

Psychotherapie bei Menschen mit Depressionen und kognitiven Symptomen im Alter

Meinolf Peters

Vortrag auf dem Symposium:

Dement, depressiv oder beides?

**Fehldiagnosen vermeiden – Versorgung
verbessern**

am 1. Juli in Berlin

Ältere wurden selten psychotherapeutisch behandelt

- Ältere wurden selten psychotherapeutisch behandelt
- Behandlungszahlen steigen heute an:
 - Heuft 2008: 5% über 60jähriger (Münsterland)
 - Peters 2011: 9% über 60jähriger (Berlin)
- Gewinner:
 - Gut gebildete ältere Frauen zwischen 60 und 69
- Verlierer:
 - Weniger Gebildete
 - Ältere Männer
 - Hochaltrige

Behandlung von Depressionen im Alter

- **Therapeutische Ansätze:**
 - Verhaltenstherapie: Hautzinger, Adler u.a.
 - Psychodynamische Psychotherapie: Kurztherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Radebold u.a.
- **Evaluationsstudien: vergleichbar gute Ergebnisse verschiedener Ansätze** (z.B. Cuijpers et al. 2006, Driessen et al. 2010)
- **Schlechtere Ergebnisse bei kognitiven Defiziten, z.B. Exekutivfunktionen** (z.B. Mohlman 2005)
- **Modifikationen sollten grundlagenwissenschaftlich, bzw. entwicklungspsychologisch begründet sein** (z.B. Kessler 2014, Peters 2014)

Strukturelle Vulnerabilität im Alter

- Komplexität klinischer Bilder: Von der Symptom- auf die strukturelle Ebene
- Psychische Struktur: Verfügbarkeit über psychische Funktionen, die für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind (Rudolf 2006)
- Ursachen für strukturelle Vulnerabilität (Peters 2014):
 - Körperliche Krankheit / Frailty
 - Traumatisierung / kumulative Traumata
 - Kognitive Defizite: Gedächtnis und Exekutivfunktionen
- Kognitive Defizite und psychosoziales Funktionsniveau (z.B. Labouviv-Vief u. Medler 2010):
 - Mentalisierungsdefizite („theory of mind“) (Henry et al. 2013)
 - Affektwahrnehmung und –regulation (Kessler u. Staudinger 2012)
 - Unsicher-vermeidende Bindungen (von Asche et al. 2013)

Zur These sekundärer Strukturdefizite

- Im Alter besteht eine wachsende strukturelle Vulnerabilität, die normalerweise kompensiert wird. Doch in Belastungssituationen kann es zu einem ‚break down‘ kommen, so dass strukturelle Defizite sichtbar werden.
- Kognitive Defizite verschlechtern das Strukturniveau. Schwellenmodell: Je ausgeprägter die kognitiven Defizite, umso eher kommt es zu einem ‚break down‘ (Labouviev-Vief u. Medler 2010)
- Strukturelle Defizite: Der psychische Binnenraum ist reduziert, ein mentalisierender Umgang mit dem psychischen Inneren und das Herstellen einer Verbindung zur äußeren Welt wird erschwert (Rudolf 2006).
- Strukturdefizite bei Betagten entsprechen phänotypisch den bekannten Strukturdefiziten bei Persönlichkeitsstörungen, sind aber hier Folge des Altersprozesses und deshalb als sekundär zu bezeichnen (Peters 2014).

Therapeutische Ansätze:

- Kognitives Training vs ‚engagement interventions‘
(Park et al. 2007)
- Verhaltenstherapie:
 - KORDIAL-Programm (Werheid)
- Psychodynamische Therapie
 - Strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf)
 - Mentalisierungsbasierte Therapie (Fonagy)
 - Ressourcenbasierte psychodynamische Psychotherapie (Wöller)
 - Imaginative Therapie (Reddemann)
- Stationäre Psychotherapeutisch/psychosomatische Behandlung

Orientierungsrahmen für ein stationäres Konzept für Ältere aus psychodynamischer Grundlage

