

Depressionen im Alter

**„Jenseits der Siebzig ist alles
Kummer und Sorge“**

Burton 1621

Gewinne des Alters, Zuwachs (Growth)

(Staudinger et al.)

- Reife
- Lebenswissen
- Weisheit

Verluste und Verlustregulation

(Staudinger et al.)

- Pensionierung, Ausscheiden aus Beruf
- Verluste im sozialen Netz
- körperliche, kognitive Einschränkungen
- Kumulationseffekte von Belastungen

Verlustregulation (Niederfranke et al.)

- **Pensionierung** (6 bzw. 18 Monate nach Eintritt):
 - negativ: 8-25%
 - neutral: 16-30%
 - positiv: 46-53%
- **Tod des Partners** (18 Monate nach Verlust):
 - unzufrieden: 14-19%
 - neutral: 36-42%
 - zufrieden: 39-50%

Bei Mehrheit stellt sich nach Verlust wieder tragfähige Lebenszufriedenheit ein!

Nachdenken über Tod und Sterben

70 – 84 Jährige 3%

85 – 103 Jährige 9%

Die seltenste Kategorie unter 20 Vorgaben!

Häufiges Lebensinvestment:

Gesundheit

Wohlergehen von Angehörigen

Geistige Leistungsfähigkeit

Seltenes Lebensinvestment:

Tod/Sterben, Sexualität, Berufliche Tätigkeit

Erfolgreiches Altern !?

Der 80j. **Pianist Arthur Rubinstein** wurde einmal gefragt, wie es ihm gelinge, über all die Jahre hinweg ein so hervorragender Pianist zu bleiben. Rubinstein antwortete, dass er sich bemühe, das Nachlassen der Fähigkeiten aufgrund des Alterns dadurch zu meistern, dass er zum einen sein Repertoire **verringert** habe, also weniger Stücke spiele, dass er diese Stücke **häufiger übe** und dass er drittens einen Kunstgriff anwende, z.B. das Tempo vor besonders schnellen Sätzen **verlangsame**, wodurch der bloße Eindruck eines anschließend schnelleren Spiels entstehe.

Strategien erfolgreichen Alterns

Selektion
Optimierung
Kompensation

Modell

A diagram consisting of three terms stacked vertically: 'S'elektion', 'O'ptimierung', and 'K'ompensation. A large, stylized bracket on the left side groups these three terms together. To the right of the bracket, the word 'Modell' is written in a large, bold, pink font, indicating that these three terms form a model.

Typische Beeinträchtigungen ab 75. Lbj:

- chronische körperliche Erkrankungen
- Multimorbidität
- Verluste wichtiger Bezugspersonen
- sensorische und motorische Einschränkungen
- hirnorganische Beeinträchtigungen und Erkrankungen
- Hilfsbedürftigkeit
- Pflegebedürftigkeit

Große interindividuelle Variabilität!!

Risikofaktoren → Altersdepressionen

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

Risikofaktoren → Altersdepressionen

8. Rigidität, Inflexibilität, Perfektionismus, Fatalismus, Mißerfolgsorientierung
9. Keine alternativen Ziele, Interessen und Beschäftigungen
10. Fehlende Selektion, keine Anpassung von Zielen, überhöhte Ansprüche und Überforderung

