

Psychologische Interventionen und Kognitive Verhaltenstherapie im höheren Lebensalter

Martin Hautzinger

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



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

Burton 1621

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!!

Demenz

Unterschiede von normalem Altern und Demenz

	frühe Demenz	normales Altern
Vergessen	häufig	sporadisch
Wiederfinden von Verlegtem	selten, an unüblichen Orten	meist rasch, an den üblichen Orten
Vergessene Inhalte	ganze Erlebnisse und Begebenheiten	Details
Wiedererinnern	selten	häufig
Merkhilfen	zunehmend nutzlos	gleichbleibend nutzbar

Zusätzliche Warnsignale:

Wortfindungsstörungen, starke Vereinfachung der Sprache, „Verlieren des roten Fadens“, Schwierigkeiten in ungewohnter Umgebung, Probleme bei der Ausführung gewohnter Tätigkeiten

Demenz vom Alzheimer Typus

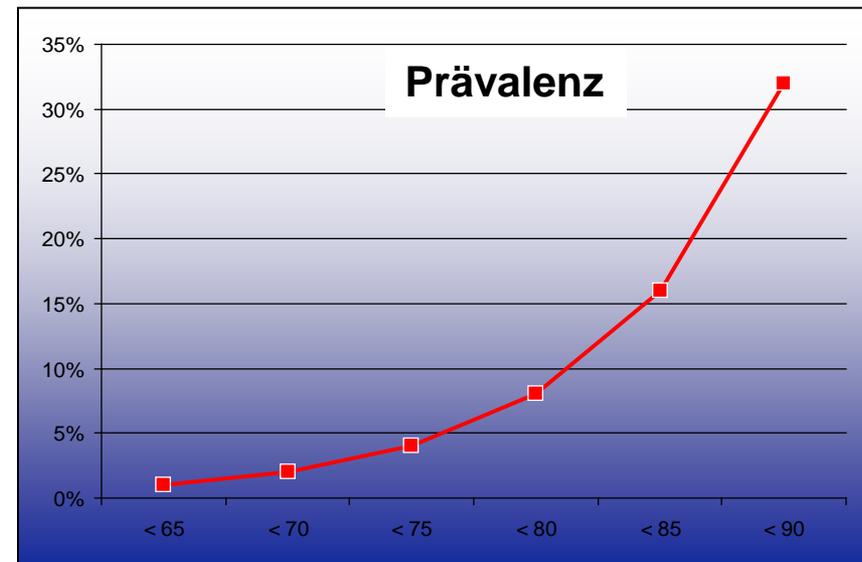


Zunahme der Erkrankungen mit steigendem Lebensalter:

ca. 2 - 5 % der 70-jährigen

ca. 10-20 % der 80-jährigen

über 30 % der 90-jährigen



in Deutschland:

ca. 800.000 bis 1,2 Mio. Erkrankte

Schätzung: Anstieg in 10 Jahren auf 1,8 Mio.

Demenz vom Alzheimer Typus: Klinische Symptomatik

- Gedächtnisverlust
- Wortfindungsstörungen
- Schwierigkeiten bei komplexen Tätigkeiten (Kochen etc.)
- Räumliche und zeitliche Desorientierung



- Störung des Tag-/Nachtrhythmus
- Sprachstörungen
- Schwierigkeiten bei einfacher Hausarbeit
- Verhaltensprobleme (z. B. Umherwandern, Aggressivität)
- Depression



- Halluzinationen
- Agitiertheit
- Inkontinenz
- Totale Abhängigkeit

Körperliche Aktivität in Larson-Studie (2006)

Spazierengehen, wandern, Radfahren, Aerobic,
Schwimmen, Aquajoggen, Gewichtstraining,
Stretching Tanzen und ähnliches

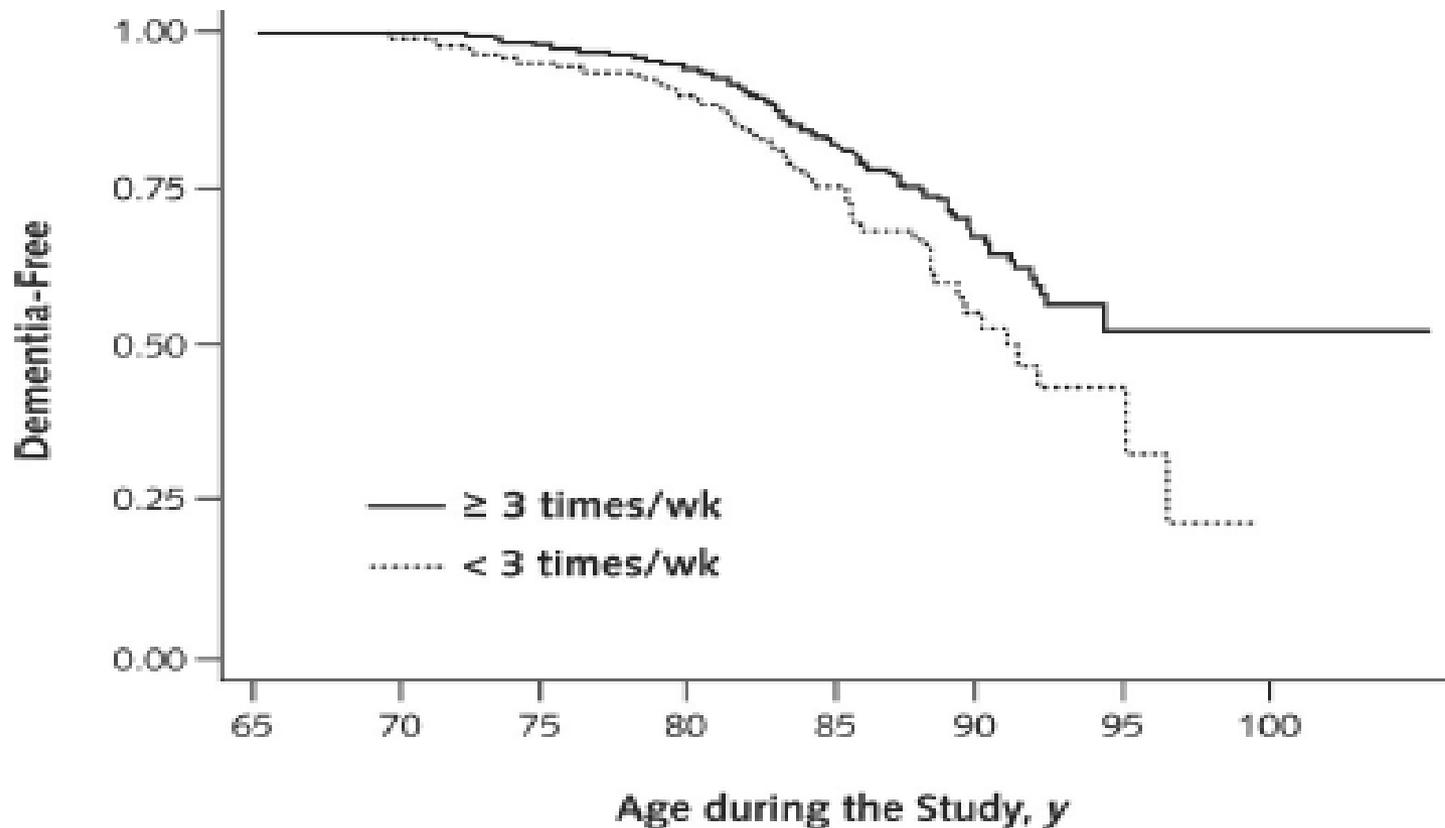
mindestens 15 Minuten pro Tag

Anzahl der Tage, an denen solche Übungen gemacht wurden

Aktive sind Menschen, die 3 Tage und mehr pro Woche solche Übungen machen

Exercise Is Associated with Reduced Risk for Incident Dementia among Persons 65 Years of Age and Older

Figure 1. Kaplan–Meier survival estimates for the probabilities of being dementia-free.



Persons who exercised 3 or more times per week were more likely to be dementia-free than those who exercised fewer than 3 times per week.

Psychotherapie bei Demenz

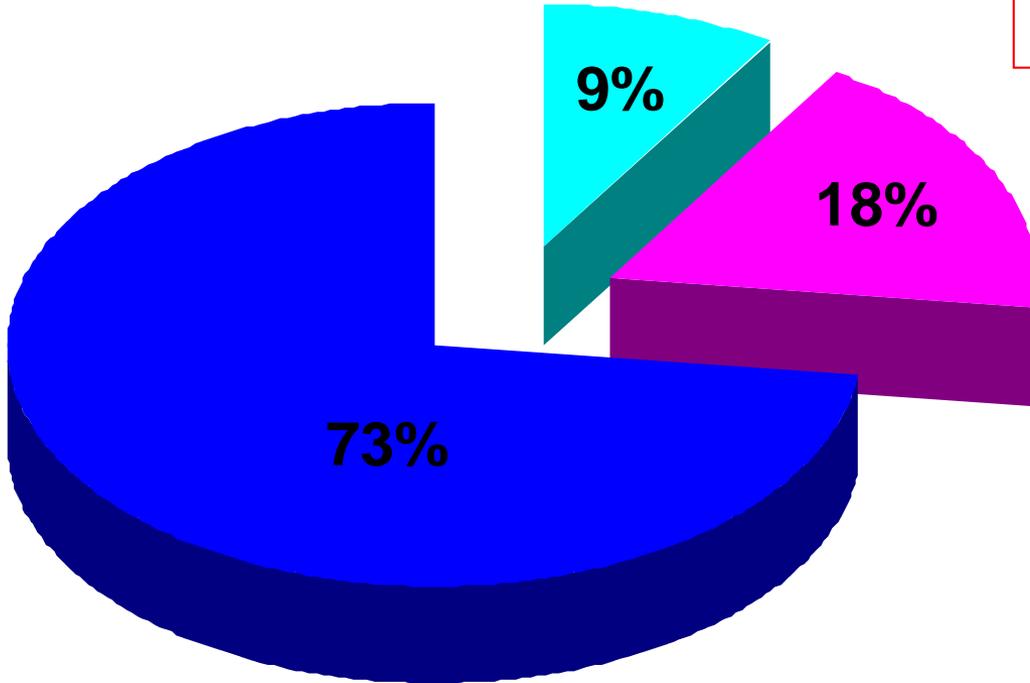
- VT bei leichter Demenz
- Memory Clinics (Gedächtnisschulung)
- Hilfen für Angehörige
- ROT
- Hilfen für Pflegeberufe und Einrichtungen

Depression

	Depression	Alzheimer Demenz
Allgemeines Profil	Primär Beeinträchtigung von exekutiven Funktionen/ Aufmerksamkeit	Primär Gedächtnisstörungen
	Defizite eher bei Aufgaben mit Zeitlimit	Defizite auch bei „Speed-unabhängigen“ Aufgaben
	Defizite eher bei neutralem oder positivem Material	Defizite treten material-unspezifisch auf
	Verstärkte Defizite nach Misserfolg	Defizite unabhängig von Misserfolg
Neugedächtnis	Besserer Erhalt der Wiedererkennungsleistung	Wiedererkennen ist deutlich gestört
	Auslassungsfehler	Intrusionen, Zufallsfehler, Rateverhalten
Orientierung	Orientierung ist weitgehend intakt	Orientierungsstörungen
Sprache	Verlangsamung, Hypophonie	Aphasische Symptome
Räumlich-konstruktive Leistungen, Praxie	Eher ungenaues Arbeiten, Nachlässigkeiten	Apraktische Symptome

