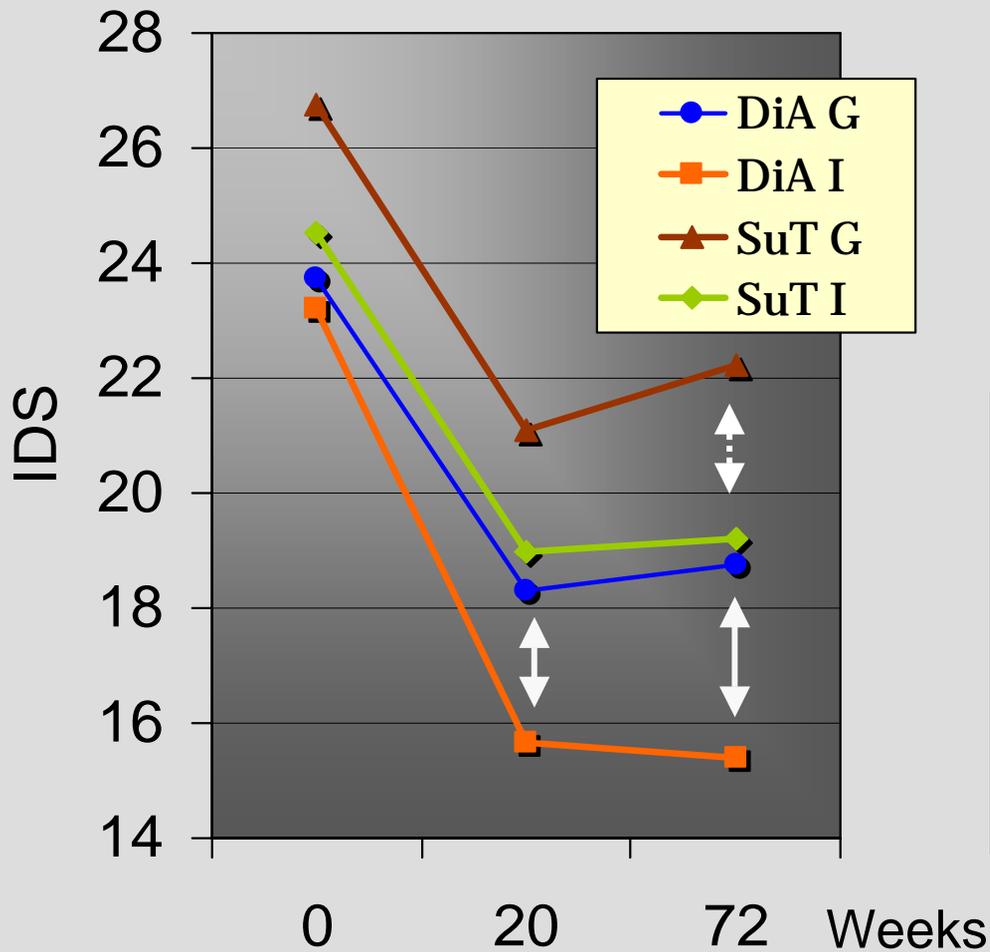
		Weeks		
		0	20	72
	G	25,4	17,5	18,1
	I	25,7	15,7	15,5

# DiA 3: GDS time × kind of trx × setting



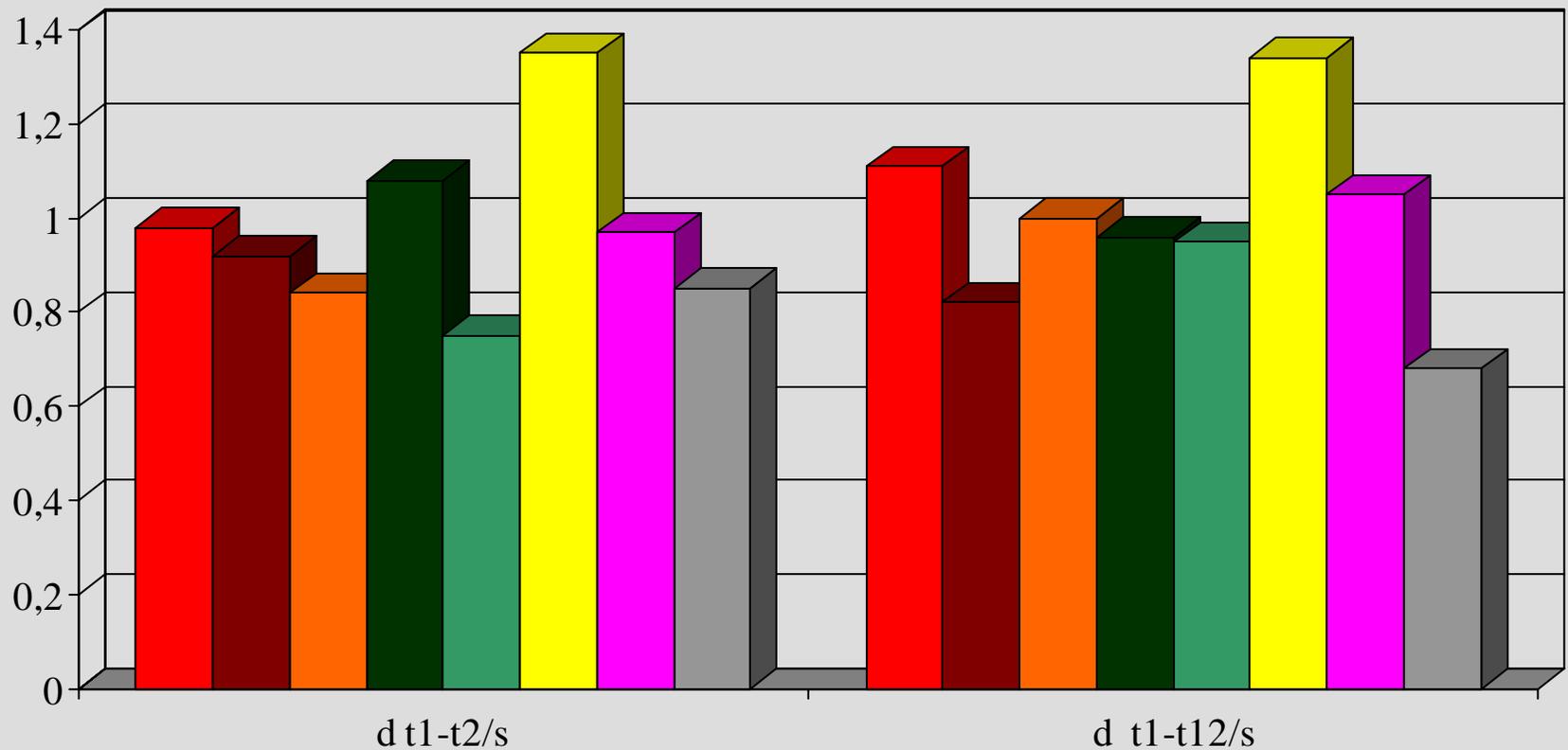
		Weeks		
		0	20	72
DiA	G	20,1	14,5	14,4
	I	19,9	11,8	10,7
SuT	G	21,1	15,7	15,5
	I	20,7	16,1	14,9

