

Workshop: Therapie mit Älteren

4. Tag der Angestellten „Jugend. Alter. Migration. Treatment as usual?“

Prof. Dr. med. Andreas Fellgiebel

Dr. Dipl. Psych. Alexandra Wuttke-Linnemann

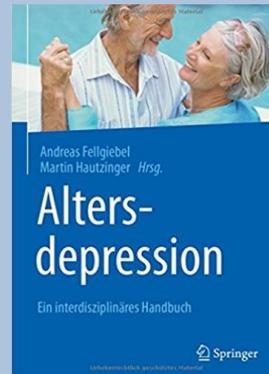
Zentrum für psychische Gesundheit im Alter, Landeskrankenhaus (AöR),
Mainz

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz

Thematische Schwerpunkte

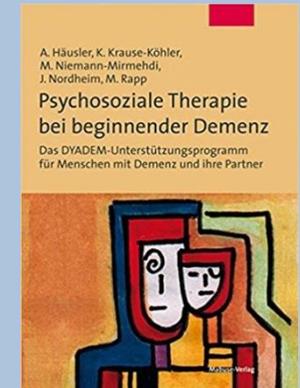
Altersdepression

- Epidemiologie
- Diagnostik
- Therapie
- Beispiel
 - Stationäres Psychotherapieprogramm Altersdepression



Kognitive Störungen

- Epidemiologie
- Modifikationen der Therapie
- Beispiel
 - Dyadische Therapie bei beginnender Demenz



Altersdepression

Epidemiologie, Diagnostik und Therapie

Andreas Fellgiebel

Begriff und Prävalenz der Altersdepression

3.0 - 4.5% ab dem 65. Lebensjahr *McCall&Kinziger 2013*

4,6 - 9,3% ab dem 75. Lebensjahr (Frauen 4 – 10,3%; Männer 2,8-6,9%) *M. Luppá et al. 2012*

18 - 36,8 % in Gruppe mit Multimorbidität (**geriatrische Patienten**) *z.B. Linden 1998*

Prävalenz der Depression (GDS-15; Cut-off: 6+) bei 75-jährigen und älteren Hausarztpatienten in 6 großstädtischen Regionen

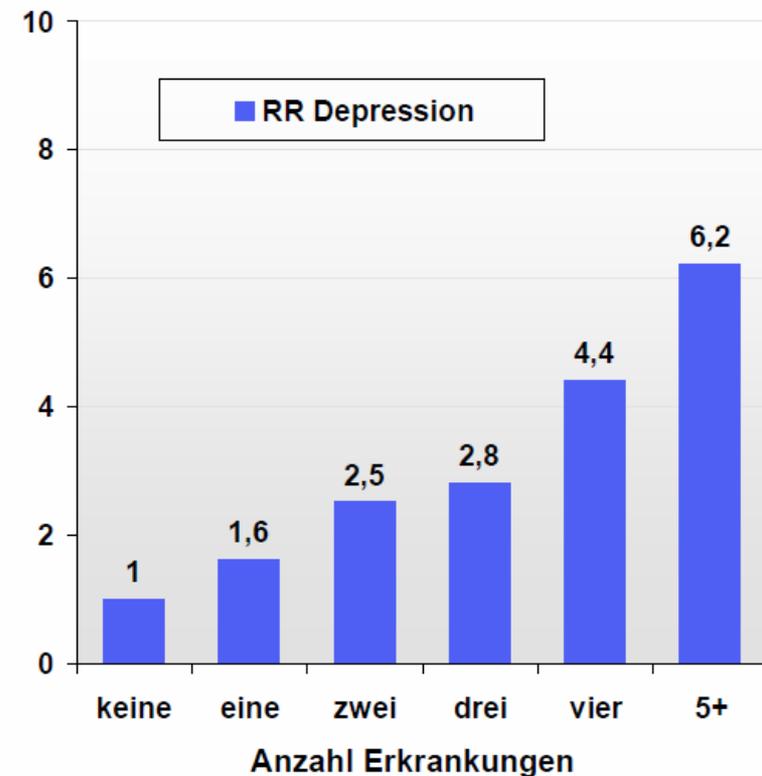
Hausarztpatienten		N	Prävalenz
			%
Gesamt		3.242	9,7
Nach Geschlecht	Männer	1.115	6,8
	Frauen	2.127	11,1
Nach Alter	75–79	1.725	8,6
	80–84	1.210	10,1
	85 und älter	307	13,7

Multimorbidität und Depression

Häufige Erkrankungen des hohen Lebensalters, die Risikofaktoren für Depression sind, nehmen zu

Risikoerhöhung Depression bei ausgewählten Erkrankungen

Krankheit ³	Risikoerhöhung (Relatives Risiko)
Alzheimer Demenz ¹	3.2
Parkinsons Disease ²	3.6
Schlaganfall	4.6
Andere neurologische	2.9
Kardiovaskuläre	2.5
Krebserkrankung	1.9
Musculo-skeletale Erkr.	2.1



1 Riedel et al 2005

2 Riedel et al 2008

3 Jacobi et al 2005

4 Pieper et al 2008 (DETECT)

Risikofaktoren Altersdepression

Morbidität

- psychisch (Angststörung, kognitive Störung)
- somatisch (Diabetes Mellitus, geriatrischer Patient)
- neurodegenerative Erkrankungen (Demenz, Parkinson)
- zerebrale Läsionen (v.a. vaskuläre)

