

Psychologische Interventionen und Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im höheren Lebensalter

Martin Hautzinger

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



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

Burton 1621

Normales, erfolgreiches Altern

Verluste und (erforderliche) Verlustregulation

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

Gelingen der Verlustregulation

- **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 Tätigkeit

Bewältigungsstile im Alter (> 70J.)

Häufige

Vergleiche mit früher
Wunsch nach Inform.
Vergleich mit anderen
Erstnehmen
Uminterpretieren

Seltene

Verantwortung abgeben
Sinnverlust konstatieren
Laufen lassen
Externalisieren

Erfolgreich Altern – ein Modell

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

Typische Beeinträchtigungen ab 75 J

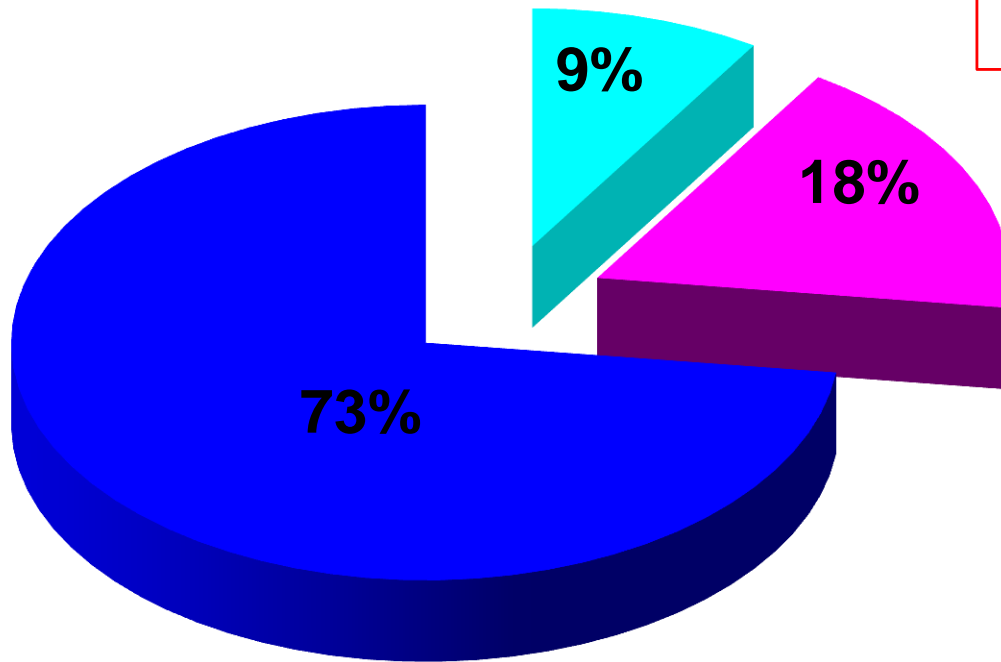
- chronische körperliche Erkrankungen
- Multimorbidität
- Verluste wichtiger Bezugspersonen
- sensorische und motorische Einschränkungen
- hirnorganische Beeinträchtigungen/Erkrankungen
- Hilfsbedürftigkeit
- Pflegebedürftigkeit

Große interindividuelle
Variabilität!!

Depression

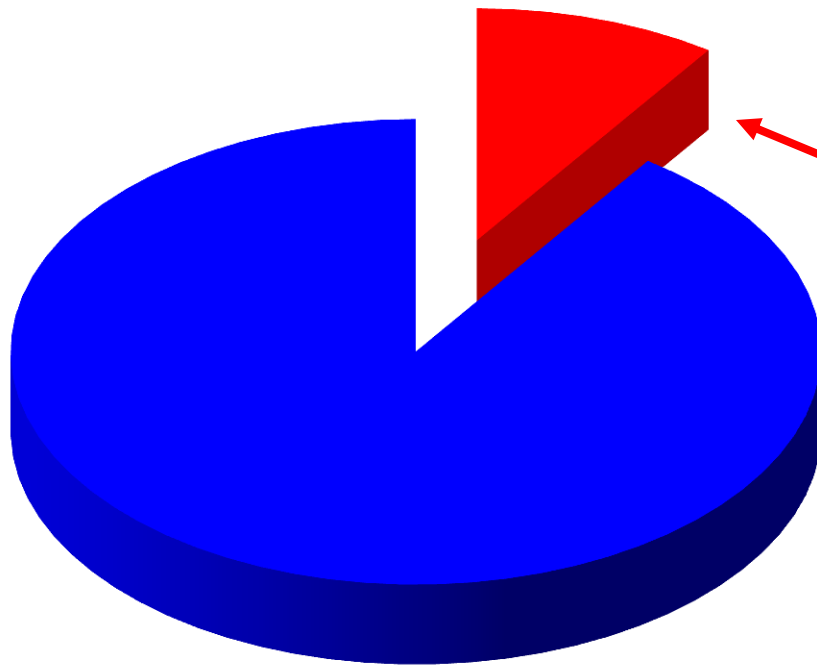
Prävalenz von Depressionen im Alter

- Major Depression
- subklinische Depression
- keine depressive Störung



Depression bei älteren, nicht-dementen Menschen >75 Jahre

(Weyerer et al. 2008)



N = 3327

Patienten von 138
Allgemeinpraxen

GDS 15 > = 9,7% Depr

Risikofaktoren: weiblich,
höheres Alter, allein lebend,
geringer soz. Status,
funktionale, kognitive,
körperliche Einschränkungen,
frühere depressive Phasen
Komorbidität mit chronischen
Erkrankungen

Twenty-Year Depressive Trajectories Among Older Women

Amy L. Byers, PhD, MPH; Eric Vittinghoff, PhD, MPH; Li-Yung Lui, MA, MS; Tina Hoang, MPH; Dan G. Blazer, MD; Kenneth E. Covinsky, MD, MPH; Kristine E. Ensrud, MD, MPH; Jane A. Cauley, DrPH; Teresa A. Hillier, MD, MS; Lisa Fredman, PhD; Kristine Yaffe, MD

Context: Despite the frequent occurrence of depressive symptoms among older adults, especially women, little is known about the long-term course of late-life depressive symptoms.

Objective: To characterize the natural course of depressive symptoms among older women (from the young old to the oldest old) followed up for almost 20 years.

Design: Using latent-class growth-curve analysis, we analyzed women enrolled in an ongoing prospective cohort study (1988 through 2009).

Setting: Clinic sites in Baltimore, Maryland; Minneapolis, Minnesota; the Monongahela Valley near Pittsburgh, Pennsylvania; and Portland, Oregon.

Participants: We studied 7240 community-dwelling women 65 years or older.

Main Outcome Measure: The Geriatric Depression Scale short form (score range, 0-15) was used to routinely assess depressive symptoms during the follow-up period.

Results: Among older women, we identified 4 latent classes during 20 years, with the predicted probabilities

of group membership totaling 27.8% with minimal depressive symptoms, 54.0% with persistently low depressive symptoms, 14.8% with increasing depressive symptoms, and 3.4% with persistently high depressive symptoms. In an adjusted model for latent class membership, odds ratios (ORs) for belonging in the increasing depressive symptoms and persistently high depressive symptoms classes, respectively, compared with a group having minimal depressive symptoms were substantially and significantly ($P < .05$) elevated for the following variables: baseline smoking (ORs, 4.69 and 7.97), physical inactivity (ORs, 2.11 and 2.78), small social network (ORs, 3.24 and 6.75), physical impairment (ORs, 8.11 and 16.43), myocardial infarction (ORs, 2.09 and 2.41), diabetes mellitus (ORs, 2.98 and 3.03), and obesity (ORs, 1.86 and 2.90).

Conclusions: During 20 years, almost 20% of older women experienced persistently high depressive symptoms or increasing depressive symptoms. In addition, these women had more comorbidities, physical impairment, and negative lifestyle factors at baseline. These associations support the need for intervention and prevention strategies to reduce depressive symptoms into the oldest-old years.

Arch Gen Psychiatry. 2012;69(10):1073-1079

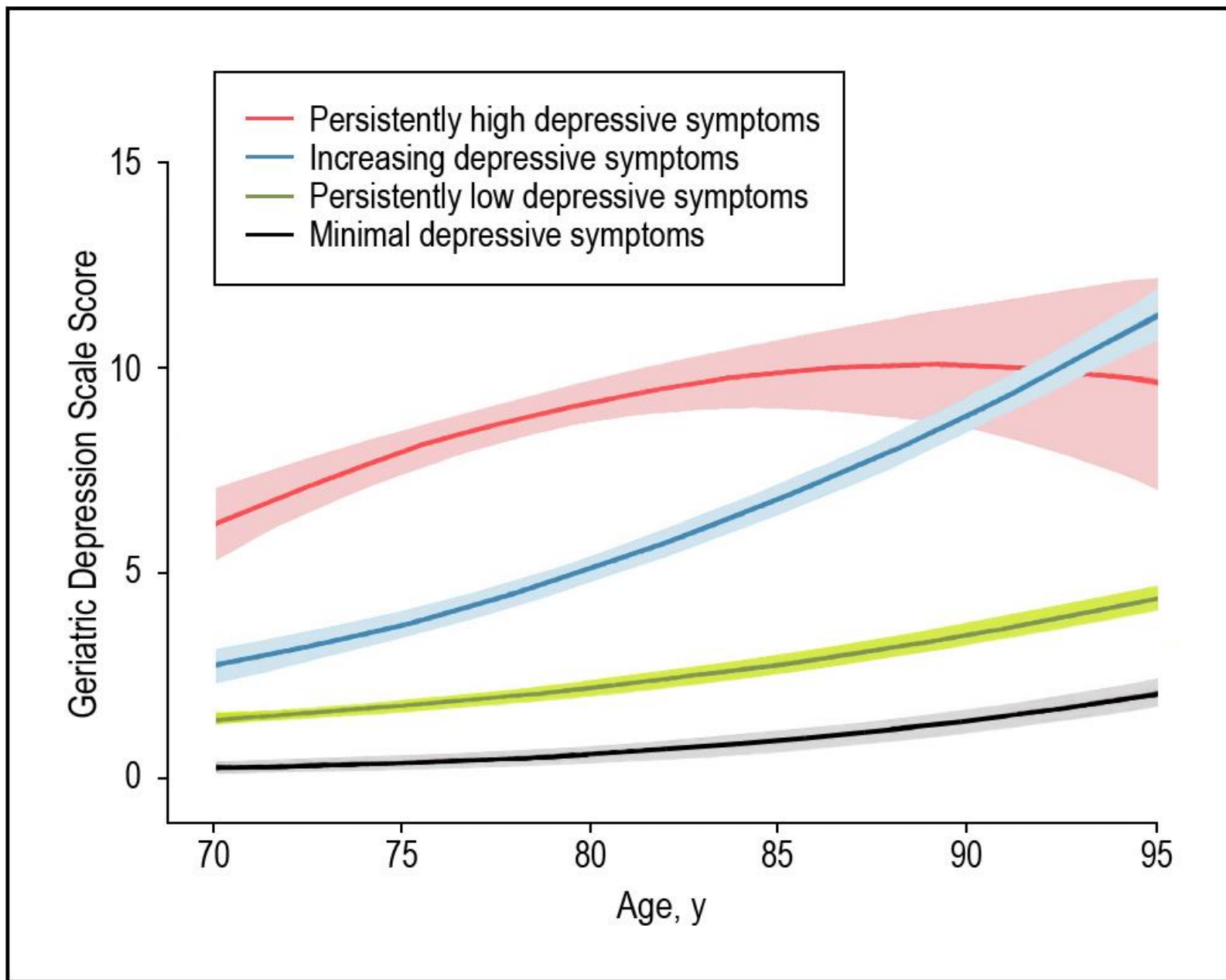


Figure 1. Mean trajectories of depressive symptoms by increasing age

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 Suizidenten psychiatrische Erkrankung im Vorfeld, am häufigsten Depression (70 %)

**Wenn eine Depression vorliegt, dann sollte Suizidalität Immer aktiv exploriert werden!
Höchste Gefahr: Ältere Männer!**