- Grundlage/Ziel: Sicherheit, Kohärenz, Selbstwirksamkeit, Spannungsreduktion
- Therapeutische Zugänge (in Anlehnung an Wöller 2013):
 - beziehungsorientierter Zugang (sichere Bindung)
 - milieu- und aktivitätsorientierter Zugang („engagement interventions“)
 - bewältigungs- und ressourcenorientierter Zugang (Symptomkontrolle, z.B. imaginative Übungen)
 - reflexionsorientierter Zugang (Mentalisierungsfähigkeit)
 - psychoedukativer Zugang (Wissen über Alter, v.a. kogn. Veränderungen)
- Je stärker kognitive Funktionen eingeschränkt sind, umso mehr müssen wir die Therapie im Sinne dieser drei Ziele modifizieren

Ergebnisse Klinik am Hainberg, Bad Hersfeld

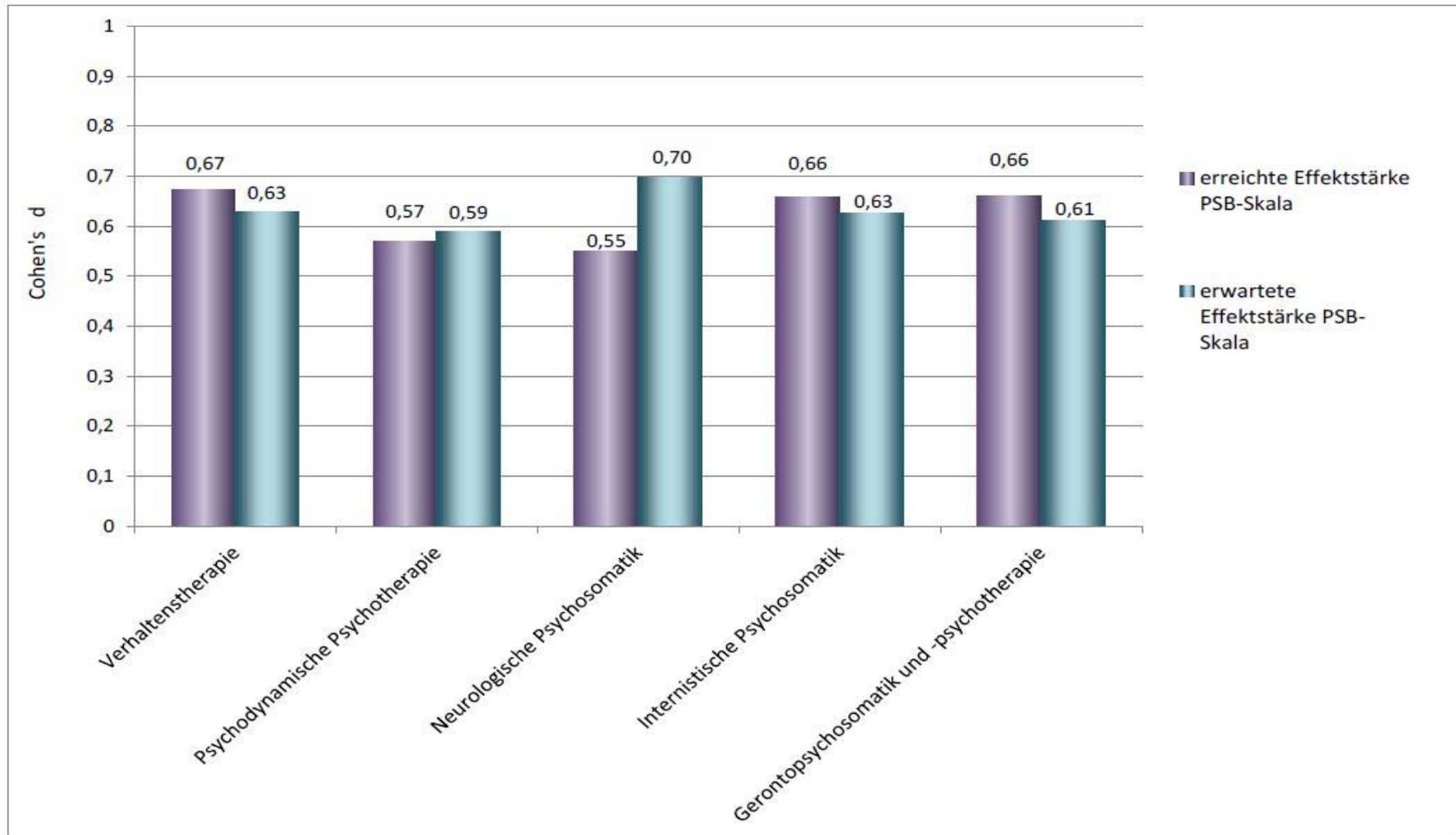


Abbildung 69 Vergleich der erreichten und der aufgrund der Risikoadjustierung erwarteten Effektstärken (Cohen's d) für die Skala *PSB* des *HEALTH-49*