Körperliche Funktionseinschränkung, Behinderung

Alter

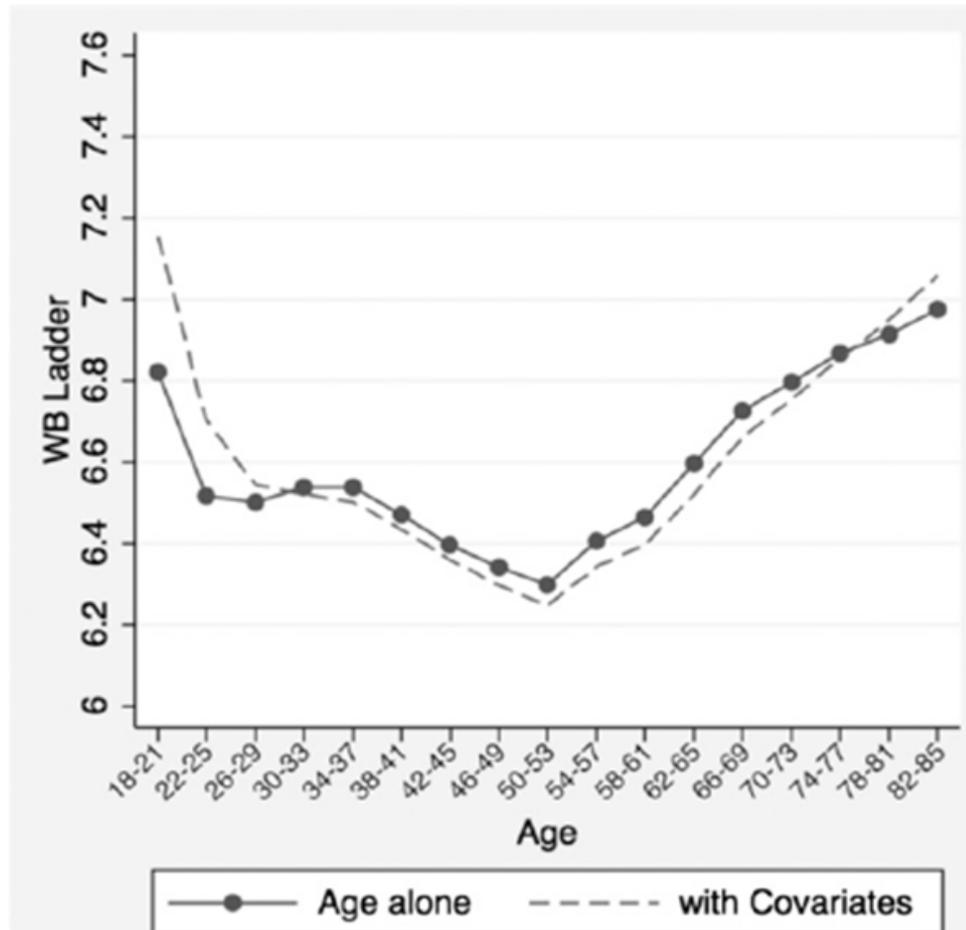
kognitives Altern?

spezifische psychosoziale Faktoren (Einsamkeit, Selbstwertverlust, Auseinandersetzung mit Sterblichkeit/Tod)

Altersbilder (anti-aging vs. successful aging)

Paradox: Das Wohlbefinden in der Bevölkerung steigt mit dem Alter!

PNAS PNAS



US-amerikanische Studie
mit über 300T Teilnehmern.
PNAS 2010

Zentrum für Psychische Gesundheit im Alter ZpGA

Und das trotz

- deutlich steigendem Risiko für chronische Erkrankungen
- oft grundlegenden Veränderungen der Lebenssituation
- Verlust zahlreicher Verstärker des Selbstwertes (Ende der Erwerbstätigkeit, Auszug der Kinder, körperliches Altern in einer „Anti-Aging“-Gesellschaft)
- zunehmende Entwicklungsgeschwindigkeit technischer, digitaler Neuerungen und rapide Veränderung der Kommunikationswege
- Reduktion kognitiver Fähigkeiten im Alter, welche die Flexibilität, Offenheit für Neues und Problemlösungsfähigkeiten eher einschränken

Ältere scheinen widerstandsfähiger (resilienter) gegenüber psychischen Störungen als Jüngere!

Sind Ältere resilienter gegenüber psychischen Störungen als Jüngere?

Die „Sozio-emotionale Selektivitätstheorie“

**Theorie über Änderung des emotionalen Wohlbefindens über die Lebensspanne.
Hintergrund:**

**Trotz der erhöhten Vulnerabilität im Alter gegenüber Erkrankungen,
Schmerzen, Behinderung zeigen Ältere ein erstaunlich gutes Wohlbefinden und
Altern ist assoziiert mit positiven emotionalen Erfahrungen im Alltag.**

Zitate aus der Generali Altersstudie 2017

„Ich und mein Mann, der ja auch Rentner ist, genießen jeden Tag unseres Lebens. In unserem Alter sollten wir das ja auch alle machen“ (Frau, 73 Jahre).

„Man weiß nie was kommt. Aber jetzt genieße ich erst einmal die Zeit des Alters“ (Frau, 68 Jahre mit Partner).

„Mein Leben ist sehr schön. Ich bin zufrieden. Einigermaßen gesund, zwar mit vielen Wehwehchen, aber mit denen komme ich zurecht“ (Frau 65 Jahre, alleinstehend).

Fellgiebel, Resilienz gegenüber psychischen Störungen im Alter 2018, Nervenarzt, 89:773–778.

Diagnostik

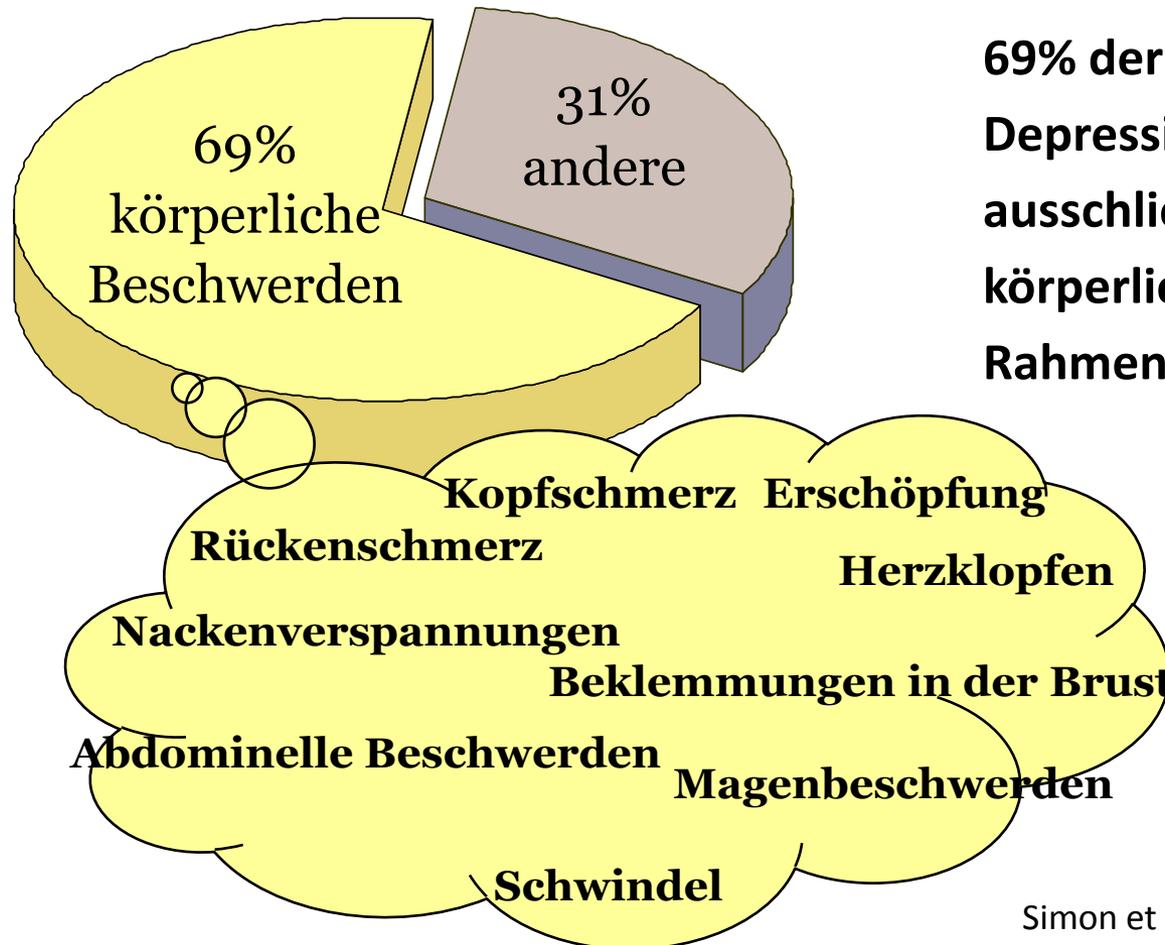
- Häufiges Klagen über kognitive Leistungseinbußen, Demenzbefürchtung
- Häufige somatische Symptome (Übelkeit, Magenbeschwerden, Schmerzen, Schwindel)
- An organische Verursachung denken (Hypothyreose, Hyperparathyreodismus, zereborvaskuläre Erkrankungen, Vit.-B12-Mangel)

Fragebögen

	Screening (Cut-Off)	Schweregrad	Verlauf	Behandlungs- ergebnis	Aufwand	MCI
HAMD	+ (≥ 12)	-	+-	-	- (ca. 12 min)	-
BDI-II	+- (≥ 9)	+-	+-	+-	+ (ca. 5 min)	+-
MADRS	+ (≥ 8)	+	++	++	+ (ca. 5–10 min)	+-
QIDS-SR	++ (≥ 6)	+-	+-	+-	+ (ca. 5 min)	+-
GDS	++ ^a	-	-	+-	++ (ca. 2 min)	+
4/10	(≥ 1/≥ 3)					
15/30	(≥ 5/≥ 11)					

Borovac I, Strukturierte Fragebögen, In: Fellgiebel A, Hautzinger M (Hrsg.) Altersdepression - ein interdisziplinäres Handbuch , Springer 2017

Beschwerdeprofil von Depressionspatienten in der Hausarztpraxis



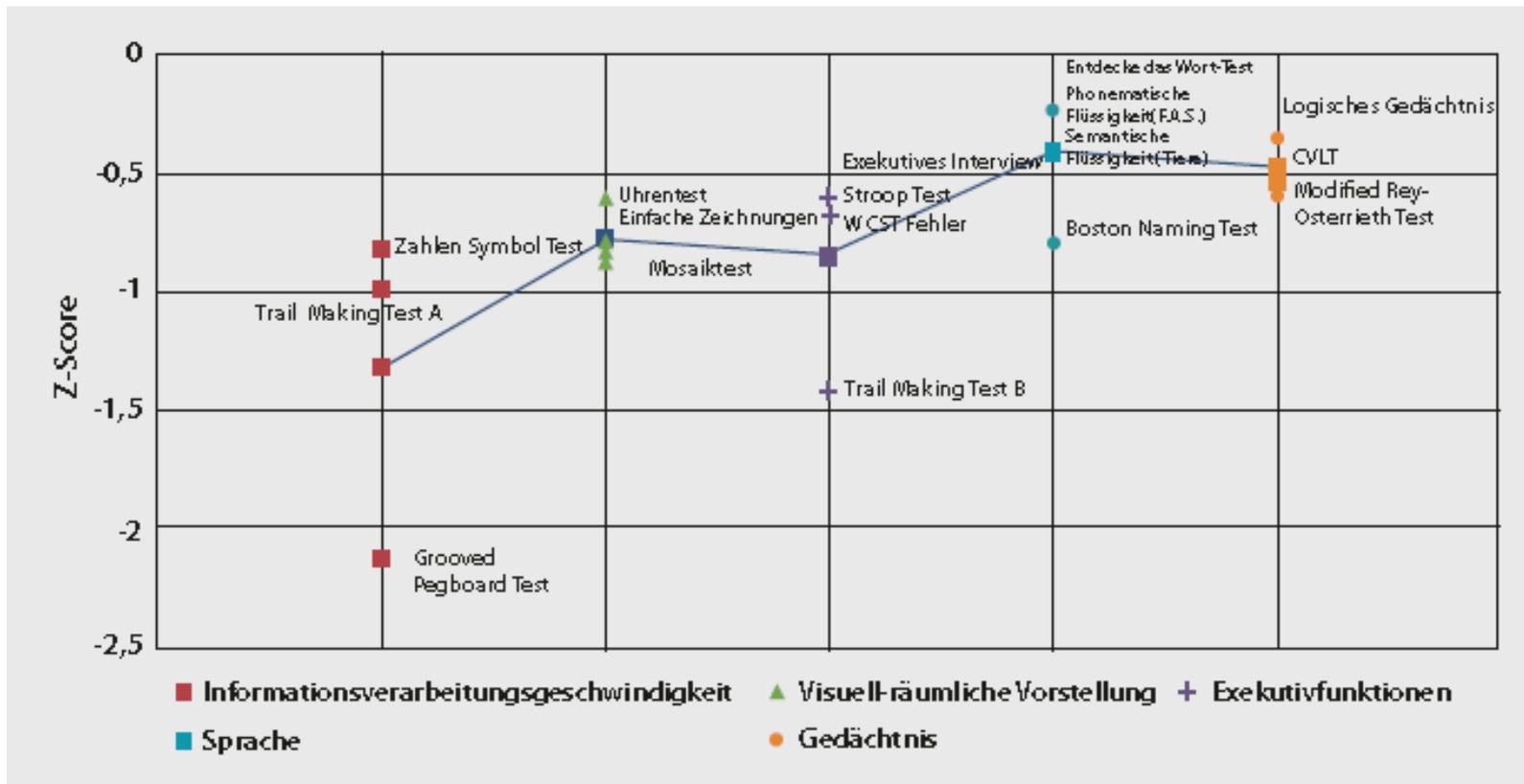
69% der Patienten (n=1146) mit Depression suchen ihren Hausarzt ausschließlich aufgrund von körperlichen Beschwerden im Rahmen der Depression auf.

Simon et al (1999) An international study of the relation between somatic symptoms and depression.

Kognitive Defizite und Pseudodemenz

40-60% der Patienten zeigen klinisch relevante kognitive Defizite.

Bei 50% der Altersdepressiven mit kognitiver Beeinträchtigung bestehen die kognitiven Symptome noch nach Abklingen der affektiven Symptome.



Butters MA et al. (2004) The nature and determinants of neuropsychological functioning in late-life depression. Arch Gen Psychiatry 61(6):587–595.

Beispiel 62jährige Hausfrau, Altersdepression, Befürchtung „Alzheimer“ Neuropsychologie

Variablen	Wert	Max.	z-Wert
1 Semantische Flüssigkeit (Tiere)	25	-	0,7
2 Boston Naming Test	15	15	1,2
3 Mini-Mental Status	28	30	-1,1
4 Wortliste Lernen Total	21	30	-0,5
4a Wortliste Lernen Durchgang 1	6	10	0,1
4b Wortliste Lernen Durchgang 2	6	10	-1,4
4c Wortliste Lernen Durchgang 3	9	10	0,2
5 Wortliste Abrufen	6	10	-1,0
6 Wortliste - Intrusionen	0	-	0,6
7 Savings Wortliste (%)	67%	-	-1,7
8 Diskriminabilität (%)	100%	100%	0,5
9 Figuren Abzeichnen	11	11	1,3
10 Figuren Abrufen	9	11	0,1
11 Savings Figuren (%)	82%	-	-0,3
12 Phonematische Flüssigkeit (S-Wörter)	14	-	0,4
13 Trail Making Test, Part A	31	180	1,0
14 Trail Making Test, Part B	79	300	0,8
15 Trail Making Test, B/A	2,5	-	-0,1

Pseudodemenz

▣ Tab. 17.2 Klinische Präsentation amnestisch-plus MCI vs. depressiver kognitiver Störungen