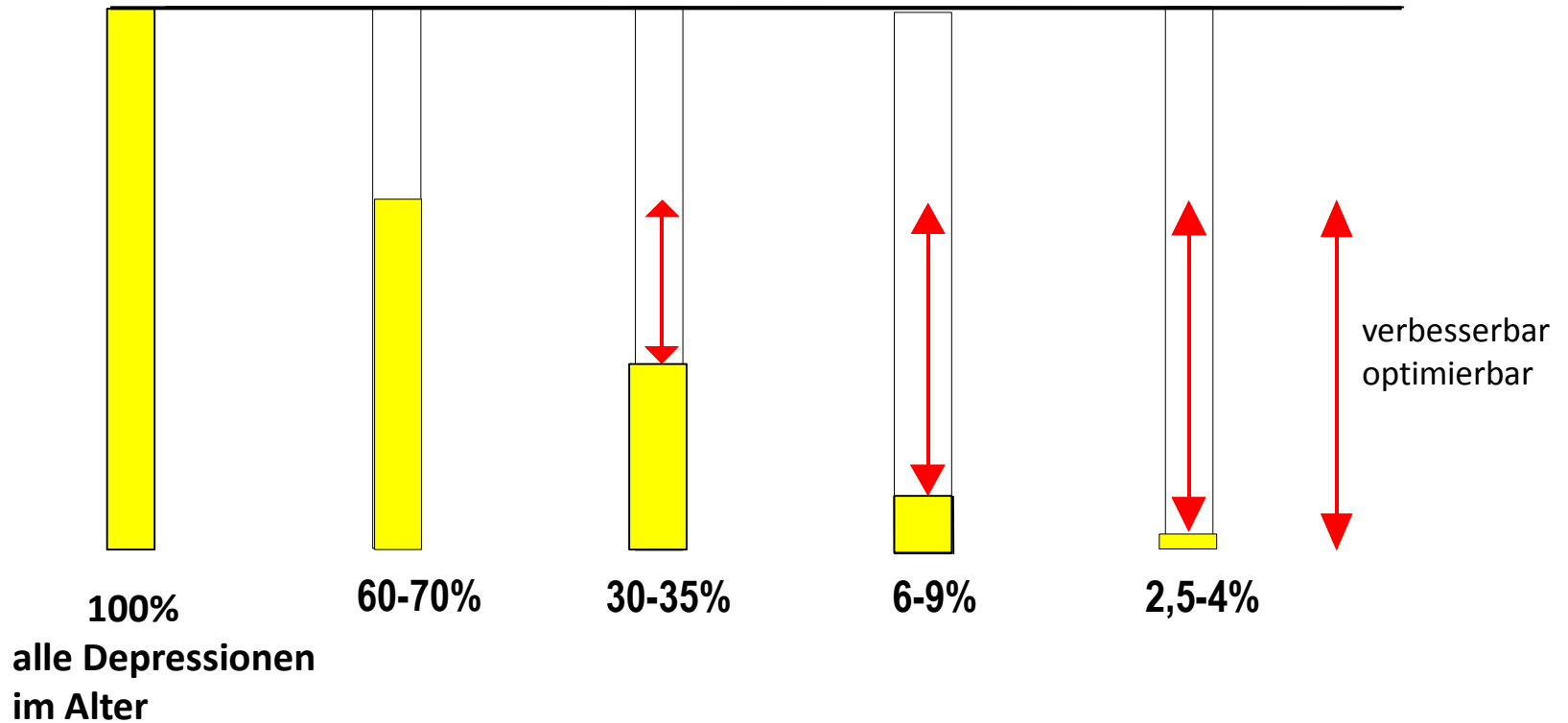
Aktuelle Versorgungslage

In haus-
ärztlicher
Behandlung

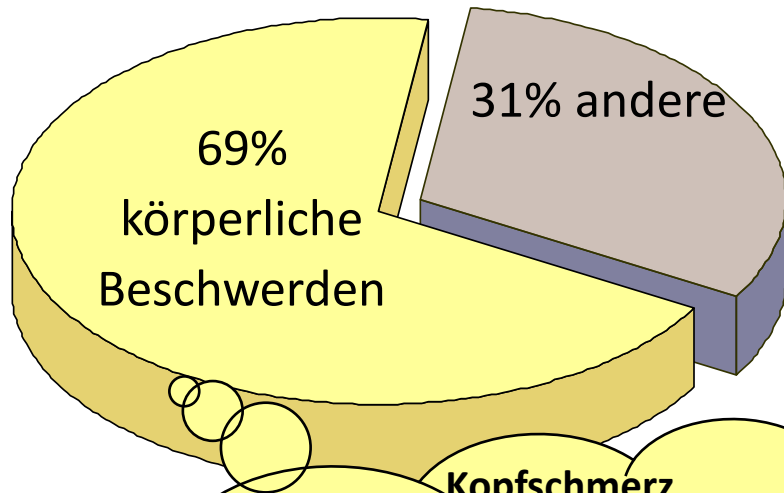
Als
Depression
erkannt

Suffizient
behandelt

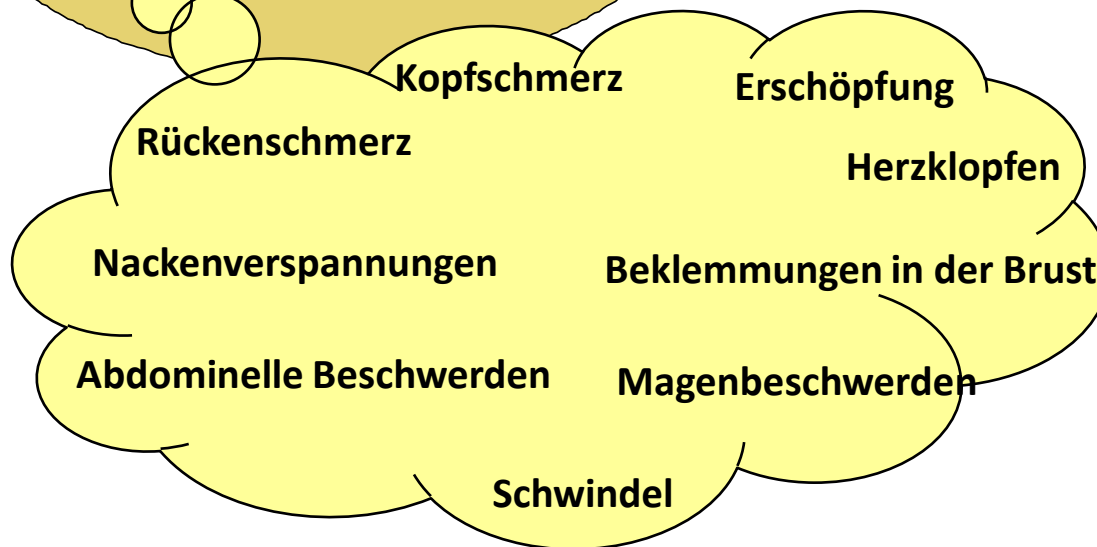
Nach 3 Mo.
Behandlung
compliant



Beschwerdeprofil von (älteren) Depressionspatienten



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

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. Gleichförmige Stimulussituation, Abnutzung verbliebener Verstärker
7. Verarmung des sozialen Stütz- und Kontaktnetzes
8. Geringe, keine Kontrolle über Veränderungen
9. Rigidität, Inflexibilität, Perfektionismus, Fatalismus, Mißerfolgsorientierung
10. Keine alternativen Ziele, Interessen und Beschäftigungen, fehlende Selektion, keine Anpassung von Zielen, überhöhte Ansprüche und Überforderung

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 psychotherapeutische Maßnahmen

1. **Passivität und Inaktivität überwinden**
2. **Pessimistisches, negatives Denken reduzieren und überwinde**
3. **Sicherer und kompetenter werden**
4. **Reale Schwierigkeiten bewältigen (Einbezug lokaler Dienste und Services)**
5. **Vergangenes besser bewältigen (Reminiszenz, Lebensrückblick)**
6. **Akzeptanz von Alter und Älterwerden**

DiA-Programm Varianten

- **12 Wochen** Programm in geschlossenen Gruppen zu 6-8 Teilnehmern
- **15 Wochen** offene Gruppentherapie mit 5-7 Teilnehmern und Einzeltherapie
 - 1 Einzelgespräch zur Einführung
 - 5 Gruppensitzungen Modul „Aktivierung“
 - 4 Gruppensitzungen Modul „Kognitionen“
 - 4 Gruppensitzungen Modul „Kompetenzen“
 - 1 Einzelgespräch zum Abschluss, Notfallplanung
Beibehaltung des Gelernten