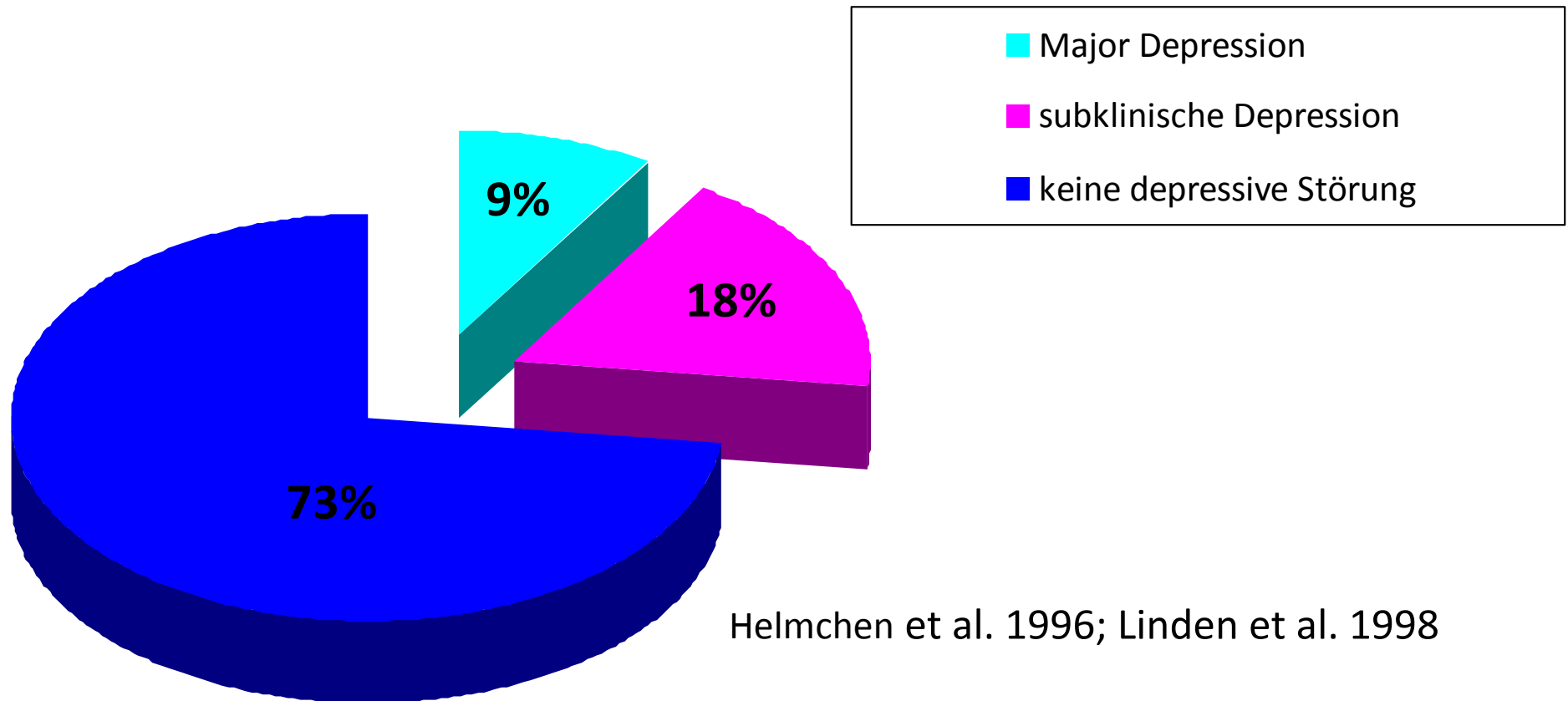
Risikofaktoren für Depressionen im Alter

(Heun & Hein 2005)

- 1431 Personen (> 55 J) wurden im Abstand von 5 Jahren (4,7 +/- 2,5 J) untersucht
- 331 entwickelten in diesen 5 Jahren eine Depression

	<u>RR (sign.)</u>
• Lebensalter	1.02
Weibliches Geschlecht	2.1
frühere Depression	26.0
kognitive Einschränkung (vor allem subjektiv erlebte)	2.8