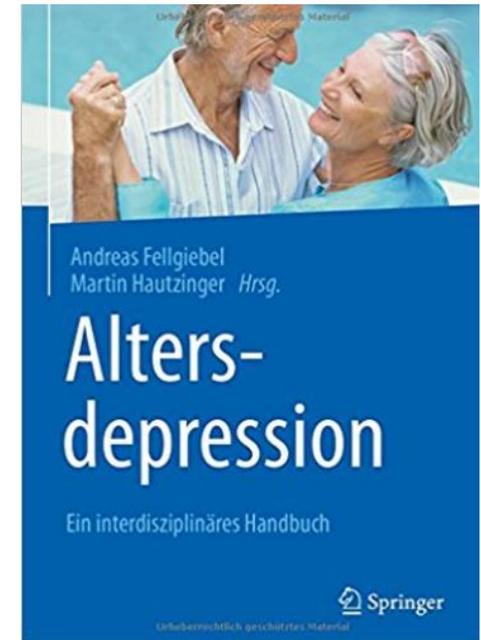
	MCI bei Alzheimer-Erkrankung	Depression
Beschreibung der Ausfälle	Teilweise dissimulierend	Präzise, auch generalisierend
Defizitbewusstsein	Eher herabgesetzt	Übersteigert
Leistungsfähigkeit	Konstant schlecht im Gedächtnis	Fluktuierend
Beginn	Schleichend (Monate, Jahre)	Rasch (Tage, Wochen)
Alltagsaktivitäten	Für komplexe Tätigkeiten eher leicht gestört	Eher erhalten
primäre kognitive Defizite	Gedächtnis	Problemlösen, Aufmerksamkeit
freier verzögerter Wiederabruf	Gestört	Evtl. gestört
Wiedererkennen	Gestört	Eher nicht gestört

Fellgiebel A.: Minimales kognitives Defizit; in: Gedächtnisstörungen: Diagnostik und Rehabilitation T. Bartsch und P. Falkai (Hrsg.); Thieme 2014

Therapie der Altersdepression

Multimodal, interdisziplinär, Settingfrage

- Psychotherapie
- Medikamentöse Therapie
- Körperliche Aktivierung, Bewegung, Sport
- Ergotherapie
- Musiktherapie
- Kunsttherapie
- Somatische Therapien



Therapieplan

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Ergotherapie	Bewegungsbad	Genussgruppe	Musiktherapie	Ergotherapie
Stationsver- sammlung	Eutonie	Psychologische Gruppe	Visite	PMR
Klinikspaziergan- g				
Psychoedukation Psychopharmaka	Depressions- bewältigungs- gruppe		Psychotherapie- gruppe	Infogruppe: Alkohol/ Medikamente
		Aktives Gehen	psychotherapeutisches Einzelgespräch á 50 Min./Woche	
Abendrunde	Abendrunde	Abendrunde	Abendrunde	Abendrunde

Depressionsbewältigungsgruppe

- 6 Sitzungen in Anlehnung an Hautzinger ‚Depression im Alter‘
 1. Psychoedukation Depression und verhaltenstherapeutisches Erklärungsmodell (v.a. Verstärkerverlustmodell)
 2. Positiver Aktivitätenaufbau (Liste angenehmer Aktivitäten)
 3. Positive Aktivitätenplanung (Wochenplan)
 4. Depressives Denken erkennen (ABC-Modell)
 5. Depressives Denken verändern (ABCD-Modell)
 6. Rückfallprophylaxe und Notfallplan (Ressourcenkoffer)

Problemoffene Gruppe

- Verschiedene Interventionen, v.a.
 - Diskriminationsübungen Gefühle
 - Stressmanagement
 - Schlaghygiene
 - Interpersonelle Übungen (Selbst- und Fremdwahrnehmung)
 - Soziales Kompetenztraining



Gelungene Kommunikation
... damit die Liebe bleibt **3**

Eine interaktive DVD für Paare im (Un-)Ruhestand

Nach den international erfolgreichen Paarkommunikations-
trainings EPL (Ein Partnerschaftliches Lernprogramm) und KEK
(Konstruktive Ehe und Kommunikation)

Autoren:
Joachim Engl, Franz Thurmaier

Projektförderung:
Bayerisches Staatsministerium für Arbeit
und Sozialordnung, Familie und Frauen

Insb. die alten Patienten sitzen beim Hausarzt!

Schweregrad	Versorgung durch HA	Versorgung durch FA	Versorgung durch HA und FA	Versorgung durch andere Fachärzte
F32.2/F32.3 Schwere depressive Episode mit/ohne psychotische Symptome	37,8	28,1	29,9	4,2
F32.1 mittelgradige depressive Episode	44,3	26,8	24,7	4,2
F32.0 leichte depressive Episode	54,8	18,7	12,2	14,3
F32.8/F32.9 sonstige oder nicht näher bezeichnete depressive Episode	75,4	4,9	4,9	13,6
Gesamt	64,1	13,2	11,8	10,8

HA=Hausärzte; FA=spezifische Fachärzte, d. h. Fachärzte für Psychiatrie, Psychologische Psychotherapeuten etc.

Angaben in %, aus: S3-Leitlinie unipolare Depression 2015, Langfassung S. 52

„Niederschwellige“, „hausarztbasierte“ Therapie!!

„Colloberative Care Management“:

leitliniengerechte Versorgung, die sich auszeichnet durch

1. eine besondere Vernetzung von Hausarzt, Psychotherapeut, Psychiater, Pflege, oft durch Implementierung eines Casemanagements.
2. eine verbesserte Patientenbeteiligung, Psychoedukation und Selbstmanagement.