KVT

UPT

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

Material

X

X

Therapeutin

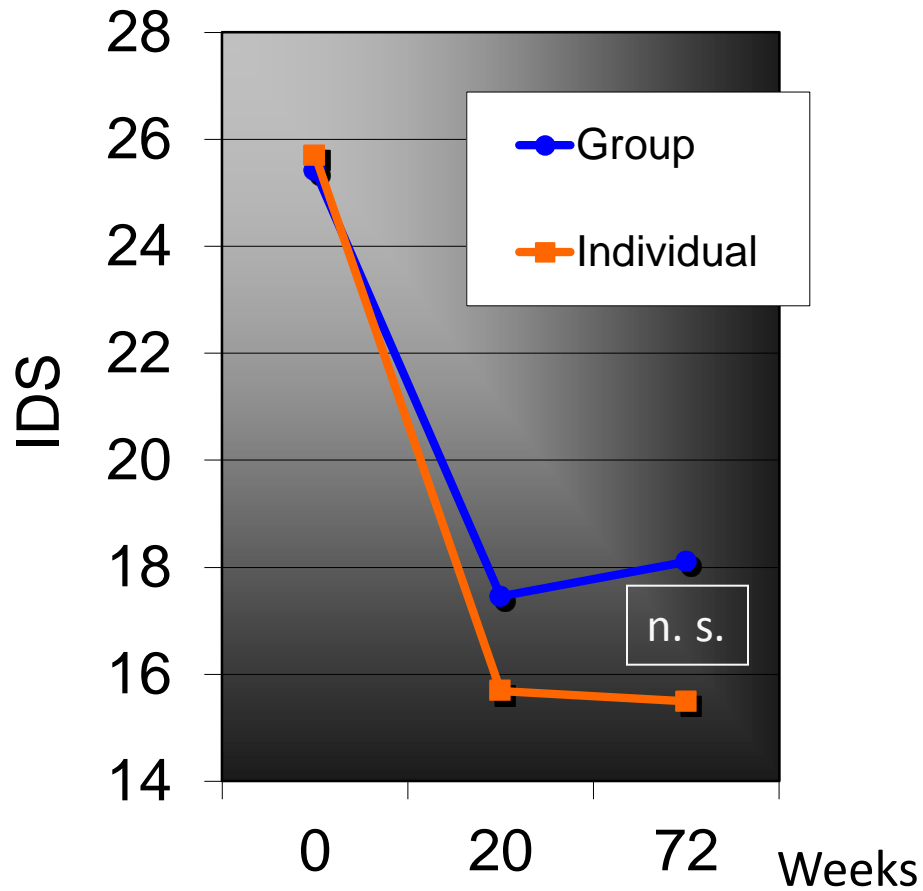
strukturierend

strukturierend

passiv

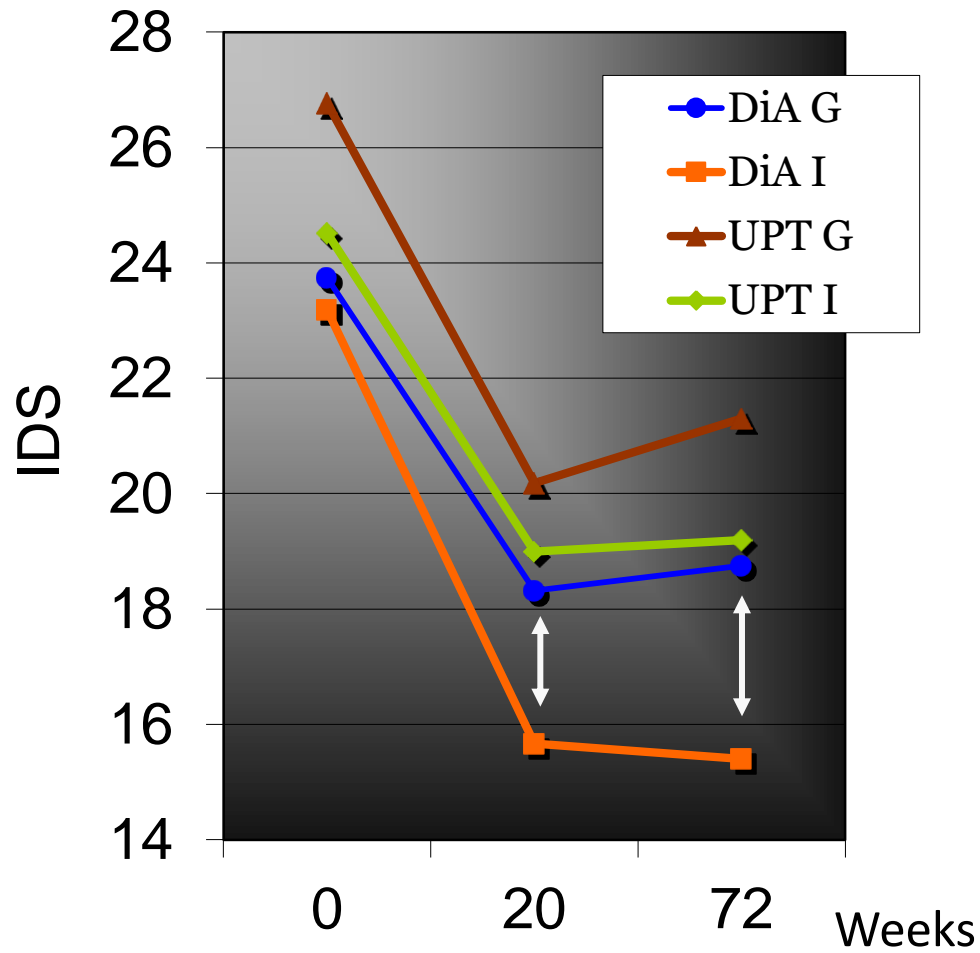
passiv

DiA 3: IDS



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

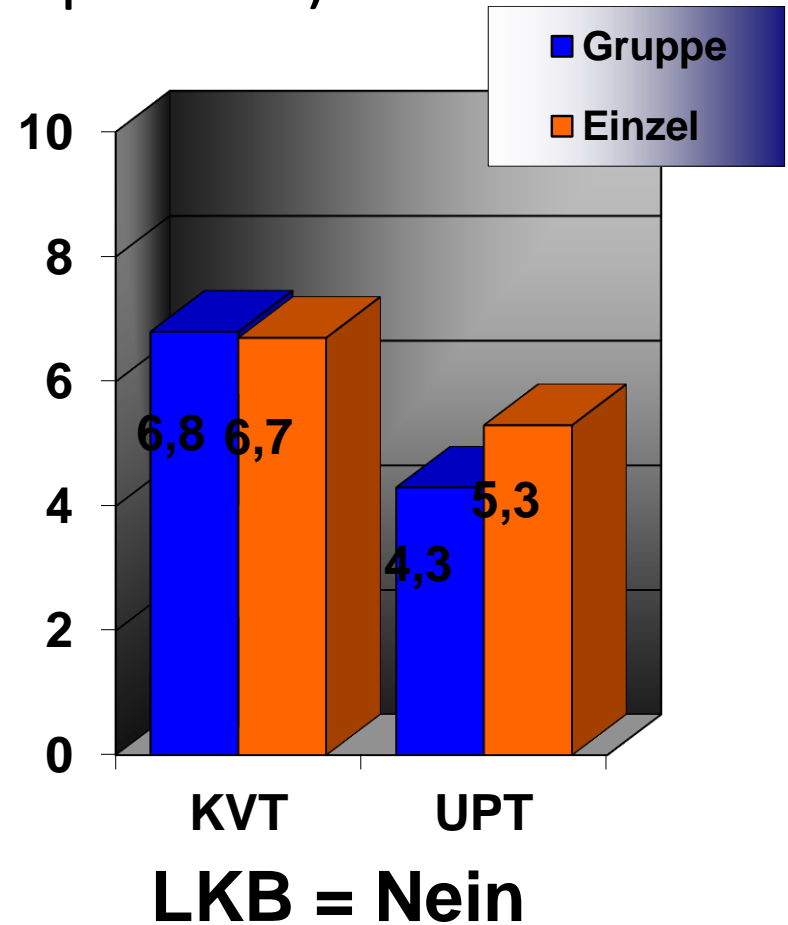
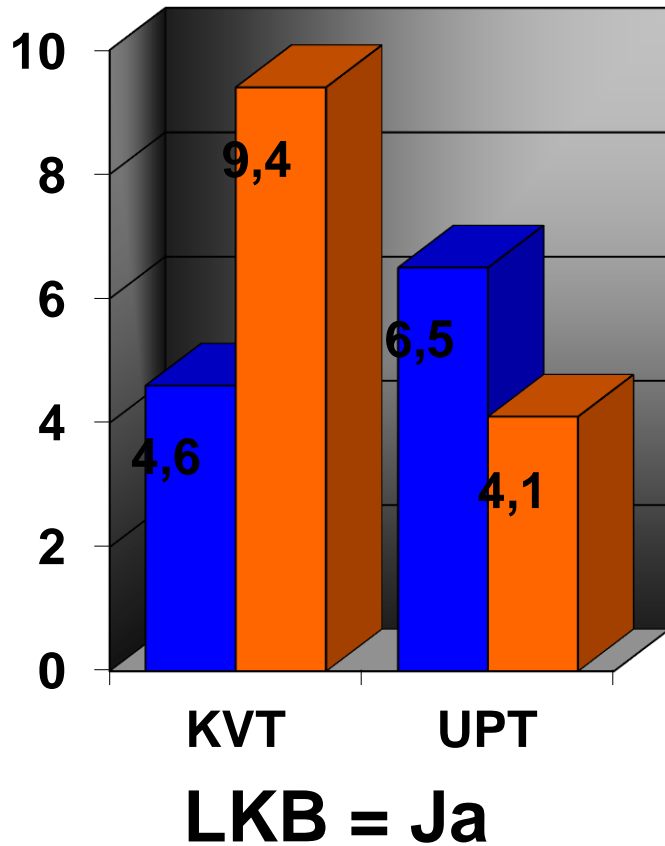
DiA 3: IDS



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

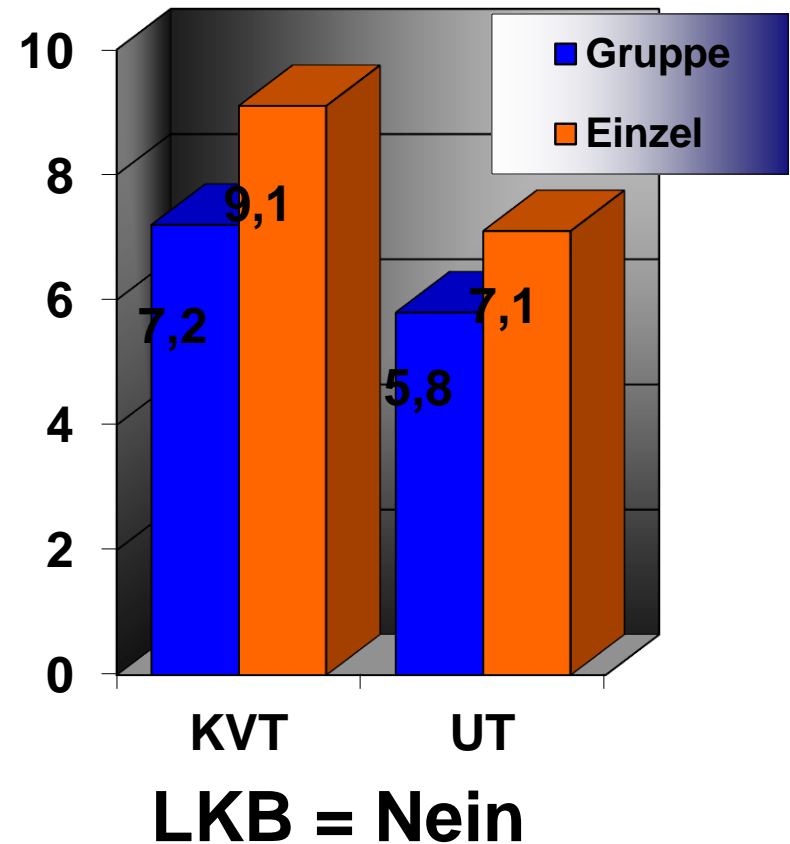
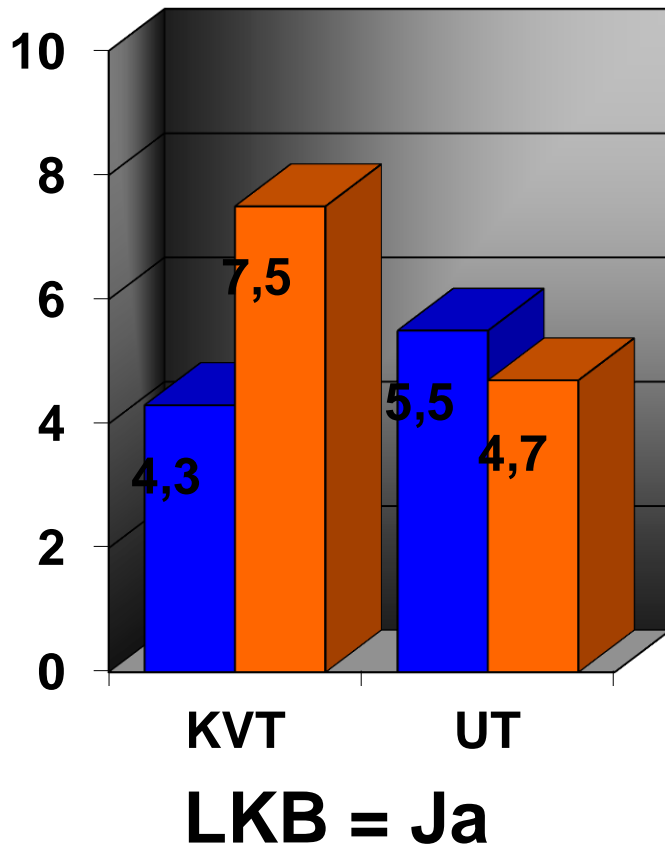
Rolle leichter kognitiver Einschränkungen

Effekte nach 20 Wochen (Therapieende)



Rolle leichter kognitiver Einschränkungen

Effekte nach 72 Wochen (Nachuntersuchung)