Depression bei älteren Menschen



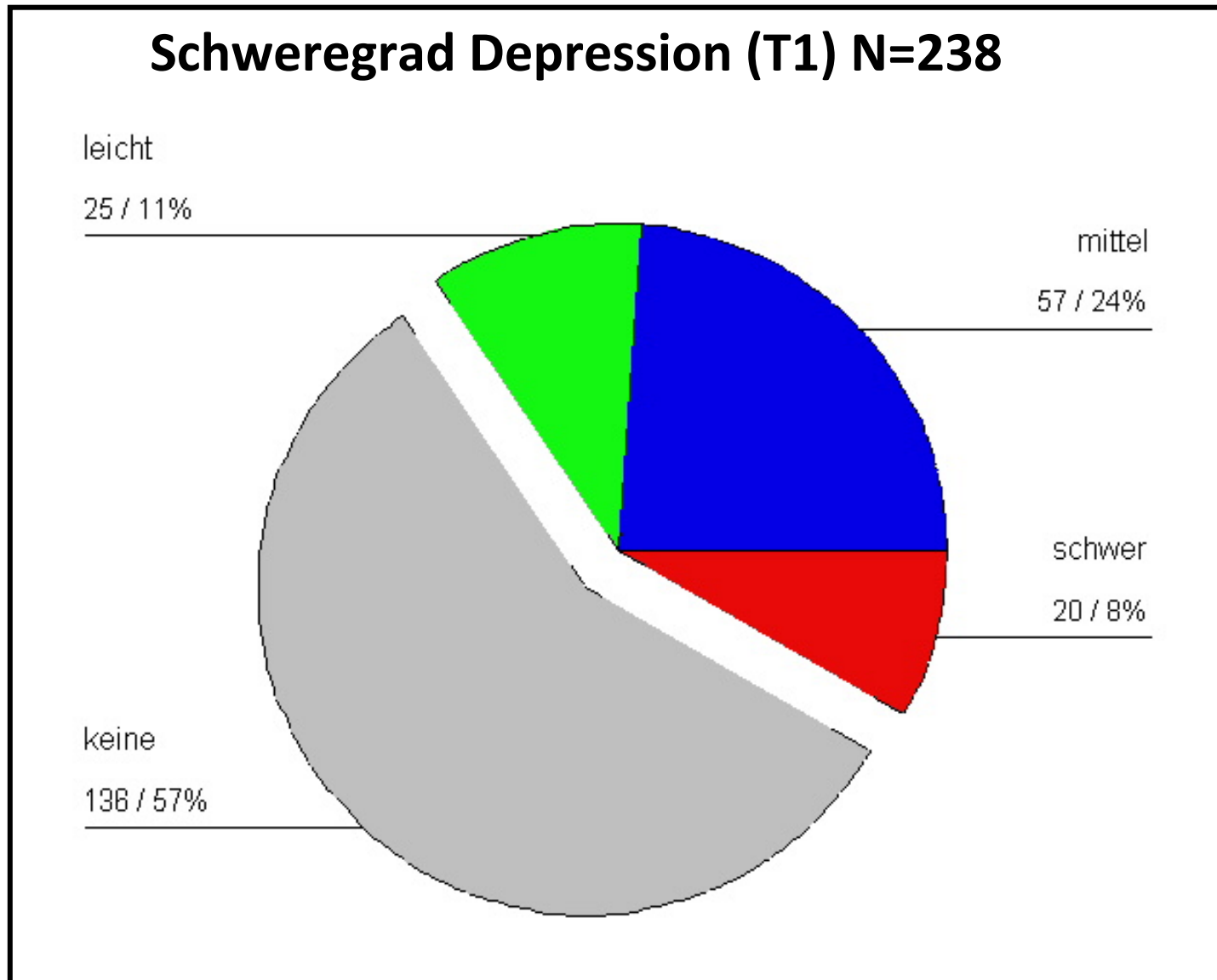
Helmchen et al. 1996; Linden et al. 1998

Prävalenz von Depression in der Berliner Altersstudie

- 25,8% in der Gesamtgruppe „Hochbetagter“ (77 – 104 J.)
- 36,8 % in Gruppe mit Multimorbidität
- 14,1 % ohne körperl. Komorbidität