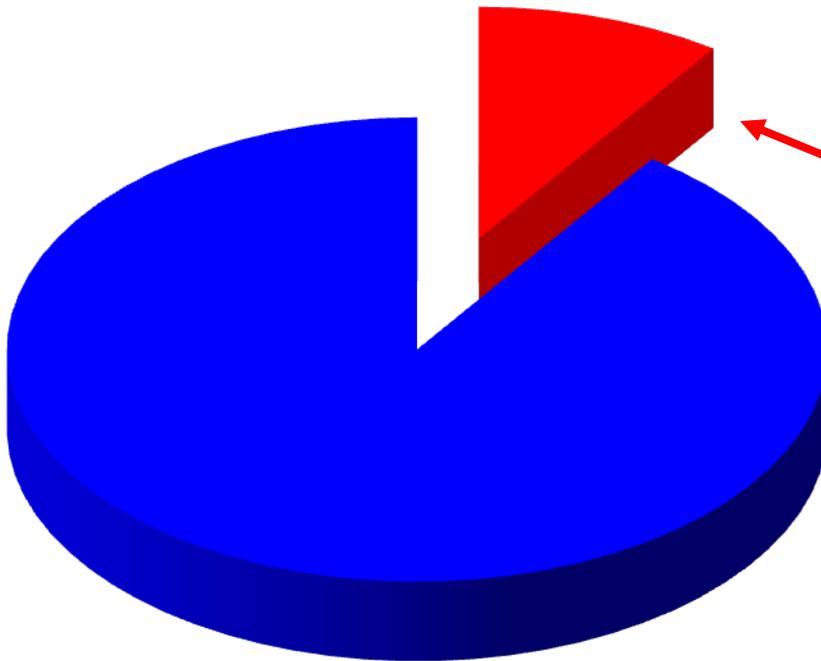
Prävalenz von Depressionen im Alter

- 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 \geq 9,7% Depr

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

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!**

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.

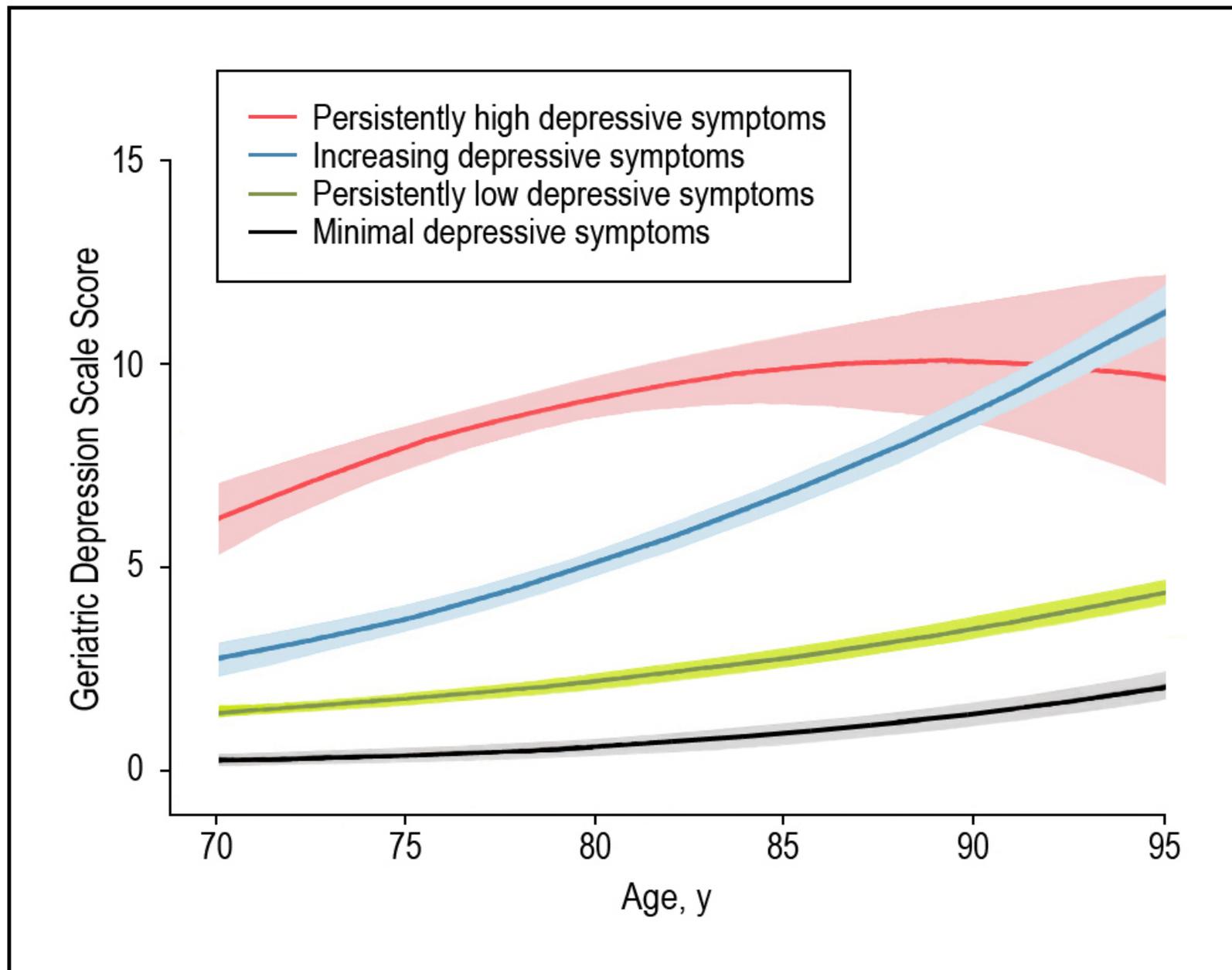


Figure 1. Mean trajectories of depressive symptoms by increasing age

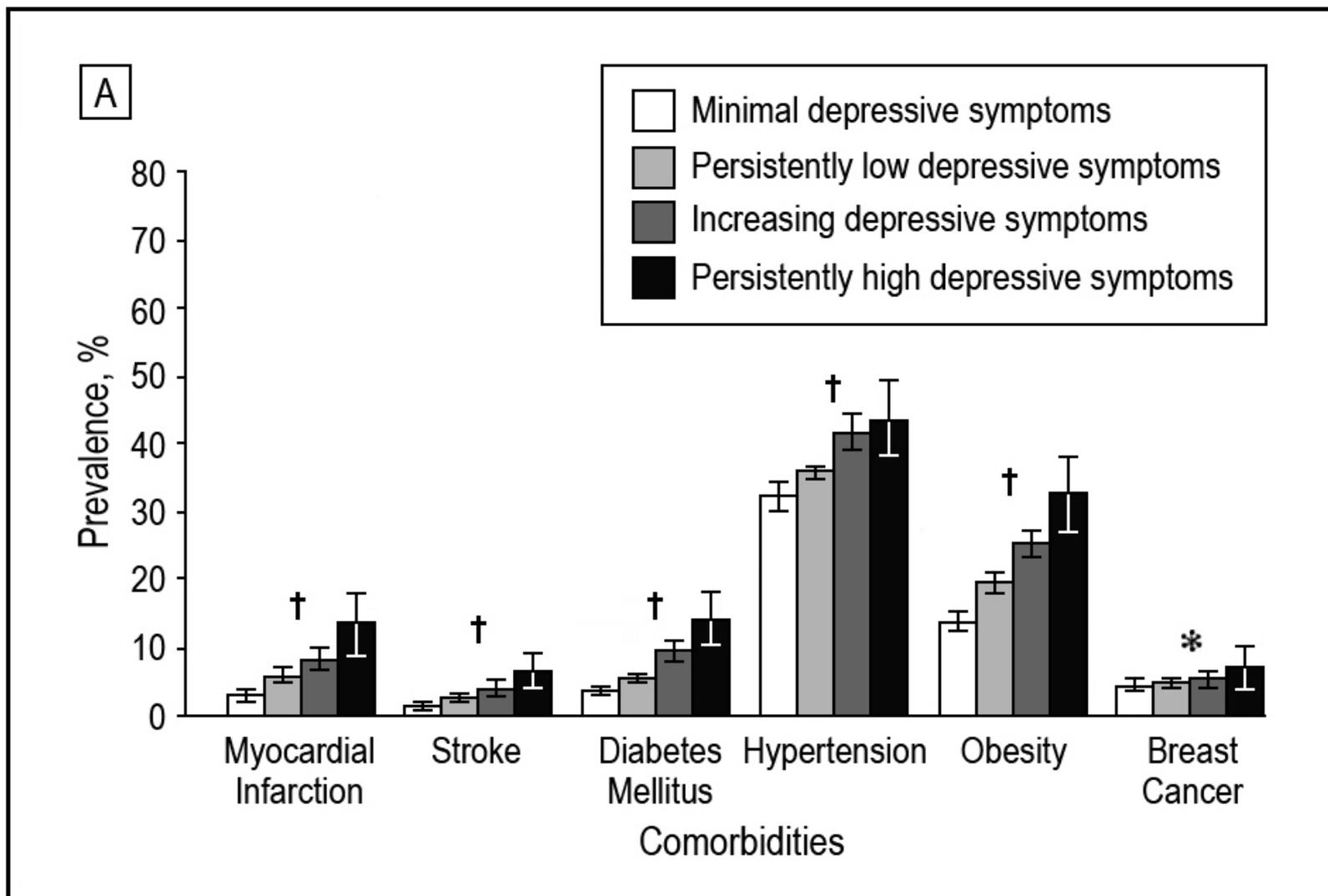


Figure 2A. Prevalences across trajectory groups of depressive symptoms. A, Comorbidities. The I bars indicate 95% CIs. * $P < .05$; † $P < .001$ (test for trend based on orthogonal contrasts in weighted generalized

