

# Klinikum Wahrendorff

Das Fachkrankenhaus für die Seele



Seelische Gesundheit  
im Alter

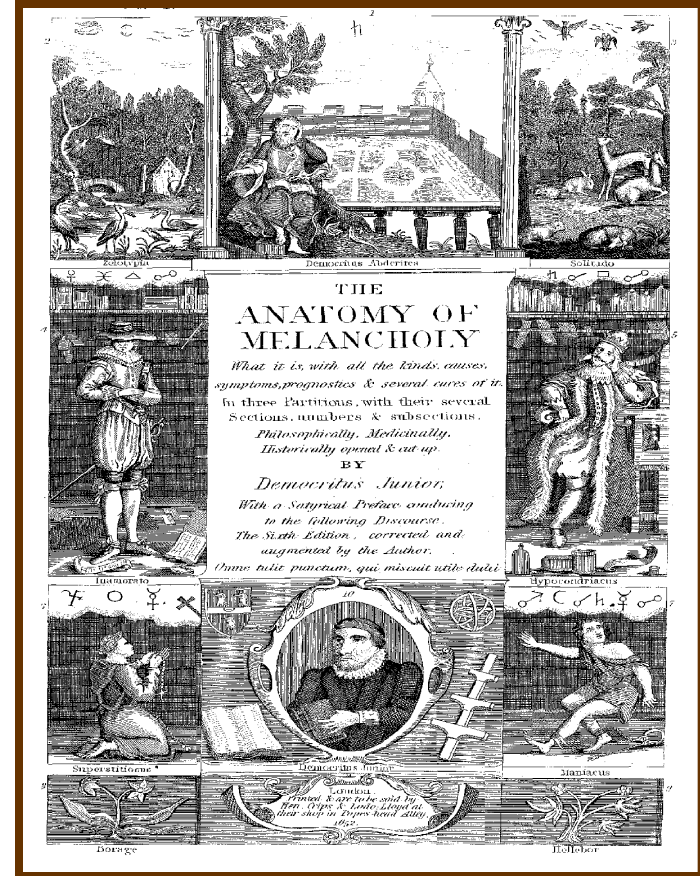
# Psychotherapie im klinisch-gerontopsychiatrischen Bereich



# Allgemein

- Deutschland hat weltweit den dritthöchsten Anteil über 60jähriger.
- Die Gruppe der über 80jährigen hat in den letzten 47 Jahren um 247% zugenommen.
- Ältere Menschen sind heute gesünder als früher (Schwartz/Walter 2003).
- Zunahme beschwerdefreier Lebensabschnitte (Fries 1989; Arnold/Helou/Schwartz 2000).

# Historisches





# Aktuelles



# Epidemiologie der Depression im Alter

- 25% aller über 65jährigen in Deutschland leiden an psychischen Störungen (Helmchen et al. 1996).
- Depressive Syndrome stellen nach den dementiellen Erkrankungen die zweitgrößte Gruppe der psychischen Störungen im Alter dar.
- Nicht zuletzt aufgrund des gegenüber der Allgemeinbevölkerung dreißigfach erhöhten Suizidrisikos zählen depressive Störungen zu den tödlichsten aller psychischen Störungen (Erlemeier 2002).
- Erkrankungen des depressiven Störungskreises führen bei älteren Menschen zu einem erhöhten Behinderungs-, Komorbiditäts-, Mortalitäts- und Suizidrisiko (Alexopoulos et al. 2001).

# Epidemiologie der Depression im Alter

- Die Prävalenz für das gesamte depressive Kontinuum (inkl. leichter und subklinischer depressiver Störungen) liegt in der älteren Bevölkerung bei 10 bis 25% (Beekmann et al. 1999; Helmchen/Kanowski 2000).
- Die 1-Jahres-Inzidenzraten für klinisch relevante depressive Symptome variieren zwischen 10 und 15% (Müller-Spahn 2002; Blazer 2003).
- Zudem gibt es Hinweise darauf, dass sich die Neuerkrankungsrate nach dem 70. Lebensjahr mehr als verdoppelt.

# Symptomatologie

- Im Vgl. zum mittleren Erwachsenenalter weniger klassische depressive Symptome (u.a. ist die depressionstypische Niedergeschlagenheit schwächer ausgeprägt).
- Vielmehr Äußerung körperlicher Symptome wie Konzentrations-, Aufmerksamkeits- sowie Schlafstörungen (Stoppe 2000, Alexopoulos 1995).

Schwierigkeit der korrekten Diagnosestellung!