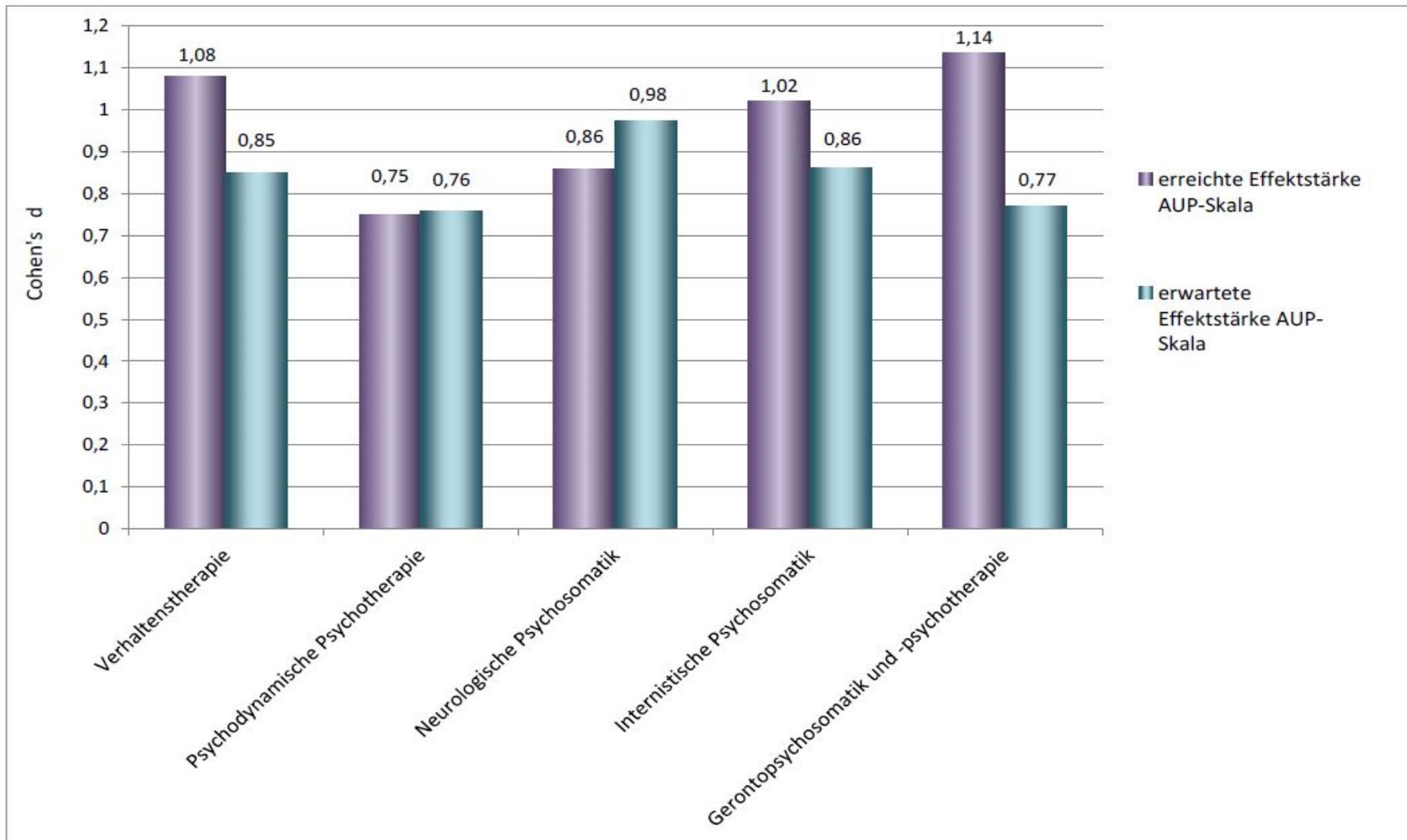


Abbildung 75 Vergleich der erreichten und der aufgrund der Risikoadjustierung erwarteten Effektstärken (Cohen's d) für die Skala AUP des HEALTH-49