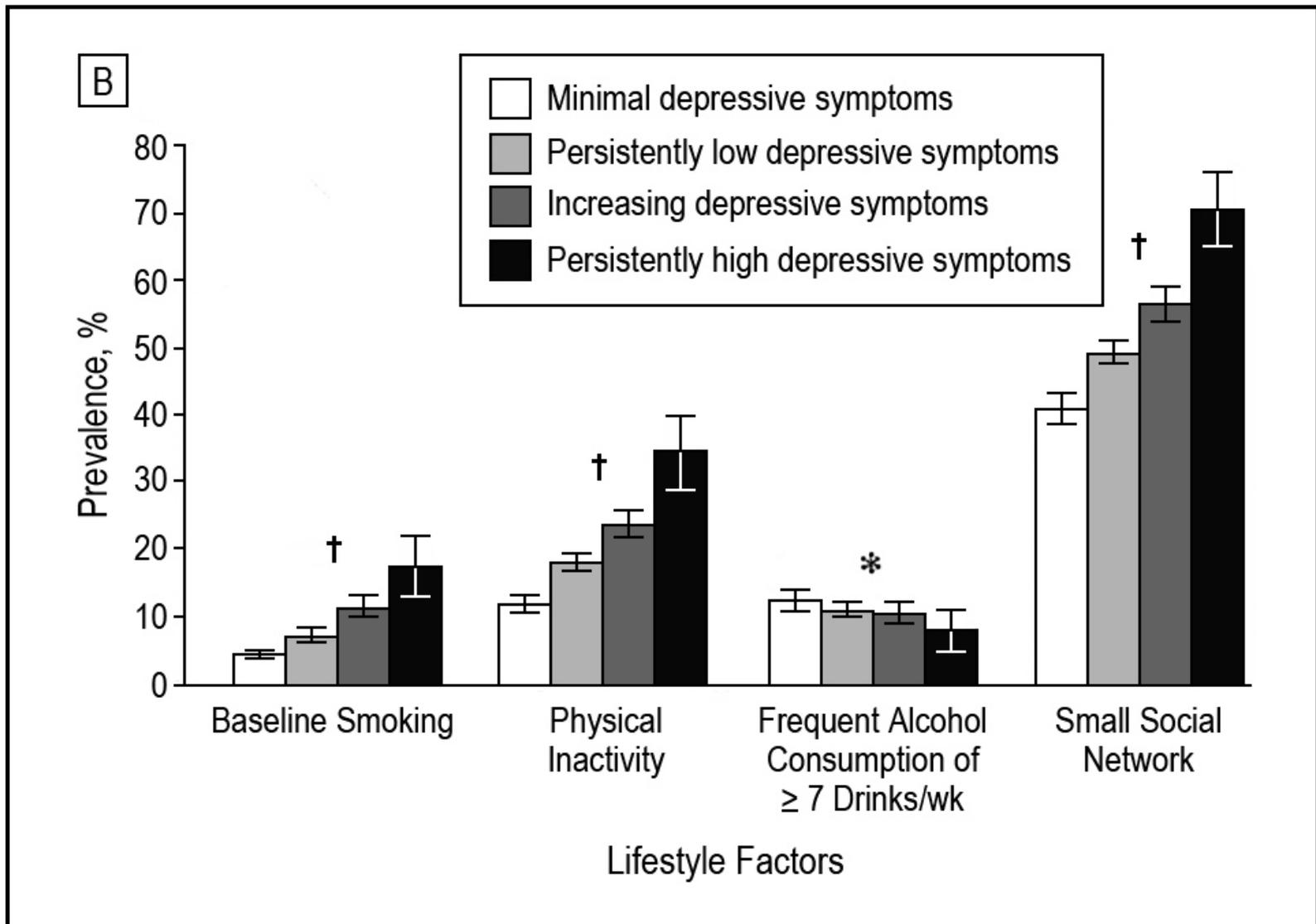


Figure 2B. Prevalences across trajectory groups of depressive symptoms. B, Lifestyle factors. The I bars indicate 95% CIs. * $P < .05$; † $P < .001$ (test for trend based on orthogonal contrasts in weighted generalized

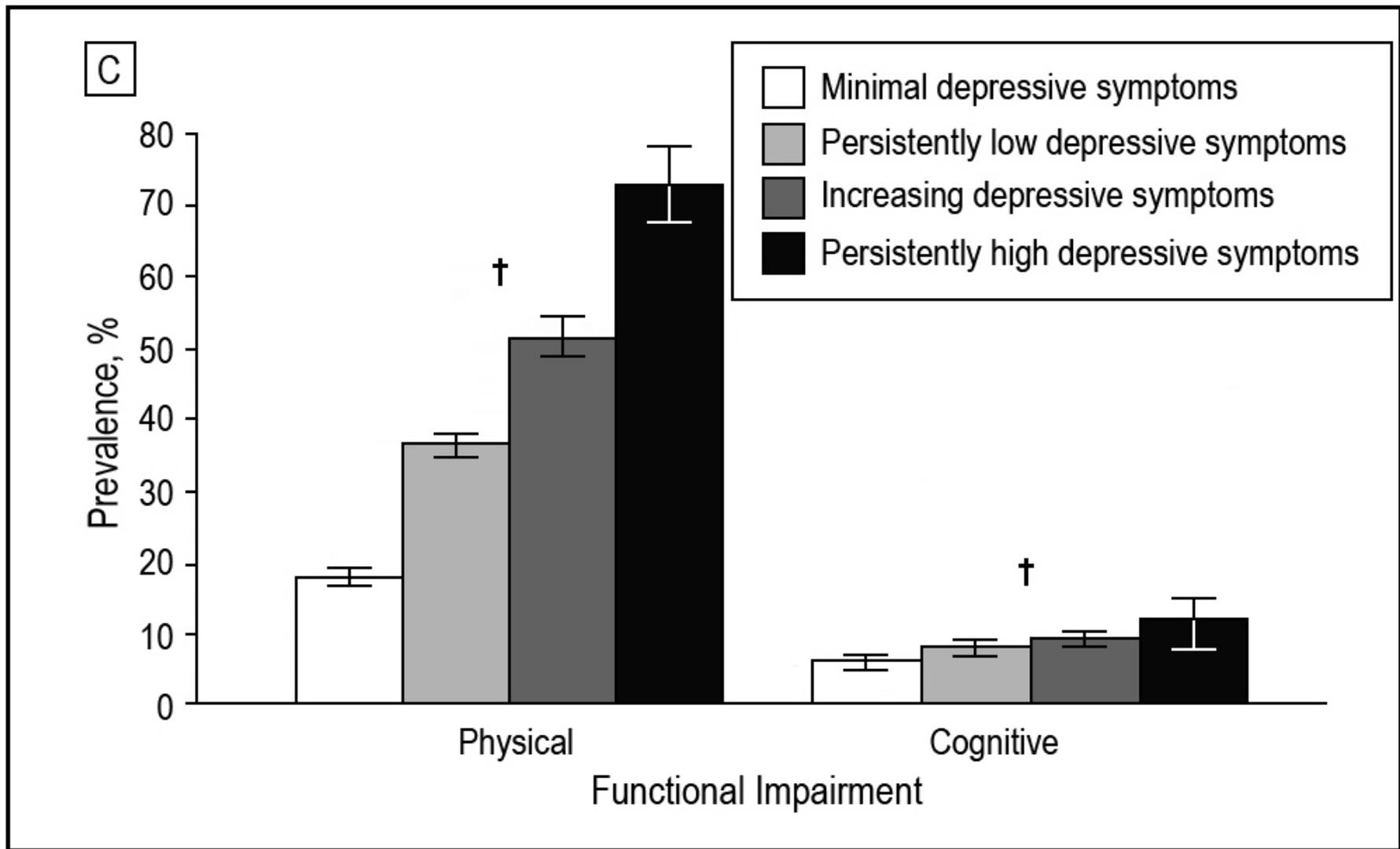


Figure 2C. Prevalences across trajectory groups of depressive symptoms. C, Functional impairment. The I bars indicate 95% CIs. * $P < .05$; † $P < .001$ (test for trend based on orthogonal contrasts in weighted generalized estimating equation models)