Motorische Störungen
Kognitive Störungen

Alltagskompetenz

Lebensqualität

Schlaganfall

Reha-Erfolg

Mobilität

Depression



Schlaganfall und Depression

Ischämischer Schlaganfall oder primäre
Hirnblutung innerhalb des letzten Jahres

> 60 Jahre MMST > 21

keine mittelgradige, schwere Aphasie
ausreichende Deutschkenntnisse

Stichprobe an Schlaganfall Patienten

Schweregrad Depression (SKID) N=238

leicht

25 / 11%

mittel

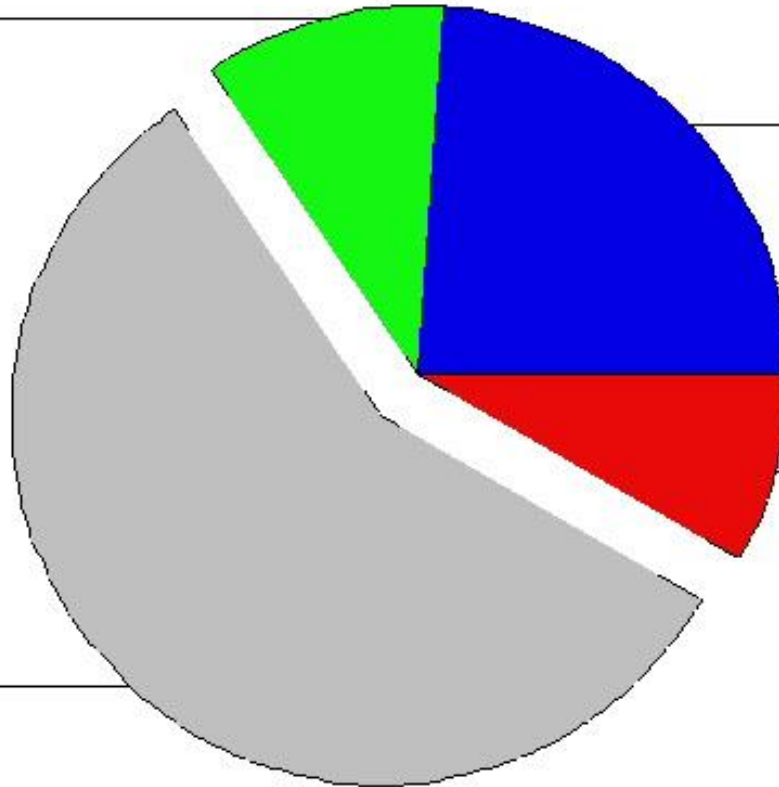
57 / 24%

schwer

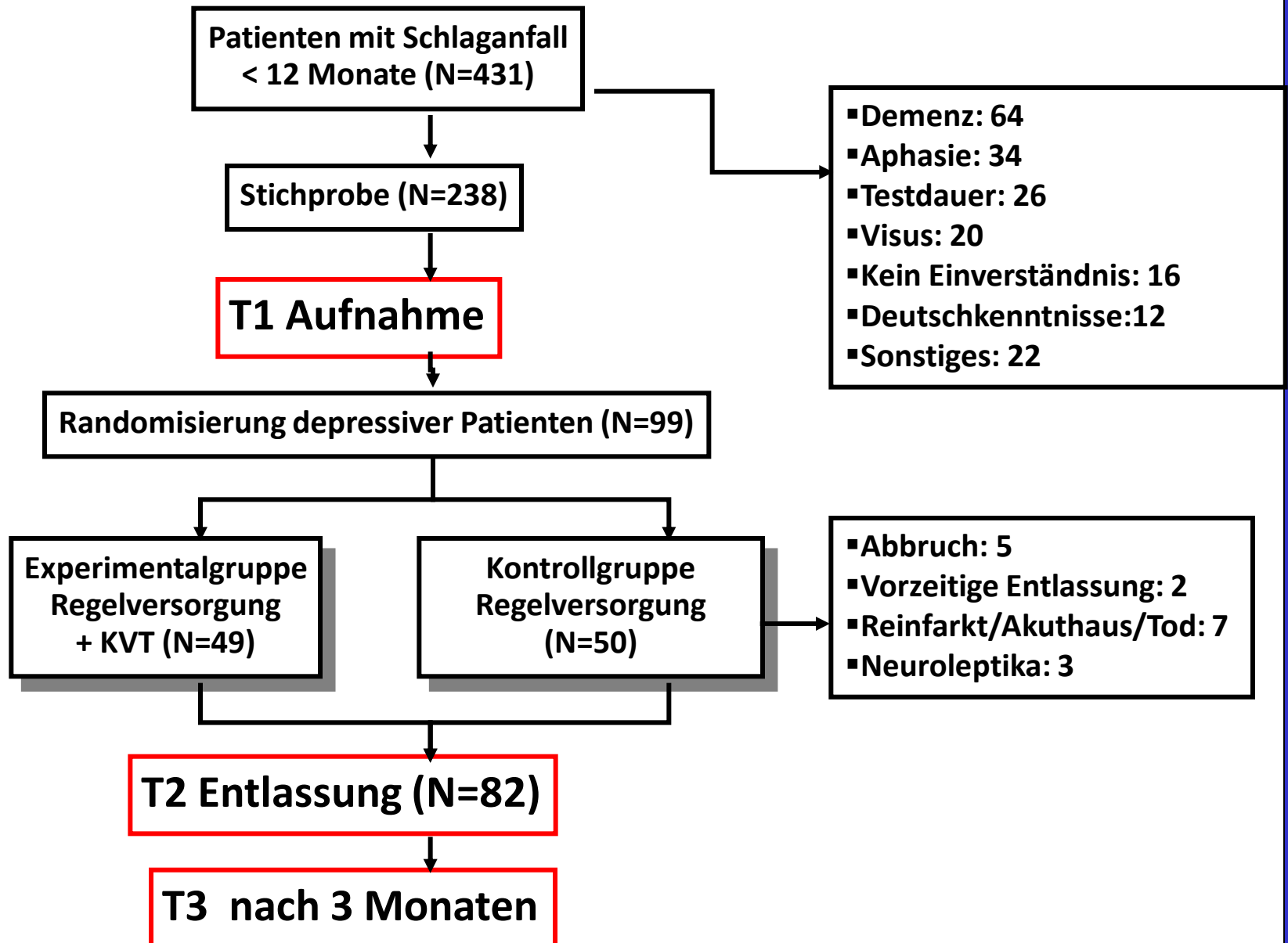
20 / 8%

keine

136 / 57%



Design



Depressive Studienpatienten

- N = 99
- Alter 78,0 Jahre
- MMST = 25,3
- Barthel = 58,5
- Apoplex vor 4,4 Wochen
- 72% weiblich
- 28% männlich

Kognitive Verhaltenstherapie mit depressiven Schlaganfallpatienten

9 individuelle Sitzungen (in 3 Wochen Reha)
mit folgenden Schwerpunkten:

- Aufbau positiver Aktivitäten
- Veränderung von Kognitionen
- Verbesserung sozialer Fertigkeiten

Nutzung von speziellen Materialien,
einer Geschichte mit 2 Patienten als Modell,
individuelle Sitzungen, 3 pro Woche

Reaktionen (Therapeuteneinschätzung):

**Patient erscheint vom Programm kognitiv
Überfordert?**

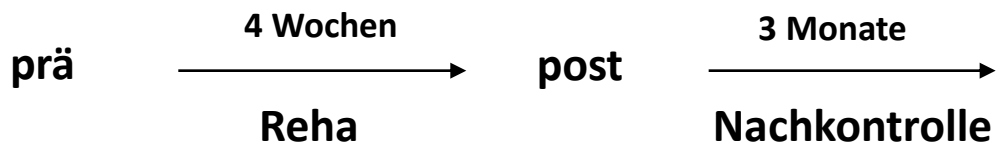
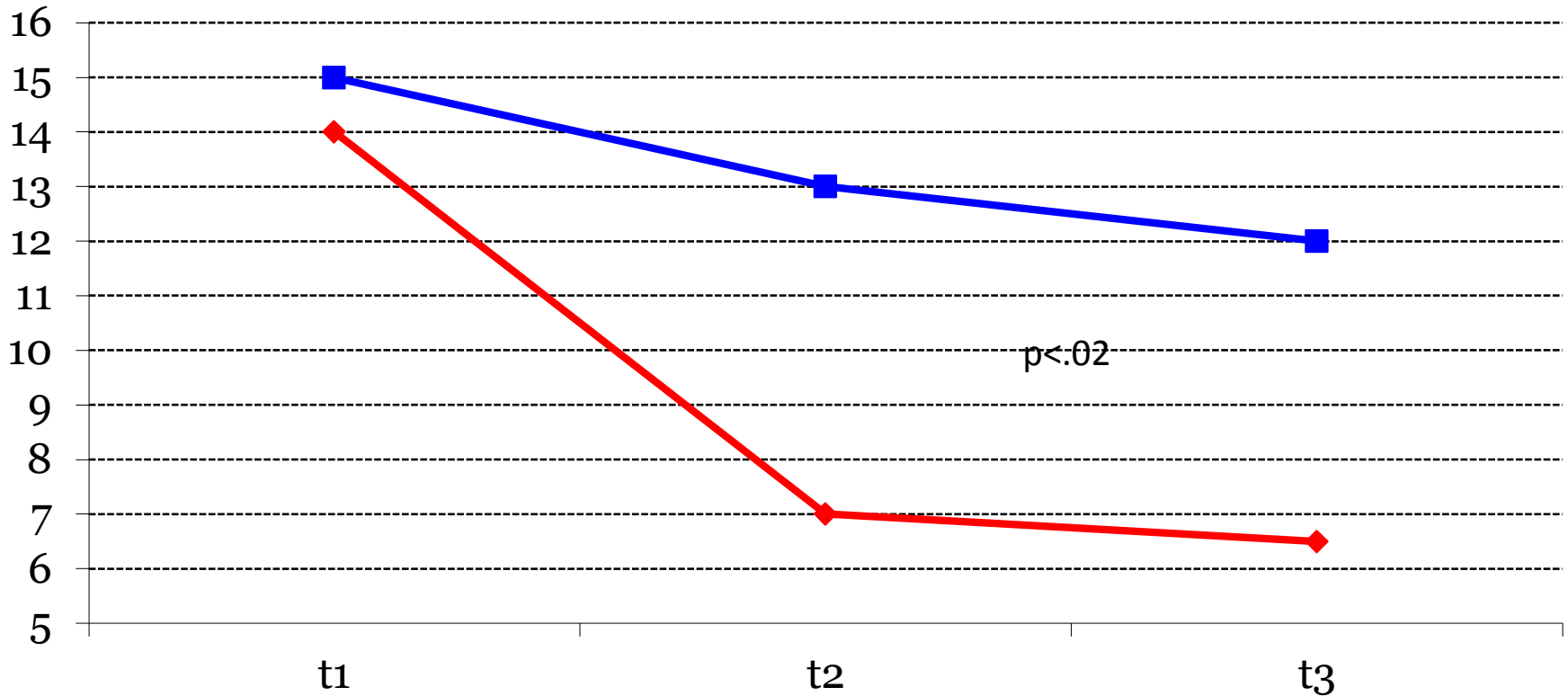
- vollständig 6%
- teilweise 20%
- nicht 74%

„Hausaufgaben“ wurden wie folgt bearbeitet?

- nicht 38%
- teilweise 44%
- regelmäßig selbständig 18%

GDS (Patienten ohne frühere Depression)

◆ Depressed treatment ■ Depressed control



Ergebnisse

Als Prädiktoren für ein erfolgreiches Programm ergibt sich:

- Patienten ohne frühere depressive Episode verbessern sich deutlich mehr (Δ 4,4 vs. 1 Punkt, $p=0,05$)
- niederer Cornell bei Aufnahme
- insgesamt geringere Beeinträchtigung

Belastung und Depressivität bei pflegenden Angehörigen von Schlaganfallpatienten (>TIPS Studie<)

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



ROBERT
R BOSCH
BOSCH
KRANKENHAUS
K

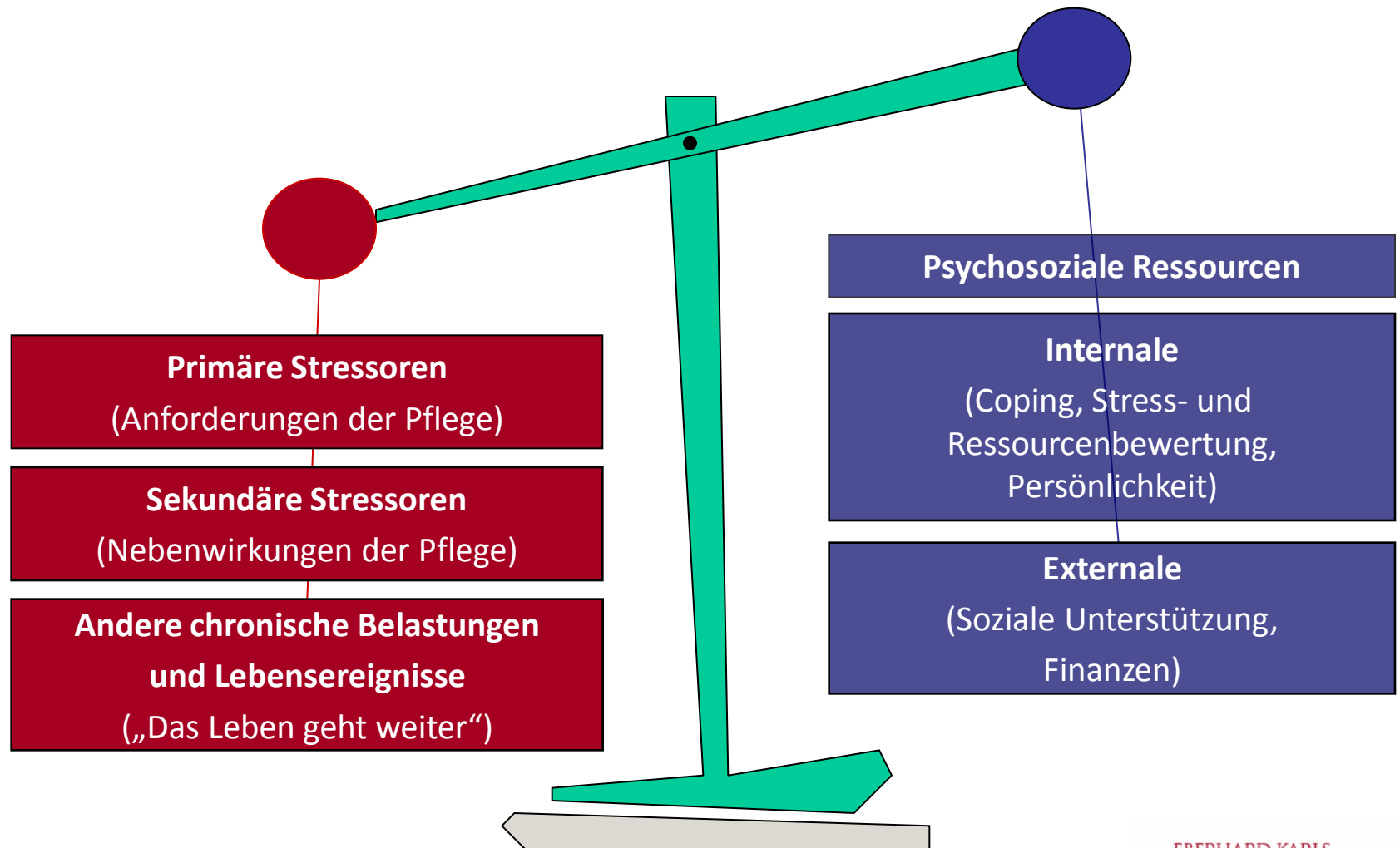
- Etwa 220 000 Menschen im Jahr in D erleiden einen ersten Schlaganfall
- Viele erleiden dauerhafte physische, kognitive, psychologische, psychosoziale Behinderungen, die sie von der Pflege durch andere abhängig machen
- 2/3 dieser Pflegebedürftigen werden von Familienangehörigen ohne externe Unterstützung gepflegt
- Depression, Inkontinenz, Gedächtnisverlust werden als am meisten belastend durch die pflegenden Angehörigen eingeschätzt



- die Beziehung leidet, Einsamkeit, Erschöpfung, und depressive Symptome nehmen zu
- ungeschickte, dysfunktionale Problemlösefertigkeiten sagen Burn-out und depressive Symptome vorher
- Verbesserung und Steigerung der Problemlösefertigkeiten, Unterstützung und Beratung dabei erscheint theoretisch überzeugend
- Konzepte, Handbücher, Interventionen und kontrolliert Untersuchungen fehlen



Pflege und Stressprozess



Leben mit Schlaganfall

Erfahrungen von (pflegenden) Angehörigen

Kausale Faktoren

Trauma:
Schlaganfall

Veränderungen
Um- und Neu-
orientierung

Ängste, Sorgen,
Demoralisation

Rehabilitation:
Anforderungen

Zentraler Mechanismus

Kontrollverlust

Strategien, Taktik

Suche nach
Kontrolle, wird zum
Experten,
Emotionsregula-
tion, angstrengte
Vermeidung weiter
Verluste,
Einschränkungen

Moderatoren/Interaktion

Auflösung von Reziprozität
Angehöriger „spricht“ für Pat.
Angehöriger–Professionelle Konflikte
Keine Hilfe von sozialem Netz

Konsequenzen

Eingesperrtsein

Isolation

Emotional
Verletzlich

Einschränkung
Lebensqualität

Einschränkung
Beziehungs-
qualität

Mangel an
Selbstfürsorge

Trauer, Ärger

Primäre Stressauslöser

Objektiv z.B.