# Nichterkennen depressiver Erkrankungen im Alter

## Hauptgründe:

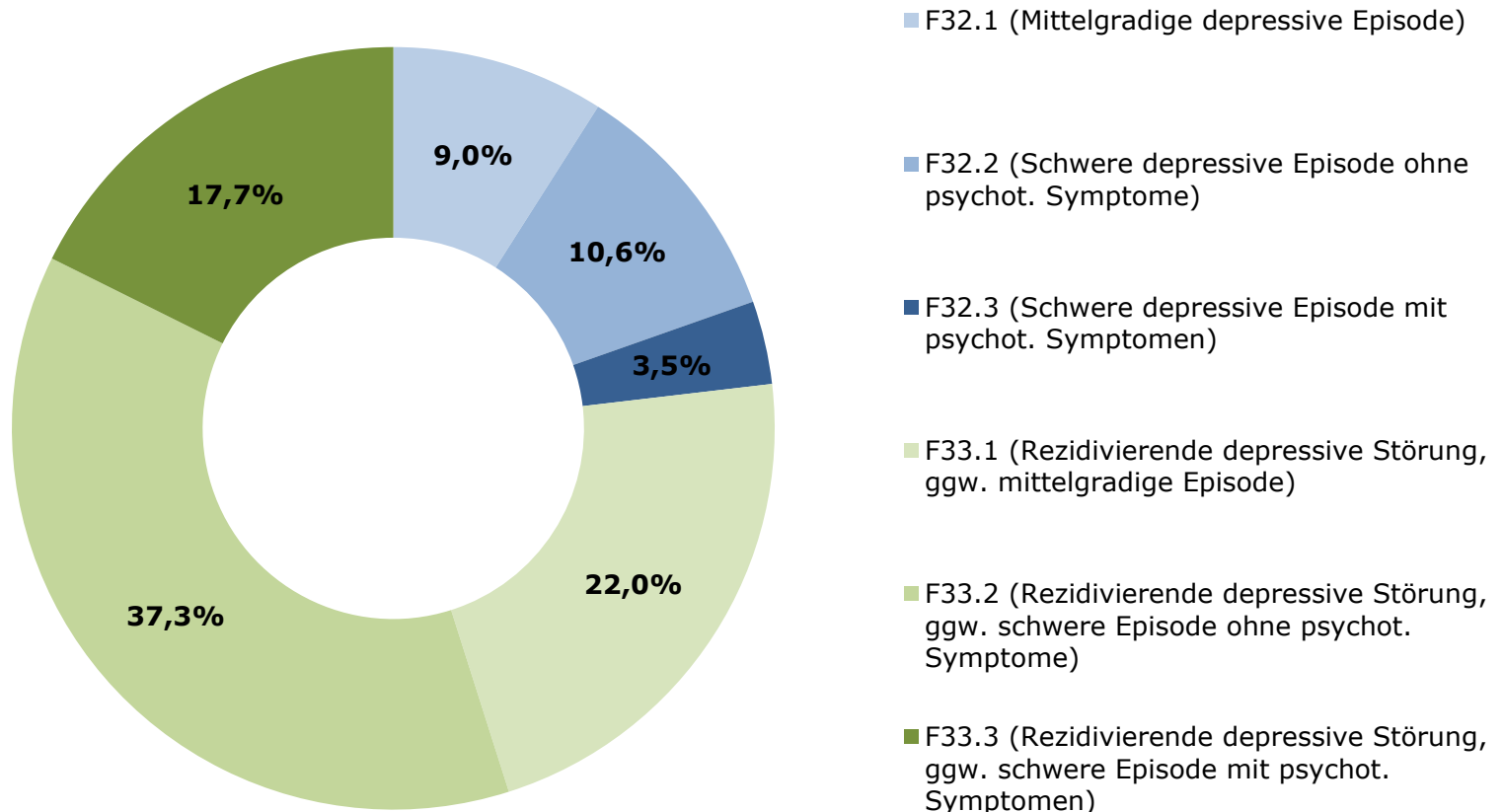
- Fehlinterpretation als normaler Alterungsprozess
- Fehlinterpretation als Folge einer somatischen Erkrankung
- Klinisches Bild verändert sich häufig im Verhältnis zu jüngeren
- Überlappung mit anderen Krankheitsbildern