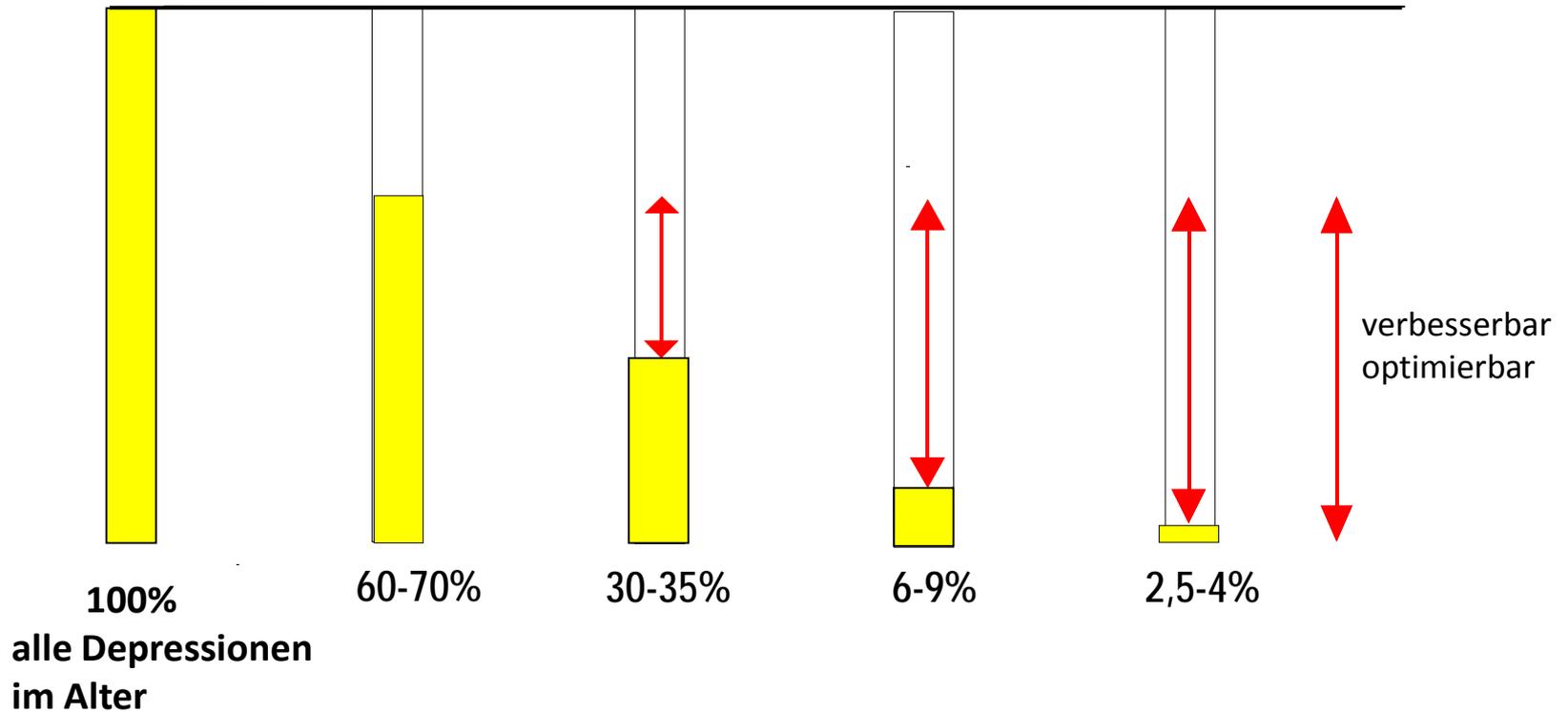
Aktuelle Versorgungslage

In haus-
ärztlicher
Behandlung

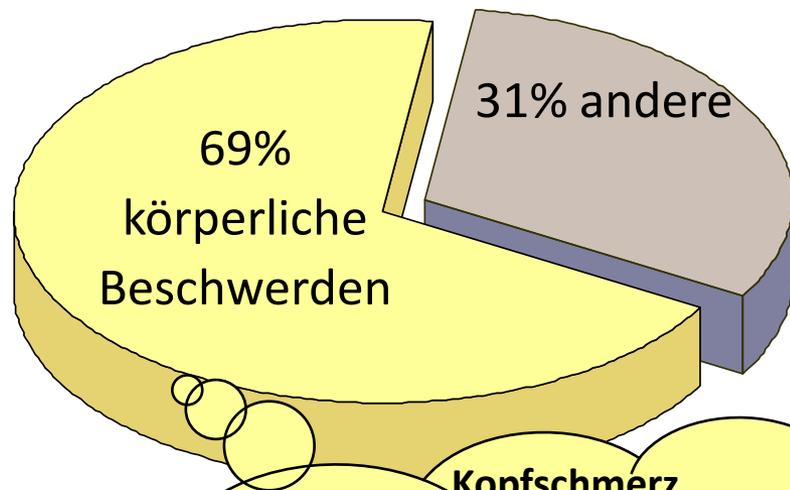
Als
Depression
erkannt

Suffizient
behandelt

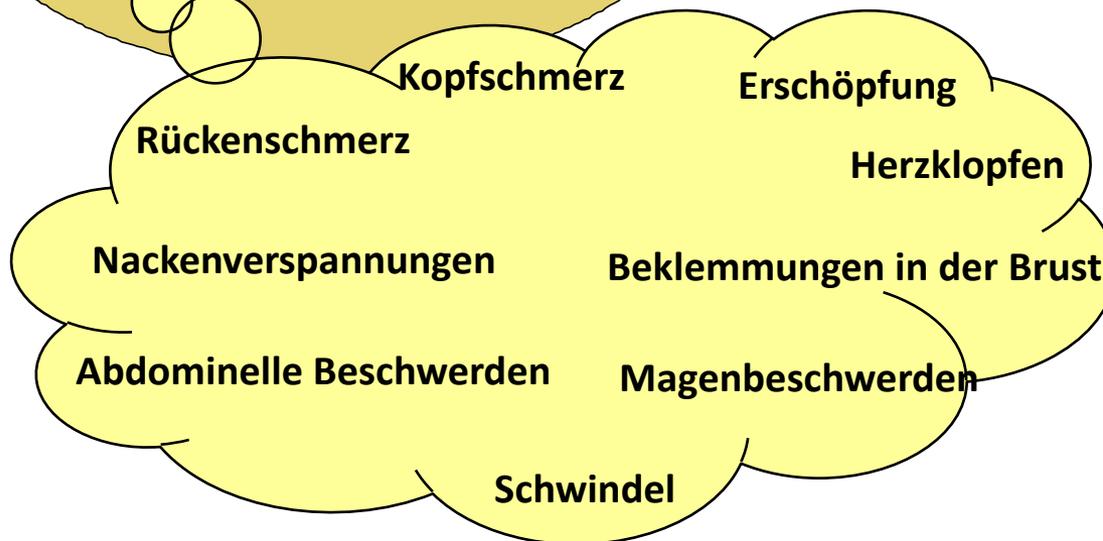
Nach 3 Mo.
Behandlung
compliant



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

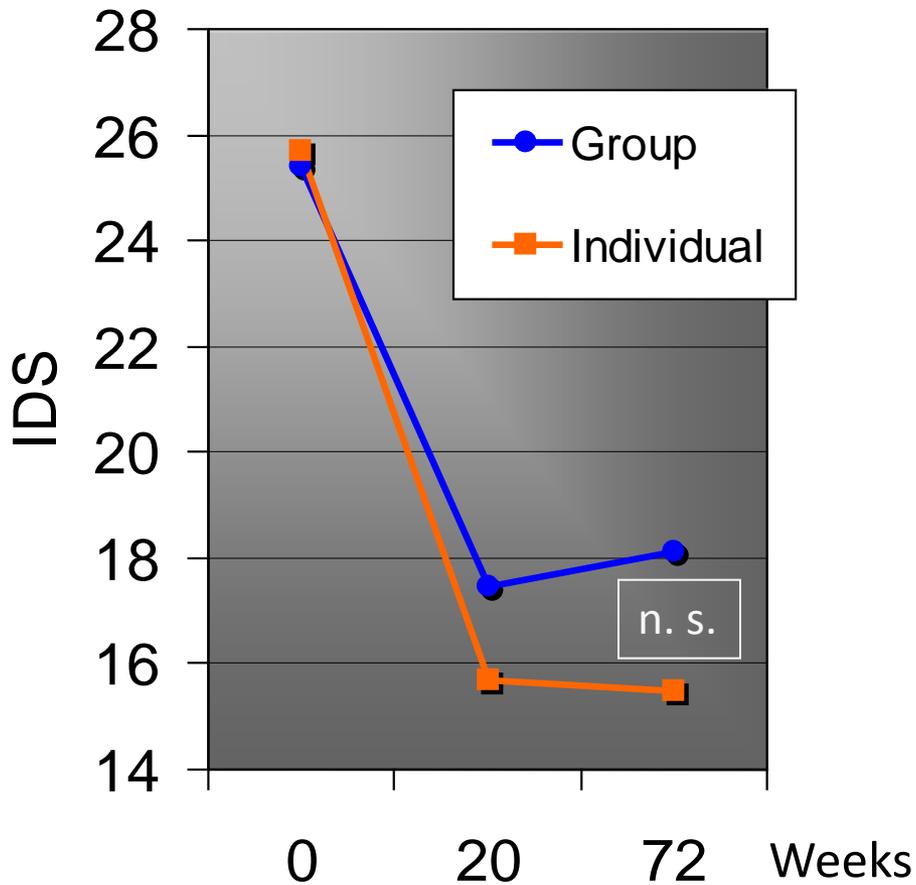
strukturierend

strukturierend

passiv

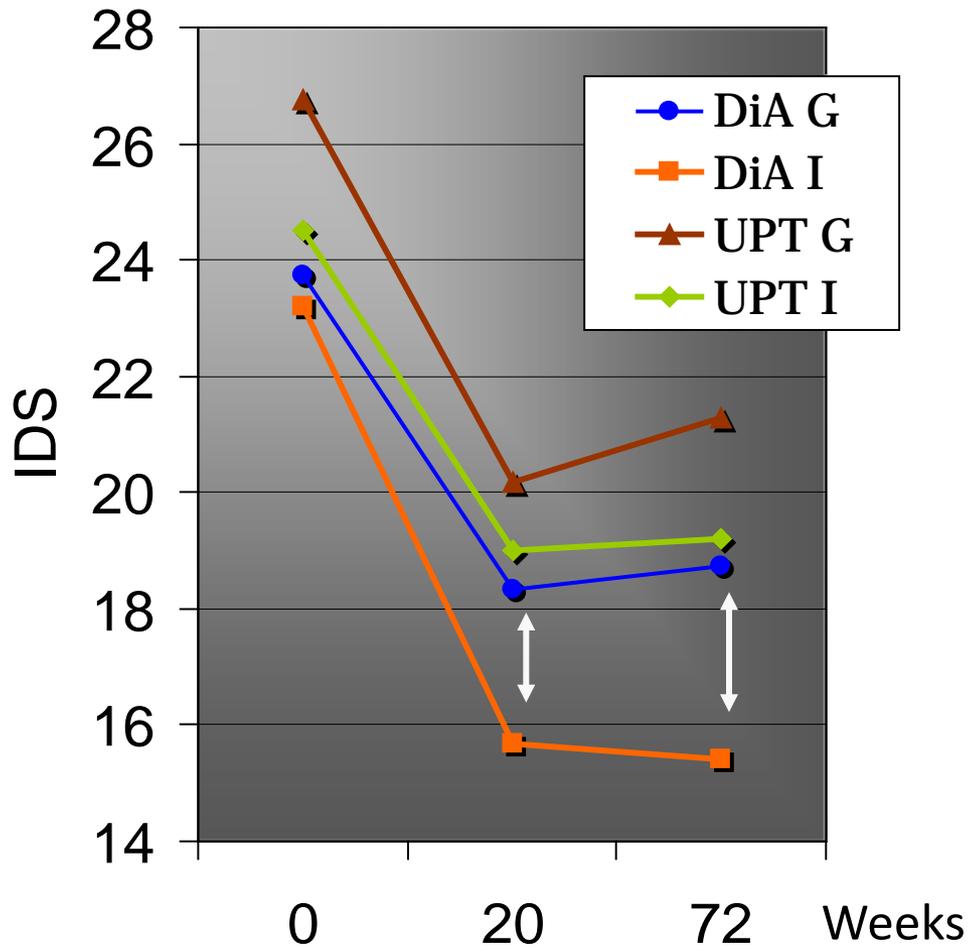
passiv

DiA 3: IDS



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

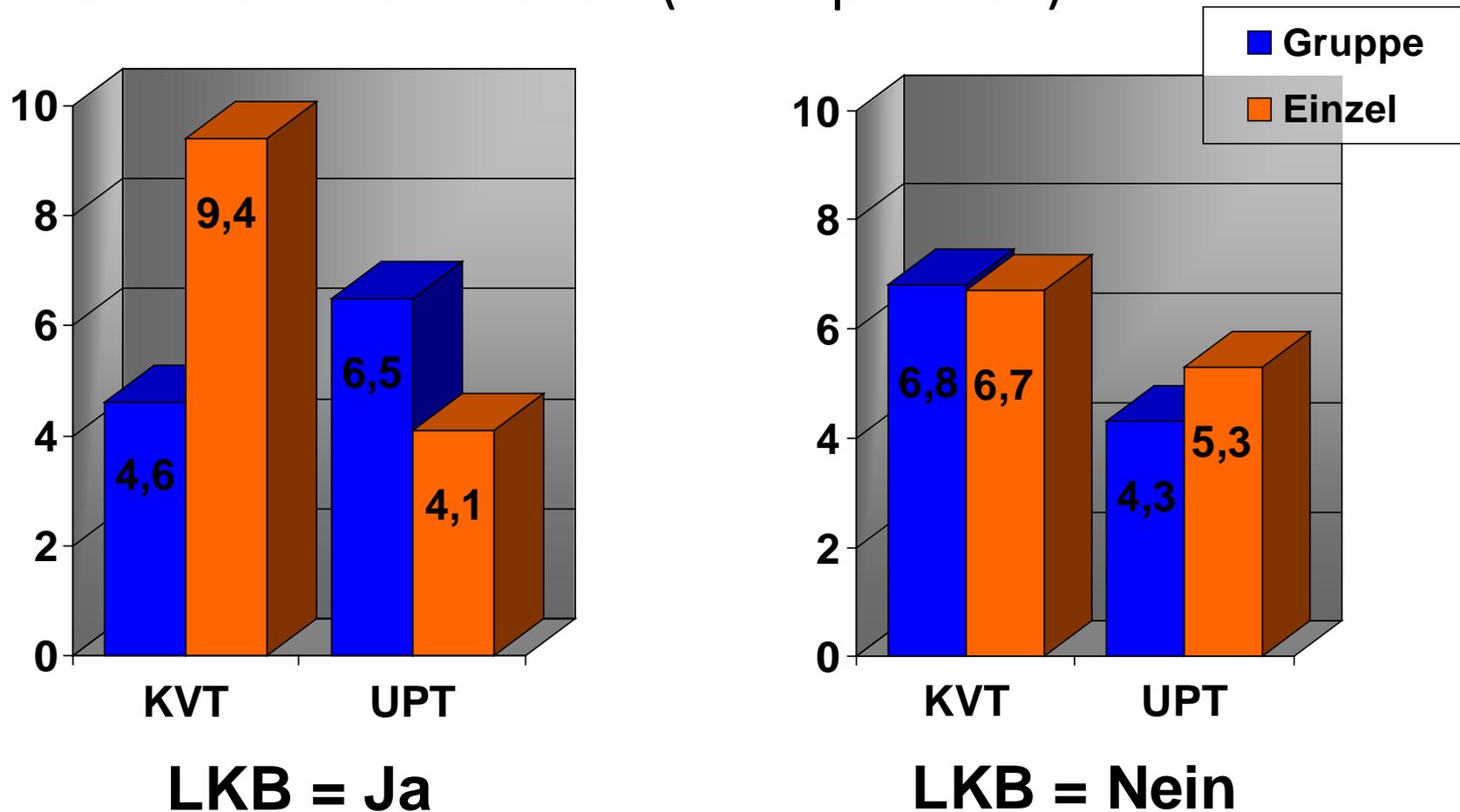
DiA 3: IDS



		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

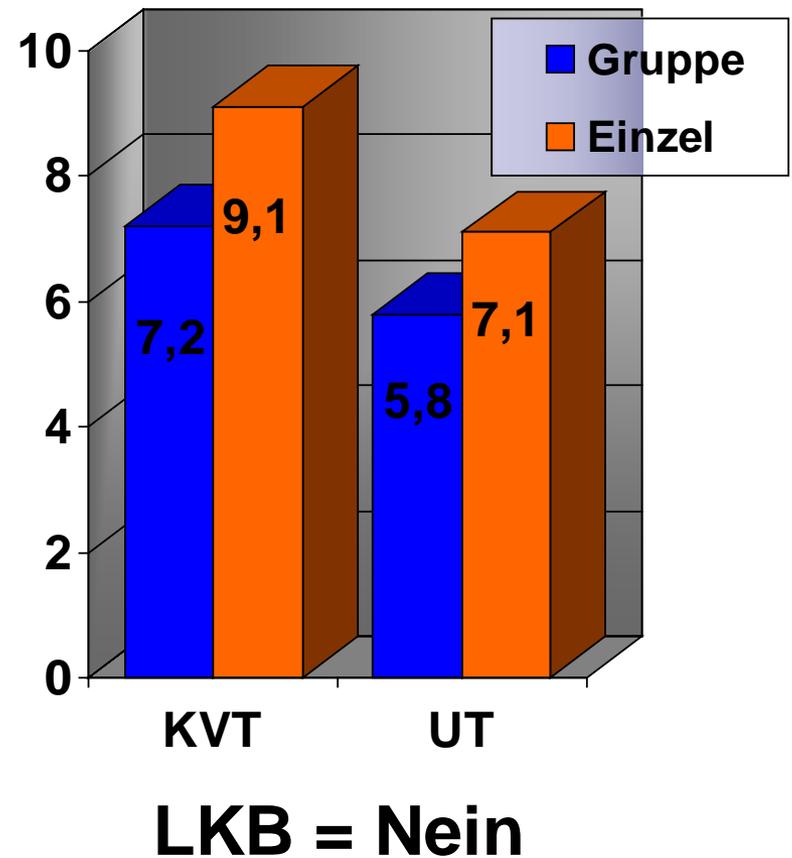
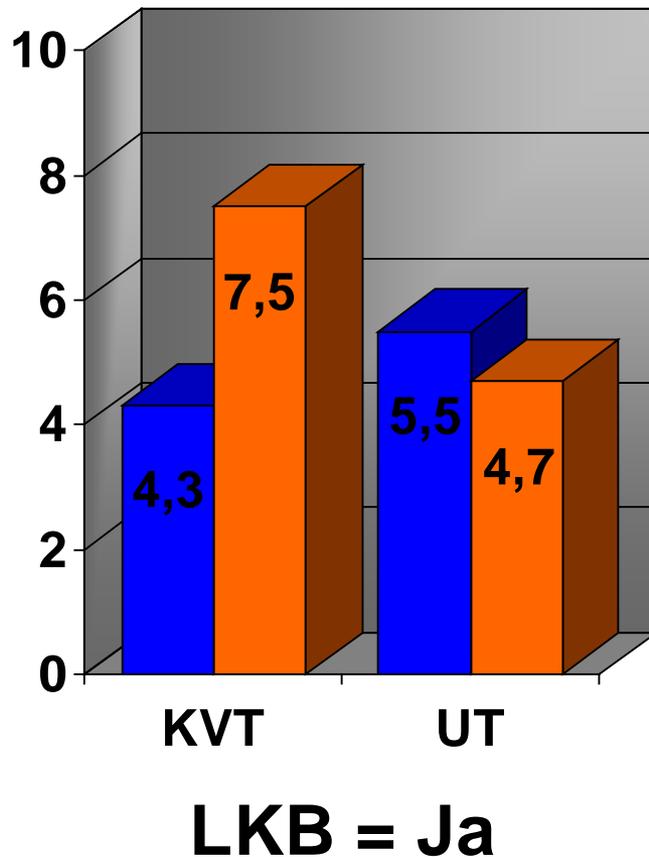
Rolle leichter kognitiver Einschränkungen

Effekte nach 20 Wochen (Therapieende)



Rolle leichter kognitiver Einschränkungen