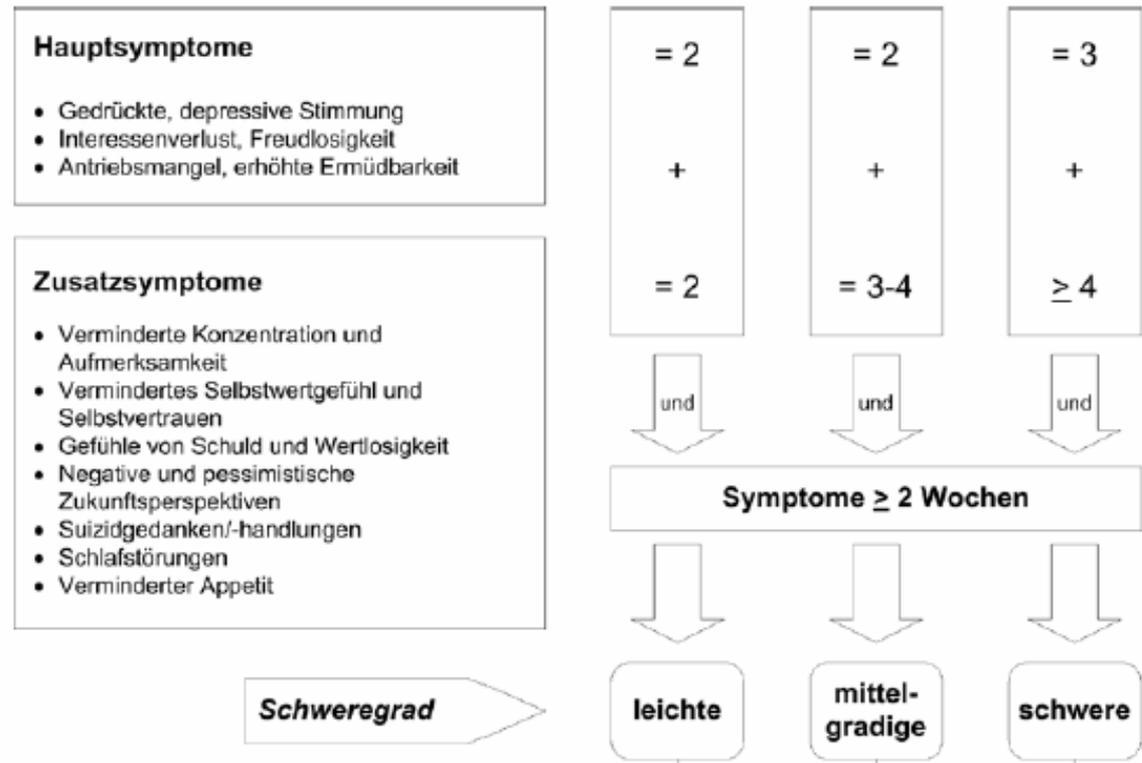
Medikamentöse Therapie oder Psychotherapie?

Patientenpräferenzen! Verfügbarkeit! Symptomatik!

Informationsgespräch über therapeutische Möglichkeiten! (Adhärenz!)

Therapieangebot nach Schweregrad und (psychischen) Komorbiditäten

ICD-10 Schweregrad
der Depression



Akutbehandlung: Medikamentöse Therapie, Psychotherapie, Kombinationsbehandlung?

Leichte depressive Episode: watchful waiting! (Z.B. Aufklärung über Krankheitsbild, Beratung zu Selbstmanagement, WV nach 2 Wochen)

Mittelgradige depressiven Episode: Pharmakotherapie **oder** Psychotherapie

Schwere depressive Episode: Pharmakotherapie **und** Psychotherapie

Psychotherapie bei kognitiven Störungen und beginnender Demenz

Alexandra Wuttke-Linnemann

Welche
Schwierigkeiten
können in der
Therapie auftreten?

Wie könnte man mit
solchen
Schwierigkeiten
umgehen?

**Allgemeine Haltung:
Vieles ist möglich - die Therapie muss nur
angepasst werden!**

Rahmenbedingungen

Feste Struktur der Sitzungen

Therapeut direkter in Fokussierung der Sitzungen

Sitzungsdauer verkürzen, dafür eventuell häufiger kürzere Sitzungen

Angehörige mit einbeziehen (Psychoedukation, Vermittlung von Fertigkeiten zur Kommunikation, Bewältigung von Depression, Angst)

Im Verlauf: Patienten zu Hause aufsuchen

Therapieinhalte

Vereinfachte Psychoedukation (Psychotherapie allgemein sowie störungsspezifisch)

Förderung von Akzeptanz der Erkrankung gegenüber

Stärkerer Fokus auf Ressourcenaktivierung

Biographiearbeit

Vereinfachung der kognitiv verhaltenstherapeutischen Interventionen (z.B. vereinfachten Wochenplan, altersgerechte Liste angenehmer Aktivitäten)

Hilfreiche Gedanken direkter erarbeiten anstelle kognitiver Disputation

Im Verlauf: Fokus auf verhaltensaktivierende Interventionen

Therapeutische Techniken

Therapieinhalte vereinfachen und stark strukturieren (z.B.: Aktivitätenplanung in Zwischenschritte unterteilen)

Schriftliche Fixierung der Ergebnisse der Sitzung

Therapieinhalte regelmäßig wiederholen

Gebrauch und Etablierung externer Gedächtnisstützen (Kalender, Erinnerungen, Checklisten, Timer, Alarmer, telefonische Kurzkontakte zwischen Sitzungen)

Zunehmend Nutzung nonverbaler Techniken (z.B. bildhafte Fixierung der Therapieinhalte; Nutzung von „cue cards“ therapeutische Metaphern)

Lernstrategien nutzen, die das prozedurale Gedächtnis aktivieren (z.B. „spaced retrieval“)

Möglichst viele Sinneskanäle ansprechen

Häufige Themen und Interventionsansätze bei LKB/Demenz

- **Depression**

(vgl. Hautzinger, 2017 – Depression im Alter; Nezu, Nezu und D'Zurilla, 2013 - Problem Solving Therapy, Kiosses et al., 2015 – Problem Adaptation Therapy PATH)

