

**Psychotherapie/Verhaltenstherapie
der Depression im Alter: Gründe ?**

- 1. Epidemiologisches Argument
- 2. Diagnostisches Argument
- 3. Ätiologisches Argument
- 4. Therapeutisches Argument

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

Risikofaktoren für Depressionen im Alter

- 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

Weitere Risikofaktoren der Depression

8. Rigidität, Inflexibilität, Perfektionismus, Fatalismus, Mißerfolgsorientierung
9. Keine alternativen Ziele, Interessen und Beschäftigungen
10. usw.

Kognitiv-Verhaltenstheoretisches Verständnis 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
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. Pat. für aktives, nicht-depressives Verhalten positive Verstärkung verschaffen. Aktives, kontrollierendes Verhalten aufbauen, Abbau von Verstärkung passiv/depressiver Muster; *Optimierung* vorhandener Möglichkeiten.
2. Beseitigung depressionsfördernder Bedingungen, wie Isolation, aversive Stimuli; *Optimierung* der Umwelt.

Ziele für eine Therapie:

3. Verhaltens- und Ressourcendefizite korrigieren, Aufbau von situationsangemessenem Verhalten und Handlungen; *Kompetenzen* fördern.
4. Resignative, starre, wenig hilfreiche, blockierende Kognitionen abbauen und ersetzen; Hilfe zur *Selektion*.

Kognitive Verhaltenstherapie

.... ist als Versuch zu verstehen, durch den Einsatz einer Reihe von therapeutischen Methoden an den jeweils individuell wirkenden depressogenen Bedingungen mit einer konkreten Zielsetzung, in Richtung Selektion, Optimierung und Kompensation, verändernd zu wirken

Typische Maßnahmen

1. Passivität und Inaktivität überwinden

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

Typische Maßnahmen

2. Pessimistisches, negatives Denken
reduzieren und überwinden

- 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
- 5. Vergangenes besser bewältigen
- 6. Einbezug von Angehörigen

Rahmenbedingungen

- 1. Auf Ältere zugehen
- 2. Keine „Psychogeschichten“
- 3. Gruppe
- 4. 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

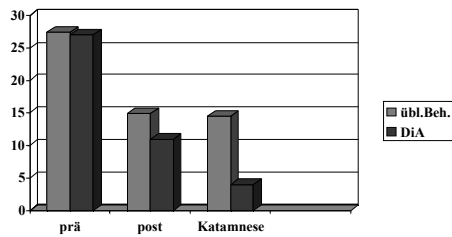
DiA-Gruppenprogramm

- 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-Ergebnisse:BDI
Stationäre Patienten (jeweils N = 12)

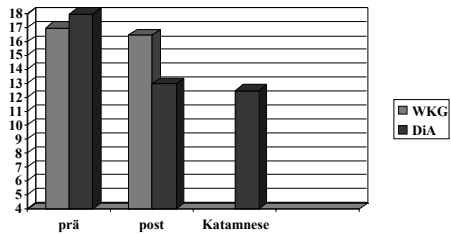


Ambulante depressive ältere Patienten

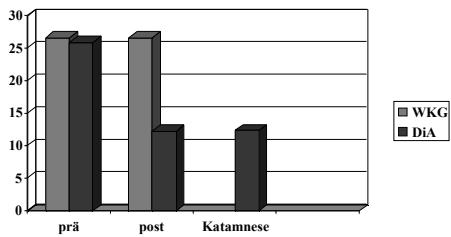
KVT-Gruppe 68,5 J. (7,2) MMS 28
N = 51 80% MDE 77% w
 54% GDS>18 63% Medik.

Wartekontrolle 68,8 J. (6,7) MMS 28
N = 35 95% MDE 85% w
 48% GDS>18 57% Medik.

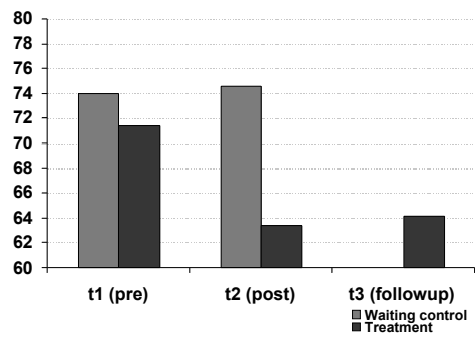
DiA-Ergebnisse: GDS
 Ambulante Patienten



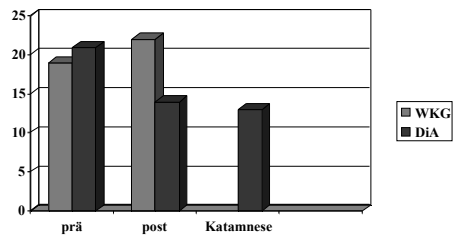
DiA-Ergebnisse: IDS
 Ambulante Patienten



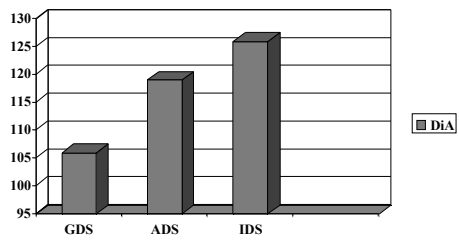
HR



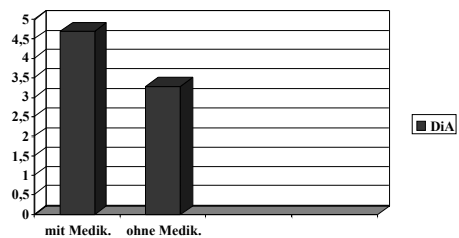
DiA-Ergebnisse: ADS
Ambulante Patienten



DiA-Ergebnisse: Effektstärken
Ambulante Patienten



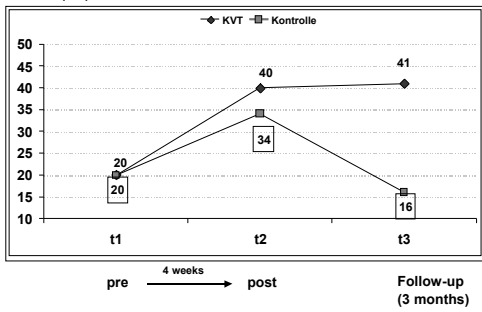
DiA-Ergebnisse: GDS (prä-post)
Einfluß von Begleitmedikation



Depressive Schlaganfall Patienten

Gruppe	N	Alter	GDS	Barthel	MMS
D-KVT	27	76,8 (7,5)	14,8 (5,3)	51,7 (24,2)	25,9 (2,4)
D-Kont	28	80,4 (6,2)	15,7 (5,3)	58,2 (22,1)	25,6 (2,1)

NAI-
Words(PR)



GDS