Effekte nach 72 Wochen (Nachuntersuchung)



Motorische Störungen
Kognitive Störungen

Alltagskompetenz

Lebensqualität

Schlaganfall

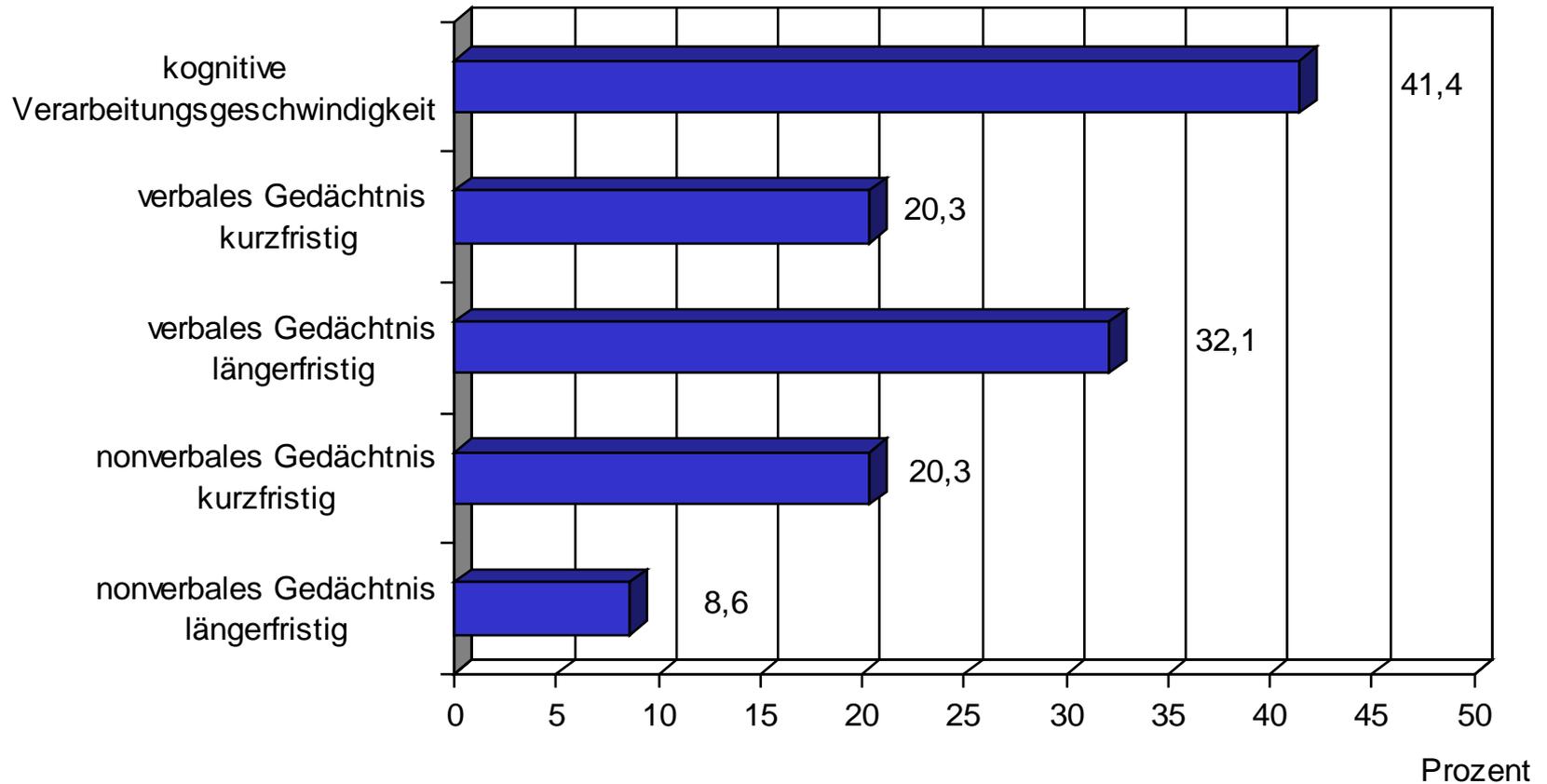
Reha-Erfolg

Mobilität

Depression

Neuropsychologische Beeinträchtigungen

N=128



- ▶ Kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit nimmt deutlich zu
- ▶ Kurzfristige Behaltensleistung verbessert sich
- ▶ Längerfristige Erinnerungsleistung verändert sich nicht.
- ▶ Kurzfristiges Behalten von Bildern lässt sich durch das neuropsychologische Training positiv beeinflussen
höhere Zufriedenheit (SS-QOL; $p=.03$)
- ▶ Keine Verbesserung durch spezifische Module

- ▶ Mobilität steigt in der behandelten Gruppe
- ▶ Verbesserung nach der Intervention
- ▶ Zufriedenheit über die Mobilität ist höher (SS-QOL; $p < .01$)
- ▶ Keine Unterschiede in den ADL's