Betreuungsaufgaben
Emotionale Unterstützung
Verhaltensprobleme

Subjektiv z.B.

Überlastung
Aggressivität
Trauer, Verlust

Sekundäre Stressauslöser

Objektiv z.B.

Konflikte zwischen persönlichen
Bedürfnissen und Pflege
Rollenkonflikte (z.B. Arbeit- Familie)

Subjektiv z.B.

Rollenüberlastung
Isolation, Einsamkeit

Kontext

- Alter, Geschlecht
- Persönlichkeit
- Verfügbarkeit v. Unterstützung

Konsequenzen

- Gesundheit
- Subjektives Wohlbefinden

Moderatoren

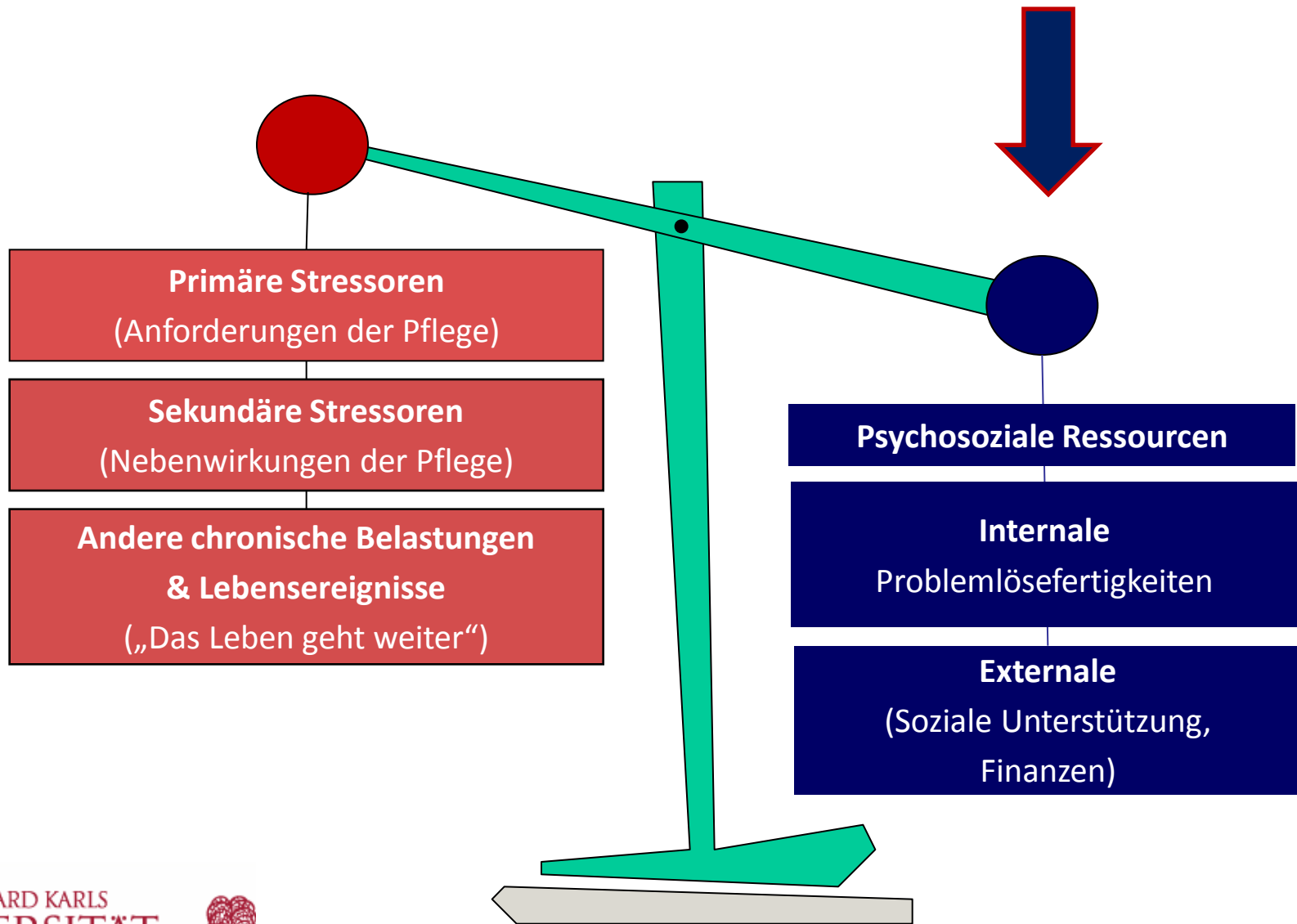
- o Kompetenzen, Lösungsstrategien
- o Verarbeitung von Informationen
- o Erwartungen
- o Persönliche Werte
- o Selbstwertgefühl
- o Selbstmotivation

Pflegestress und die Folgen

- Hilflosigkeit, Erschöpfung, Schlafstörungen, Sorgen, Ängste, Depression, körperliche Erkrankungen (Immunsystem, Herz-Kreislauf), kognitive Einschränkungen (Demenzrisiko)
- Isolation, Abnahme sozialer Kontakte, Verarmung sozialer Ansprache und Anregung
- Einschränkungen in der Belastbarkeit, der Pflegeleistung und Pflegefähigkeit
- Persönliche Vernachlässigung



Ziele psycho-sozialer Interventionen



5 Phasen der Hilfen für pflegende Angehörige

(Cameron & Gignac, 2008)

1. Ereignis/Diagnose
2. Stabilisierung während akuter Therapie/Pflege
3. Vorbereitung während akute Hilfe bzw. Rehabilitation
4. Umsetzung, Implementierung
5. Adaptation, Pflege zu Hause

➔ Die meisten Konzepte und Studien fokussieren auf Phase 3 und 4.

Unser Ziel war es für die Phase 5 eine Intervention zu entwickeln und zu evaluieren



Telefongestütztes Problemlösetraining

Eine verhaltenstherapeutische Intervention
zur Entlastung pflegender Angehöriger
von Schlaganfall-Betroffenen

Einschlusskriterien:

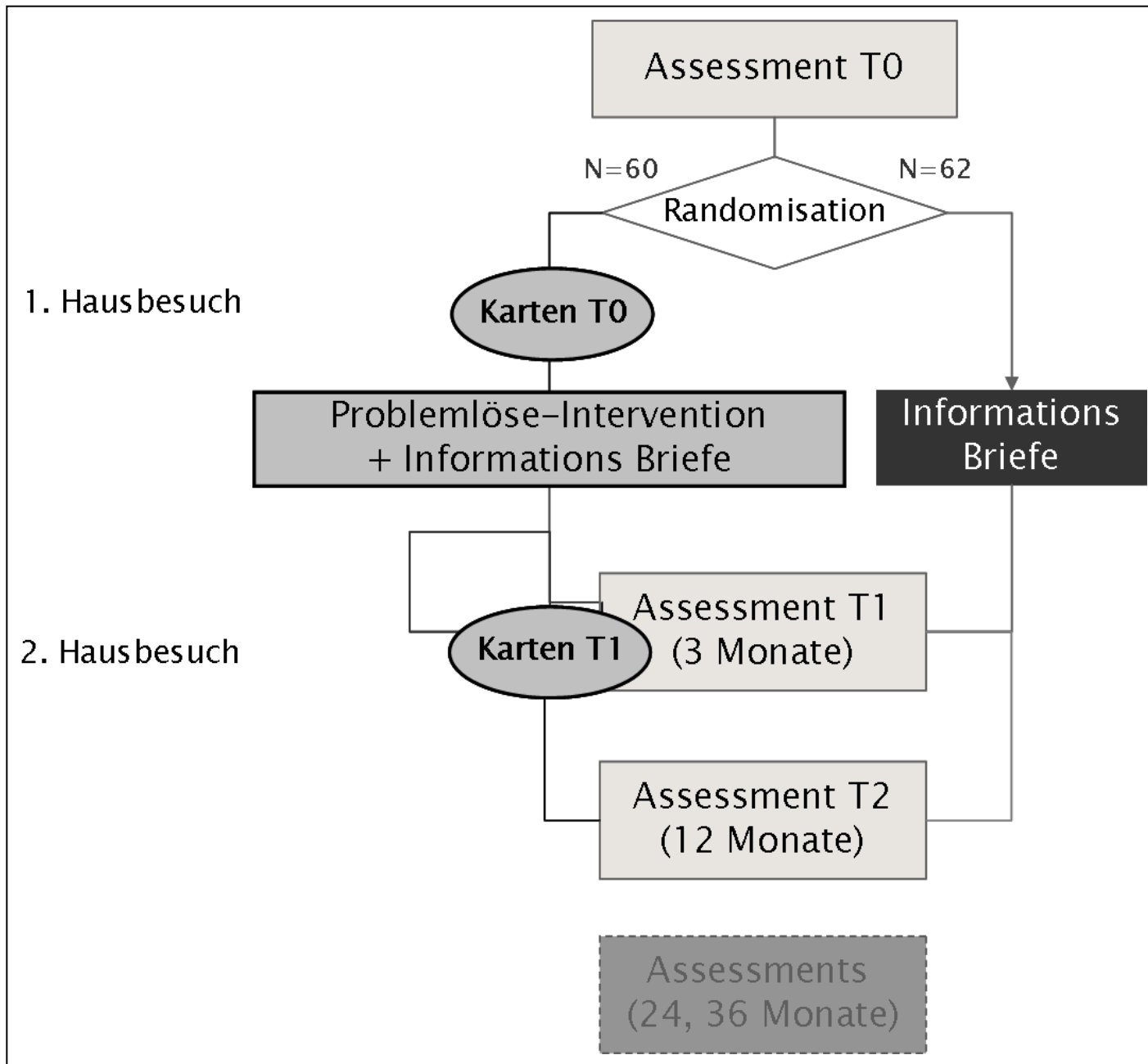
1. Pflegefall musste über 60 Jahr alt sein
2. Neurologische Ausfälle aufgrund ischämischem oder hämorrhagischem intrakranialen vaskulärem Ereignis
3. Eingestuft als Pflegefall (meist Pflegestufe 2)
4. Keine terminale Erkrankung
5. Keine Pläne für Heimunterbringung



Einschlusskriterien:

1. **Pflegender Angehöriger** mußte erwachsenes Familienmitglied sein und in SSB-Bereich von Stuttgart leben
2. Mindestens 10 Stunden pro Woche ausschließlich Pflege des Schlaganfall Betroffenen
3. Mindestens 6 Monate und längstens 5 Jahre seit Schlaganfall
4. Telefonzugang, konnte mit Telefon umgehen
5. Berichteten von Belastung und „Burn-out“ (z.B. überfordert, frustriert, gereizt, ärgerlich, erschöpft, isoliert, kränklich)





1. Hausbesuch

2. Hausbesuch

Assessment T0

N=60

N=62

Randomisation

Karten T0

Problemlöse-Intervention
+ Informations Briefe

Informations
Briefe

Karten T1

Assessment T1
(3 Monate)

Assessment T2
(12 Monate)

Assessments
(24, 36 Monate)

Themen der 40 Karten:

Interaktion zwischen Gepflegten und Pfleger (10)

Sozial Beziehung, Unterstützung (2)

Finanzielle Belastung (1)

Schlafstörung (1)

Kompetenzen (7)

Ängste, Befürchtungen (2)

Physische Gesundheit (2)

Autonomie, eigene Pläne (2)

(Negative) Gefühle (4)

Verhaltensauffälligkeiten (5)

Stimmung, Resignation (3)

Inkontinenz (1)

①

Ich bin **verantwortlich für die Haushaltstätigkeiten** (Kochen, Einkaufen, Putzen, ...).