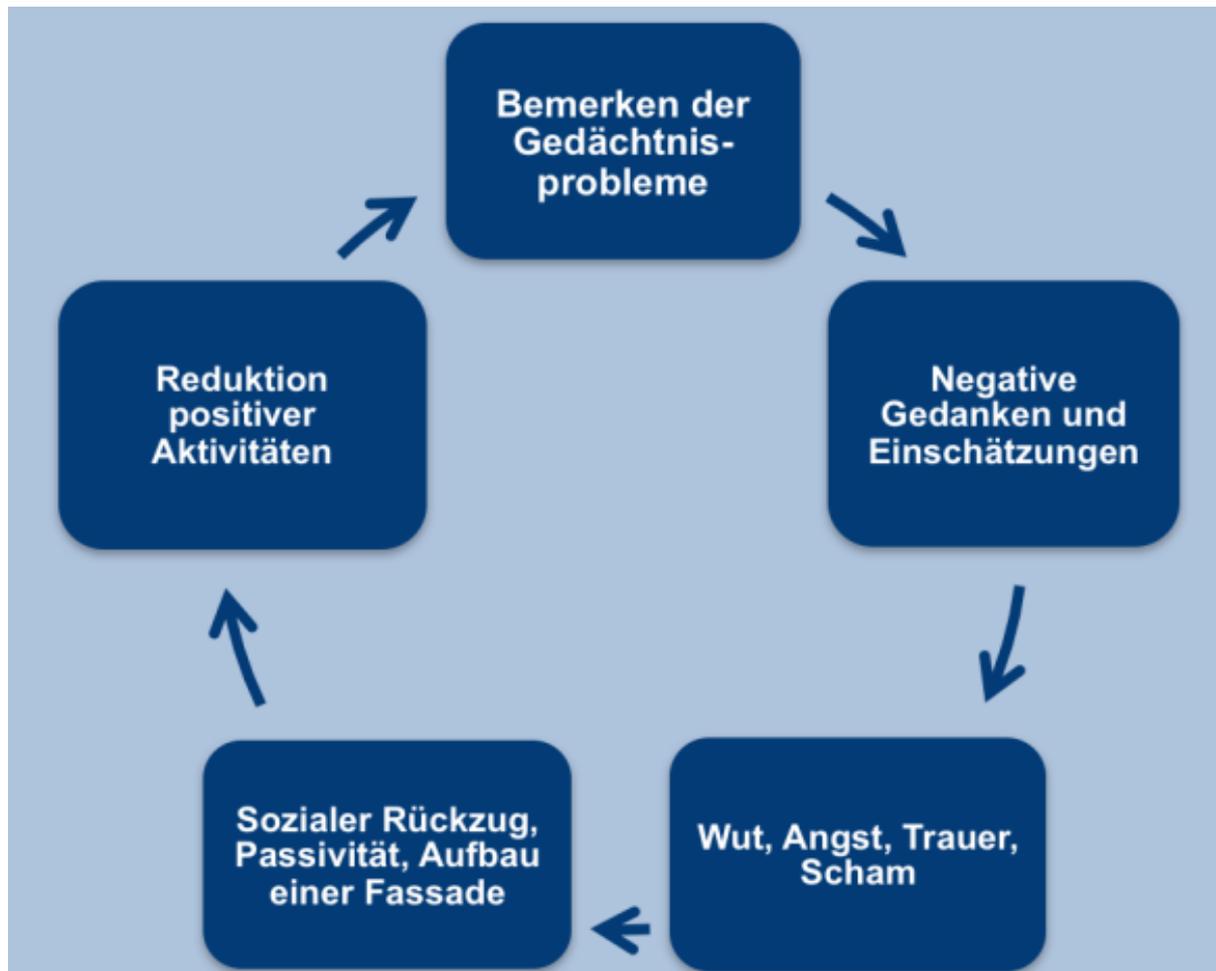
- **Angst**

(vgl. CBT-AD Kraus et al., 2008)

- **Soziale Kompetenz** (über die Erkrankung sprechen)

(vgl. Schellhorn et al., 2015)

Teufelskreis bei Gedächtnisproblemen



PATH – Problem Adaptation Therapy

- Kiosses et al. 2015 – gute Wirksamkeit für Depression, mittlerweile auch Schmerzen
- Indikation: Patienten mit leichter kognitiver Beeinträchtigung und leichter bis mittelgradiger Demenz
- Rational: Verbesserung der Emotionsregulation durch – in Anlehnung an Problemlösetraining – Kompensationsstrategien, Anpassungen der Umwelt und Einbezug der Angehörigen
- Methode: Home-delivered, 12 Wochenprogramm

Psychotherapie bei Angst – CBT-AD

- Prävalenzraten nur schwer zu schätzen
- Prävalenzrate von 10% für Angststörungen im höheren Alter (Lenze et al., 2011), subklinisch allerdings deutlich höher (ca. 20%, Ayers et al., 2007)
- Bei Demenz:
5-21% Angststörungen
8-71% Angstsymptome
(Seignourel et al., 2008)

■ **Tab. 7.1** Prävalenzraten der einzelnen Angststörungen

Angststörung	Prävalenz (%)
Generalisierte Angststörung (GAS)	1,2–7,3
Agoraphobie	0,4–5,2
Spezifische Phobien	4,8
Soziale Phobie	0,6–2,3
Panikstörung	0,1–1,0
Gemischte Störung mit Angst und Depression	1–13
Altersspezifische Angststörungen	
Fall-oder Sturzanngst	29–54
Progredienzanngst	Es liegen keine Prävalenzzahlen vor