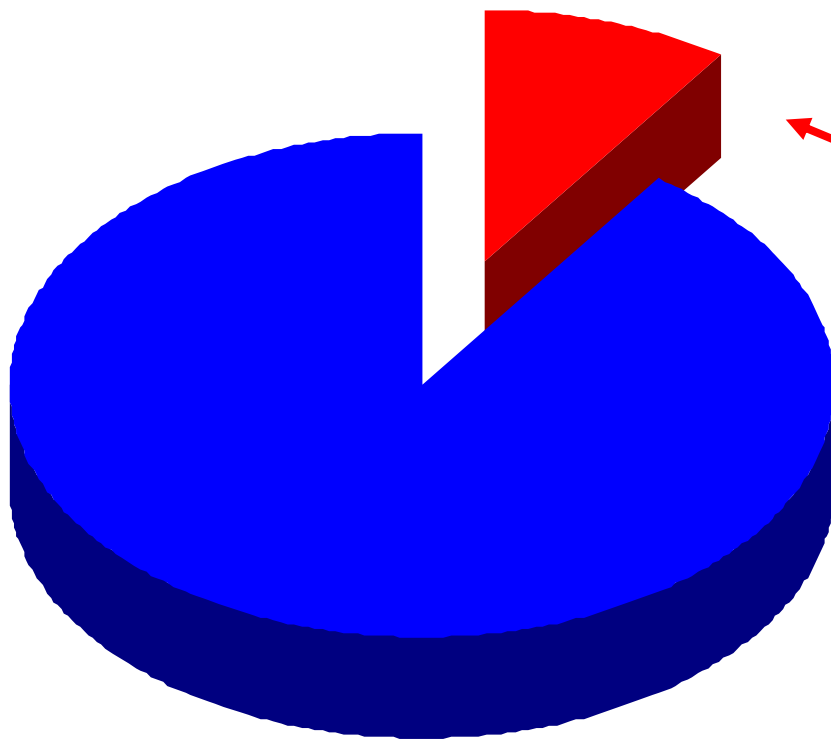
- 30-70% nach Schlaganfall
- 30-50% bei Morbus Parkinson

Stichprobe aus Geriatrischer Reha-Klinik (RBK)



Depression bei älteren nicht-dementen Menschen >75 Jahre

(Weyerer et al. 2008)