Behandlung motorischer Störungen nach Schlaganfall

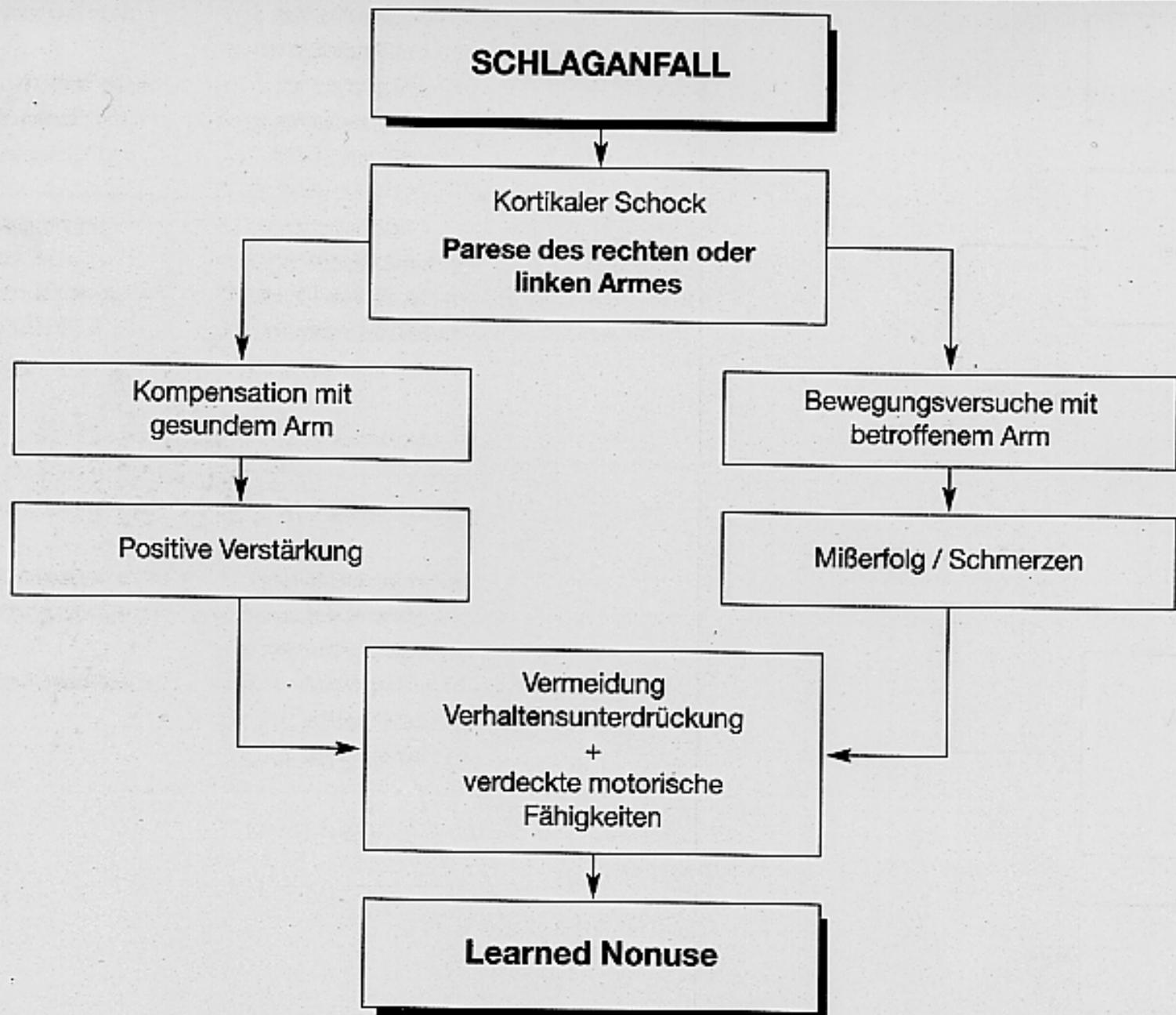
*Die Taubsche
Bewegungsinduktionstherapie*

von

Heike Bauder, Edward Taub
und Wolfgang H. R. Miltner



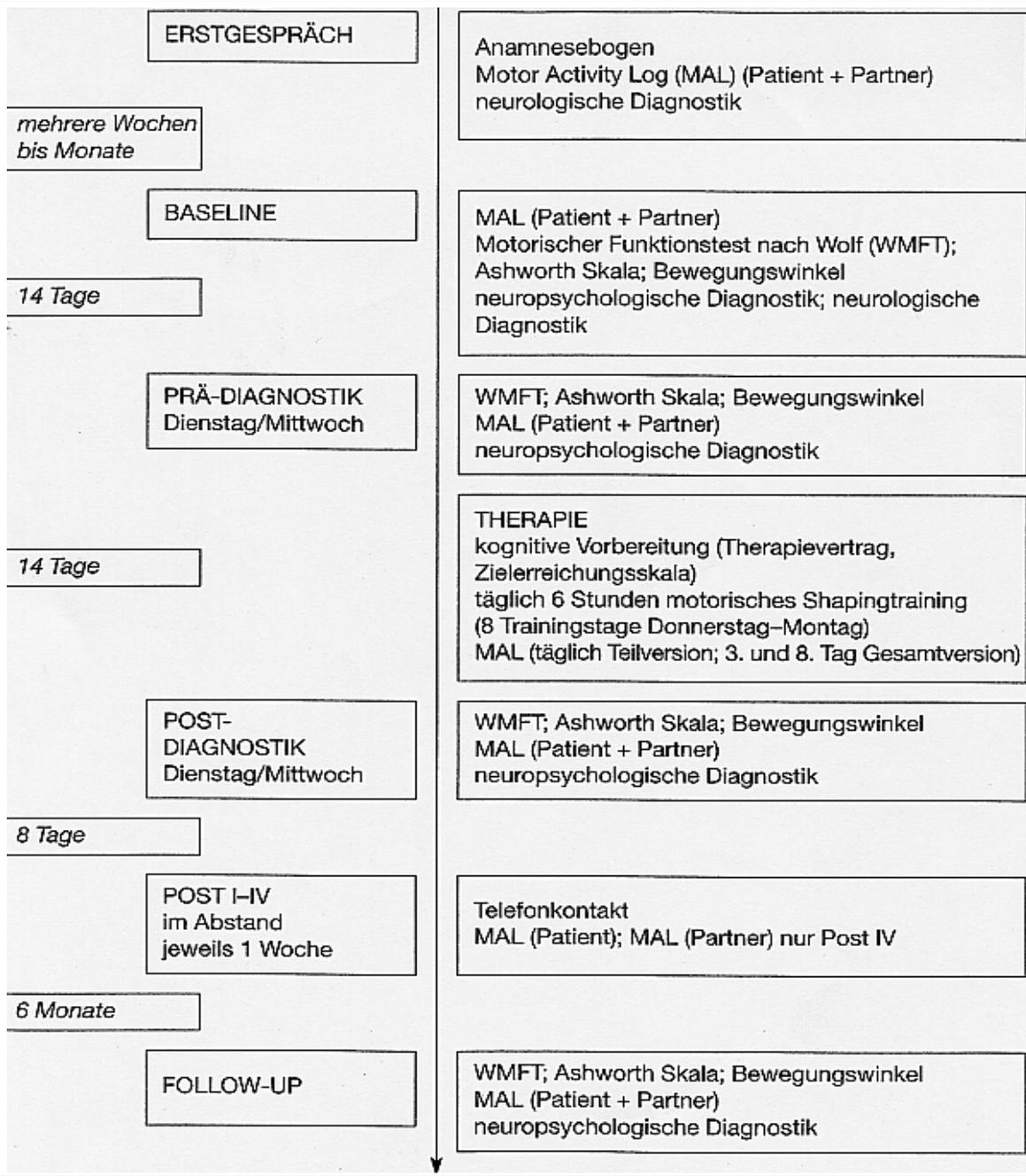
Hogrefe • Verlag für Psychologie
Göttingen • Bern • Toronto • Seattle