# Das „Eisberg-Phänomen“



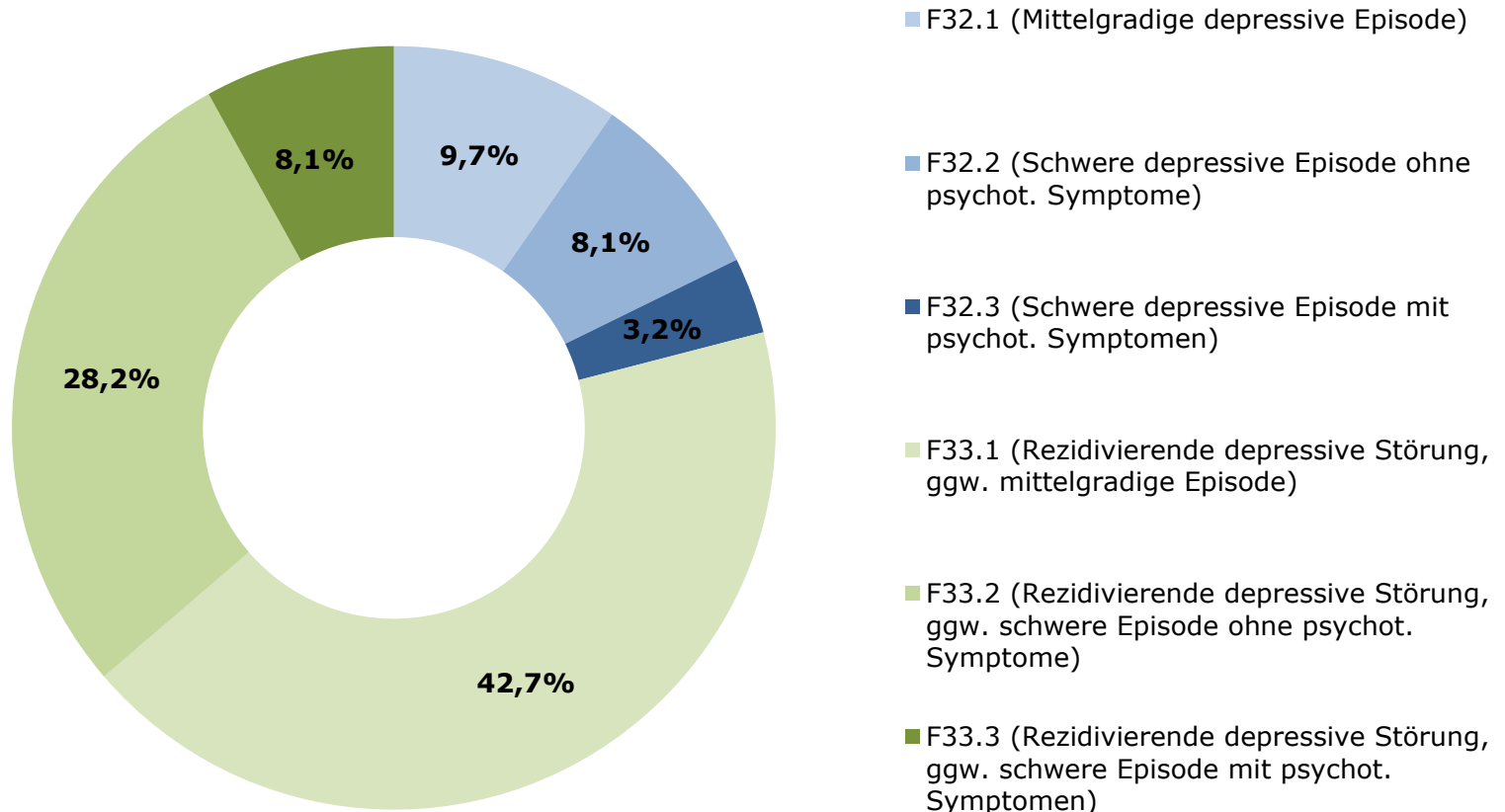
Bis zu 40% der Depressionen bei älteren Patienten werden nicht lege artis diagnostiziert (Henft/Kruse/Radebold 2000; Alexopoulos et al. 2002).