③

Das **Leid und Leiden** meines Partners/Angehörigen **beschäftigt mich ständig**.

②

Mein **Wissen über die Erkrankung und Pflege** meines Partners/Angehörigen erscheint mir nicht ausreichend.

④

Meine **Gesundheit** ist **beeinträchtigt**.

⑤

Experten

(Pflegedienst, Ärzte, ...)

**berücksichtigen meine
Anliegen zu wenig.**

⑦

Ich muss meine

Lebensplanung ändern.

⑥

Ich bin **verantwortlich für die
organisatorischen und
finanziellen Angelegenheiten**
meines Partners/Angehörigen
(Termine, Pflegekasse, ...).

⑧

Bestimmte **Verhaltensweisen**
meines
Partners/Angehörigen **sind
mir unangenehm.**

⑨

Mir **fehlt es an Unterstützung**

(durch meine Familie,
Freunde, professionelle
Hilfen, ...).

①①

Ich bin **verantwortlich für die
Pflege** meines
Angehörigen/Partners (Waschen,
Anziehen, Medikamente,
Katheter, ...).

①①

Mein **Schlaf** ist gestört.

①②

Mein Partner/Angehöriger ist
mir fremd geworden.

①③

Meine Bemühungen haben nur wenig Einfluss auf das **Leiden** meines Partners/Angehörigen.

①⑤

Ich fühle mich **erschöpft** und **kraftlos**.

①④

Ich habe **nicht genug Zeit** für meine eigenen Interessen.

①⑥

In bin verantwortlich für die **Beschäftigung oder Unterhaltung** meines Partners/Angehörigen.

17

Ich habe **Angst, dass meinem Partner/Angehörigen etwas passieren könnte**
(Sturz, neuer Schlaganfall, ...).

19

Ich habe **Angst meinen Partner/Angehörigen zu verlieren** (Pflegeheim, Tod).

18

In meiner Partnerschaft/Familie gibt es **Konflikte** und **Spannungen**.

20

Ich erhalte keine **angemessene Anerkennung** für das, was ich für meinen Partner/Angehörigen tue.

②①

Ich fühle mich häufig **einsam** und **isoliert** (wegen fehlender Sozialkontakte, ...).

②③

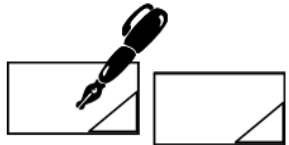
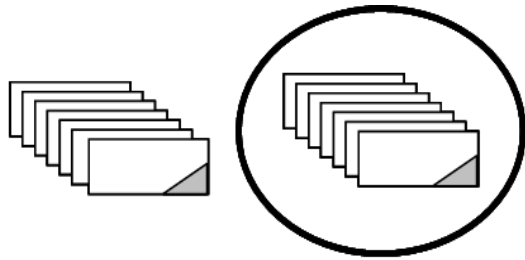
Ich habe **Schuldgefühle** gegenüber meinem Partner/Angehörigen.

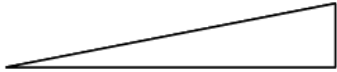
②②

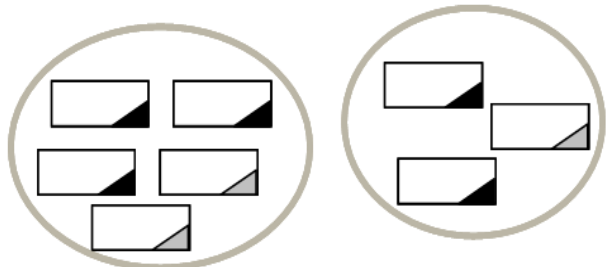
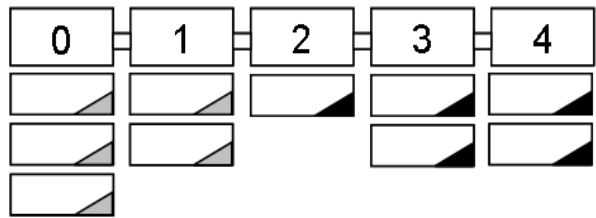
Unser Umgang miteinander ist manchmal **gereizt** oder **aggressiv**.

②④

Ich habe **wenig Hoffnung** auf eine Verbesserung der Situation.



Keine Belastung  Hohe Belastung

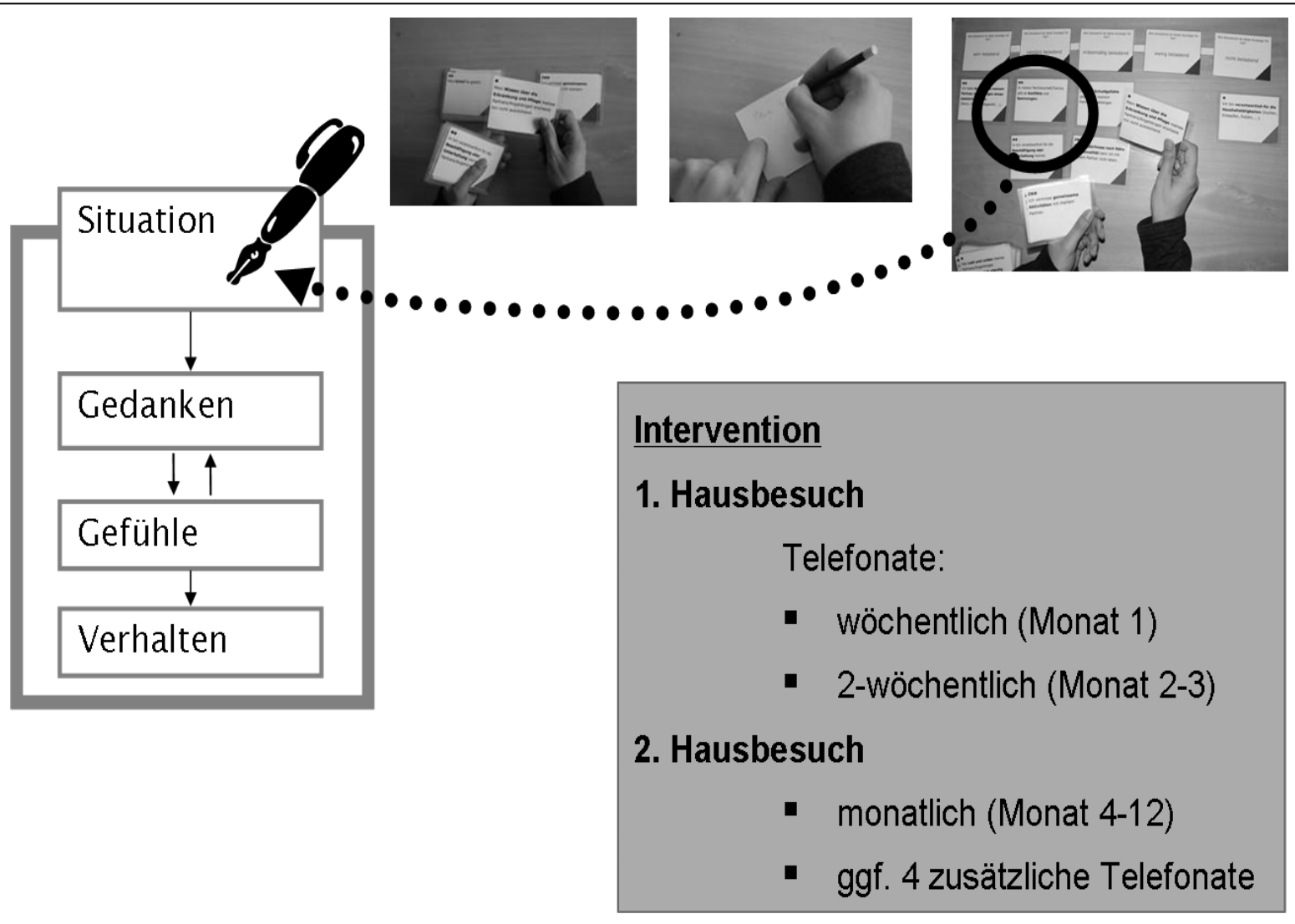


1. Auswahl zutreffender Karten

2. Ausfüllen von Blanko-Karten

3. Anordnen der Karten nach subjektiver Belastung

Optional:
a) Gruppieren in übergeordnete Problembereiche
b) Benennen der Bereiche



1. Tatsachen betrachten

Vor jeder Problemlösung steht die Problemanalyse. Betrachten Sie hierfür eine typische Situation, in der Sie das Problem selbst erlebt haben.

2. Zuversichtlich an die Lösung von Problemen herangehen

Sie lösen Schwierigkeiten leichter, wenn Sie hoffnungsvoll und positiv eingestellt sind. Dies gelingt einfacher, wenn Sie hierbei Ihre Aufmerksamkeit von den Problemen auf mögliche Veränderungsschritte lenken. Beachten Sie dabei Ihre eigenen Stärken und würdigen Sie auch kleine Schritte in Richtung ihrer Ziele.

3. Ziele setzen

Welche Ziele möchten Sie erreichen?

4. Ideen sammeln

Was für Lösungsschritte fallen Ihnen zur Erreichung Ihrer Ziele ein? Lassen Sie Ihrer Phantasie freien Lauf und bewerten Sie Ihre Ideen nicht!

5. Veränderungsschritte auswählen

Überlegen Sie sich die Vor- und Nachteile jeder einzelnen Lösungsidee. Beachten Sie deren Umsetzbarkeit und Nutzen. Wählen Sie einen vielversprechenden Lösungsschritt aus und planen Sie dessen Umsetzung.

6. Umsetzen und überprüfen

Wie funktionieren die ausgewählten Lösungsschritte in der Praxis? Was funktioniert gut, was muss noch verbessert werden?

Beispiel: Ehepaar Friedrich

Verhalten des Ehemanns:

fordernd, aggressiv

Angst um den Ehemann:

ihn zu verlieren, etwas passiert,
weiterer Schlaganfall

Angebunden sein:

Zurückstellen eigener Pläne, keine Zeit für sich,
kann Ehemann nicht allein lassen, fehlende Hilfen,
Einsamkeit

Eigene Erschöpfung:

Erschöpfung, Gereiztheit,
kann schlecht schlafen

Beispiel: Ehepaar Friedrich

1. Tatsachen betrachten: Beispielsituation analysieren (AB 1)
2. Zuversichtliche Selbstinstruktionen (optimistische Haltung)
3. Ziele setzen (mit Bezug auf typische Situation)
4. Lösungsideen sammeln (AB 2)
5. Ideen bewerten und auswählen (Umsetzbarkeit, Nutzen)
6. Ausprobieren, umsetzen, überprüfen (AB 3)



621 caregivers out of **2355** addresses were approached and screened for eligibility

499 excluded

- low burden
- refused
- progressive illness
- memory impairment
- in psychotherapy
- language problems

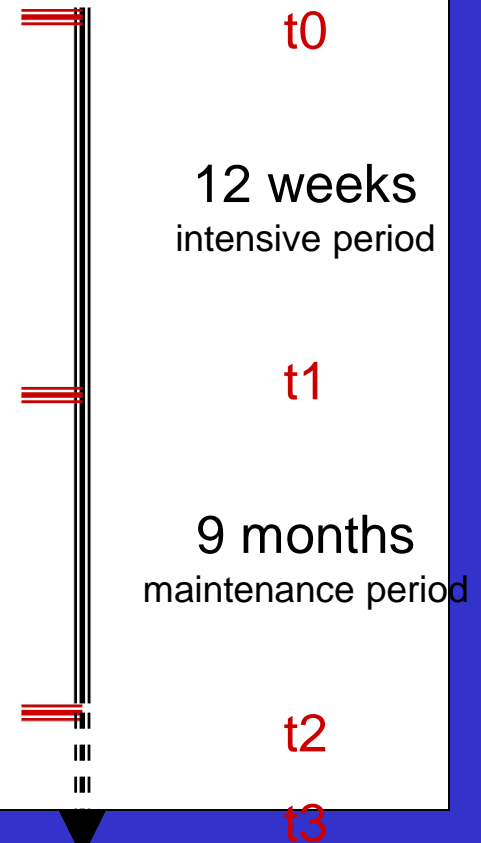
122 caregivers in study after randomization