# DiA 3: IDS time × kind of trx × setting



		Weeks		
		0	20	72
DiA	G	23,7	18,3	18,75
	I	23,2	15,6	15,4
SuT	G	26,8	21,1	22,2
	I	24,5	19,0	19,8

$$\text{Effektstärken: } d = \frac{M(t1-t2)_{\text{Intervention}}}{SD(t1-t2)_{\text{Intervention}}}$$



■ DiA  
 ■ SuT  
 ■ G  
 ■ I  
 ■ DiA-G  
 ■ DiA-I  
 ■ SuT-G  
 ■ SuT-I

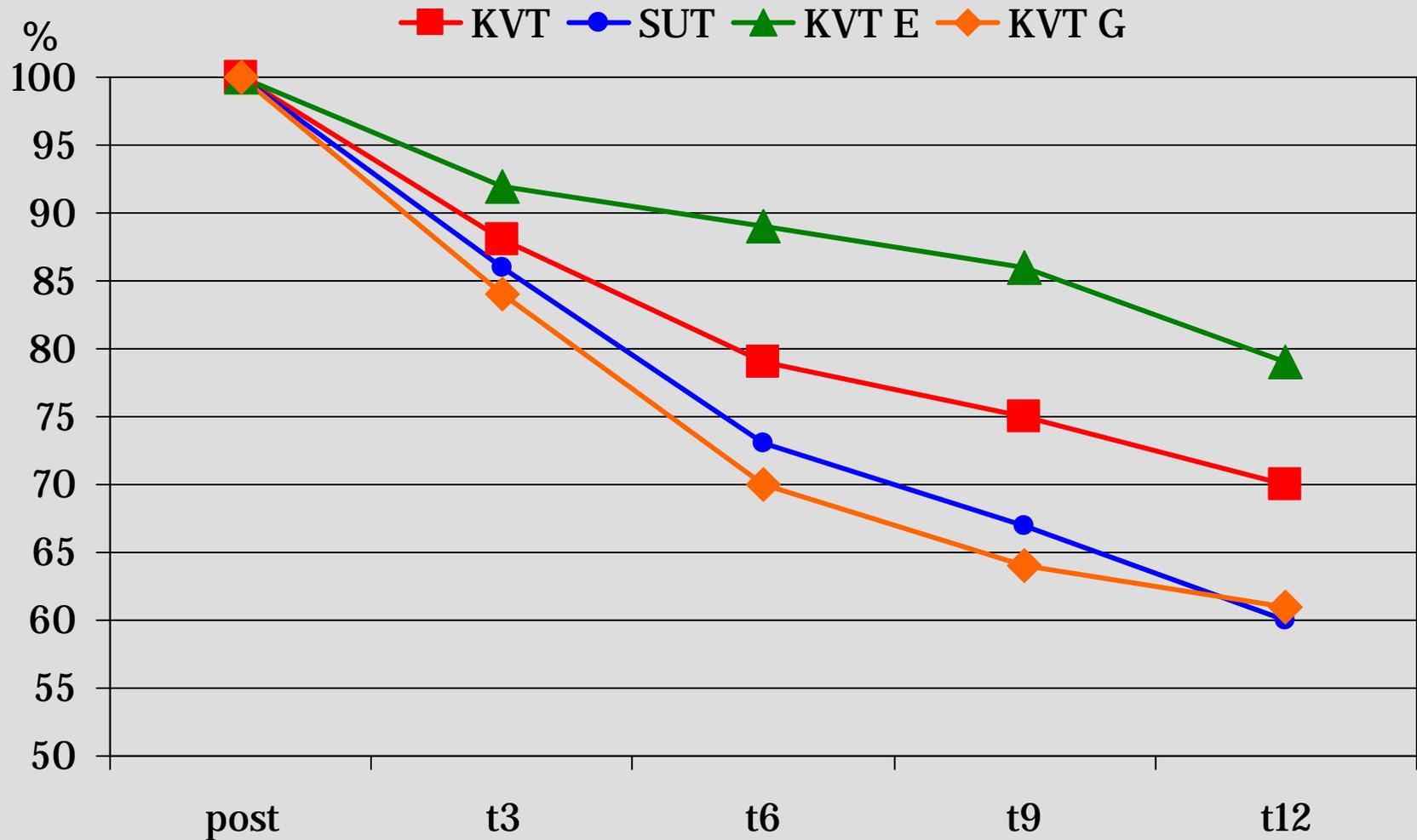


# Langfristige Veränderung bzgl. SKID-Kriterien A1-A9:

- Keine Veränderung im **Schlaf, Appetit und Gewicht**
- Nur im **Einzelsetting** zeigen sich Verbesserungen in allen übrigen Kriterien.
- Dies zeigt sich auch im **spezifischen**, nicht jedoch im unspezifischen Einzelsetting.
- Nur die **Stimmung** verbessert sich in allen vier Interventionsgruppen.
- Die spezifische Intervention ist der unspezifischen in der Reduktion der **Suizidalität** (A9) überlegen.
- Die Einzeltherapie ist der Gruppentherapie in der Verbesserung der psychomotorischen Unruhe bzw. **Verlangsamung** (A5) überlegen.
- Die spezifische Einzeltherapie zeigt die deutlichsten Verbesserungen im **Energieverlusts** (A6).

# DiA 3:

Prozent remittierter bzw. rückfallfreier Pat.



# „Haben Sie von Therapie profitiert?“

	<b>KVT G</b>	<b>KVT E</b>	<b>UPT G</b>	<b>UPT E</b>
<b>Ja zu t2</b>	73,5%	88,5%	67%	76%
<b>Ja zu t6</b>	58,5%	80%	40%	54%

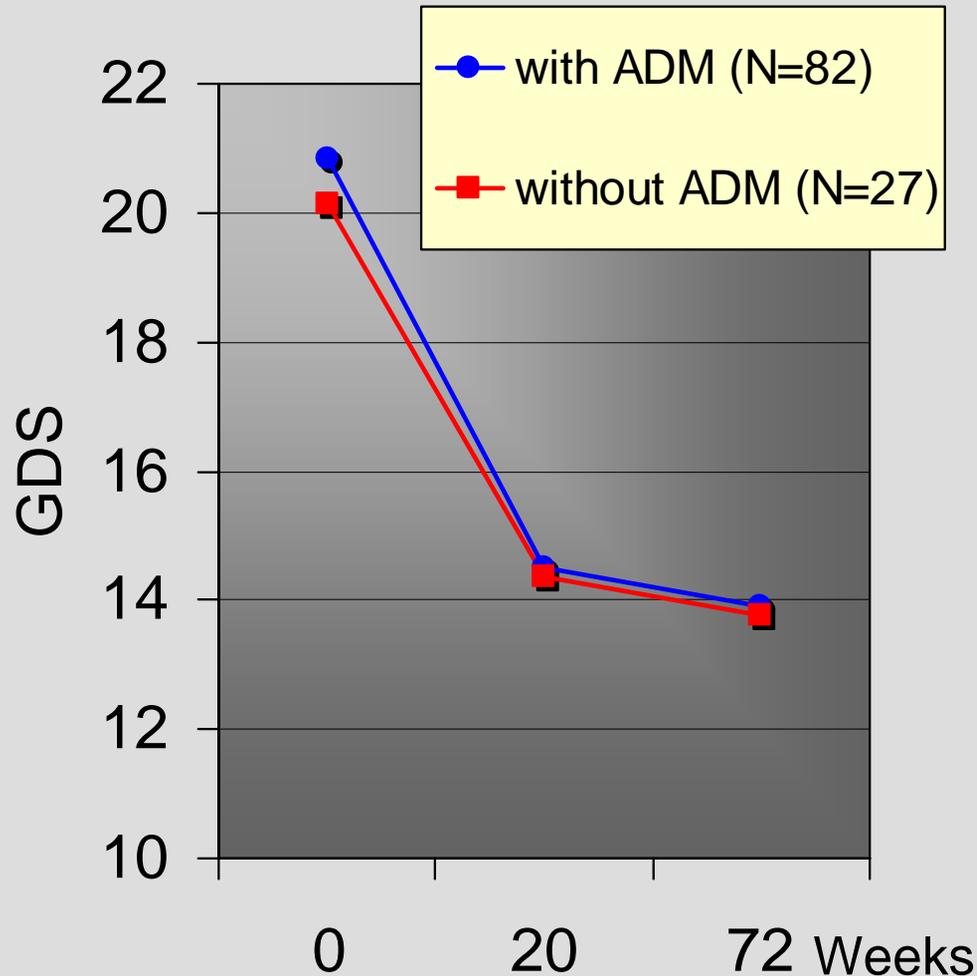


# Hypothesen II

## Einfluss der antidepressiven Medikation (Kombinationsbehandlung):

- Patienten mit einer *unveränderten (!)* antidepressiven Medikation zu Beginn und während der Intervention profitieren bzgl. der Reduktion der depressiven Symptomatik *kurzfristig* mehr als die Patienten ohne Medikation.
- Dieser Effekt ist bei der spezifischen Behandlung (KVT) stärker ausgeprägt als bei der unspezifischen Behandlung (UT).

# DiA 3: time $\times$ antidepressants



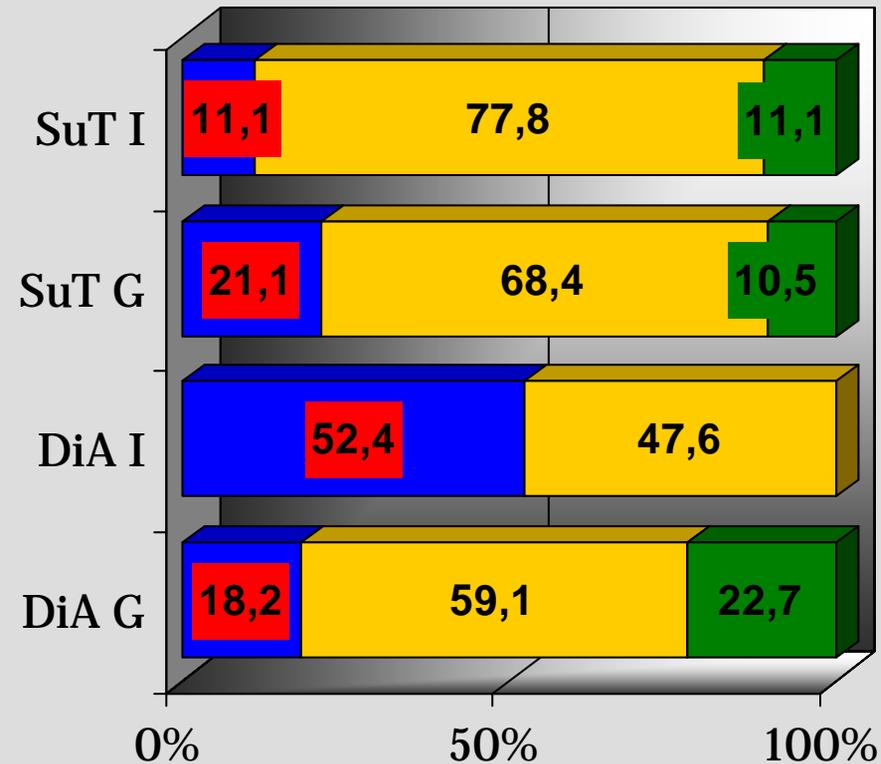
		Weeks		
		0	20	72
With without	With	20,8	14,5	13,9
	without	20,1	14,4	13,8

# DiA 3: Change in ADM

**Week 20**

**(post treatment)**

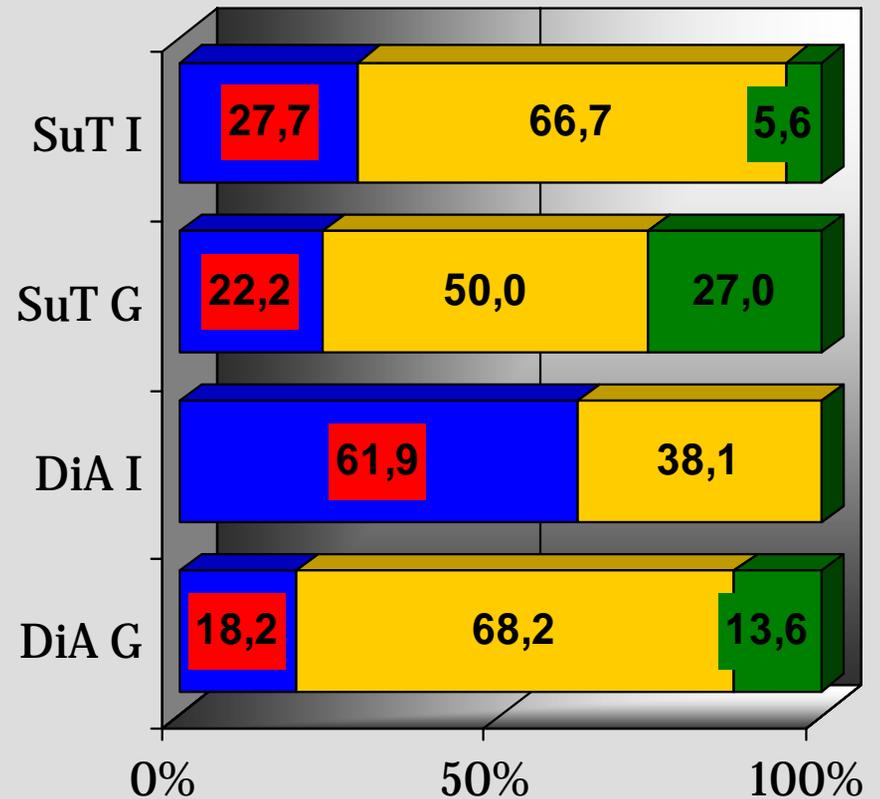
**p = .027**



**Week 72**

**(1 year fo up)**

**p = .009**



■ decrease   
 ■ no change   
 ■ increase

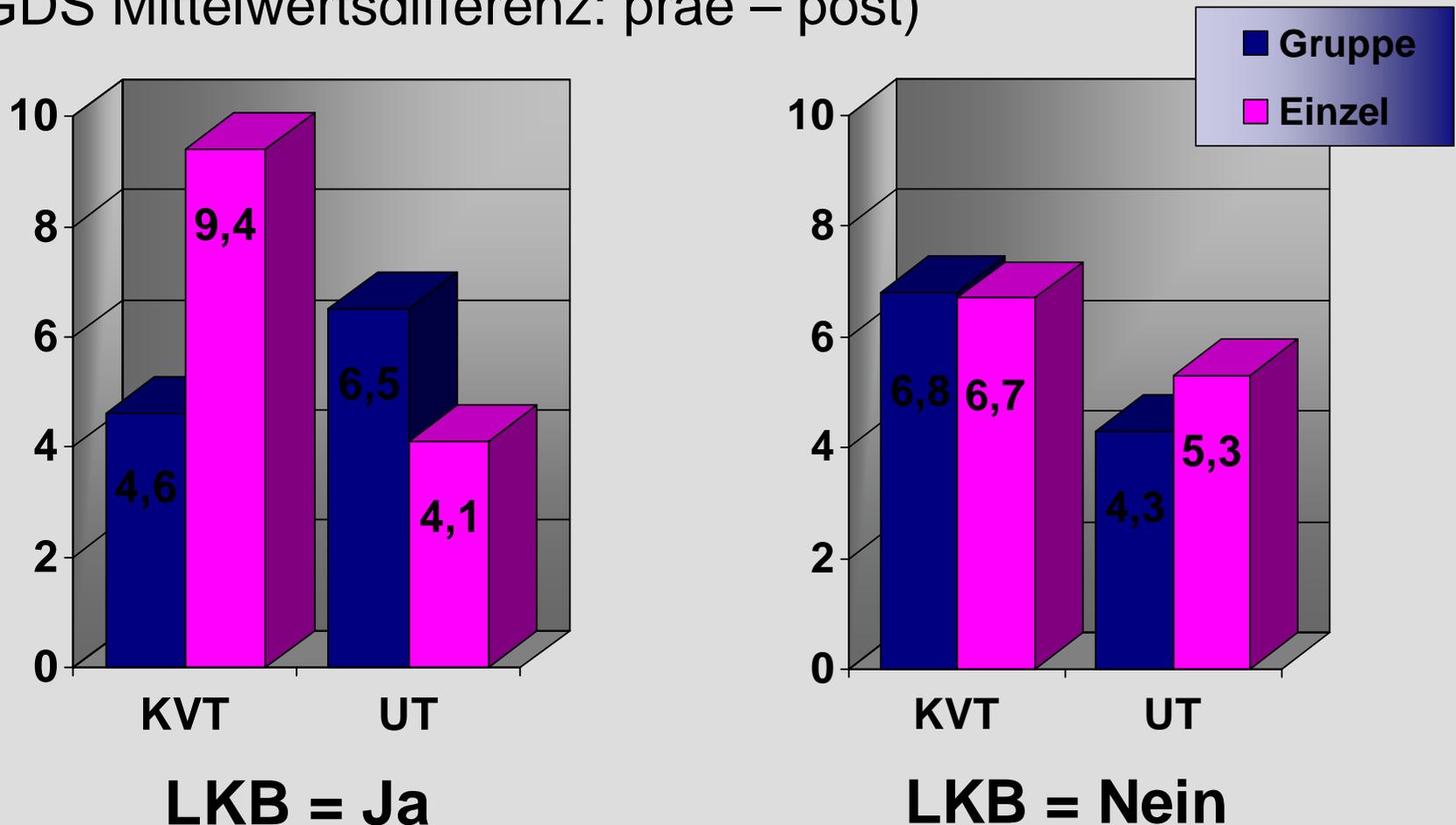
# Hypothesen III

- Wirksamkeit der Interventionen bei leicht kognitiv beeinträchtigten Menschen (LKB = Ja):
  - Die spezifische Intervention (KVT) ist auch bei kognitiv leicht beeinträchtigten Menschen wirksam bzgl. der Reduktion depressiver Symptomatik (und der Nebenkriterien Alltagsbewältigung, kognitive Leistungen, soziale Kontakte).
  - Dieser Effekt zeigt sich *nur* kurzfristig (post Therapie).
  - Kognitiv leicht beeinträchtigte Menschen profitieren *kurzfristig* mehr von der spezifischen Einzelbehandlung als von der spezifischen Gruppenbehandlung; diese Interaktion ist bei der unspezifischen Behandlung nicht beobachtbar.

# Zeit × LKB × Th.-Art × Setting

## Kurzfristiger Therapieerfolg, 20 Wochen

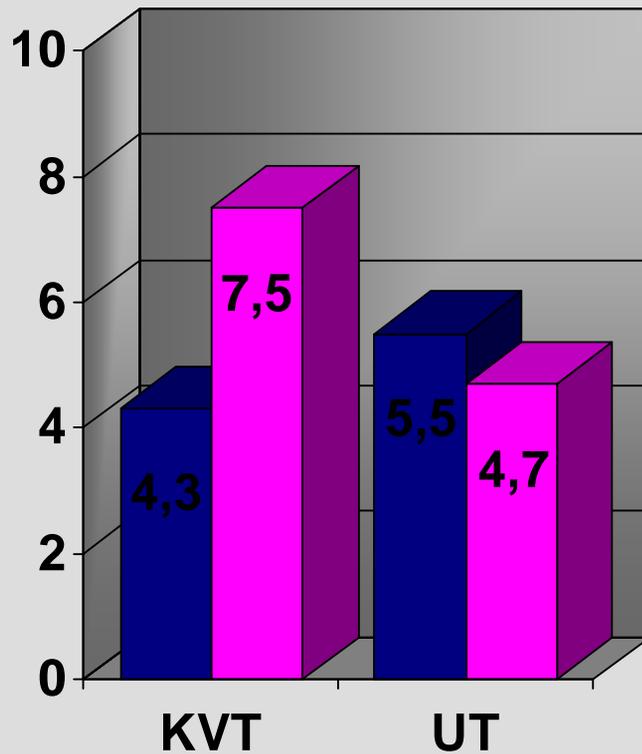
(GDS Mittelwertsdifferenz: prae – post)



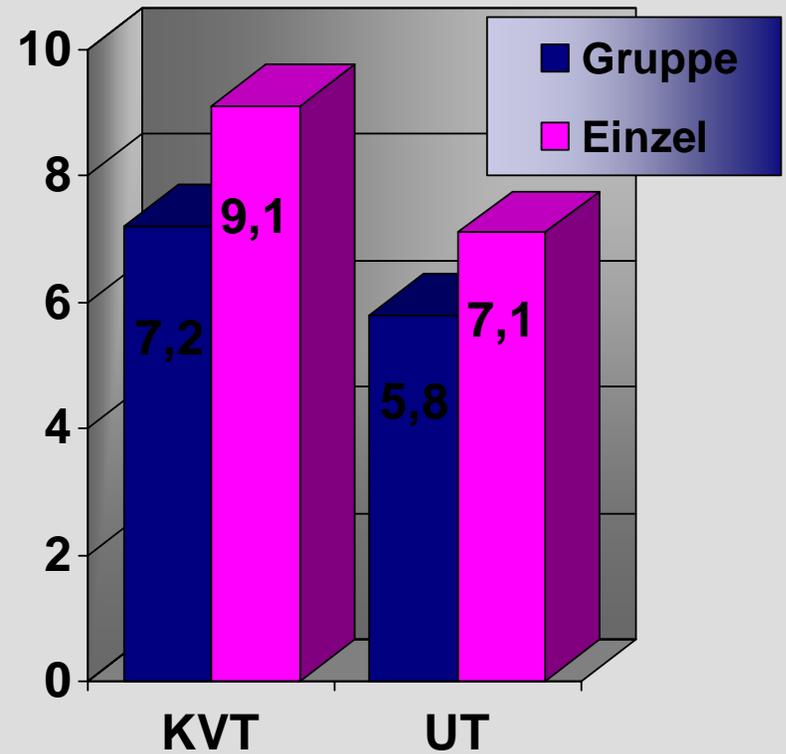
# Zeit × LKB × Th.-Art × Setting

## Langfristiger Therapieerfolg, 72 Wochen

(GDS Mittelwertsdifferenz: prae – 12 Monatskatamnese)



LKB = Ja



LKB = Nein

**Lassen Sie Prädiktoren für den  
Therapieerfolg (kurz- und  
langfristig) finden?**

# Prognose des Behandlungserfolgs

abh. Variab. Prädiktor	GDS t2 Beta, R <sup>2</sup> .17	IDS t2 Beta, R <sup>2</sup> .37	GDS t6 Beta, R <sup>2</sup> .23	IDS t6 Beta, R <sup>2</sup> .32	Diskriminanz- koeffizient t2/t6
Anzahl Therapie- sitzungen	.20*	.18*	.30**	.21*	.60/.52**
Besserung erste vier Wochen	.22**		.36**		.43/.37*
GDS t1	.29**				-.45/-.37**
IDS t1		.59**		.47**	-.30/-.12*
Pos. Innere Mon. FAG-SOM	-.31**	-.26**			-.19/-.12*
Rumination					-.10/-.33**
Anzahl unter- stützender Pers.			.24**	.30**	.19/.47**
Anzahl bisheriger Depressionsther.		-.18*			78%/81% korrekt Zuordnung

# **Günstige Prognose des Behandlungserfolgs**

- **Längere Behandlungen, mehr  
Therapiesitzungen**
- **Symptomreduktion (Besserung) in  
ersten vier Wochen**
- **Depressionsschwere zu Beginn**
- **Positiver innerer Monolog**
- **Erhöhte Anzahl unterstützender  
Personen**

# Schlussfolgerung

- **Psychologische Maßnahmen (KVT) bei Depressionen im (fortschreitenden) Alter (> 65 bis 80 Jahre) sind möglich und führen (zumindest bei weniger schweren Formen) zu klinisch relevanten Effekten**
- **Einzelsetting der Gruppe überlegen**
- **Pragmatische, strukturiertes, problemlösende, lernorientierte Methoden kommen gut an**

# Schlussfolgerung

## *Unklar bislang:*

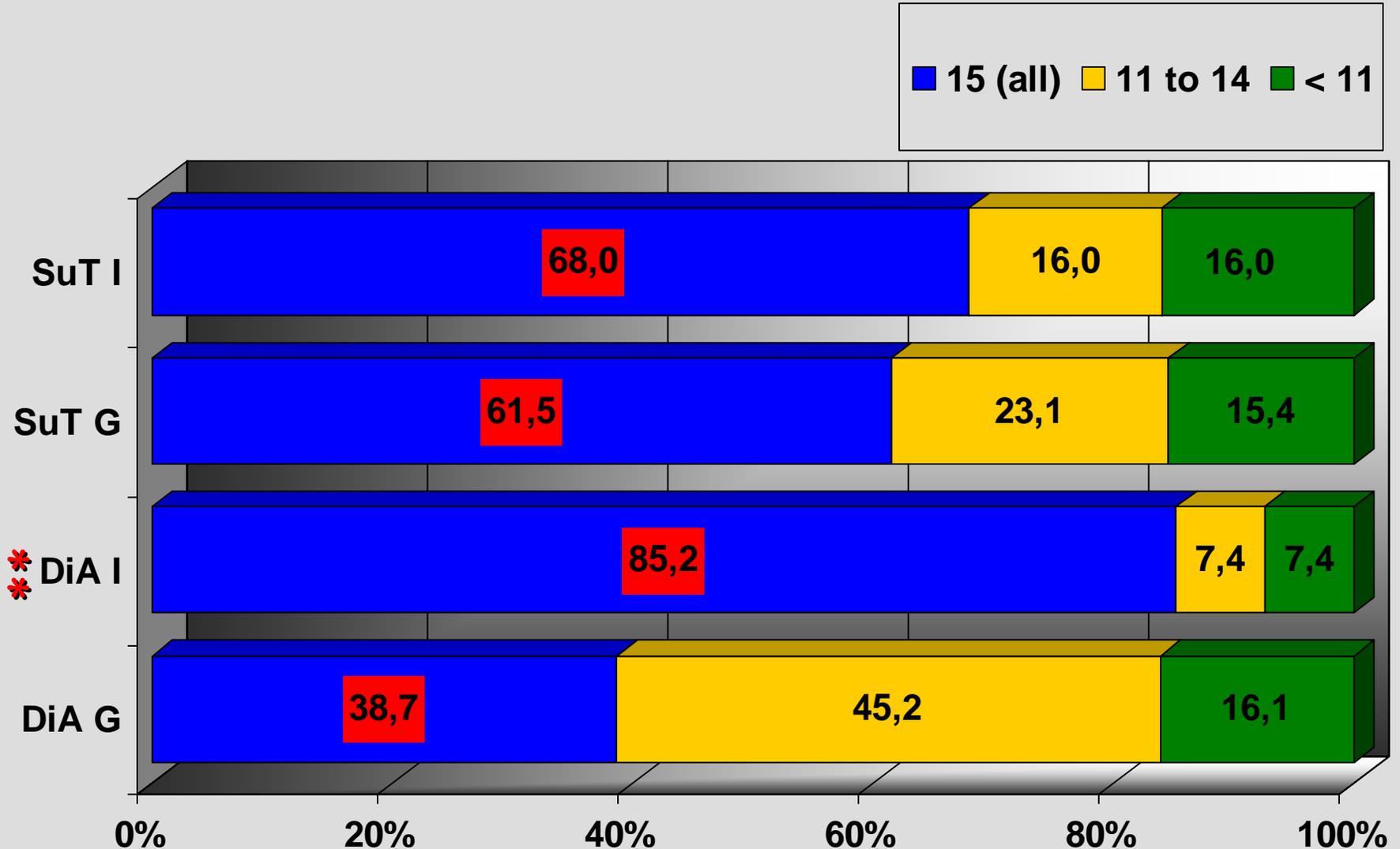
- Rolle von Medikation (Vergleiche, Kombination)
- Schwere der Depression
- Setting (stationär)
- Wirkmechanismen,
- notwendige Elemente
- Einfluss kognitiver, körperlicher Beeinträchtigungen
- besonders gut ansprechende Subgruppen
- Relevanz von Reminiszenz, anderen Interventionen
- Dauerhaftigkeit und langfristige Auswirkungen
- Effekte, Möglichkeiten bei „sekundärer Depression“

Die berichteten Ergebnisse sind nur möglich geworden durch:

**Sabine Welz, Stefania Utzeri**  
**Klaus Pfeiffer, Petra Koczy, Claudia Windholz,**  
**Irmgard Ayen sowie viele andere Helfer**

Zuwendungen von **DFG** und **Robert Bosch Stiftung**

# DiA 3: Participation



# DiA 4: Depressionen nach Schlaganfall

Stationäre Patienten in einer Geronto Rehabilitation Klinik mit oder ohne Depression (MDD) randomisiert:

## Depressive



9 individuelle  
Sitzungen KVT  
zusätzlich zu  
Reha über  
4 Wochen

übliche  
Reha  
über 4  
Wochen

## Nicht-Depressive



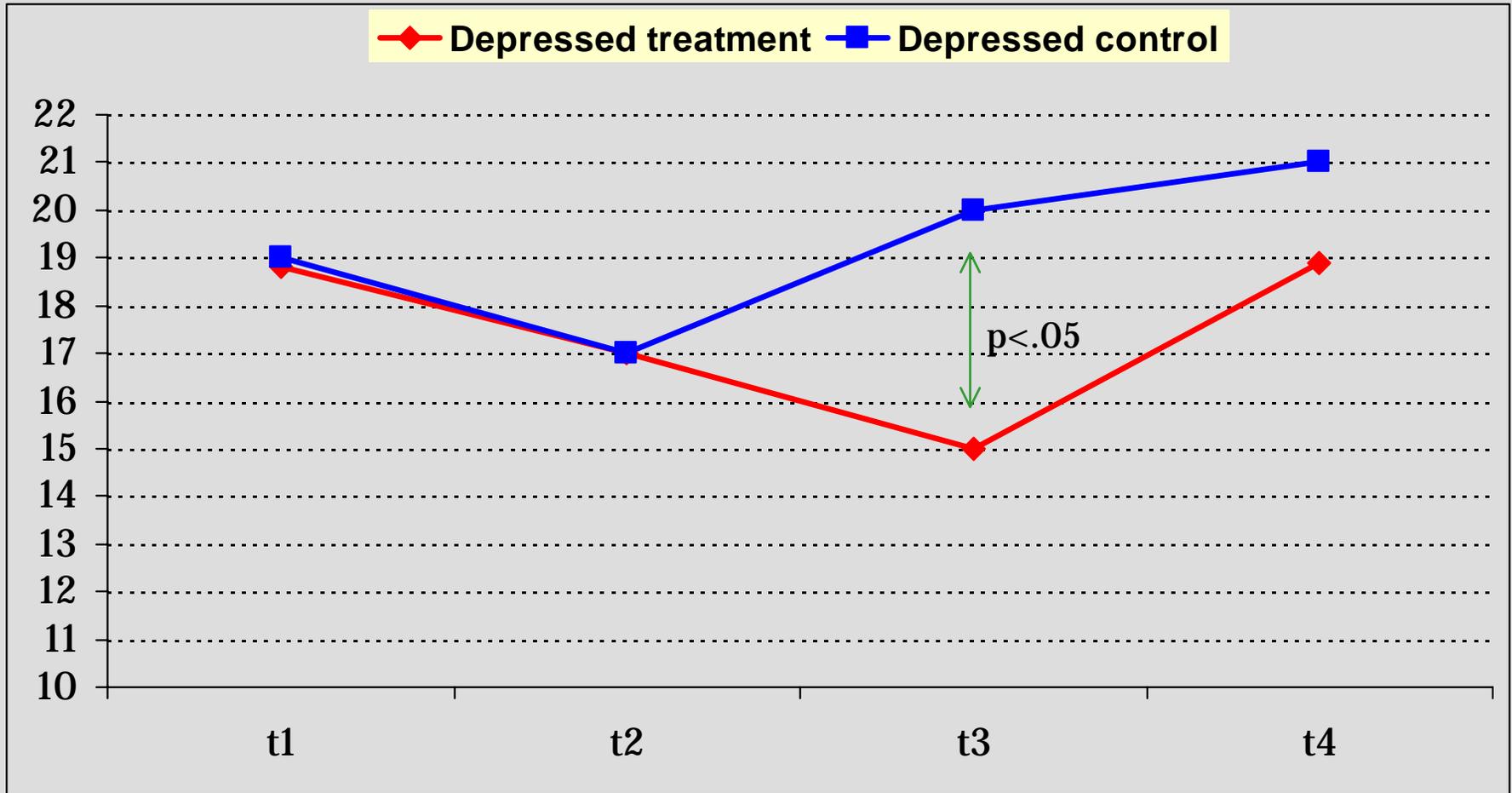
9 individuelle  
Sitzungen  
neuropsych.  
Training  
über 4 Wochen