# Station K1: Aufschlüsselung F32 und F33



n = 255  
fallbasierte Auswertung

# Tagesklinik Ilten: Aufschlüsselung F32 und F33



n = 124  
fallbasierte Auswertung

# Die stationäre Behandlung der Depression

# Was hilft dem Patienten?

Therapieangebot	Mittelwert
Therapeutisches Einzelgespräch mit dem Bezugstherapeuten	1,8
Morgenspaziergang	2,3
Nordic Walking	1,9
Gesprächsgruppe	1,7
Entspannung	2,4
Sicher im Stand und Gang	2,7
Gartengruppe	2
Tanzen	2,5
Gemeinsames Singen	2,4
Werken Kreativ	2,5
Kognitives Training	2,0
Fit für 100	2,4

Therapieangebot	Mittelwert
Gerätetraining	1,5
Lebenspraktisches Training	2
Akupunktur	3
Akupressur	2
Snoezelen	2,4
Trommeln	2,7
Hockergymnastik	2,5
Genussgruppe	2,1
Aromatherapie	1,8
Lichttherapie	2,3



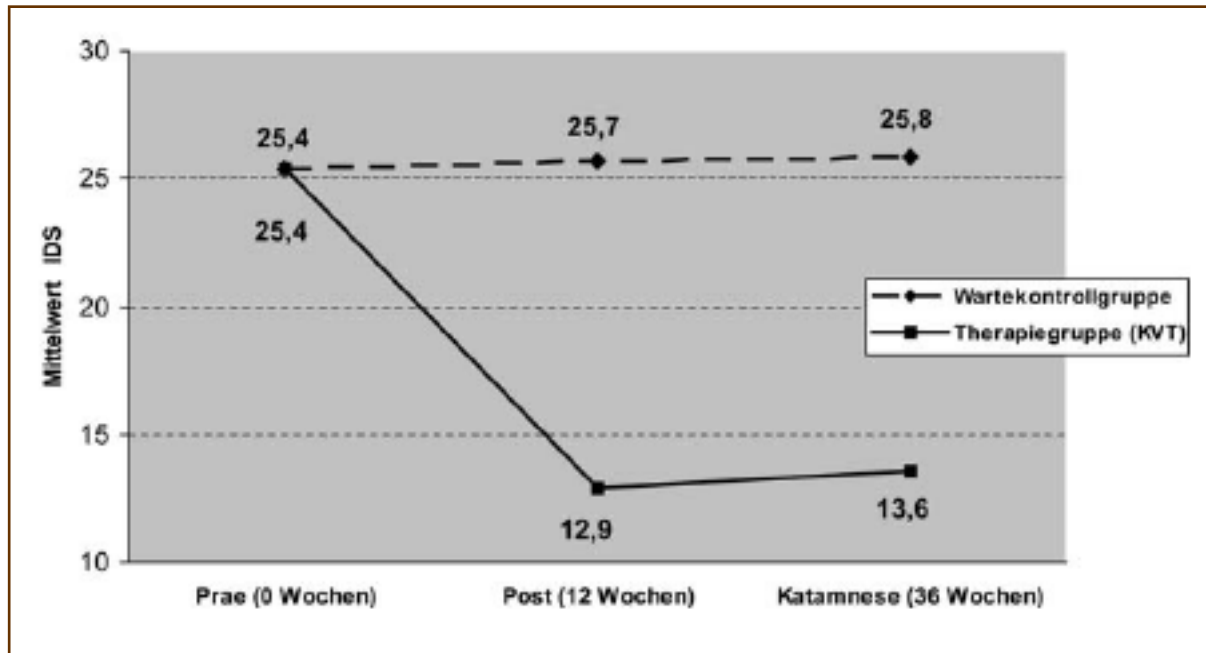
# Behandlung von Depressionen

Medikation

Psychotherapie

Soziotherapie

# Kognitive Verhaltenstherapie



Fremdbeurteilung depressiver Symptome (mit IDS) über die drei Hauptmesszeitpunkte der Wartekontrollgruppe und der Gruppenverhaltenstherapie (Hautzinger M., Welz S. (2004) Z Gerontol Geriat 37: 427-435)

# Kognitive Verhaltenstherapie

- Die KVT ist eine gut angenommene, hoch effiziente Gruppentherapie!
- Warten ist ineffizient, bei der Patientengruppe sogar problematisch!

# Grundprinzipien psychotherapeutischen Handelns mit Älteren (nach Hirsch 1999)

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

# Das psychotherapeutische stationäre Setting in der Gerontopsychiatrie

## - Therapieziele -

- Reduktion bzw. Remission der depressiven Symptomatik und der Suizidalität
- Wiederherstellung der psychosozialen Leistungsfähigkeit
- **Abbau von Ängsten und Anspannungen**
- Reduktion der Wahrscheinlichkeit für einen direkten Rückfall oder eine spätere Wiedererkrankung
- Aufklärung über die Erkrankung, die Entstehungsfaktoren, die Symptome und die Therapiemöglichkeiten im Sinne der Psychoedukation
- Akzeptanz der individuellen Problematik
- Erkennen und Bearbeiten von depressionsauslösenden und fördernden Umweltfaktoren
- Bewältigung lebenssituativer Belastungen
- Behandlung der Komorbidität
- **Reduktion der Hoffnungslosigkeit und Aufbau/Stärkung des Selbstwertgefühls**
- Übernahme von Eigenverantwortung, Förderung der Selbständigkeit
- **Förderung der Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen**
- **Individuelle Verbesserung der Wohn- und Lebenssituation**
- Ressourcenorientierte Förderung alltagspraktischer Fähigkeiten, Interessen und Hobbys