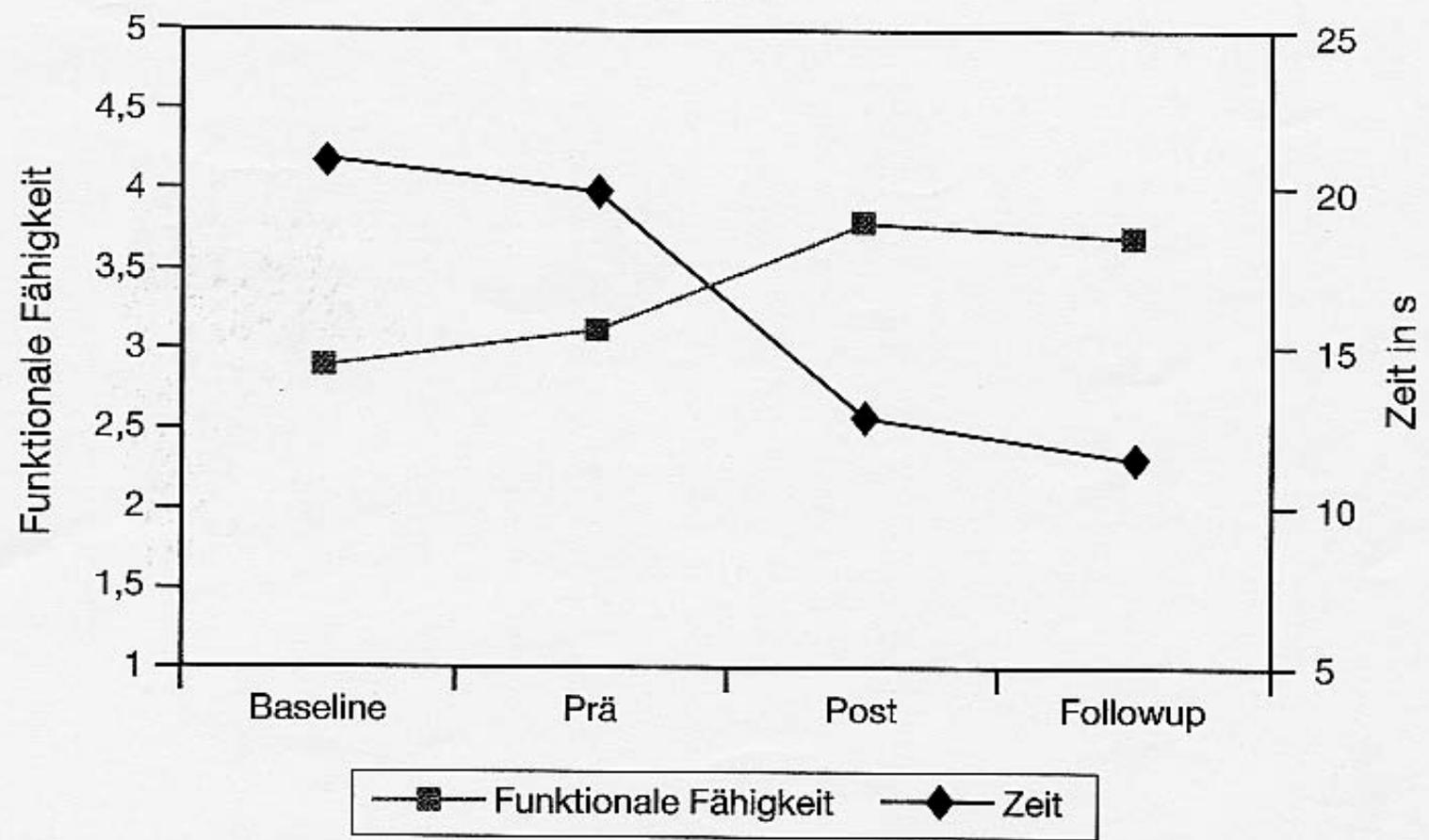


from Miltner et al





WMFT





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

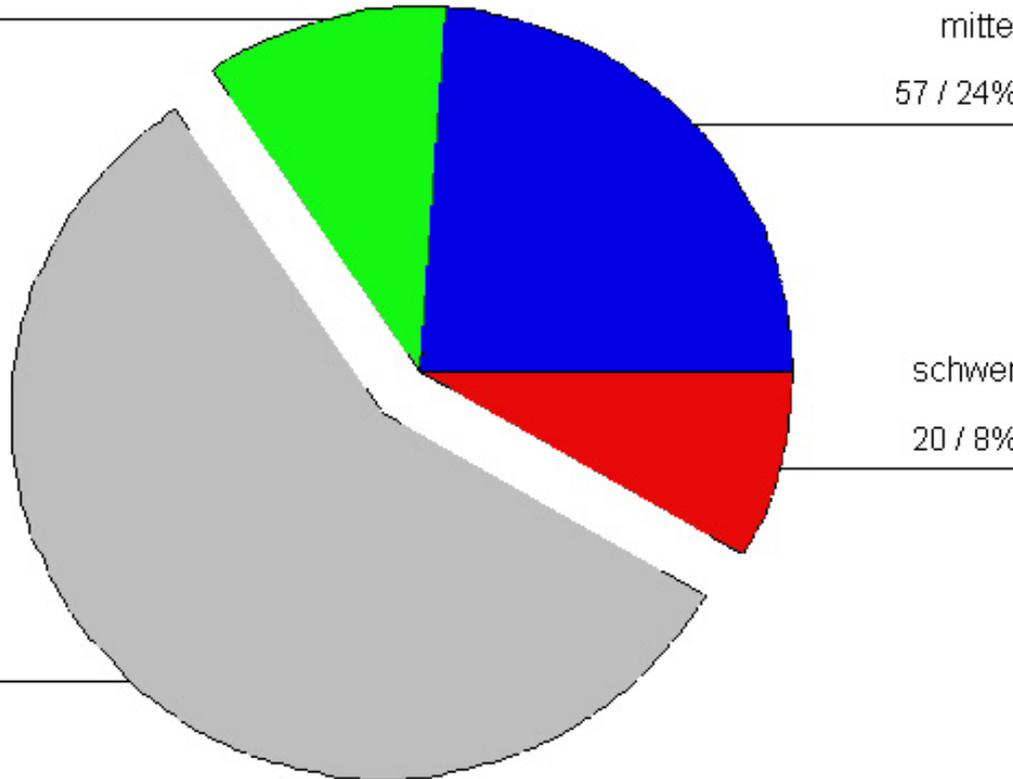
57 / 24%

schwer

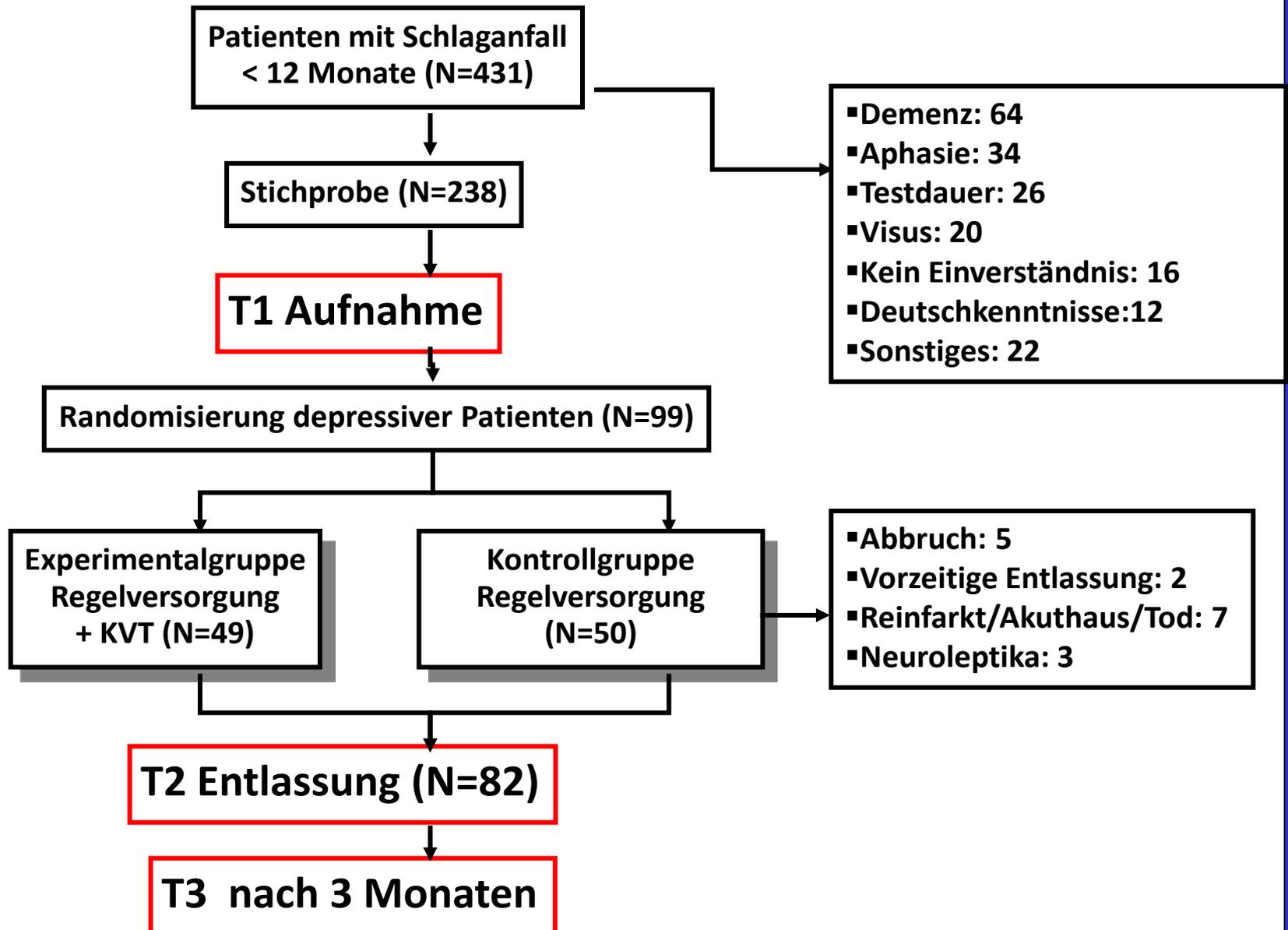
20 / 8%

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):

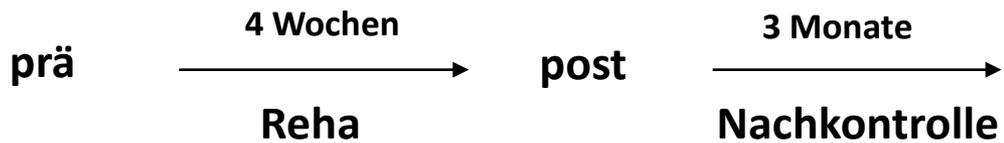
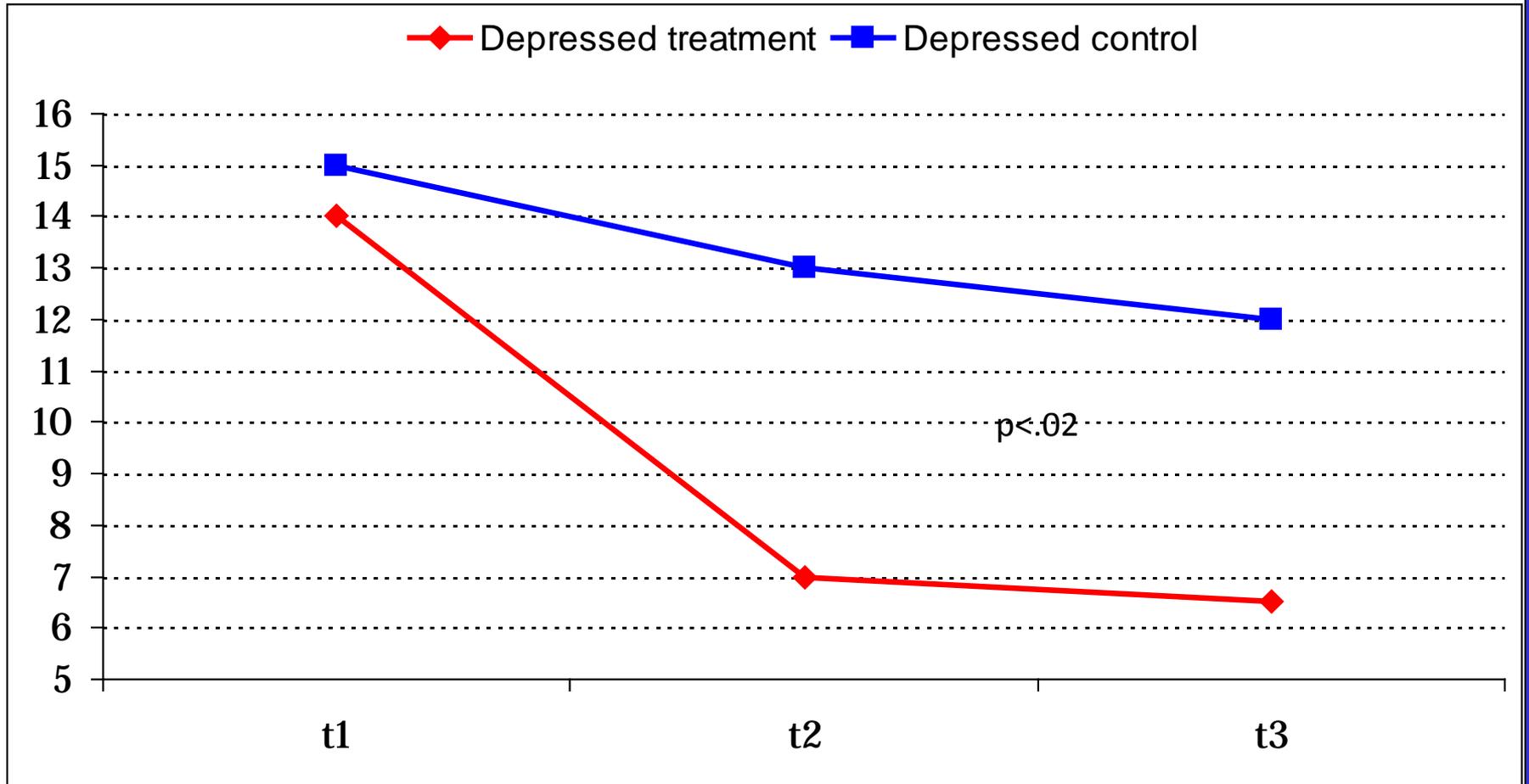
**Patient erscheint vom Programm kognitiv
Überfordert?**

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

„Hausaufgaben“ wurden wie folgt bearbeitet?

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

GDS (Patienten ohne frühere Depression)



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

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.