N = 3327

Patienten von 138
Allgemeinpraxen

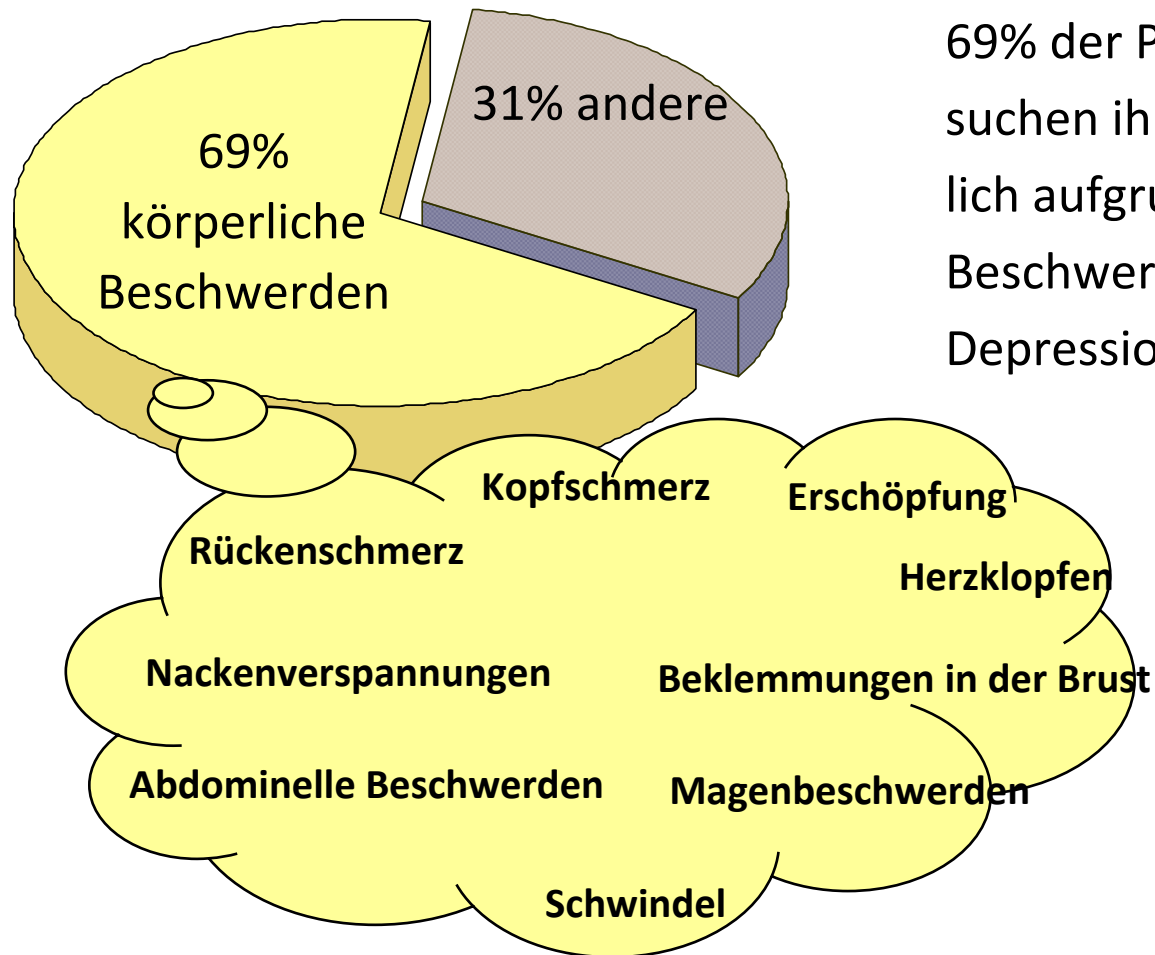
GDS 15 > = 9,7% Depr

Risikofaktoren: weiblich,
höheres Alter, allein lebend,
geringer soz. Status,
funktionale, kognitive,
körperliche Einschränkungen,
frühere depressive Phasen

Epidemiologie: Versorgung

- **69%** ohne angemessene Therapie
- **43%** ohne jegliche Hilfe
- von denen, die als „depressiv“ erkannt werden erhalten **38% keine** Behandlung

Beschwerdeprofil von Depressions-patienten in der Hausarztpraxis



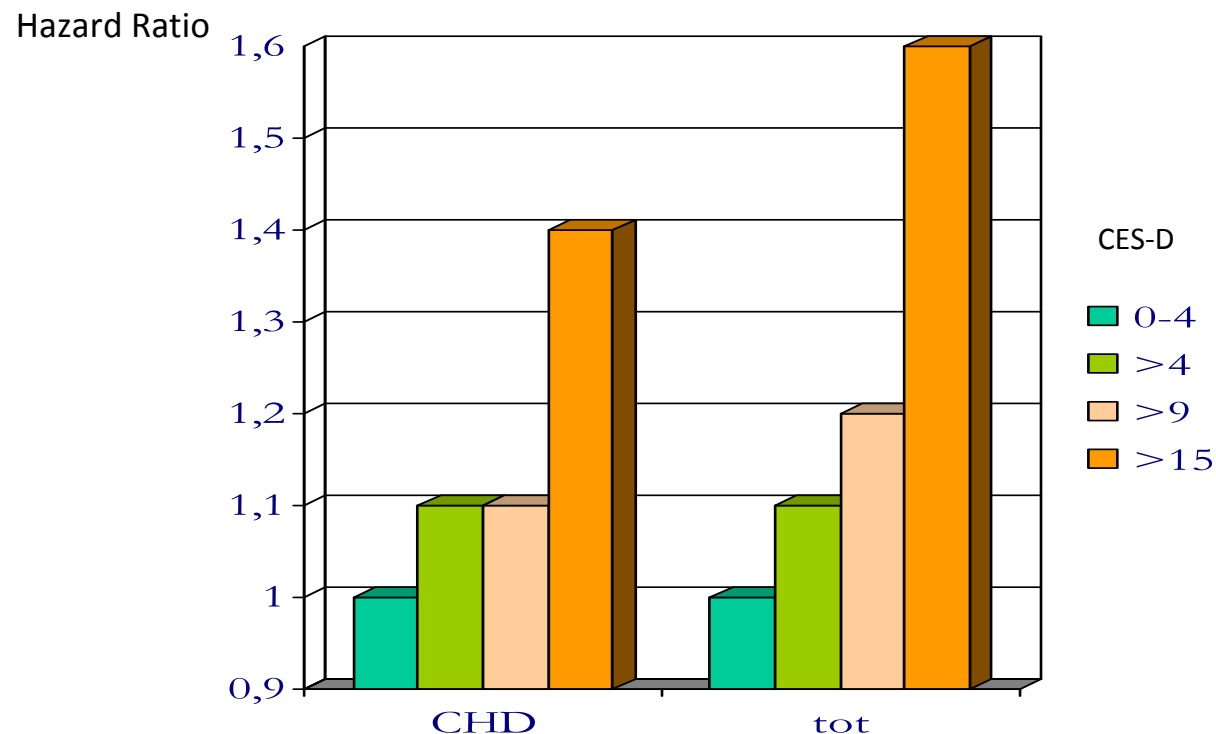
69% der Patienten mit Depression suchen ihren Hausarzt ausschließlich aufgrund von körperlichen Beschwerden im Rahmen der Depression auf

Folgen (unerkannter) Depression:

- Fehlzeiten, Krankheitstage, Frühberentung
- Schwächung des Immunsystems mit Folgekrankheiten
- Hormonstörungen, Reproduktionsfähigkeit gestört
- Herz-Kreislauf Erkrankungen (Infarkttrisiko)
- soziale Isolation
- Erziehungs- und Partnerschaftskonflikte
- Einschränkung der Lebensqualität
- erhöhte Suizidrate
- erhöhte Mortalität