# Das psychotherapeutische stationäre Setting in der Gerontopsychiatrie

- Therapiephasen -

Eingangsphase

Therapiephase

Entlassungsphase



# Das psychotherapeutische stationäre Setting in der Gerontopsychiatrie - Eingangsphase -

- „Ankommen“
- Entlastung, der Patient darf „krank“ sein.
- Herstellung wichtiger Beziehungen zum therapeutisch-pflegerischen Team.
- Funktion der Station als Schutzraum mit Rückzugsmöglichkeiten.

# Das psychotherapeutische stationäre Setting in der Gerontopsychiatrie

## - Eingangsphase -

- Empathische Kontaktaufnahme, Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Therapeut.
- Aktives, flexibles und stützendes Vorgehen, Vermittlung von Ermutigung und Hoffnung (stellvertretende Hoffnung).
- Erste Aufklärung über Symptomatik, Behandelbarkeit und Prognose der Depression.
- Hilfe bei der Annahme der gegenwärtigen Situation („Akzeptanz depressiven Verhaltens“).
- Anamnese, Klärung aktueller Motivation und der Erwartungen/Befürchtungen des Patienten; Klärung der Suizidalität, evtl. Erarbeitung eines Krisenmanagements.
- Aufklärung über mögliche Behandlungsstrategien und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken.
- Therapieziele herausarbeiten, Therapieplan gemeinsam festlegen.

# Das psychotherapeutische stationäre Setting in der Gerontopsychiatrie - Therapiephase -

- Gemeinsame Arbeit an depressionsauslösenden oder –erhaltenden Bedingungen.
- Gemeinsame Erarbeitung möglicher Problemlösungen und Verhaltensänderungen.
- Behutsame Aktivierung.
- Einbeziehung von Partnern/Angehörigen.

- Der Schonraum wird zum Übungsraum -

# Das psychotherapeutische stationäre Setting in der Gerontopsychiatrie - Therapiephase -

- Klärung aktueller äußerer Problemsituationen, Entlastung von zurzeit überfordernden Pflichten und Ansprüchen (insbesondere in der familiären Situation).
- Vertiefende Vermittlung eines Verständnisses für die Symptome, des Verlaufs und der Behandelbarkeit, Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells zur Entlastung des Patienten von Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen und Versagensgefühlen.
- Unterstützung beim Formulieren und Erreichen konkreter, erreichbarer Ziele zum Wiedergewinnen von Erfolgsgefühlen (positive Verstärker) – Aktivitätsaufbau!
- Erkennen depressionsauslösender und –aufrechterhaltener Bedingungen sowie das gemeinsame Erarbeiten möglicher Problemlösungen und Verhaltensänderungen.
- Stärken sozialer Kompetenzen: u.a. Förderung der Kontaktaufnahme, eigenen Bedürfnisse erkennen und vertreten.
- Einbeziehung von Ehepartnern und Angehörigen.

# Das psychotherapeutische stationäre Setting in der Gerontopsychiatrie

## - Entlassungsphase -

- Schrittweise Übernahme der Eigenverantwortung durch den Patienten.
- Sammlung von Erfahrungen durch Belastungserprobungen im angestammten Außenraum.
- Überprüfung der erarbeiteten Verhaltensänderungen in der vertrauten sozialen Umgebung.

- Aus dem Übungsraum wird der Erfahrungsraum -

# Das psychotherapeutische stationäre Setting in der Gerontopsychiatrie

## - Entlassungsphase -

- Übertragung von erarbeiteten Verhaltensänderungen in die gewohnte soziale Umgebung – Belastungserprobungen planen und durchführen.
- Rezidivprophylaxe – „Notfallplan“ erstellen.
- Nachbehandlung organisieren – zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos ist im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene (psychotherapeutische) Nachbehandlung unabdingbar!

Station – Tagesklinik – Ambulante Psychotherapie/Gruppenangebote



# Fazit

**Vielen Dank für Ihre Geduld  
und Aufmerksamkeit!**

# Diskussion