60 caregivers in intervention group

62 caregivers in control group

assessed n=54
analyzed n=60

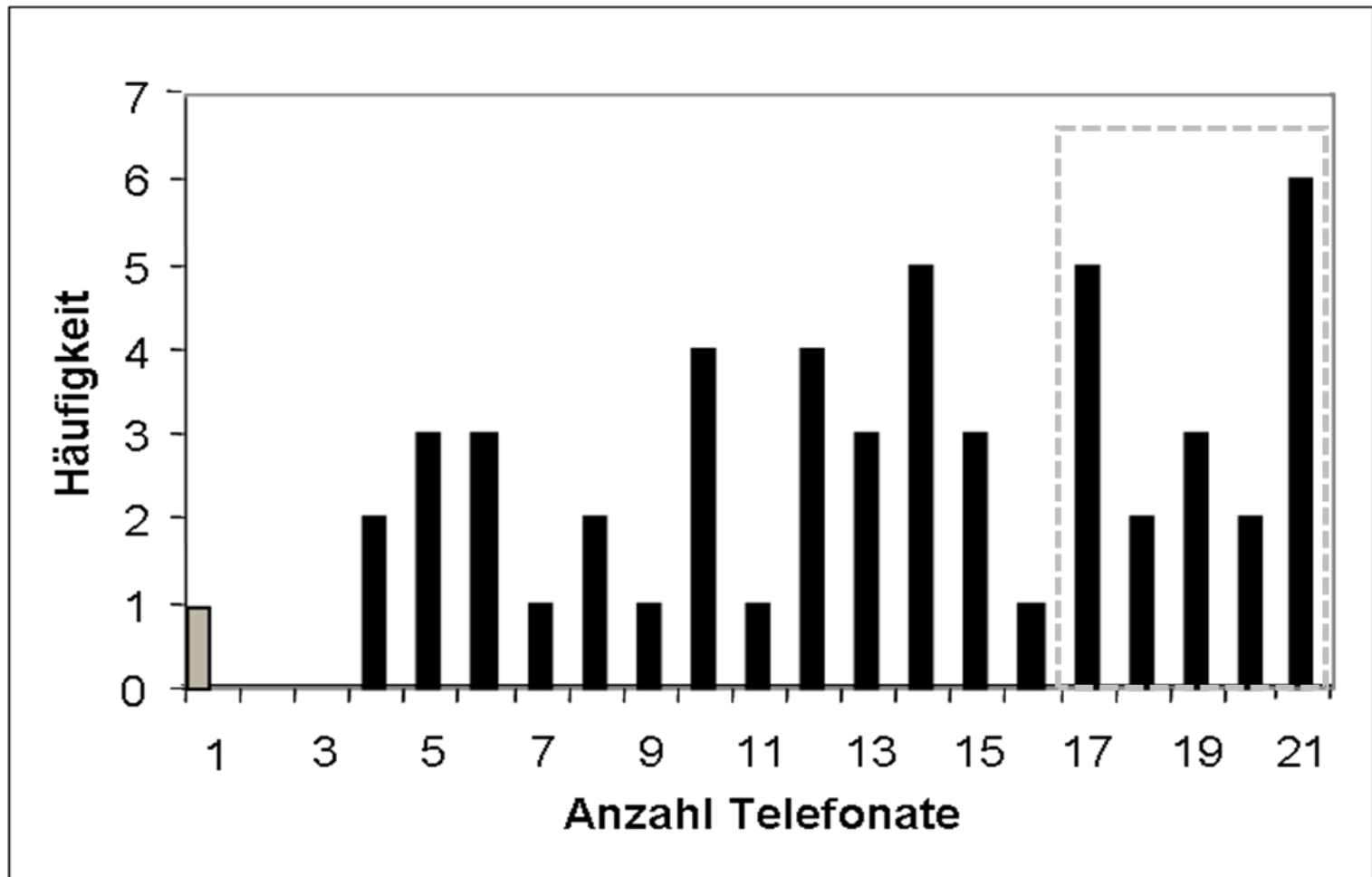
assessed n=52
analyzed n=62



Stichprobe:

	TIPS	Kontrolle
Alter pflegender Angehöriger	66,7	65,6
Alter Gepflegter	73,4	72,9
Dauer der Pflege (Monate)	30,0	26,0
Frauen (%)	76,7	79,0
Partner (%)	86,7	87,1
Kinder/Enkel (%)	13,3	12,9
ADS Wert (Depressivität)	21,3	21,5

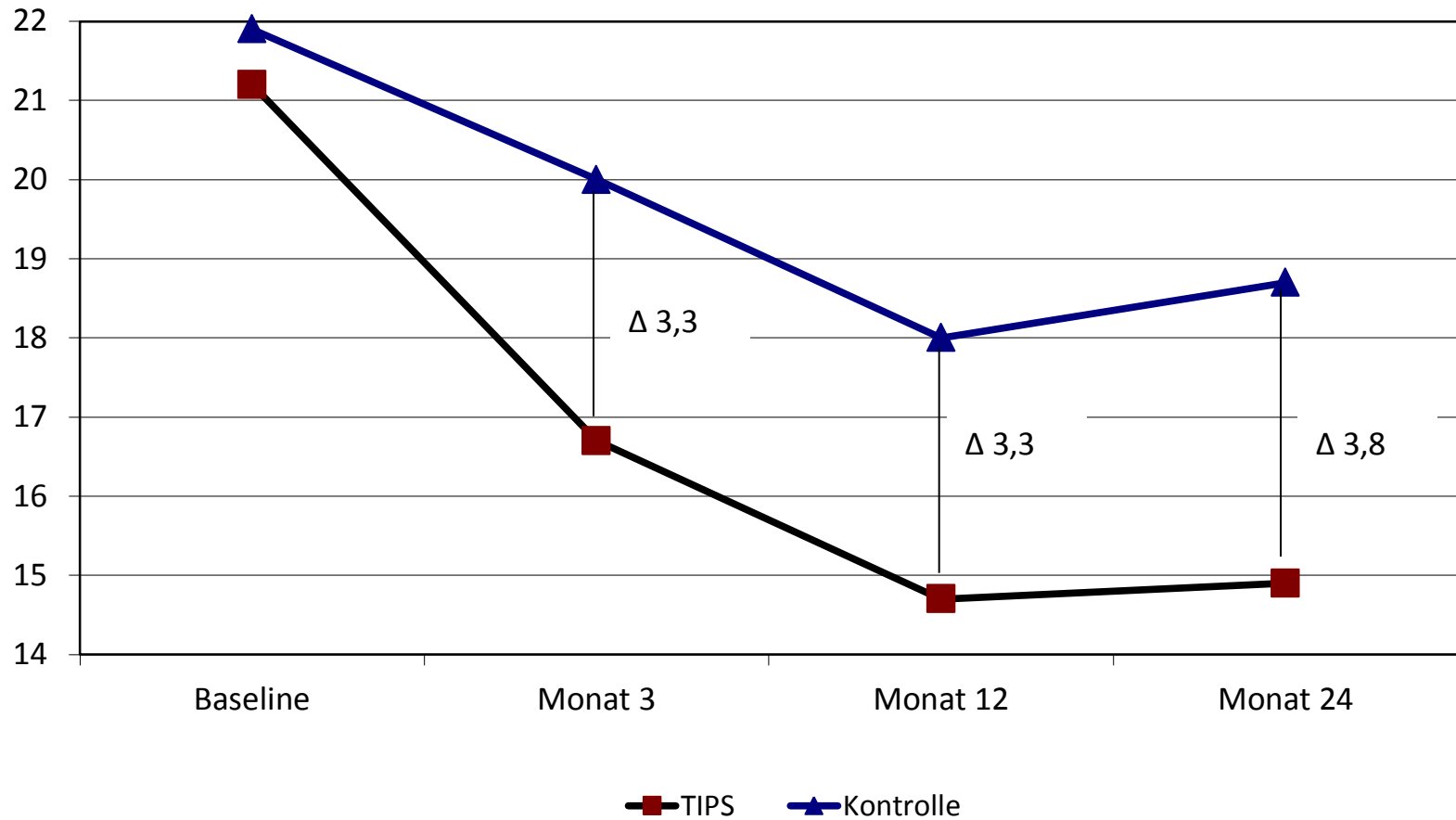




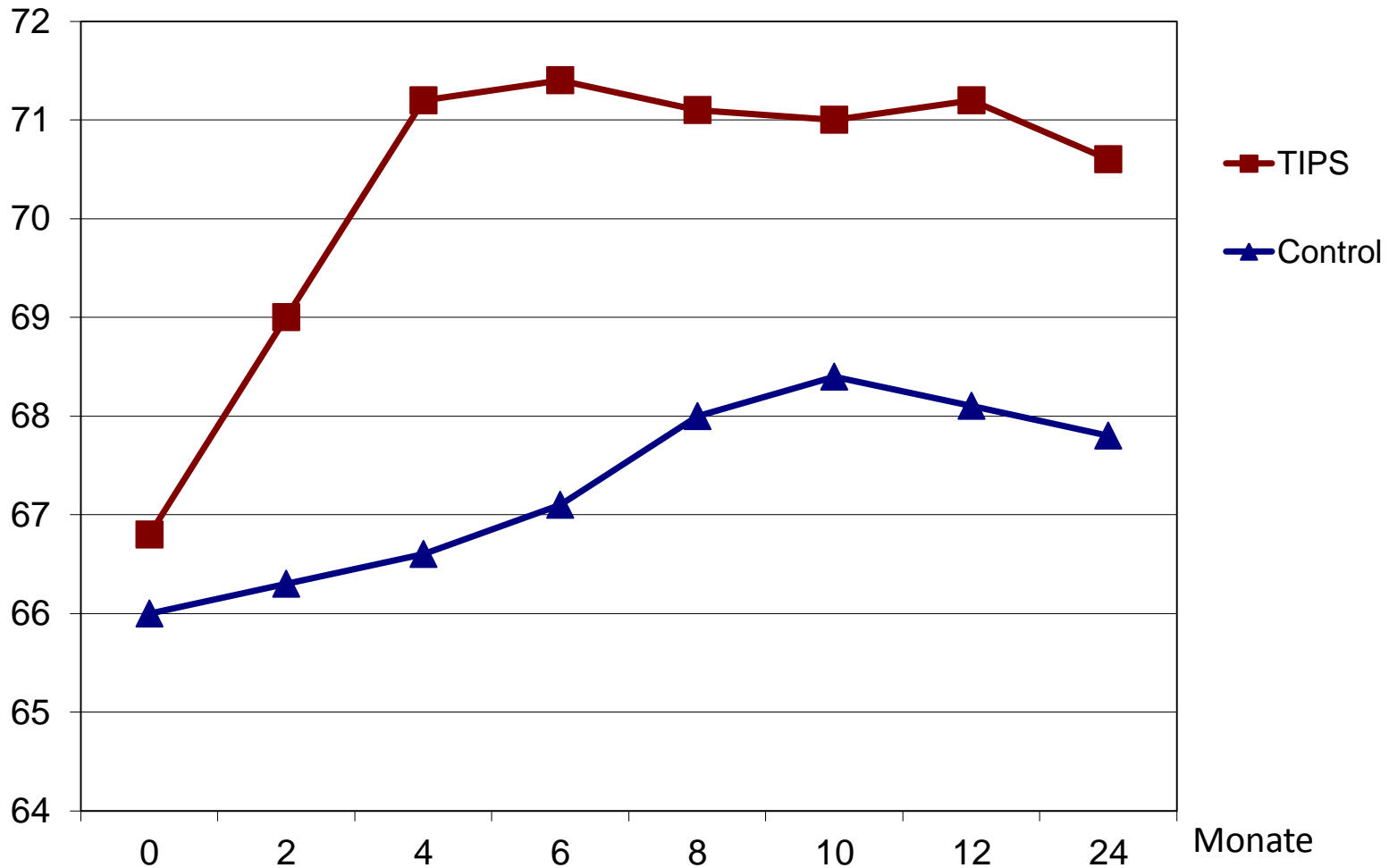
3 months intervention: 6,1 (0 – 10), average length 38 min.

12 months study time: 12,1 (0 – 21), average length 35 min.

Depressivität (ADS) im Verlauf



Kompetenzgefühl, Sicherheit Sense of Competence (SCQ)





Fazit:

Die Intervention, die durchschnittlich rund 12 Stunden direkte Beratung umfasste, kann somit als äußerst erfolgreich im Hinblick auf eine Verbesserung der psychischen Befindlichkeit der pflegenden Angehörigen interpretiert werden.

Körperliche Erkrankungen und Depression

Treatment of Depression After Coronary Artery Bypass Surgery

A Randomized Controlled Trial

*Kenneth E. Freedland, PhD; Judith A. Skala, PhD; Robert M. Carney, PhD; Eugene H. Rubin, MD, PhD;
Patrick J. Lustman, PhD; Victor G. Dávila-Román, MD; Brian C. Steinmeyer, MS; Charles W. Hogue Jr, MD*

Context:

ment of d

Objective: To test the efficacy of 2 nonpharmacological interventions for depression after coronary artery bypass surgery compared with usual care.