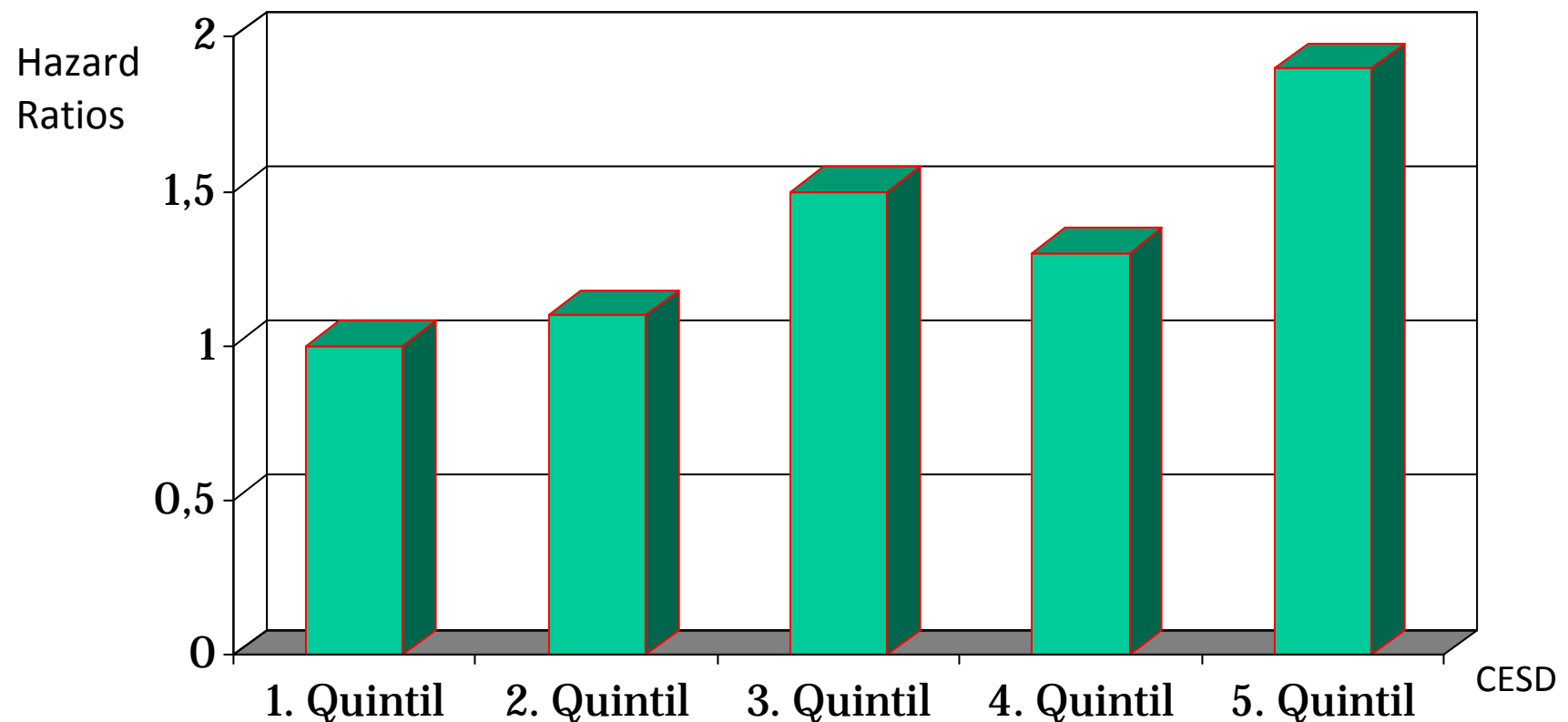
Depression: Morbidität/Mortalität

- Wulsin et al. 1999: Odd Ratio 1.7-2.7 bei Depression
- Vaillant 1998: Depressive Ss 45% tot/pflegebedürftig
Nie-Depr. Ss 5% tot/pflegebedürftig
- Ariyo et al. 2000: Epidemiologische Studie (N=4493):



Depression und Mortalität

Everson-Rose et al. 2004



Participants who were in poorer health at baseline reported more depressive symptoms and subsequently were at greater risk for dying during follow-up (7,5 yr)

Prospektive Assoziation zwischen depressiven Symptomen und Diabetes mellitus Typ 2 bei Älteren

- An 4681 Personen über 65 Jahre, Depression, Diabetes, Risikofaktoren für Diabetes erhoben
- Insidenz für Diabetes 4.4 auf 1000
- Hazard Ratios:

Hoher ADS zu Beginn	1.6
Zunahme ADS Wert	1.5
Persistierend hoher ADS Wert	1.5

Conclusion: Older adults who reported higher depressive symptoms were more likely to develop diabetes than their counterparts. This association was not fully explained by risk factors for diabetes.