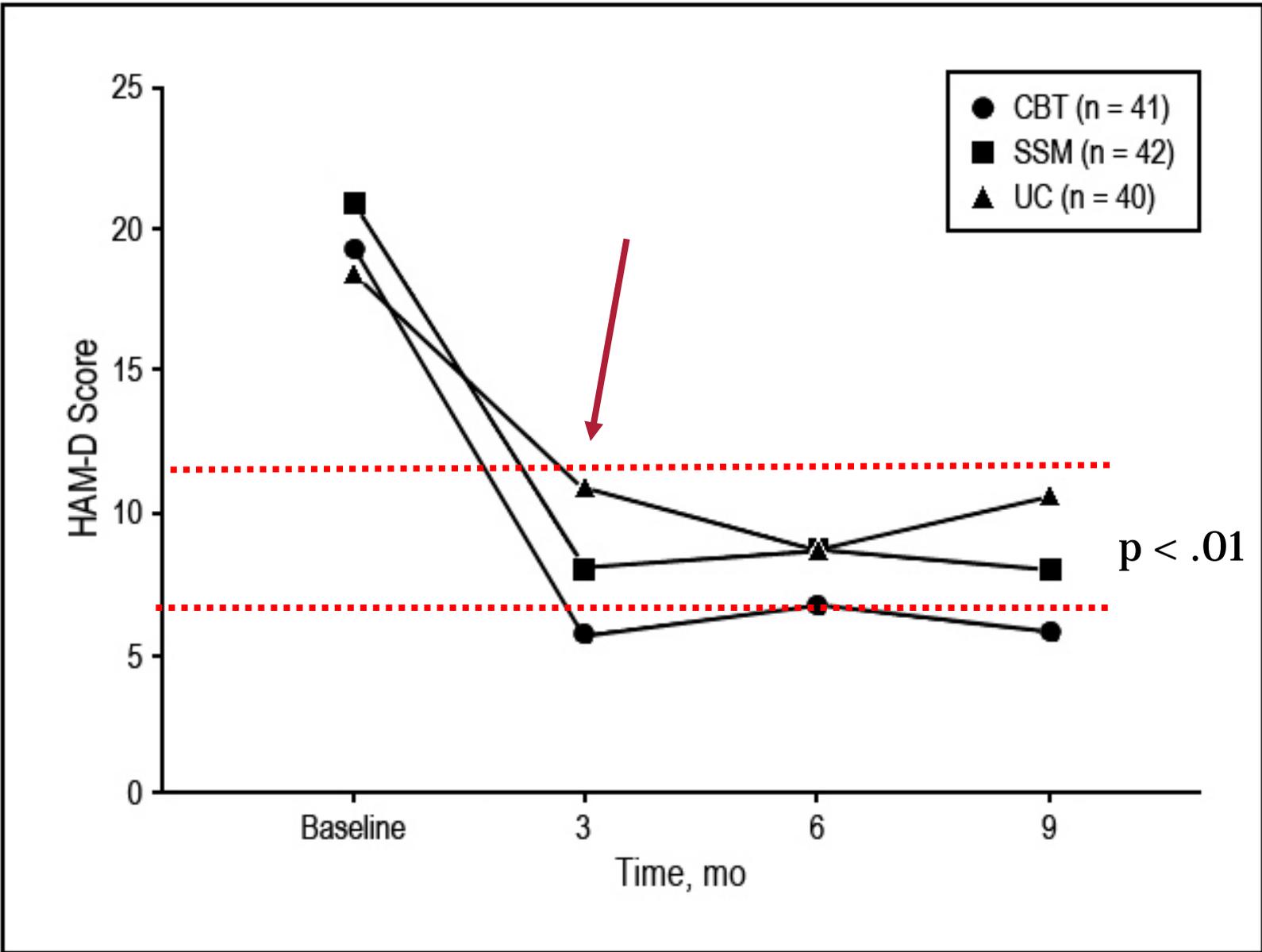
Design: A 12-week, randomized, single-blind clinical trial with outcome evaluations at 3, 6, and 9 months.

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.



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 Aktivitätsaufbau: 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

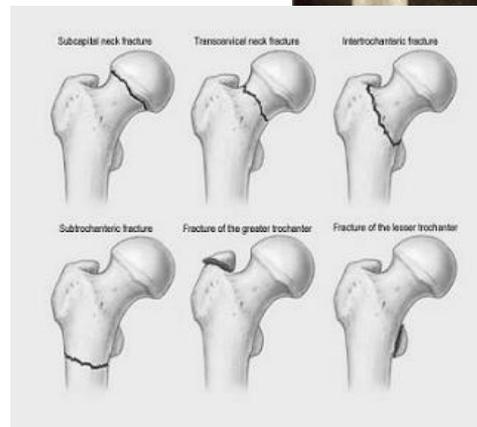
1. Sitzung: Ängste verstehen
2. Sitzung: Ängste bewältigen
3. Sitzung: Ungleichgewichte erkennen – Anteil der Erkrankung am Leben
4. Sitzung: Gleichgewichte schaffen – Erkrankungen in das Leben integrieren

Optionale Baustein Problemlösen, Soziale Kompetenz

Bewegliches Modul für die Langzeitphase: Rückfallprophylaxe

Stürze, Frakturen, Ängste

Intervention zur Reduktion von Sturzangst nach Hüft- oder Beckenfraktur



Körperliche Aktivität:

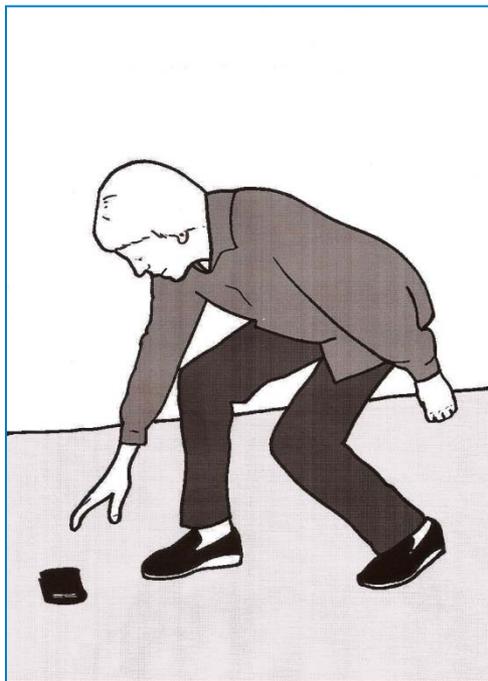
- activPAL™ (Schrittzähler)
- Phone-Fit

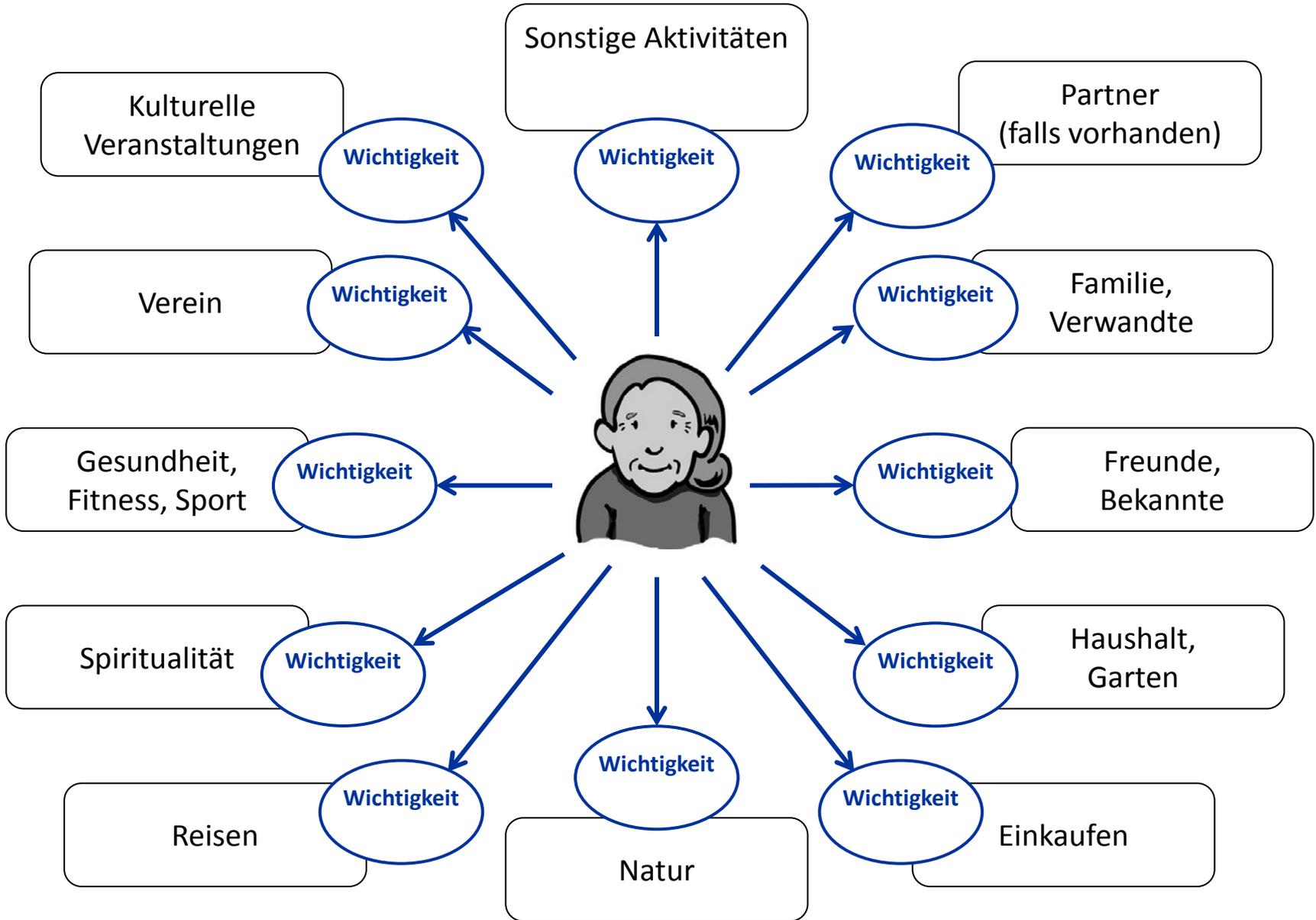


Sturzangst/Angst:

- Icon-FESI (Delbare et al.), Icon-Reha
- Angstkontrollfragebogen (Hoyer & Helbig 2004)
- Perceived Control Over Falling (Lawrence et al. 1998)
- Hospital Anxiety & Depression Scale (Zigmond & Snaith 1983)

Icon-FESI







Schlafzimmer

- Ja Nein

 ■ Kommen ich gut ins Bett und aus dem Bett heraus?

- Ja Nein

 ■ Befindet sich bei mir ein Lichtschalter direkt am Bett?

- Ja Nein

 ■ Mache ich nachts Licht, wenn ich auf Toilette muss?

Badezimmer

- Ja Nein

 ■ Ist der Boden in meiner Badewanne oder Dusche rutschfest?

- Ja Nein

 ■ Kann ich mich beim Ein- und Ausstieg aus Dusche und Badewanne an festen Haltegriffen festhalten?

- Ja Nein

 ■ Kann ich in der Badewanne oder Dusche sicher stehen?

- Ja Nein

 ■ Habe ich in der Badewanne oder Dusche alles in Reichweite?

Wohnraum

- Ja Nein

 ■ Sind alle meine Teppiche rutschfest und ohne hochstehende Kanten?

- Ja Nein

 ■ Trage ich im Haus feste Hausschuhe mit geschlossener Ferse?

- Ja Nein

 ■ Sind alle meine Kabel an der Wand entlang verlegt oder festgeklebt?

- Ja Nein

 ■ Lasse ich mir Zeit, um in Ruhe ans Telefon oder zur Tür zu gehen?

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 minimaler Belastung

Soziale Belastungen

- Gefühl der Überlastung bei Anwesenheit des Partners
- 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** und **Denis Beische**
dankbar bin ich für die Zuwendungen des **Bundesministeriums für
Bildung und Forschung**, der **Deutschen Forschungsgemeinschaft** und
dem **Spitzenverb der GKV**

**Herzlichen Dank
für Ihr Interesse!**

hautzinger@uni-tuebingen.de

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN