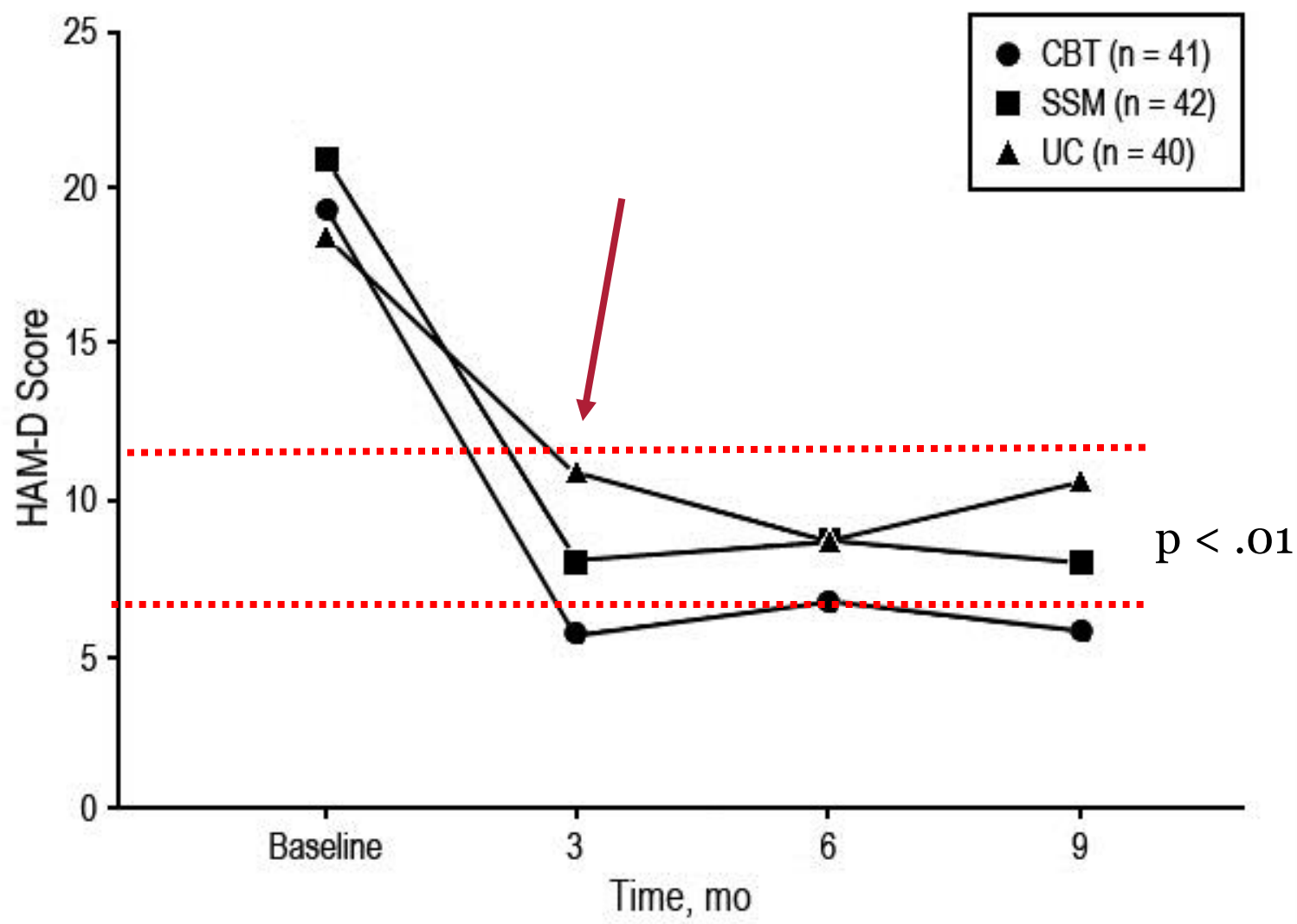
Design: A 12-week, randomized, single-blind clinical trial with outcome evaluations at 3, 6, and 9 months.

Setting:

versity Sc

Patients: One hundred twenty-three patients who met the *DSM-IV* criteria for major or minor depression within 1 year after surgery.

Intervention: Twelve weeks of cognitive behavior therapy or supportive stress management. Approximately half of the participants were taking nonstudy antidepressant medications.



Preventing Depression in Age-Related Macular Degeneration



Barry W. Rovner, MD; Robin J. Casten, PhD; Mark T. Hegel, PhD;
Benjamin E. Leiby, PhD; William S. Tasman, MD

Context: Age-related macular degeneration is a prevalent disease of aging that may cause irreversible vision loss, disability, and depression. The latter is rarely recognized or treated in ophthalmologic settings.

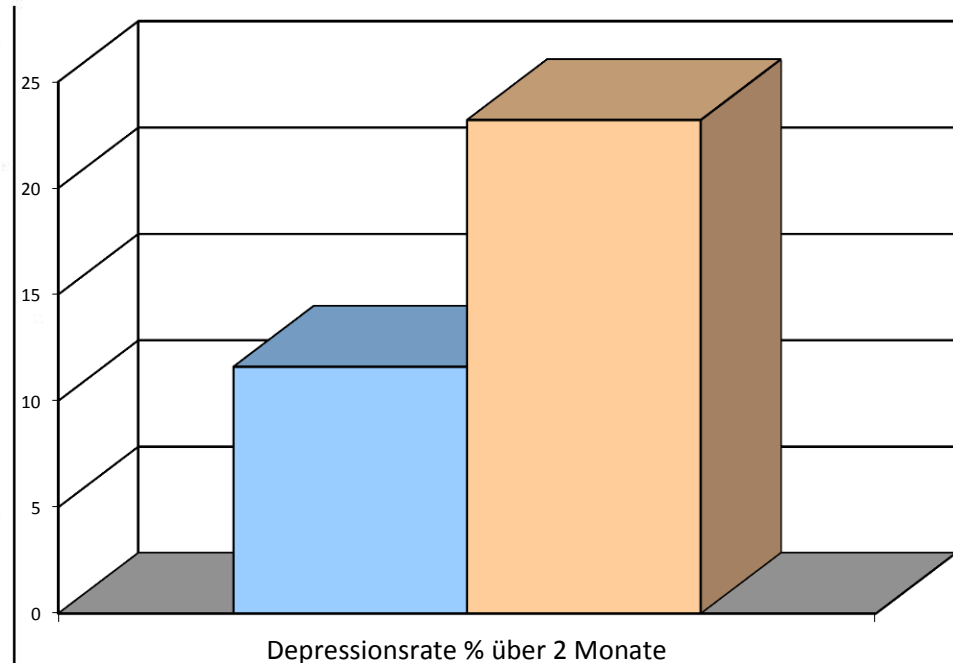
Objective: To determine whether problem-solving treatment can prevent depressive disorders in patients with recent vision loss.

Design: Randomized, controlled trial.

Setting: Outpatient ophthalmology offices in Philadelphia, Pennsylvania.

Patients: Two hundred six patients aged 65 years or older with recent diagnoses of neovascular age-related macular degeneration in one eye and pre-existing age-related macular degeneration in the fellow eye.

Intervention: Patients were randomly assigned to problem-solving treatment (n = 105) or usual care (n = 101). Problem-solving treatment therapists delivered 6 sessions during 8 weeks in subjects' homes.



Depressive Symptome und Diabetes mellitus Typ 2 bei Älteren

- An 4681 Personen über 65 Jahre, Depression, Diabetes, Risikofaktoren für Diabetes erhoben
- Hazard Ratios für Diabetes:

Hoher ADS (Depressionswert) zu Beginn	1.6
Zunahme an Depression (ADS Wert)	1.5
Persistierend hoher Depressionswert (ADS)	1.5

Conclusion: Older adults who reported higher depressive symptoms were more likely to develop diabetes than their counterparts. This association was not fully explained by risk factors for diabetes.

Diabetes im Alter und Depression

Vergleich von 3 standardisierten, manualisierten Interventionen:

- **Diabetes-spezifische KVT** (Manual: Aktivierung, Kognitionen, Gesundheitsverh.)
- **Übliche ärztliche und beratende Versorgung (TAU)**
- **angeleitete Selbsthilfegruppe** "Successful aging with Diabetes" (**SH**)

nach 12 Wochen regelmäßigen, wöchentlichen Angeboten (SH, KVT) werden bis zu Monat 12 monatliche Angebote gemacht.

Zielgrößen: Lebensqualität (HRQoL), Depressivität, diabetesbezogene Indikatoren, Rückfälle in Depression, Mortalität zu Therapieende und 1 Jahr nach Behandlungsende. Außerdem Kosten-Nutzen (Gesundheitskosten) Analysen

Einschlusskriterien:

Diabetes mellitus type 2 seit mindestens 6 Monaten vor Studienteilnahme, 65-85 Jahre, Minor Depression (DSM-IV-TR, aktuell 3-4 Symptome), milde MDE (5-6 Symptome), Einverständnis, kann zu Therapieort kommen

KVT: Diabetes im Alter und Depression

Technische Erklärung, Justierung der Schrittzähler: Schritt für Schritt ans Ziel

Modul Aktivitätenaufbau: Aktivität und Stimmung – Aktiv zum Ziel

1. Sitzung: Wie hängen Handeln und Fühlen miteinander zusammen?
2. Sitzung: Aktiv werden
3. Sitzung: Immer im Gleichgewicht?
4. Sitzung: Hindernisse erkennen und überwinden

Modul Behandlung von Kognitionen: Gedanken, Bewertung und Wohlbefinden

1. Sitzung: Wie hängen Denken und Fühlen miteinander zusammen?
2. Sitzung: Negative Gedanken erkennen
3. Sitzung: Mit den negativen Gedanken umgehen lernen
4. Sitzung: Noch mehr positives Denken

Modul Krankheitsbewältigung: Krankheiten erfolgreich ins Leben integrieren

1. Sitzung: Ängste verstehen
2. Sitzung: Ängste bewältigen
3. Sitzung: Ungleichgewichte erkennen – Anteil der Erkrankung am Leben
4. Sitzung: Gleichgewichte schaffen – Erkrankungen in das Leben integrieren

Optionale Baustein Problemlösen, Soziale Kompetenz

Bewegliches Modul für die Langzeitphase: Rückfallprophylaxe

Morbus Parkinson

Psychische Probleme bei **Morbus Parkinson**

- Psychischer Stress aufgrund körperlicher Einschränkungen
- Reduzierter Antrieb und Motivation
- Ängstlichkeit wegen Hilflosigkeit
- Unsicherheit im sozialen Umgang
- Partnerschaftsprobleme

Psychische Probleme bei **Morbus Parkinson**

Belastungen aufgrund der körperlichen Symptome

- verminderte Handgeschicklichkeit 97 %
- Verlangsamung der Bewegungen 96 %
- Verminderung von Motivation und Antrieb 90 %
- verminderte Gestik und Körpersprache 86 %

Emotionale Belastungen

- Angst vor Hilflosigkeit 93 %
- Symptomsteigerung bei minimalem Stress 90 %

Soziale Belastungen

- Gefühl der Überlastung bei Anwesenheit vieler Menschen 84 %
- Unsicherheit im sozialen Umgang 83 %
- weniger gemeinsame Aktivitäten in der Partnerschaft 83 %
- Sorge um Belastung des gesunden Partners 70 %

Psychotherapie kann eine Parkinson-Erkrankung nicht heilen. Ziel: Einsatz psychologischer Interventionen, die die Auswirkungen dieser chronisch-degenerativen Erkrankungen positiv beeinflussen

Ansatzpunkte:

Alltagsaktivitäten, Gefühlsleben, soziale Beziehungen

Teufelskreis in sozialen Situationen:

Symptomwahrnehmung -> emotionale Belastung ->

Exazerbation der Symptomatik („*psychologischer Parkinson-Effekt*“) -> Beeinträchtigung von Mobilität und Selbstsicherheit -> Rückzugsverhalten, Resignation, Depr.

Psychologische Interventionen bei Morbus Parkinson

Belastungen aufgrund der körperlichen Symptome

- verminderte Handgeschicklichkeit

**Förderung angenehmer
Aktivitäten**

Emotionale Belastungen

- Angst vor Hilflosigkeit
- Symptomsteigerung bei minimalen Belastungen

Soziale Belastungen

- Gefühl der Überlastung bei Anwesenheit
- Unsicherheit im sozialen Umgang
- weniger gemeinsame Aktivitäten in der Partnerschaft
- Sorge um Belastung des gesunden Partners

**Training motorischer
Funktionen**

Aktivitätsplanung

Kompensationsstrategien

Stressbewältigung

**Training des
Gefühlsausdrucks**

Entspannungstechniken

Kognitive Methoden

Angehörigenberatung

**Krankheitsbezogene
Kommunikation**

70 %

Fazit

Probleme bei Psychotherapie für ältere Menschen

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

Rahmenbedingungen

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

Die berichteten Ergebnisse sind nur möglich geworden durch:
Sabine Welz und **Stefania Utzeri**, **Klaus Pfeiffer**, **Denis Beische**
dankbar bin ich für Zuwendungen des
Bundesministeriums für Bildung und Forschung,
der **Deutschen Forschungsgemeinschaft**
dem **Spitzenverb der GKV**

**Herzlichen Dank
für Ihr Interesse!**

hautzinger@uni-tuebingen.de

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN

