

Gerontopsychotherapie: Welche Fort- und Weiterbildung brauchen wir? 45 min

Stephan Mühlig (TU Chemnitz)



Landes
krankenhaus
RHEINHESSEN-FACHKLINIK
ALZEY

LZG

Landeszentrale für
Gesundheitsförderung
in Rheinland-Pfalz e.V.

INITIATIVE
B Ü N D N I S S E
G E G E N D E P R E S S I O N
I N R H E I N L A N D - P F A L Z

LPK Landes
Psychotherapeuten
Kammer
Rheinland-Pfalz



Einladung zum Symposium

„Psychotherapie der Altersdepression“

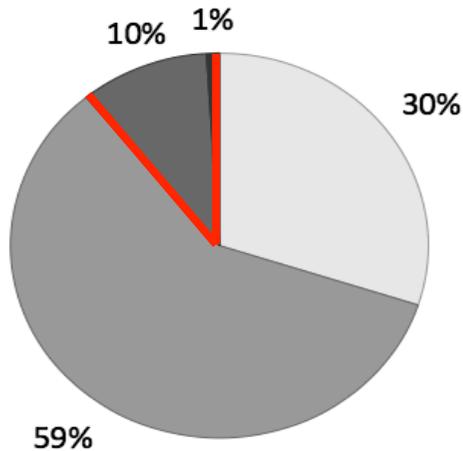
**Dienstag, 28.11.2017, 9:30 – 17:00 Uhr, Rheinhessen-Fachklinik Alzey,
Dautenheimer Landstraße 66, 55232 Alzey**

Einführung: Demografische Entwicklung und Prognose Gesundheitsversorgung

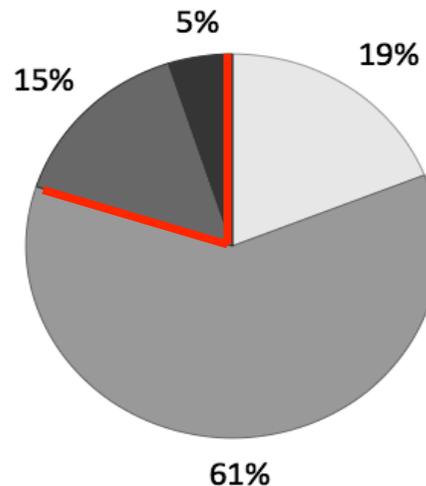


Entwicklung der Altersverteilung in Deutschland

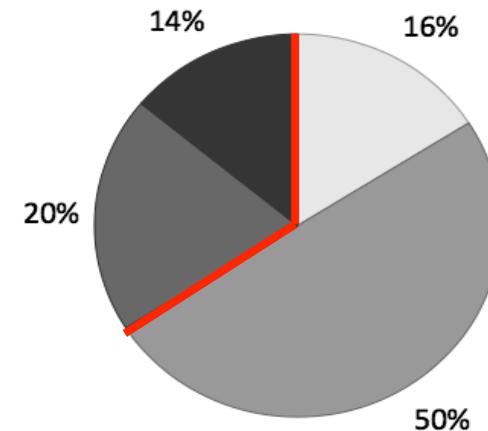
1955



2008



2060



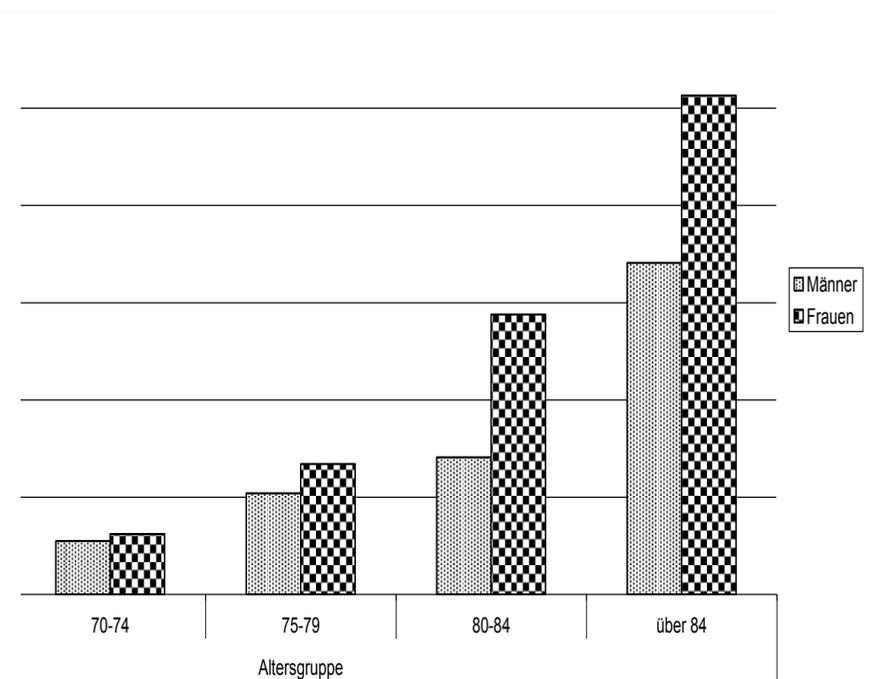
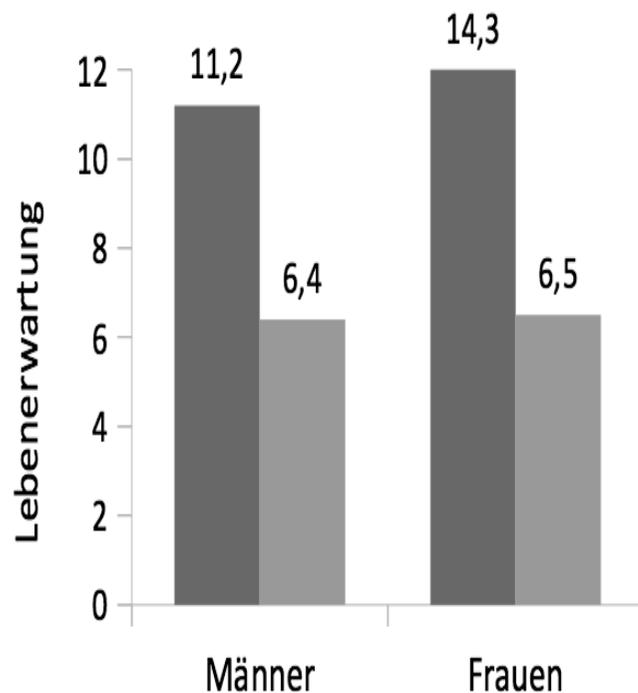
□ bis 20 Jahre ■ 20-65 Jahre ■ 65-80 Jahre ■ über 80 Jahre

- Bis **2060** wird sich **Anteil Bundesbürger >65 Jahre** auf **35% (26 Millionen) verdoppeln** (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2004)
- **Zunahme des Anteils der *sehr alten* Personen überproportional:**
„Junge Alten“ (65-75-Jährige) ca. 1/3; **>90-Jährigen: 400-500%** (Schulz, König & Leidl, 2000; Robert Koch-Institut, 2006; ZDWA, 2007)



Folgen für das Gesundheitssystem

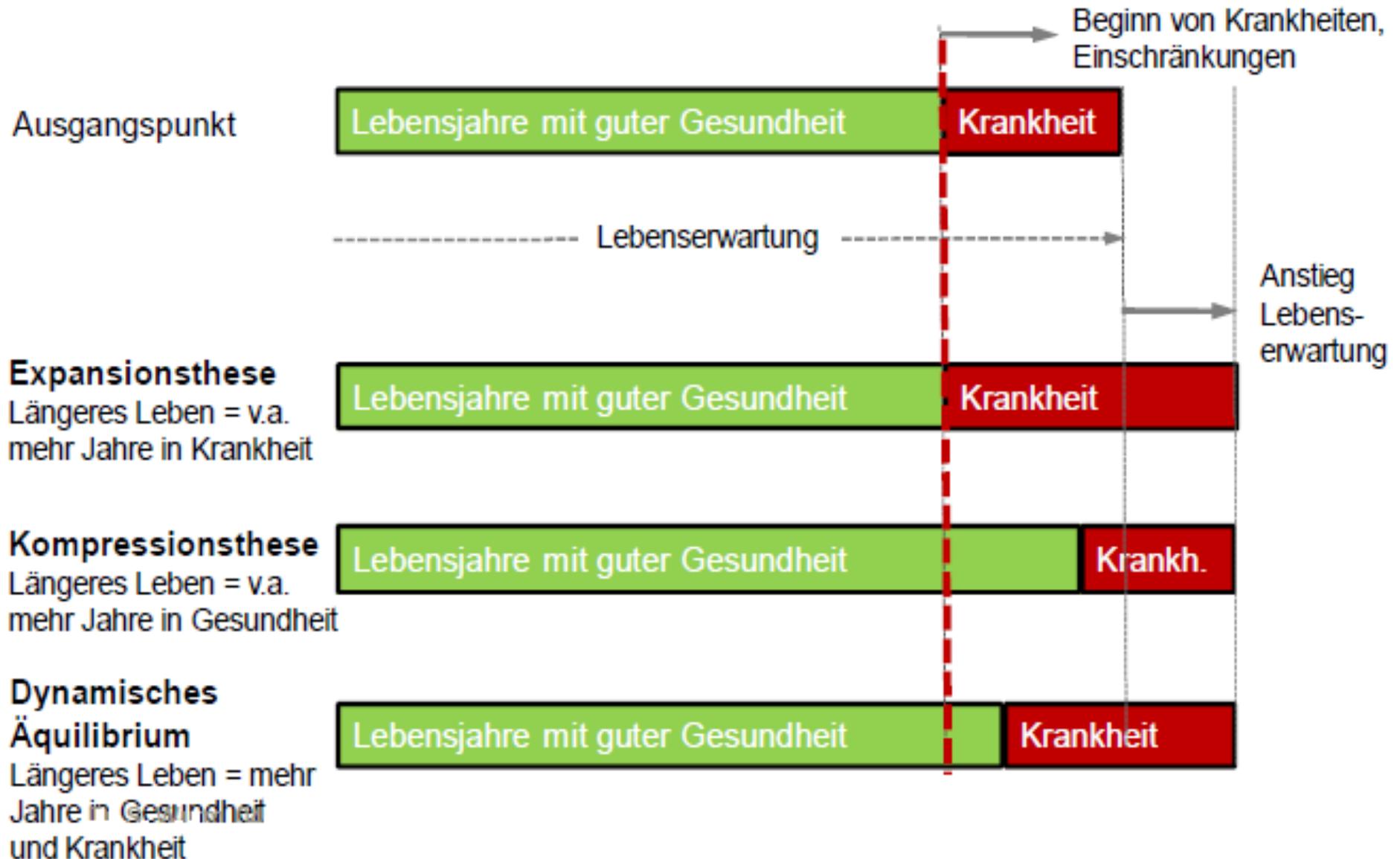
- hohe Anteil älterer /hochbetagter Menschen → eklatante **Zunahme von unheilbaren und *chronischen körperlichen Krankheiten* und *psychischen Störungen* sowie von *Multimorbiditäten* und *Funktionsbeeinträchtigungen*** (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 2010)
- relative Zunahme von ***Disability Adjusted Life Years***, Lebensjahren mit Krankheit, Einschränkungen und ***Unterstützungs-, Behandlungs-***



(Eurostat, 2011) **Anteil funktioneller Beeinträchtigungen in % nach Altersgruppen (Disability Score) (von Renteln-Kruse, 2001)**



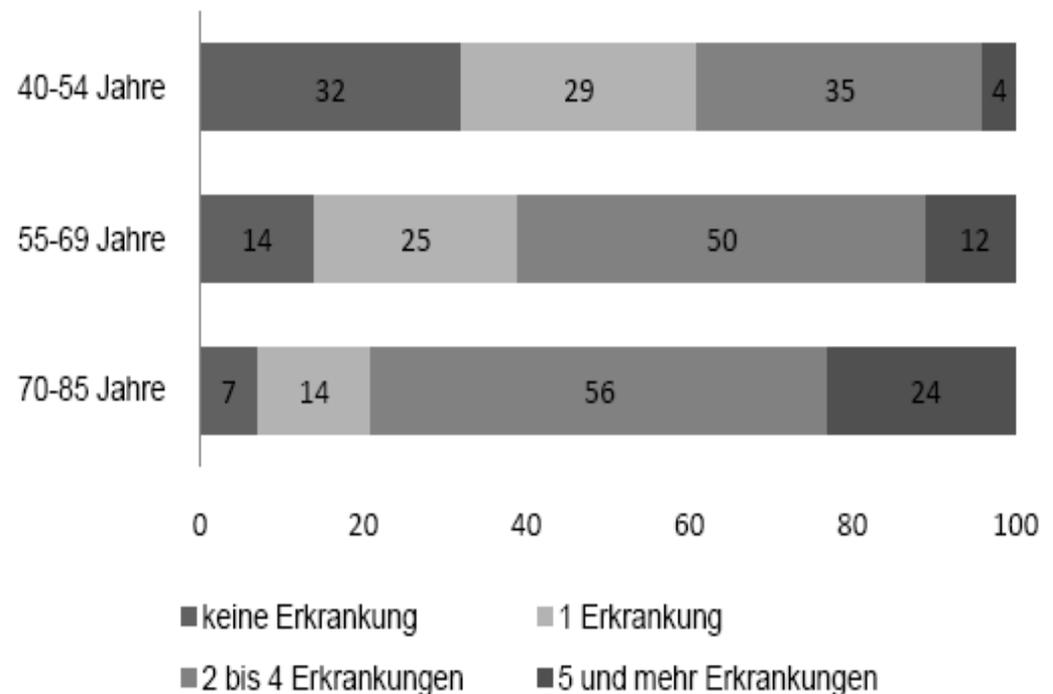
Wie gesund sind ältere Menschen in Zukunft?





Alterserkrankungen: Chronische körperliche Krankheiten und Multimorbidität

- Mit dem Alter steigt die **Wahrscheinlichkeit für Multimorbidität, psychisch-somatische Komorbidität** und **typische Alterserkrankungen** (vaskuläre Demenzen, Multiinfarktdemenzen, Morbus Alzheimer, Morbus Parkinson)
- **88% der >70-Jähriger** **Erkrankungen; im Mittel** für **7,4 ICD-10-Diagnosen**
- **Polymedikation + Non**
- **>65-Jährigen verursachen heute 48% aller Krank**

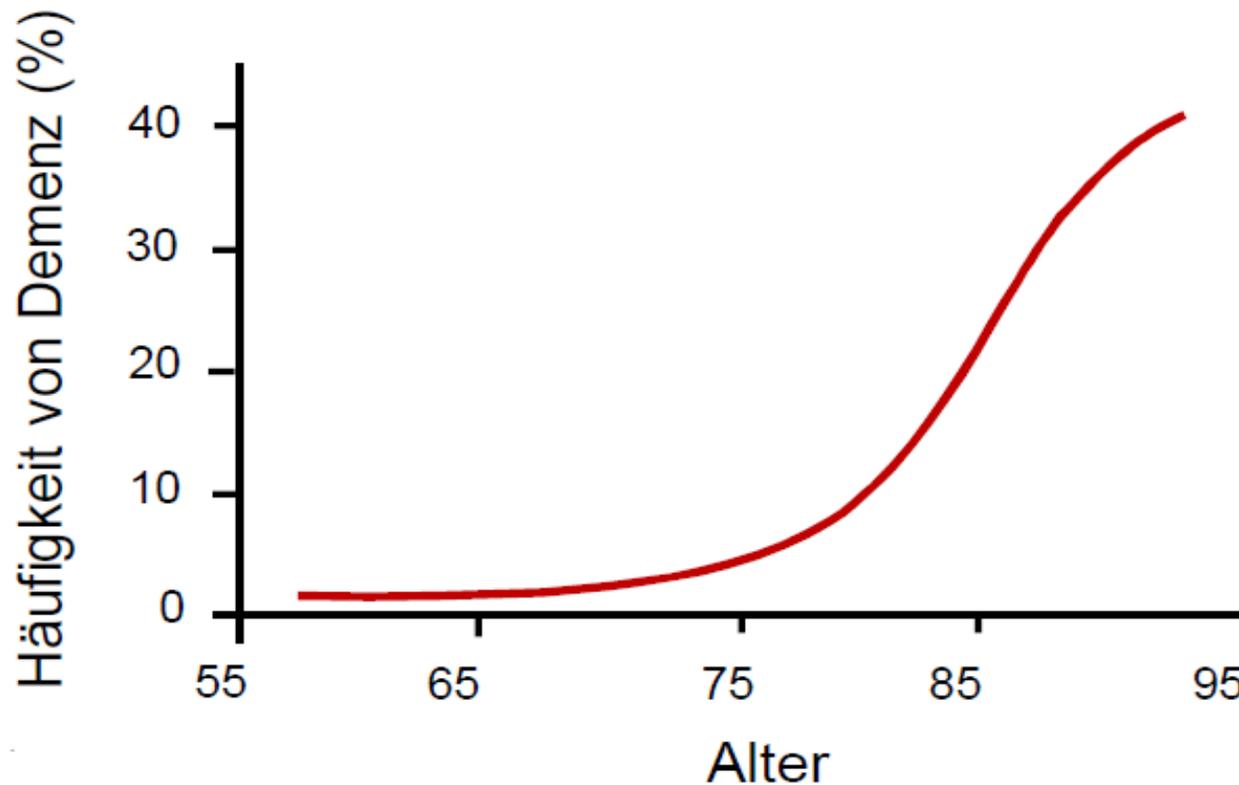




TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Anteil Demenzerkrankungen im Alter

7% der älteren Erwachsenen in Deutschland sind von einer Demenz (z.B. der Alzheimer-Krankheit) betroffen.





Dementielle Erkrankungen

heute etwa **1,2 Mio. Menschen in Deutschland von mittelschwerer bis schwerer Demenz** betroffen (Gust, 2005) = **Hauptursache für Pflegebedürftigkeit** (Frauen: 25,7 %; Männer: 21,3 %)

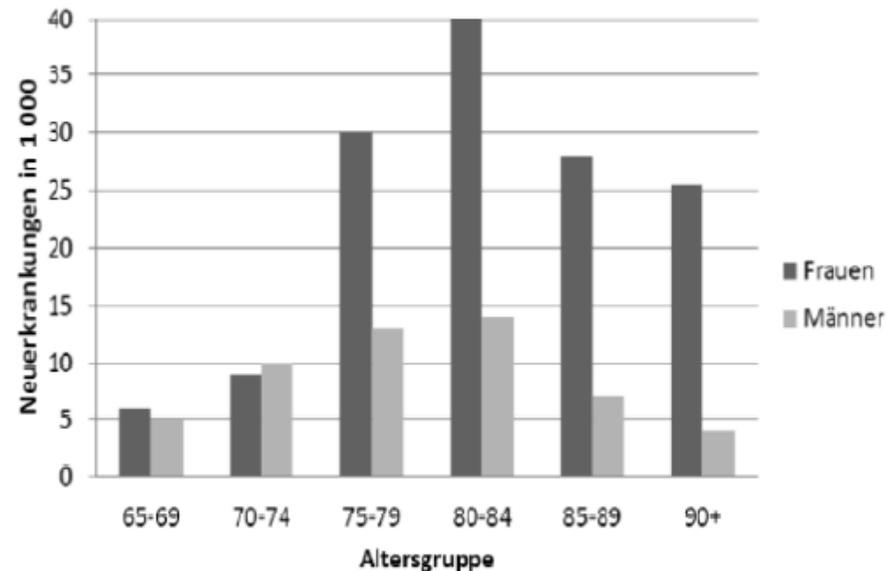
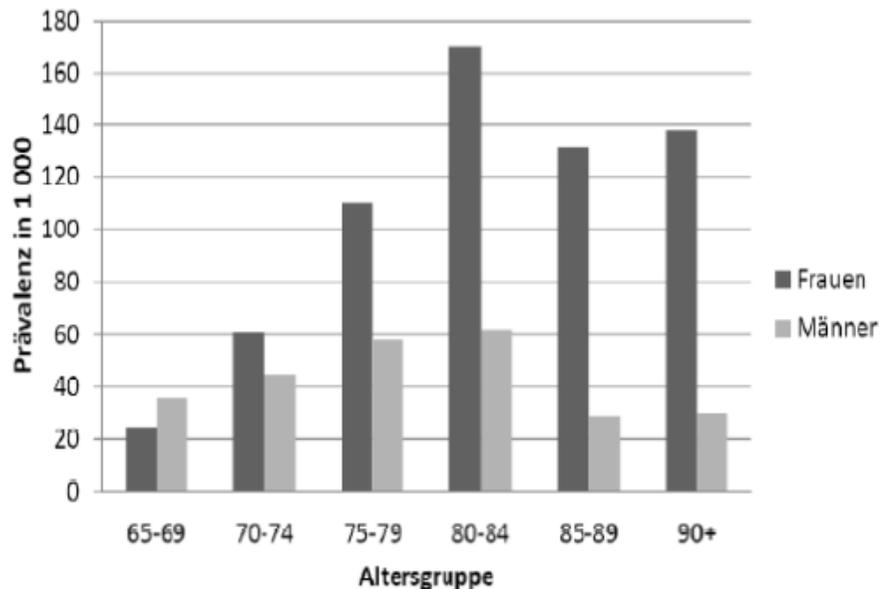


Abbildung 2.7a und b: a) Schätzung der Anzahl Demenzkranker in Deutschland zum Ende des Jahres 2002 (Weyerer 2005) und b) der jährlichen Anzahl von Neuerkrankungen an Demenz nach Alter und Geschlecht (Weyerer 2005).

65 und älter	6,9	1.154.000
--------------	-----	-----------

Schätzungen auf der Basis der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung (Variante 1 W2)



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Herausforderung: Psycho-soziale Betreuung, Selbstmanagement + spezifische Therapie

- wachsende Patientengruppe der Alten benötigt stärkere **Patientenorientierung + intensivere psycho-soziale Betreuung + altersspezifische psychotherapeutische Angebote**
- Behandlung langwieriger **chronischer Krankheiten → aktive Patientenmitarbeit → Selbstmanagement-Training**
- **Seniorenalter:**
 - **spezifische Stressoren** (finanzielle Probleme, Verlustereignisse, körperliche Krankheiten, Funktionsbeeinträchtigungen) + **Entwicklungsaufgaben** (Ausscheiden aus Berufsleben, Statusverlust, Lebensbilanz und Sinnfindung, Alltagsgestaltung, Lebensziele),
 - **psychische Herausforderungen** (Umorientierung, Verlust sozialer Kontakte),
 - **körperliche und emotionale Belastungen** (Schmerz, Trauer, Frustrationen)
 - → **besondere psychologischer Interventionen**
- **Altersspezifische psychische Morbidität und Multimorbidität → gerontospezifische Psychotherapieansätze**
- bislang **kaum Experten** bzw. entsprechende **Aus-, Fort- und Weiterbildungsansätze**



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Epidemiologie psychischer Störungen im Alter



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland (DEGS-Studie)

- **Aktuelle bevölkerungsepidemiologische Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)** auf Basis *individueller klinisch-diagnostischer Untersuchungen* (RKI)
- insgesamt **8.152 repräsentativ ausgewählte Bundesbürger** (Kamtsiuris et al. 2013); Stichprobe: 50% **Wiederholungsbefragte** des BGS (1998)
- Davon **5.318 Teilnehmer** im **Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS-MH)** (**Personen im Alter –79 Jahren: 27,3%**)
- **klinisch-psychologische Diagnostik** mittels **CID-S** (Wittchen et al. 1999) (Jacobi et al. 2013)

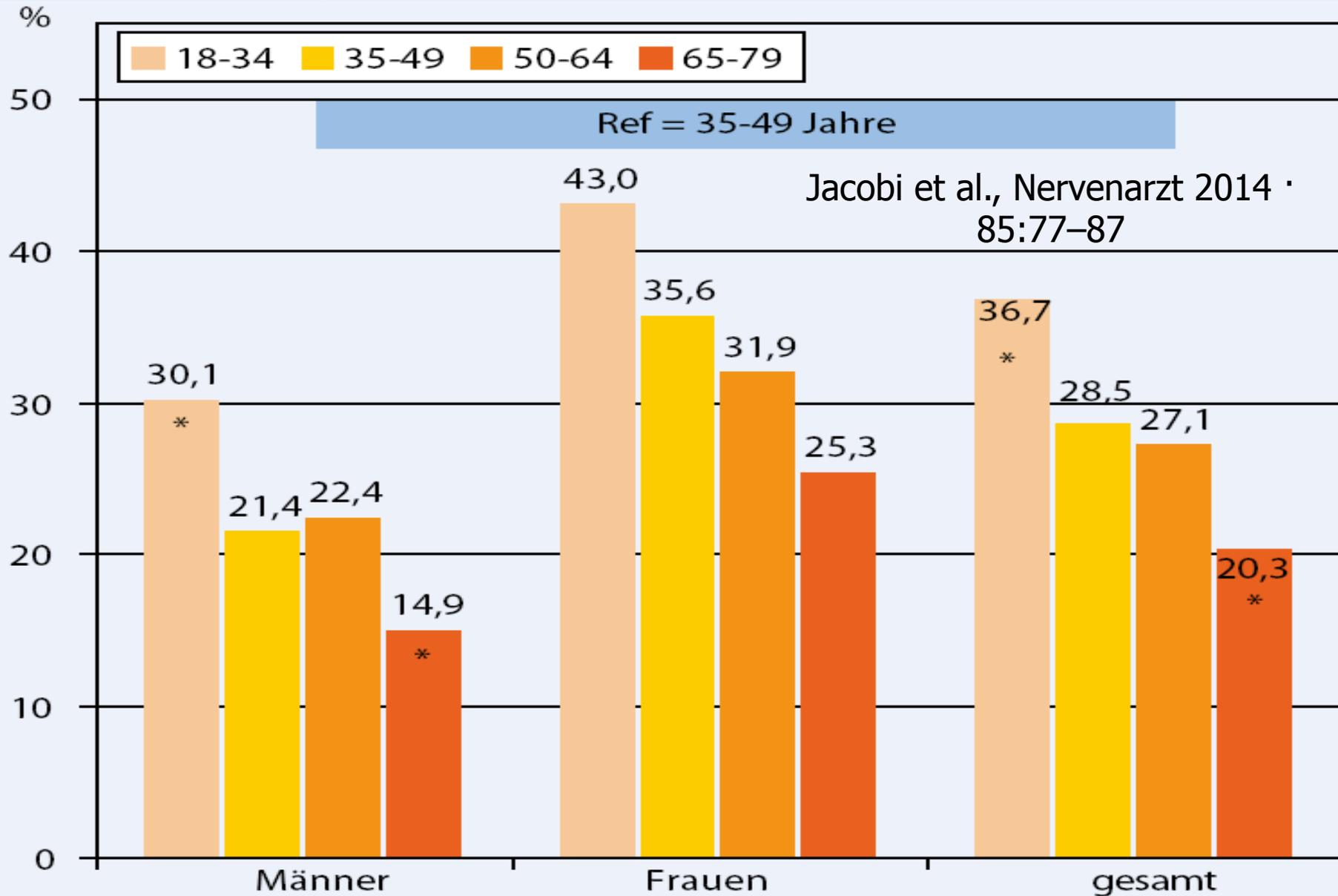
Nervenarzt 2014 · 85:77–87

12-Monats-Diagnosen psychischer Störungen (18-79 Jährige):

Jedes Jahr sind **27,7%** (95% KI: 26.3-29.2; einschließlich Nikotinabhängigkeit: 34,4%)
der Bevölkerung von **mindestens einer Störung** betroffen



DEGS: Altersverteilung 12-M- Prävalenz: *Alle Diagnosen*



Altersverteilung *Diagnostizierte LT* und 12-M-Prävalenz: *Affektive Störungen (DEGS1)*

Lebenszeitprävalenz und 12-Monats-Prävalenz von *diagnostizierter Depression* nach Geschlecht und Altersgruppe in Prozent (95%-Konfidenzintervall)

Busch et al., 2013

	50-59 Jahre	60-69 Jahre	70-79 Jahre
Lebenszeitprävalenz (n=7.912)			
Frauen	19,4 (16,5-22,6)	Kohorteneffekt? Geringere Inanspruchnahme in dieser Generation?	
Männer	10,1 (7,7-13,1)		
Gesamt	14,7 (12,7-17,0)	17,3 (14,7-20,2)	11,2 (9,0-14,0)
12-Monats-Prävalenz (n=7.900)			
Frauen	10,9 (8,6-13,6)	10,7 (8,0-14,2)	5,9 (3,8-9,1)
Männer	6,0 (4,3-8,4)	5,0 (3,2-7,7)	2,7 (1,2-5,8)
Gesamt	8,4 (6,9-10,4)	7,9 (6,2-10,0)	4,5 (3,0-6,6)



Altersverteilung Prävalenz: *Kognitive Leistungsfähigkeit* (DEGST)

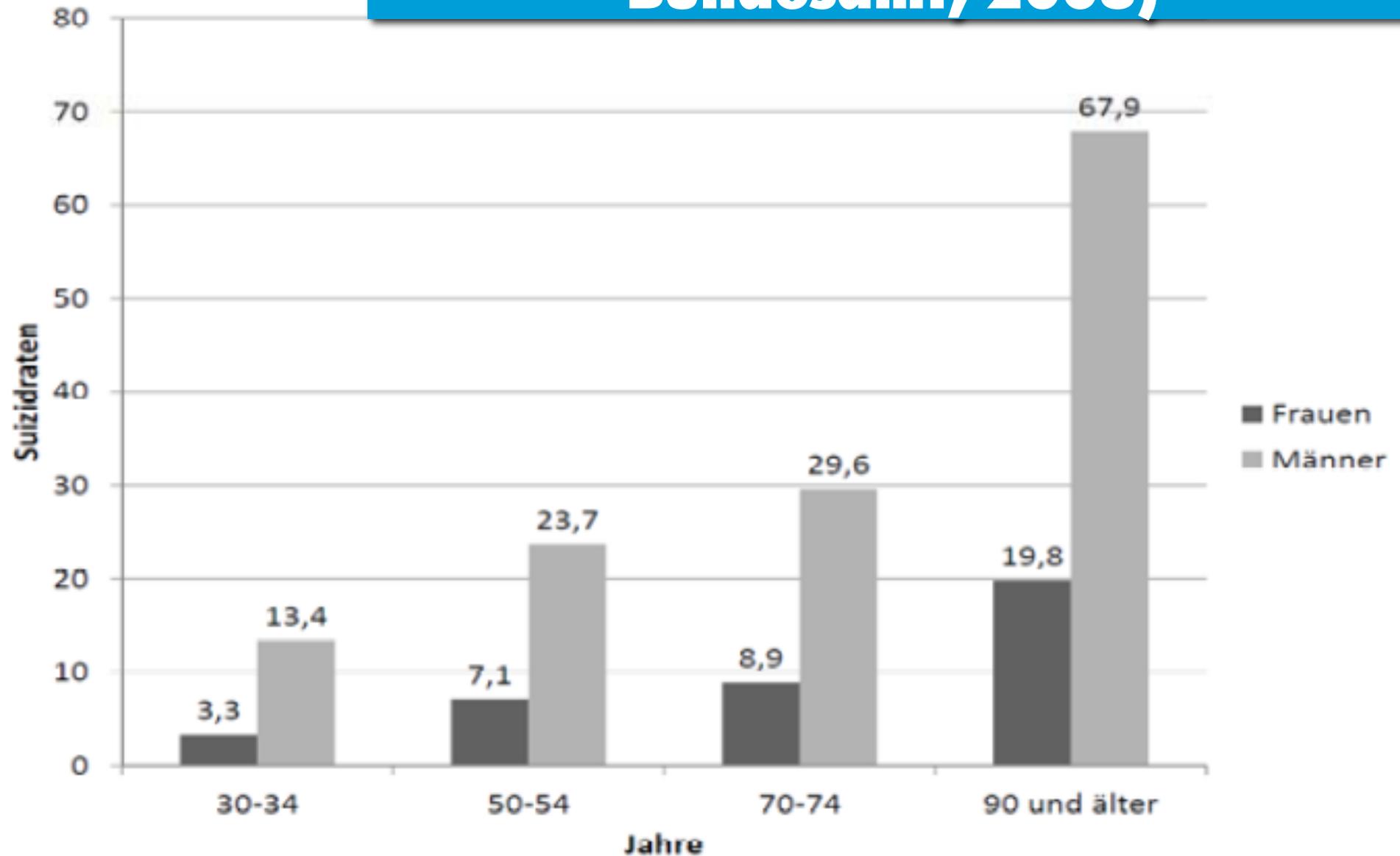
Ergebnisse der Funktionstests (Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle

Then et al. 2013

Test		Altersgruppe			Gesamt
		65 bis 69 Jahre	70 bis 74 Jahre	75 bis 79 Jahre	
Zahlen- Symbol-Test (Anzahl korrekter Zeichen) N=1802	Frauen	51,4	43,1	38,4	44,8
	95%-KI	48,6-54,2	41,3-44,9	36,6-40,3	43,4-46,3
	Männer	46,3	41,7	38,0	42,6
	95%-KI	44,4-48,2	39,9-43,3	35,0-40,9	41,3-43,9
	Gesamt	48,9	42,4	38,2	43,8
	95%-KI	47,2-50,7	41,3-43,6	36,7-39,8	42,8-44,8



Altersverteilung Prävalenz: *Suizidraten* (Statistisches Bundesamt, 2008)





Resultate zur wahren Prävalenz psychischer Störungen im Alter = Methodenartefakt?

- **Daten** aus bevölkerungsepidemiologischen Studien **unterschätzen** wahrscheinlich die **wahre Prävalenz psychischer Störungen im Alter! Gründe:**
 - 1) **Stichprobenfehler:** Nichteinschluss **Heimbewohner**, demente, kognitiv, sensorisch oder motorisch **beeinträchtigte Personen**, **Mortalitätseffekt**; **Wiederanstieg der Prävalenz bei Hochbetagten (nur bis 79)**
 - 2) **fehlende altersspezifische Anpassung der Störungsdefinitionen in Klassifikationssystemen** (wie bei Kinder/Jugend) → **alterstypische psychopathologische Phänomene diagnostisch nicht erfassbar! Z.B.:**
 - **Bsp: Depression bei Älteren häufig = „*brief recurrent depression*“ → erfüllt nicht ICD-10 / DSM-IV-Kriterien**
 - 3) **Erhebungsinstrumente und Befragungsverfahren** (z.B. CIDI-Interview, Telefoninterview, Fragebögen) für die Altersgruppe **ungeeignet**
 - 4) **Fehlinterpretation von Symptomen (als somatische Krankheit / Alterserscheinung) bei Behandlern und Patienten (diagnostische Kompression)**
 - 5) **Kohorteneffekte** (Kriegs-/Nachkriegsgeneration, Einstellungen)



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Versorgungsepidemiologie: Psychotherapie im Alter



Behandlungsrate Nervenärzte und Psychotherapeuten nach Alter und Geschlecht

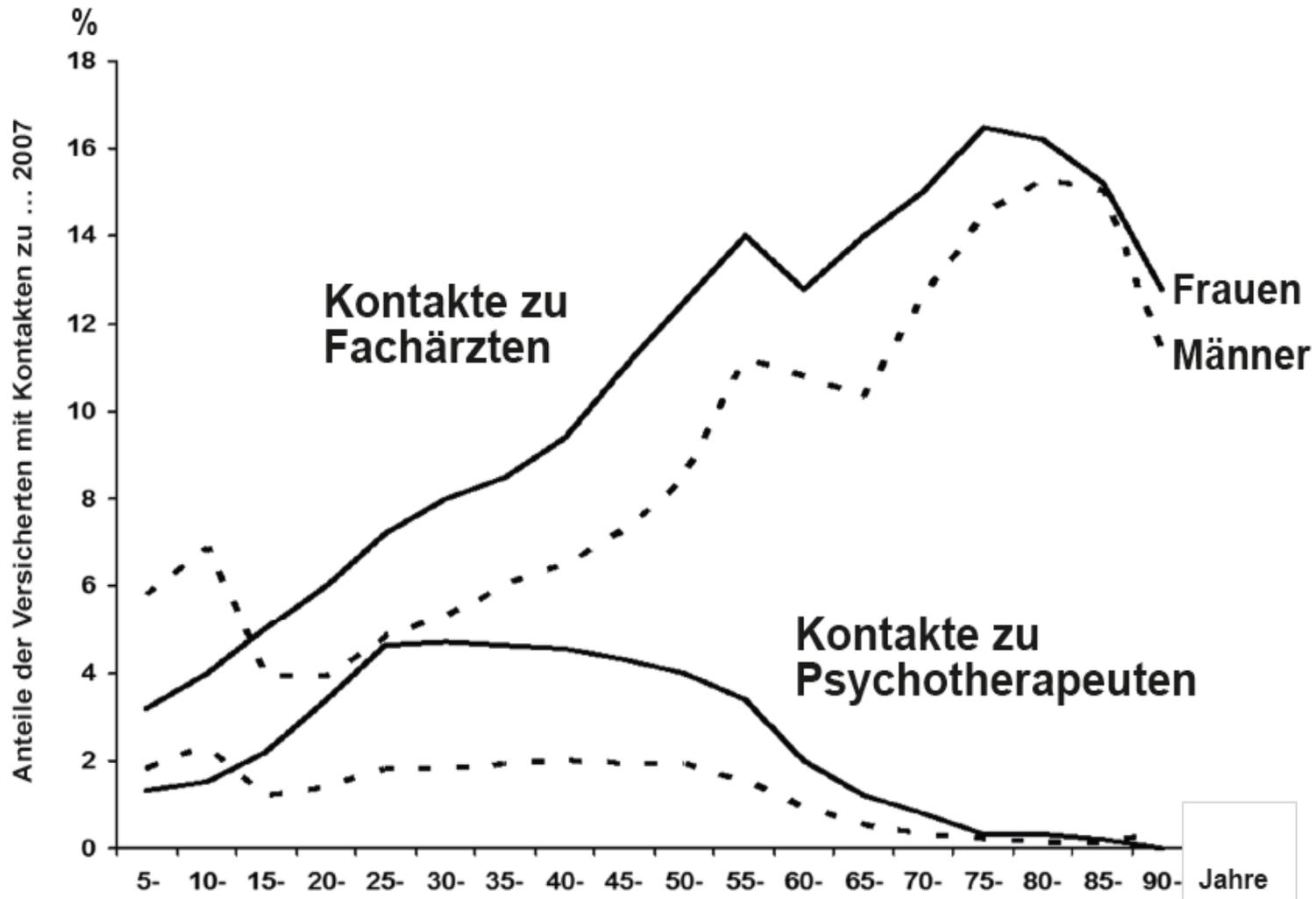
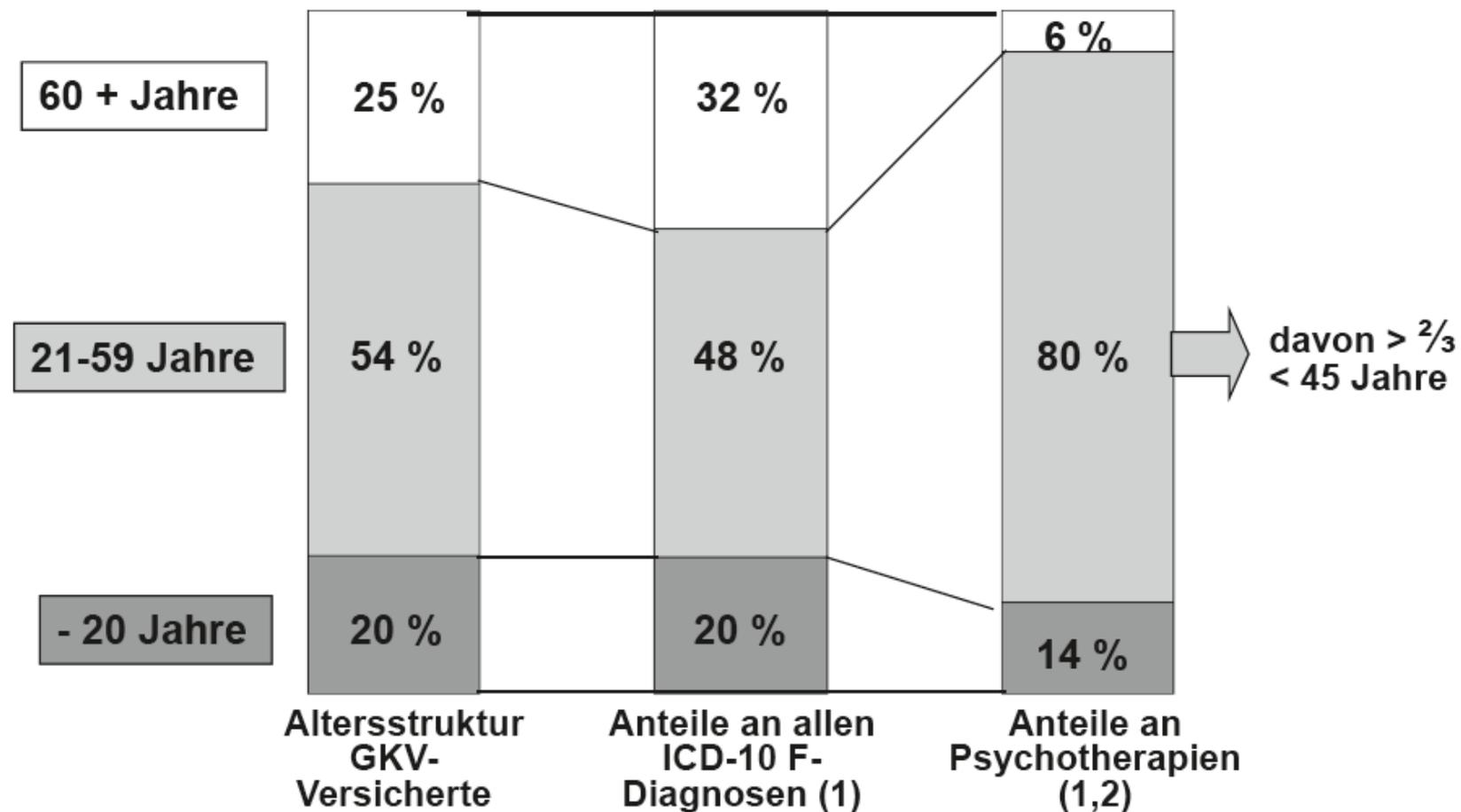


Abb. 10: Ambulante psychiatrische Versorgung: GKV-Versicherte, ICD-10 F-Diagnosen und Psychotherapie nach Altersgruppen



(1) GEK-Report ambulante-ärztliche Versorgung 2007, 2010, (2) KV Bayern „Psychotherapeutische Versorgung“ 2009



Ambulante Psychotherapieversorgung im Alter

- sehr **geringe Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Versorgungsangeboten durch ältere Menschen** (Maercker, Nitsche, Schuster & Boos, 2004):
 - **Gründe:**
 - **Patientenseite:** skeptische Haltung, geringer Therapieoptimismus und Behandlungsbereitschaft, negative Erwartungen, falsche Vorstellungen, Vorurteile, Wissensdefizite, Angst vor Stigmatisierung (Scham), eingeschränkte Mobilität, Funktionsbeeinträchtigungen
 - **Therapeutenseite:** negative Einstellungen, Vorurteile, Berührungsängste, fehlender Behandlungserfahrung, mangelndes gerontologisches Wissen (Erlemeier, 2004; Peters, 2006)
- **Behandlungsbedarf + Inanspruchnahmequote in den nachwachsenden historischen Kohorten??**



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Alters-Psychotherapie



Besonderheiten Psychotherapie im Alter: Altersspezifischer Störungsformen

- **Depression:** „*post stroke depression*“, „*brief recurrent depression*“
- **Angststörungen:** z.B. Fallangst, Panikattacken nach Myokardinfarkt
- **Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung, Komplizierte Trauer:** insb. Verlust von Angehörigen, Krankheit, Beeinträchtigung und Behinderung, Statusverlust, Transitionen, Ortswechsel, Hospitalisierung bzw. Heimunterbringung
- **(sexuelle) Funktionsstörungen und Schlafstörungen:** alters- und krankheitsbedingte Veränderungen
- **Substanzstörungen:** Tabak, Alkohol, Medikamentenmissbrauch und –abhängigkeit (Analgetika, Benzodiazepine)
- **Somatoformen Störungen:** sekundäre Hypochondrie
- **(organische) Psychosen:** Spätschizophrenie, demenzielle Psychosen, Alzheimer-Psychose, Wahn
- **kognitiven Defizienz/Prädemenz:** „*mild cognitive impairments*“



Grundkonzept: Erfolgreiches Altern

Fünf Aspekte:

1. Aufrechterhaltung von **Gesundheit**
2. Erhalt, Ausbau, Neuerwerb von **Kompetenzen**
3. Soziale **Integration**
4. Gesellschaftliche **Partizipation**
5. Gute **Lebenszufriedenheit/Lebensqualität** bis ins hohe Alter

Entwicklungspsychologie: Zwei-Prozess-Modell der Entwicklungsregulation (Brandstädter)

Gelassenheitsgebet:

„Gott, gib mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.“

(vermutlich von R. Niebuhr)



Entwicklungspsychologie: Selektion, Optimierung, Kompensation (SOK; Baltes)

Selektion: Auswahl von Funktionsbereichen, auf die sich die begrenzten Ressourcen beziehen, dies ermöglicht Spezialisierung

Optimierung: Anwendung von Ressourcen zur Erreichung von (Entwicklungs-)zielen

Kompensation: dient der Aufrechterhaltung des Funktionsniveaus bei Verlusten

Selektion
(Ziele, Präferenzen)

Optimierung
(Zielbezogene Mittel)

Kompensation
(Entgegenwirkung bei Verlust von Mitteln)

Elektive Selektion

- Bildung von Zielen
- Auswahl von Zielen
- Kontextualisierung
- Verpflichtung

Verlustb. Selektion

- Rekonstruktion
- Bildung neuer Ziele
- Standardanpassung
- Fokussierung

- Erwerb neuer Fertigkeiten
- Übung
- Anstrengung
- Zeitinvestition
- Aufmerksamkeit
- Modelllernen
- Externe Hilfe
- Selbst-Motivierung
- Orchestrierung

- Substitutive Fertigkeiten
- Mobilisierung von Ressourcen
- vermehrte Übung
- vermehrte Anstrengung
- vermehrte Zeitinvestition
- vermehrte Aufmerksamkeit