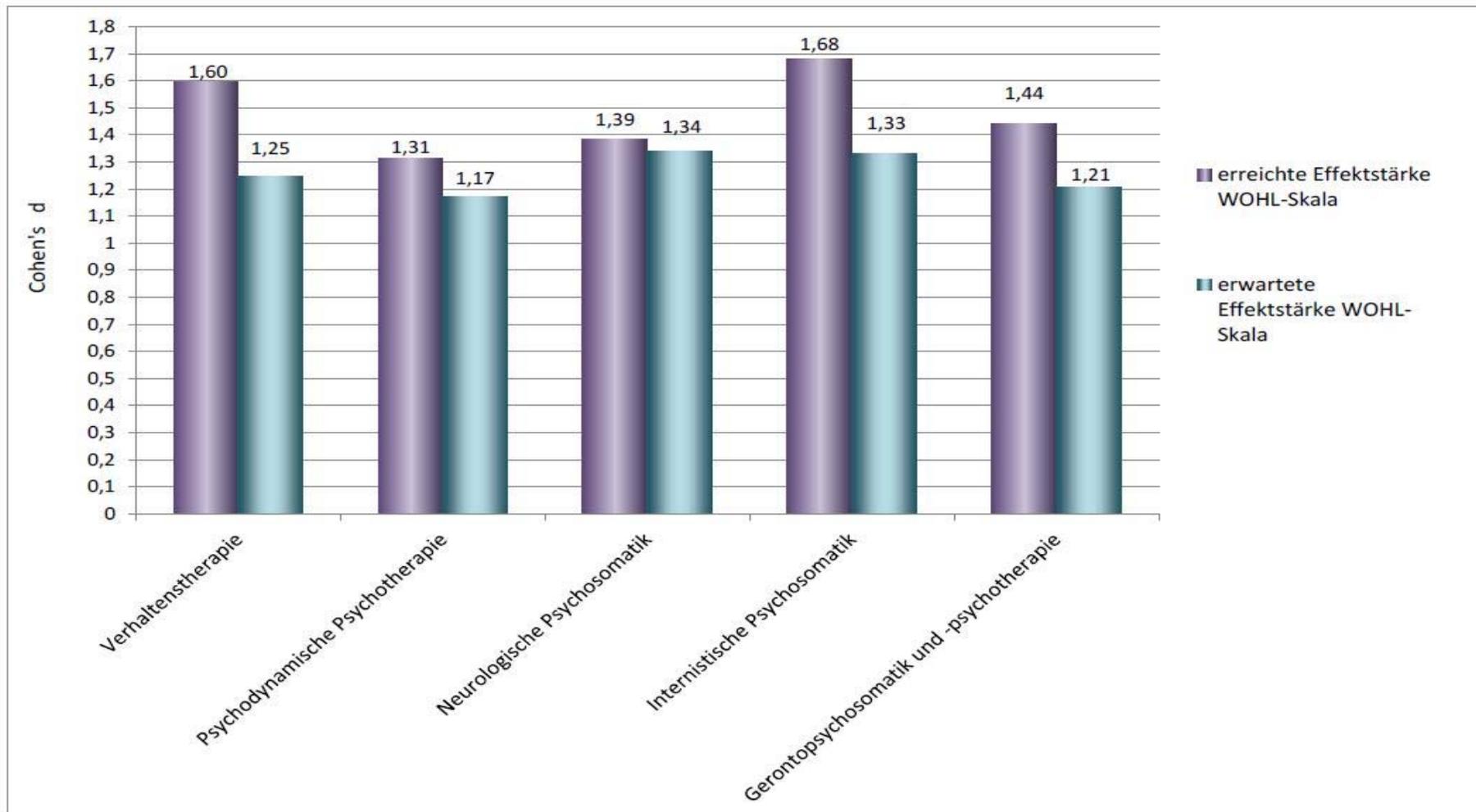


Abbildung 73 Vergleich der erreichten und der aufgrund der Risikoadjustierung erwarteten Effektstärken (Cohen's d) für die Skala *WOHL* des *HEALTH-49*

Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit

Prof. Dr. M. Peters
Institut für Alterspsychotherapie und Angewandte
Gerontologie

www.alterspsychotherapie.de

(nächster Fortbildungskurs in Berlin ab Februar 2015)