übliche  
Reha  
über 4  
Wochen

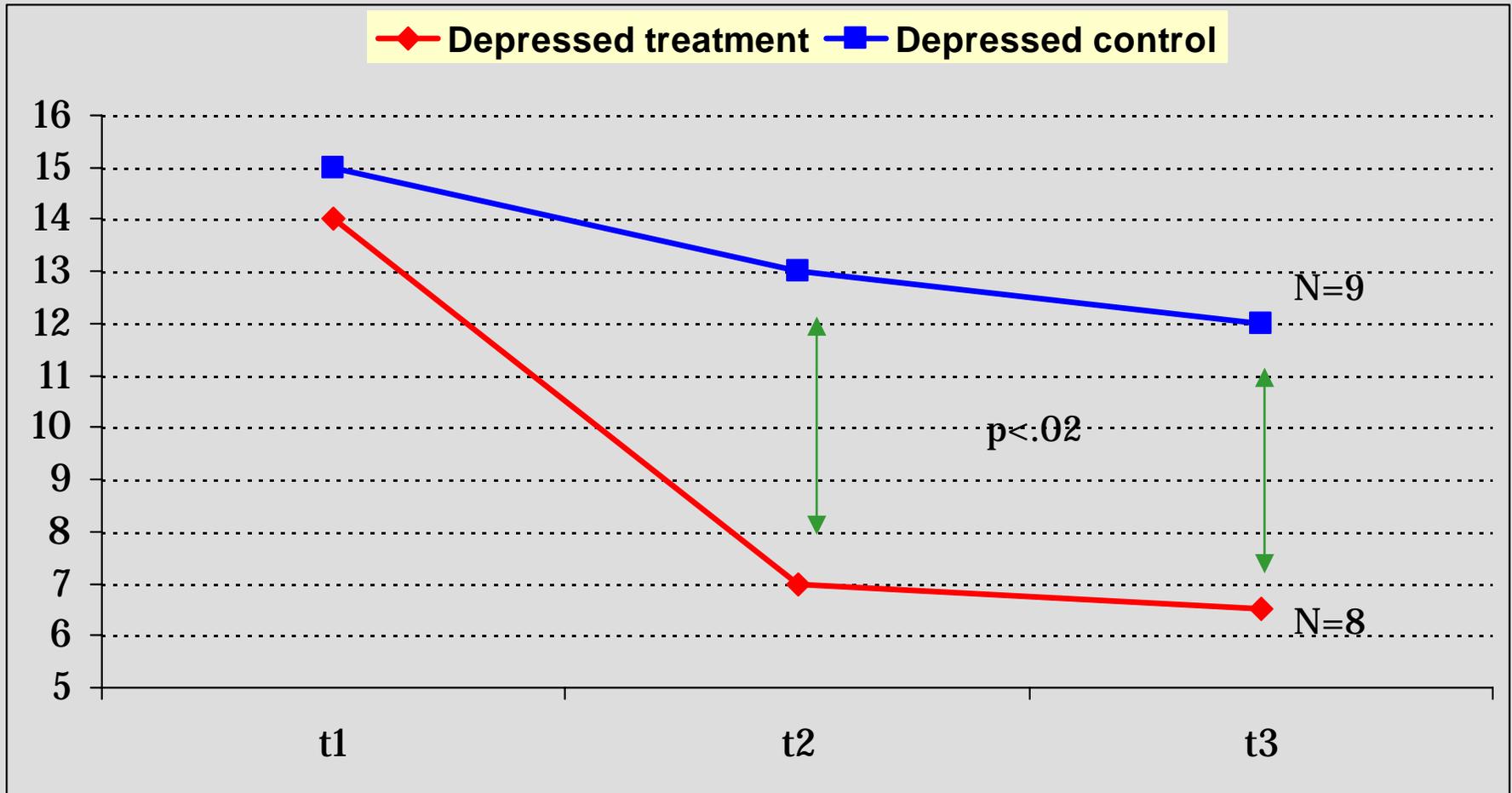
## **DiA 4: Depressive Schlaganfall Patienten**

Gruppe	N	Alter	GDS	Barthel	MMS
D-KVT	27	76,8 (7,5)	18,8 (5,3)	58,7 (24,2)	25,9 (2,4)
D-KG	28	80,4 (6,2)	19,5 (5,3)	63,2 (22,1)	25,6 (2,1)