Störungsübergreifende Interventionsadaptationen

- **Setting:** Erreichbarkeit, Barrierefreiheit, Tageszeit
- **Therapiestruktur: Anzahl, Frequenz + Länge der Sitzungen**
- **Psychoedukation:** angepasste Inhalte, Umfang, Sprache + Vermittlungsformen
 - **Fokussieren** auf das Gesprächsthema (Vermeiden von längeren Abschweifungen)
 - **Langsameres** Vorgehen, **Wiederholungen**
 - **Problemlöseschritte** schrittweise planen
 - **multimodale Instruktionen** (sagen, zeigen, tun)
 - **Gedächtnishilfen** (Tonband, Handouts, schriftliche Hausaufgaben)
 - Strategien des **Aufmerksamkeitserhalts** (Sitzungen, Pausen)
 - **Einstellung zur Psychotherapie** überprüfen (verrückt sein, passiv behandelt werden)



Störungsübergreifende Interventionadaptationen

- **Ressourcenaktivierung:** Fokus auf erhaltene Kompetenzen + Stärken, Erfahrungswissen (epistemische Struktur, „kristalline Intelligenz“), Weisheitstherapie, soziale Ressourcen
- **Selbstständigkeitstraining:** Motivations- und Kompetenzstärkung, Kompensation, Verhaltenstraining (Shaping), Verstärkung/Prompting
- **Förderung kognitiver Funktionen:** Gedächtnistraining, externe Erinnerungshilfen; Reminiszenztherapie
- **Aktivitätsaufbau + Soziale (Re-)Integration:** Weniger Netzwerkerweiterung als Intensivierung bestehender Kontakte; Aktivitätspläne angepasst an Möglichkeiten + Grenzen
- **Biographiearbeit/Lebensbilanzierung/Lebensrückblicktherapie:** Fokus auf „*life-review, reminiscence*“ statt Lebenszielanalyse
- **Glauben und Sinnfindung:** Werte-orientierte Intervention, adaptierte Lebensziele, Umgang mit Lebensende, Krankheit, Beschwerden, Verfall und Tod



Problem-/Störungsbezogene Interventionen (Bsp.)

- **Akzeptanz und Bewältigung körperlicher Veränderungen und körperlicher Krankheiten:** Krankheitsakzeptanz, Compliance, Selbstmanagement, Reframing, Lösungsorientierung, Imagination
- **Angststörungen/Phobien:** höhere Sitzungsfrequenz und niedrigere Reizintensität/Belastung bei Expositionstherapie; **Fallangst:** kognitive Umstrukturierung, Aktivitätsübungen, Modifikation der Umwelt (Gefahrenquellen beseitigen), Bewegungs-/Gleichgewichtstraining, Sport
- **Förderung der Selbständigkeit:** SOK allgemein; körperliches, mentales und soziales Training
- **Hilfe bei Transition (Rente, Seniorenheim)**
- **Komplizierte Trauer und Depressionen im Alter: SOK-Modell** (Hautzinger, 2000)
- **Mild Cognitive Impairment (MCI):** Ansatz der motivationalen Reservekapazität (MR; Forstmeier & Maerker, 2007): Entscheidungsregulation, Aktivierungsregulation, Motivationsregulation und Selbstwirksamkeit
- **Dignity Therapy, Würde und Palliativbetreuung**



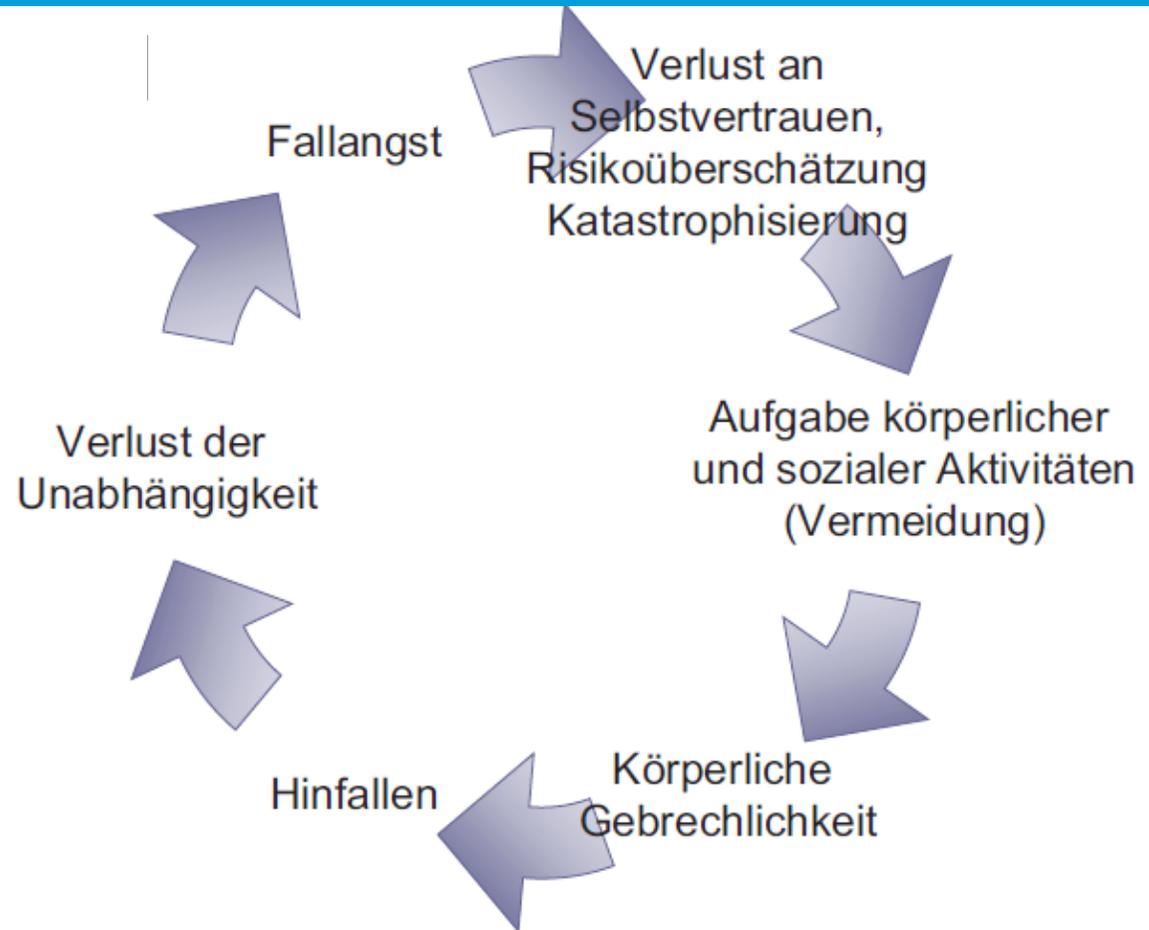
Beispiel Depressionstherapie: SOK-Modell (Hautzinger, 2000)

- **Selektion:** Ziele, Ansprüche, Wünsche den Lebensbedingungen und der körperlichen Verfassung anpassen; Bearbeiten und Aufgeben alter Enttäuschungen und Hoffnungen
- **Optimierung:** Depressionsfördernde Bedingungen in der Alltagswelt des Patienten beseitigen (z. B. Isolation, ungünstige Wohn- und Lebensbedingungen); enge Sozialpartner und die Familie mit in die Behandlung einbeziehen
- **Kompensation:** Patienten kontingent für aktives, nicht-depressives Verhalten verstärken; aktives, die Umwelt kontrollierendes Verhalten aufbauen bzw. wieder freilegen; dysfunktionale, wenig hilfreiche, resignative Kognitionen abbauen und durch konstruktivere, selbstwertdienlichere ersetzen



Beispiel Fallangst

- **Angst zu fallen** → langwierige Konsequenzen und Folgeerscheinungen
- **Prävalenz 50%!**
- **Begünstigt** durch Abnahme der **kognitiven und sensomotorischen Fähigkeiten**, der **Gleichgewichtskontrolle Muskelschwund** (Sarkopenie), **Bewegungsmangel**





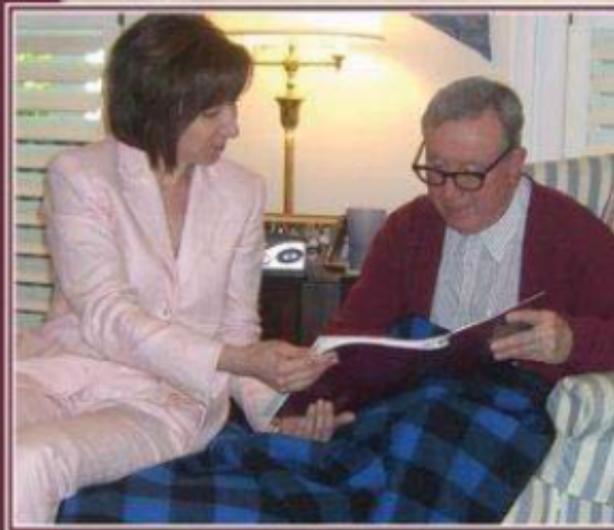
- 1. Kognitive Umstrukturierung**
 - 2. Aufbau angemessener Aktivitäten**
 - 3. Modifikation der Umwelt**
 - 4. Körperliche Übungen**
 - 5. Soziale Kompetenz in Geh- oder Sitz-Situationen**
- Mehrfach **evaluiertes Programm**: Tennstedt et al. (1998). *A matter of balance: Managing concerns about falls*. Boston: Roybal Center Consortium, Trustees of Boston University.



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Beispiel Lebensrückblicktherapie (LRT)

THE HANDBOOK OF **Structured Life Review**



BY
Barbara K. Haight, Dr.P.H.
AND
Barrett S. Haight, J.D.