Psychotherapie bei Angst CBT-AD

- **Modifizierter KVT Ansatz**
 - Inhalt: Psychoedukation vereinfacht, Awareness Training, Bauchatmung, positive Selbstinstruktionen, Expositionen, Verhaltensaktivierung
 - Struktur: viele Wiederholungen (vor allem durch Patient), retrieval cues (Erinnerungskarten, Kalender, Alarmer); Einbezug Angehöriger als Co-Therapeuten, Telefonate zwischen den Sitzungen (Motivation)
 - Lernstrategien: Spaced retrieval, welches auf prozeduralen Gedächtnis basiert → Wiederholter Abruf von Lerninhalten über immer längere werdende Zeitintervalle

Vom Einbezug der Angehörigen bis zur dyadische Therapie

Therapeutische Arbeit mit Patienten und Angehörigen

Warum pflegende Angehörige?

- Demenzerkrankung Stressor für Patienten und Angehörige (Harnell et al., 2011)
- Pflegende Angehörige erhöhtes Risiko für Entwicklung Depression (Cuijpers, 2005)
- Depression des Angehörigen ist Prädiktor für Verschlechterung des Patienten (Covinsky et al., 2003)

Angehörigenarbeit in den unterschiedlichen Krankheitsstadien

Informationen

Vermittlung von
Kompetenzen

Stärkung von
Ressourcen

Krankheitsverlauf

Patient und Angehörige

Interventioneninhalte

Psychotherapiegruppe der Gedächtnisambulanz

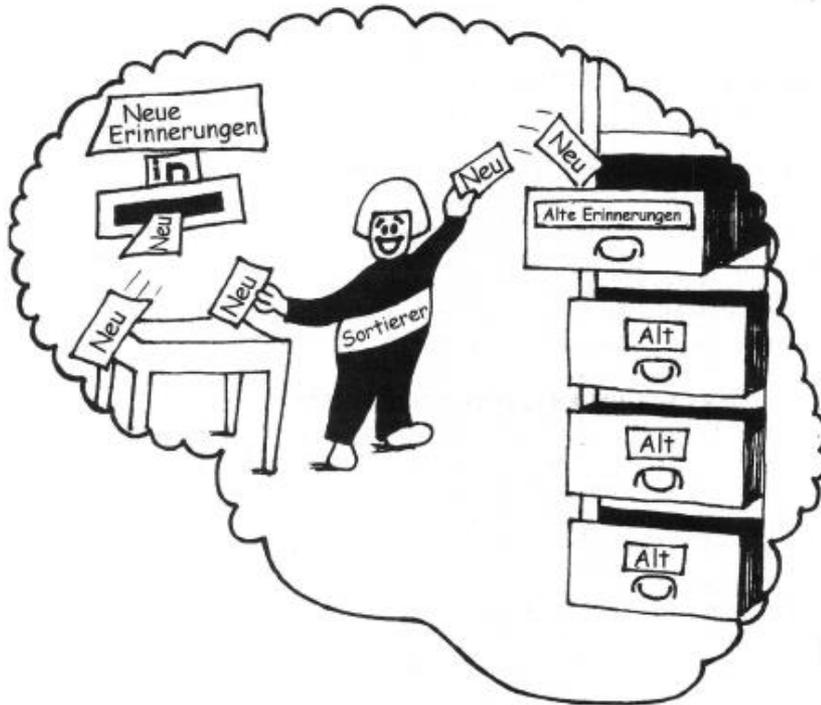
1. ‚Normales Altern‘
2. Demenz und Medikamente
3. Kognitive Stimulation
4. Umgang mit der Erkrankung
5. Selbstfürsorge
6. Sozial-rechtliche Aspekte
7. Kommunikation
8. Musik und Demenz
9. Wohnen im Alter
10. Ernährung

Aufsuchendes dyadisches Unterstützungsprogramm

- | |
|------------------------------------|
| 1. Kennenlernen und Paargeschichte |
| 2. Kontakte und Aktivitäten |
| 3. Stressbewältigung |
| 4. Hilfreiche Sprache |
| 5. Telefongespräch I |
| 6. Probleme lösen |
| 7. Hilfsmittel und Tricks |
| 8. Telefongespräch II |
| 9. Der Blick in die Zukunft |

Kommunikation: Erklärungsmodell liefern

Das „normal“ arbeitende Gehirn



Die Person mit Demenz



Handeln nach dem Motto ABC

A

Vermeide Konfrontation (avoid confrontation)

B

Handle zweckmäßig (be practical)

C

Formuliere die Gefühle des Klienten und spende ihm Trost (falls er ängstlich oder aufgeregt ist)
(clarify the feelings and comfort)

„Du vertauscht die Wörter“

A

Kümmern Sie sich nicht um die Fehler. Lassen Sie sie einfach unkommentiert.

B

Wenn Ihr Partner bemerkt, dass er ein falsches Wort benutzt, helfen Sie ihm das richtige zu finden.

C

„Ich weiß, es ist schrecklich, wenn man das richtige Wort nicht findet.“

Fazit für die Praxis

- Patienten mit leichter bis mittelgradiger Demenz können psychotherapeutisch behandelt werden
- Ziel: Verringerung Depression, Verhaltensaktivierung, Angstreduktion, soziale Kompetenz, Problemlösekompetenzen, Schulung der Angehörigen
- Methode: (Fast) Alles ist möglich – es erfordert nur eine Anpassung!

Literaturtipps