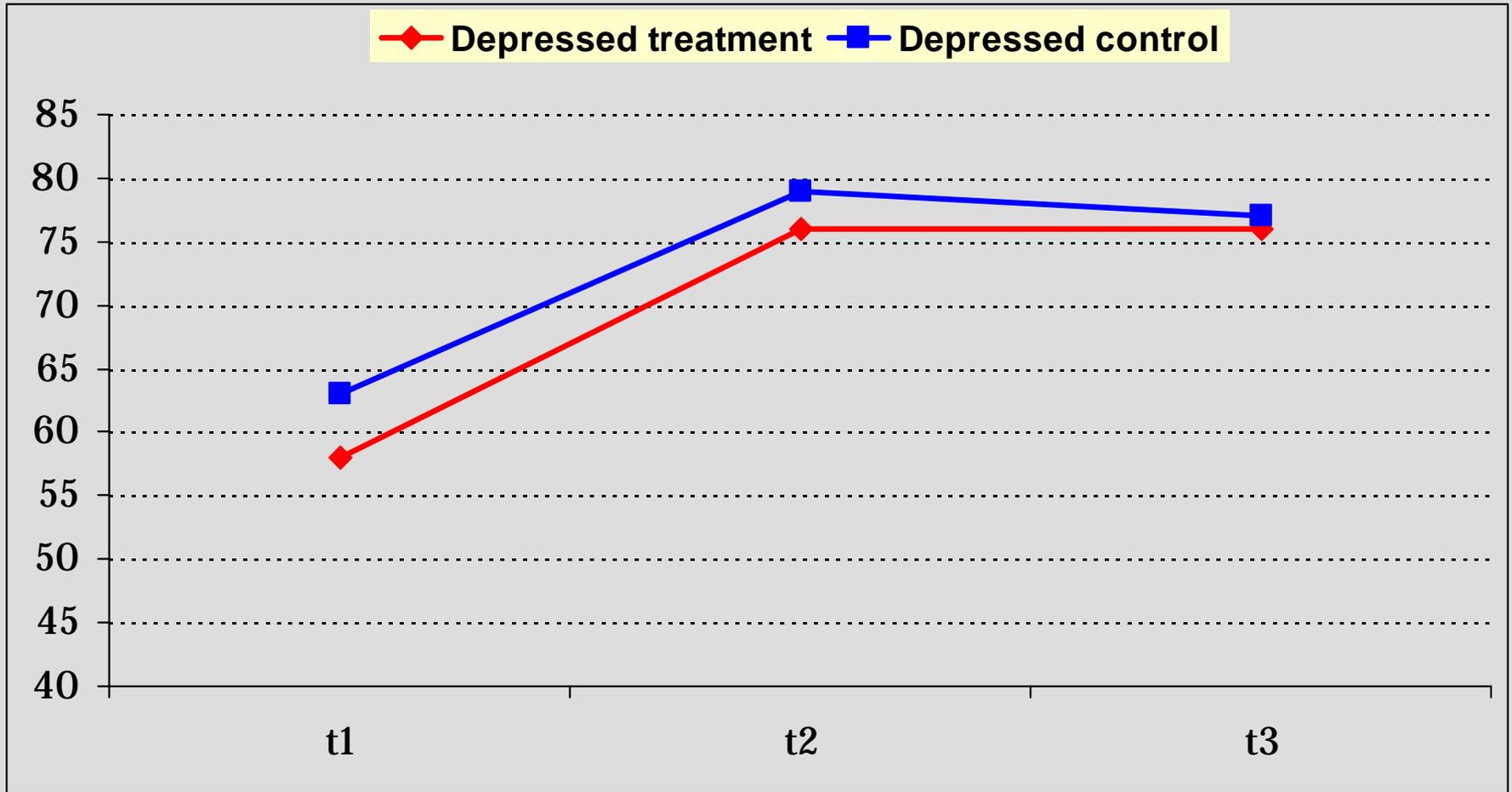
# GDS (alle)



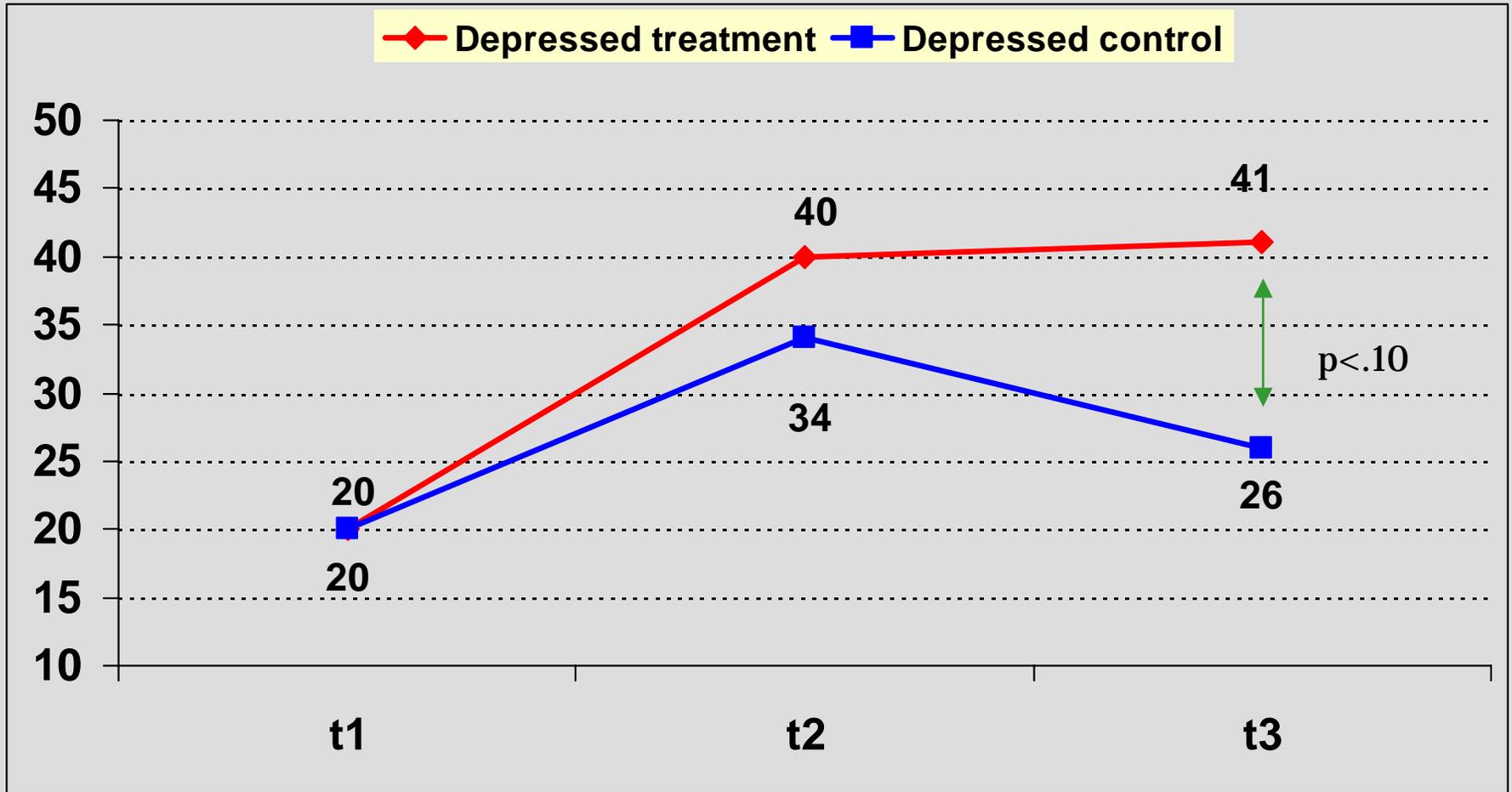
# GDS (Pat. ohne frühere Depression)



# Barthel



# NAI- Worte (PR)



prä  $\xrightarrow{4 \text{ Wochen}}$  post  $\xrightarrow{3 \text{ Monate}}$  Nachkontrolle

# Folgerungen aus **DiA 4**

- KVT Intervention während (kurzen) stationären Reha nach Schlaganfall wenig sinnvoll, überfordernd und eher belastend, daher geringe Effekte
- Möglicherweise hilfreich für Patienten ohne Depressionen in der Vorgeschichte
- Intervention sinnvoller nach Reha, nach ersten Erfahrungen im Alltag
- Einbezug des Lebenspartners, Familie
- Interventionen vor Ort und länger