Maercker
Forstmeier

Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung

 Springer



Prinzip der strukturierten LRT

- Strukturierte **Fragen zu aufeinanderfolgenden Lebensphasen** bzgl.
 - **positiven und negativen Erinnerungen, Erfolgen und Fehlern**
 - dazugehörigen **Gefühlen und Bewertungen**
 - **personalen und sozialen Ressourcen**
 - kritischen **Lebensereignissen**, auch **Traumata**
- **Infragestellen von Interpretationen**
- Stimulieren von **Neubewertungen**
- **Material:** Einbeziehung von Fotos, Tagebüchern, Postkarten, Kleidungsstücken, Musik, Erinnerungsgegenständen, öffentlichen Quellen (Büchern, Filmen, Internet), Familienangehörigen; „Lebentagesbuch“ (1-2 Fotos pro Lebensphase)



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Umgang mit der Endlichkeit der eigenen Existenz

***»Es ist nicht wenig Zeit, die
wir zur Verfügung haben,
sondern es ist viel Zeit, die
wir nicht nützen.«***

Seneca



- Die demografische Entwicklung in den kommenden Jahrzehnten hat gravierende **Auswirkungen auf die Morbiditätsstruktur** der Bevölkerung und wird zu **umwälzenden Veränderungen des Gesundheitssystems** führen.
- Neben **organischen (Mehrfach-)Erkrankungen** und **neurologischen Alterskrankheiten (Demenzen)** wird auch der Anteil behandlungsbedürftiger **psychosozialer Problemlagen** tendenziell zunehmen.
- Dem wachsenden **Bedarf nach spezifischer Therapie** steht **kein angemessenes Angebot spezialisierter Psychologen und Psychotherapeuten** gegenüber (**Versorgungslücke!**).
- Obwohl evidenzbasierte **alters- und störungsspezifische Behandlungskonzepte** und **Interventionsverfahren** zur Verfügung stehen, existieren in Deutschland bislang **kaum Psychologische Psychotherapeuten mit gerontologischer Expertise**.



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Aus-, Fort- und Weiterbildung: Klinische Gerontopsychologie und Alters-Psychotherapie

Klinische Psychologie & Psychotherapie, TU Chemnitz

TECHNISCHE UNIVERSITÄT CHEMNITZ

Aus-/Fort-/Weiterbildungsangebot im Schwerpunkt Gerontopsychologie/Gerontologie

Vernetzung mit
anderen human-
und sozialwissen-
schaftlichen
Fächern:

- Allgemeine und Arbeitspsychologie
- Soziologie
- Sportwissenschaften

Vernetzung mit
technischen
Fächern:

- Maschinenbau
- Arbeitswissenschaften

Professur Klinische Psychologie

Fort-/Weiterbildung für
approbierte
Psychotherapeuten
**"Klinische
Gerontopsychotherapie"**

Einzelfortbildungen für Ärzte
und Psychologen/Psycho-
therapeuten etc. zum Thema
**"Klinische
Gerontopsychologie"**

**Professur
"Angewandte
Gerontopsychologie"**

Master-Fernstudiengang
„Klinische Gerontopsychologie“

Bachelor-Studiengang
„Gerontowissenschaften“
(in Planung)

Lehreinrichtung

TUCed – An-Institut für Transfer und Weiterbildung

Herzlich Willkommen bei der TUCed

Ihr Partner für die berufsbegleitende akademische Weiterbildung

Entsprechend unserer Maxime **Wissen schafft Vorsprung** orientieren sich unsere Angebote an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und stellen die berufliche und persönliche Entwicklung unserer Absolventen in den Mittelpunkt. Als An-Institut für Transfer und Weiterbildung der Technischen Universität Chemnitz verfügen wir über langjährige Erfahrungen in der Entwicklung, Organisation und Realisierung von berufsbegleitenden Studienangeboten und über eine Vielzahl an Wissenschaftlern und Führungskräften, die Ihnen als Dozenten zur Verfügung stehen.

Für Unternehmen und Universitäten sowie deren Mitarbeiter sind wir darüber hinaus Partner in den Bereichen Wissens- und Technologietransfer, (Aus-)Gründungen, Unternehmensnachfolge und Netzwerkmanagement. Neben Serviceleistungen beteiligt sich die TUCed an Unternehmen, deren Geschäftsmodell an die Kompetenzbereiche der TU Chemnitz anknüpfen.

Studium und Seminare

Bachelor

Master

Seminar

Die folgenden berufsbegleitenden Bachelorstudiengänge sind für Bewerber mit Hochschulreife oder hochschulqualifizierenden Berufsabschlüssen konzipiert.

[➤ mehr erfahren](#)

Transferleistung

Im Bereich Transferleistungen der TUCed bündeln wir unsere Kompetenzen im Wissens- und Technologietransfer. Die TUCed ist aktiv in verschiedenen Netzwerken und an größeren und kleineren geförderten Vorhaben beteiligt.

[➤ mehr erfahren](#)

Postgraduale Fortbildung (berufsbegleitend)

Informationen zur Bewerbung

Die Vergabe der Plätze erfolgt kontinuierlich nach dem zeitlichen Eingang Ihrer Anmeldung bis zum Erreichen der maximalen Teilnehmerzahl.

Sie können sich sowohl für die einzelnen Veranstaltungen, als auch für das Gesamtcurriculum anmelden.



Seminarleitung:
Univ.-Prof. Dr. Stephan Mühlig
Professur für Klinische Psychologie und
Psychotherapie an der
Technischen Universität Chemnitz

Kontakt / Fachberatung:
Dr. Alexandra Götze (alexandra.goetze@tuced.de)
Anne Stoll (anne.stoll@tuced.de)



Klinische Gerontopsychotherapie – Verhaltenstherapie

Fortbildung / Kurs

„Dem wachsenden Bedarf an spezifischen Psychotherapieangeboten für ältere Menschen steht ein eklatanter Mangel an speziell qualifizierten Therapeuten gegenüber. Das Fortbildungsangebot soll dazu beitragen, die psychotherapeutische Versorgungssituation in diesem Bereich durch entsprechende Weiterqualifizierung von Psychotherapeuten zu verbessern.“
Univ.-Prof. Dr. Stephan Mühlig



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

Curriculum - Postgraduale Fortbildung Klinische Gerontopsychotherapie

- synoptische Vermittlung der **altersspezifischen Störungs- und Krankheitslehre** (körperliche Multimorbidität, psychische Störungen, Alterserkrankungen), der **speziellen diagnostischen Methoden** und des **Spektrums von Behandlungsansätzen** in den angewandten Gerontowissenschaften sowie der **realen Versorgungsstruktur**
- **Schwerpunkt: vertiefender Erwerb praktischer alterspsychotherapeutischer Kompetenzen** für eine **fachkundige Anwendung altersspezifischer diagnostischer und psychotherapeutischer Methoden**
- **Zielkriterien:**
 - **Bedarfsgerechte Auswahl, Zusammenstellung und Aufbereitung von Lerninhalten** (Relevanz, Umfang, wissenschaftlicher Fundiertheit und Praxisnähe)
 - **Berufspraktische Qualifikation:** Vermittlung von Basiskompetenzen, soft skills, therapeutischen Kompetenzen, nomopragmatischem Faktenwissen, Selbsterfahrungsanteilen und Maßnahmen zur eigenen Psychohygiene
 - **Verbindung von Fach- und Methodenwissen:** Balancierte Vermittlung von nomothetischem Faktenwissen (Störungsformen: Klassifikation, Epidemiologie, Ätiologie, Verlauf etc.), nomopragmatischem Handlungswissen (Interventionsformen: Indikation, Wirkmechanismen, Wirksamkeit, Risiken + Nebenwirkungen) und praktischen Fertigkeiten



Curriculum: 7 Modulveranstaltungen

- **Modul 1 (Theoretische Grundlagen):** Demografie und Forschungsmethoden, Lebensspannen-Entwicklung, Altersbilder, Risiko- und Schutzfaktoren, Selbstregulation und Gesundheitsverhalten im Alter
- **Modul 2 (altersspezifische Diagnostik):** Demenz- und Depressionsdiagnostik, pragmatische Frühdiagnostik, Delirante Verwirrtheit, normales Altern, bildgebende Verfahren
- **Modul 3 (Demenzen):** Versorgungslage, Wirksamkeit, Besonderheiten und Grenzen der Psychotherapie, altersgerechte Modifikation psychotherapeutischer Verfahren der Behandlung von Demenzen
- **Modul 4 (Palliative Care):** Schmerzpsychotherapie und Symptomkontrolle, Ethik, Hospizarbeit, Trauerarbeit, Palliativansätze und Sterbebegleitung



- **Modul 5 (Persönlichkeitsstörungen und Substanzen):** Grundlagen und Diagnostik von **Persönlichkeitsstörungen** und **Suchterkrankungen** im Alter, Risiko- und Schutzfaktoren; spezielle Formen der Psychotherapie, altersspezifische Interventionen,
- **Modul 6 (Depression und Suizidalität):** Epidemiologie und Risikofaktoren der Depression und Suizidalität im Alter, altersspez. Besonderheiten der Psychotherapie, u.a. SOK, Lebensrückblickinterventionen
- **Modul 7 (Angst, Belastungs- und somat. Störungen):** Prävalenzen, Diagnostik und Therapieplanung, Besonderheiten störungsspezifischer Interventionen im Alter, klinische Fallarbeit

**TUCed – An-Institut für Transfer und
Weiterbildung der TU Chemnitz**

Reichenhainer Str. 29
D-09126 Chemnitz

Tel.: +49371 / 909490
info@tuced.de | www.tuced.de



Informationen zur Bewerbung

Voraussetzung für die Teilnahme am Masterstudiengang Klinische Gerontopsychologie ist das Vorliegen eines ersten abgeschlossenen Hochschul- oder Fachhochschulstudiums in Psychologie oder in einem fachverwandten Gebiet.

Sie können sich fortlaufend für die Teilnahme am Studiengang bewerben. Die Studienplätze werden nach Prüfung der formalen Zulassungsvoraussetzungen vom Prüfungsausschuss für den Studiengang Klinische Gerontopsychologie bis zur Erreichung der maximalen Teilnehmerzahl vergeben.

Alle notwendigen Informationen erhalten Sie über unsere Homepage. Auch unsere Fachstudienberater geben Ihnen gern Auskunft oder senden Ihnen ausführliche Studieninformationen sowie ein Bewerbungsformular zu.



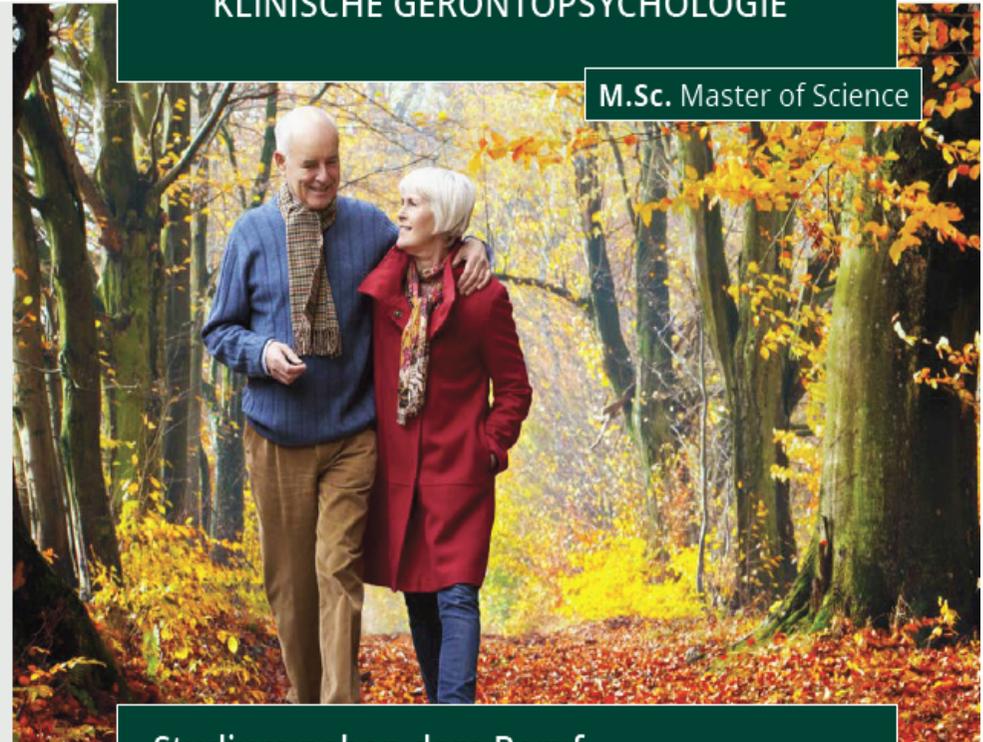
Studiengangsleitung:
Univ.-Prof. Dr. Stephan Mühlig
Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Technischen Universität Chemnitz

Kontakt/Fachstudienberatung:

Dr. Alexandra Götze
alexandra.goetze@psychologie.tu-chemnitz.de

KLINISCHE GERONTOPSYCHOLOGIE

M.Sc. Master of Science



Studium neben dem Beruf

„Der Studiengang Klinische Gerontopsychologie soll die erforderlichen psychologischen Kenntnisse und Kompetenzen für eine fundierte und evidenzbasierte Tätigkeit im Versorgungsbereich älterer Menschen praxisnah vermitteln und zur Entwicklung von spezifischen Berufsprofilen in diesem Praxisfeld beitragen.“

Univ.-Prof. Dr. Stephan Mühlig



M.Sc. Klinische Gerontopsychologie: Rahmenbedingungen

- **Kein NC, sondern Weiterbildungsstudiengang gegen Studiengebühren**
- **200 Std. an 12 Präsenzwochenenden + E-Learning**
- **Abschluss/Credits**
 - „**Master of Science (M. Sc.)** Klinische Gerontopsychologie“
 - 120 Leistungspunkte (ECTS Credits; entspricht ca. 3.600 Arbeitsstunden)
→ internationale Vergleichbarkeit gewährleistet
- **Regelstudienzeit**
 - **6 Semester** (3 Jahre)
 - ab dem 5. Semester individuelle Arbeit an der Master Thesis
- **Studienkonzept:**
 - Bundes-/Europaweite **Einbeziehung von Dozenten mit spez. Expertise**
 - **Blended-Learning-Konzept**



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

M.Sc. Klinische Gerontopsychologie - Aufbau

Master-
Arbeit

Schwerpunktmodule

(Alterspezifische Störungsmodelle und Störungslehre, Therapieansätze der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Palliative Care, Altersspezifische Gesundheitswissenschaften und Public Health)

Anwendungsmodule

(Klinische Gerontopsychologie, Arbeitspsychologie und Human Factors, Angewandte Diagnostik)

Basismodule

(Forschungsmethoden und Evaluation, Diagnostik-Methoden und Anwendung, Grundlagenvertiefung: Allgemeine Psychologie, Pädagogische und Entwicklungspsychologie, Grundlagen der Gerontopsychologie- und psychiatrie, Praxiskontakte und Basiskompetenzen)



Funktionen von E-Learning

- **Zugang zu Informationen und Arbeitsmaterialien**
- **Vermittlung von Trainingsinhalten und Praxisorientierung** (z.B. durch Videomaterial)
- **Serviceleistungen** im Bereich der **Organisation** und der **Betreuung** (z.B. aktuelle Termine, Prüfungsleistungen, Umfragen)
- **Kontaktmöglichkeiten zwischen den Teilnehmern** zum Aufbau von **Netzwerken**; **Flexibilität der Studienstruktur**
- **Reputation der Weiterbildung** sowie der **Qualifikation des eingesetzten Personals**



Elemente der E-Learning- Plattform

Meine Startseite

- Website-Start
- [lernen.tuced.de](#)
- Mein Profil
- Dieser Kurs
 - KGP-M-004**
 - Teilnehmer/innen
 - Auszeichnungen
 - Allgemeines
 - Allgemeine Informationen zum 4. Durchgang
 - Begrüßung und Einführung
 - Modul E: Grundlagen der Gerontopsychologie und -ps...
 - Modul A: Forschungsmethoden und Evaluation
 - Modul D: Pädagogische und Entwicklungspsychologie ...
 - Modul B: Diagnostik - Methoden und Anwendung
 - Modul C: Allgemeine Psychologie
 - Modul G: Klinische Gerontopsychologie
 - Modul H: Arbeitspsychologie und Human Factors
 - Modul I: Angewandte Diagnostik
 - Modul J: Altersspezifische Störungsmodelle und Stö...
 - Modul K: Therapieansätze der Gerontopsychiatrie un...
 - Modul L: Palliative Care
 - Modul M: Altersspezifische Gesundheitswissenschaft...
 - Modul F: Praxiskontakte und Basiskompetenzen
 - Modul N: Masterarbeit
 - Thema 17
 - Thema 18
 - Thema 19
 - Thema 20
 - Thema 21
 - Thema 22
 - Thema 23



Herzlich Willkommen zum 4. Durchgang des Masterstudienganges

Forum

Klinische Gerontopsychologie!

- Nachrichtenforum
- Schwarzes Brett
- Chat
- Glossar
- Literaturdatenbank

Allgemeine Informationen zum 4. Durchgang

- Terminplanung
- Modulübersicht
- Aktueller Klausurenplan
- Catering

Skripte, eLectures & web based trainings

Start

Erweiterte Suche ?

Nachrichten & Informationen

NEUE NACHRICHTEN

[Neues Thema hinzufügen...](#)

[Präsenzveranstaltung Modul G1 am 17./18.11.2017](#)

15. Nov, 09:53 Steffi Ziegenbalg

[Präsenzveranstaltung Modul C2 06./07.10.2017](#)

26. Sep, 14:01 Steffi Ziegenbalg

[Präsenzveranstaltung Modul C1 am 22./23.09.2017](#)

12. Sep, 10:36 Steffi Ziegenbalg

[Bericht zur berufspraktischen Tätigkeit](#)

7. Jul, 10:11 Steffi Ziegenbalg

[Bestätigung über bisherige berufspraktische Tätigkeit nun einsehbar](#)

4. Jul, 15:50 Steffi Ziegenbalg

[Ältere Beiträge ...](#)

AKTUELLE TERMINE

Keine weiteren Termine

[Zum Kalender...](#)

[Neuer Termin...](#)

NEUE AKTIVITÄTEN

Aktivität seit Wednesday, 22. November 2017, 12:46

[Alle Aktivitäten der letzten Zeit](#)

AUFGABEN ABGEGEBEN:

24. Nov, 12:40

Anke Koppenatsch

[Prüfungsleistung Modul C2](#)



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
CHEMNITZ

***Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!***

Stephan.Muehlig@psychologie.tu-chemnitz.de