Bedingungen 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 und Funktionen
5. Unterbrechung von Handlungsplänen
6. Gleichförmige Stimulussituation, Abnutzung verbliebener Verstärker
7. Verarmung des sozialen Stütz- und Kontaktnetzes
8. Geringe, keine Kontrolle über Veränderungen

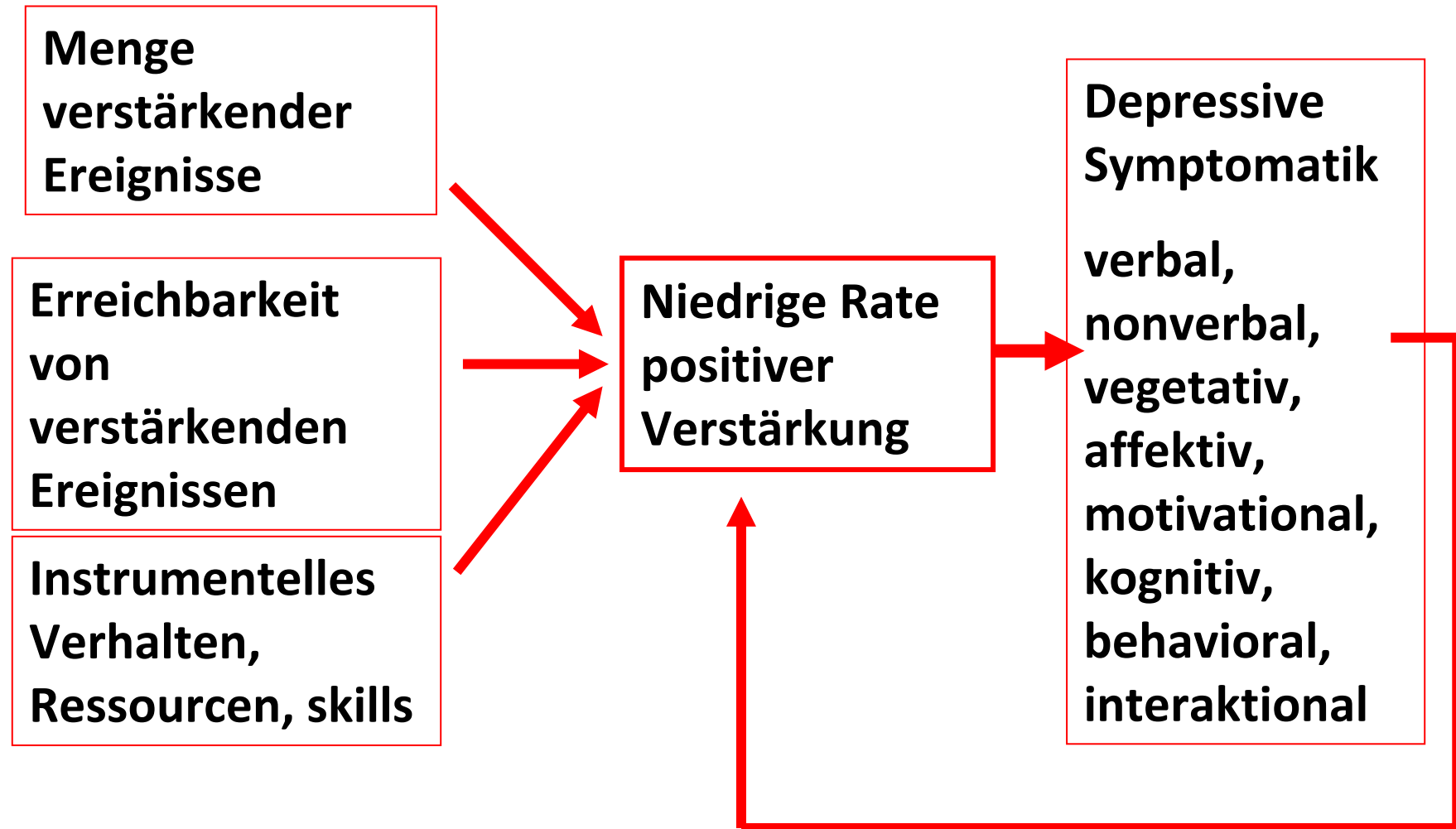
Folgen:

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

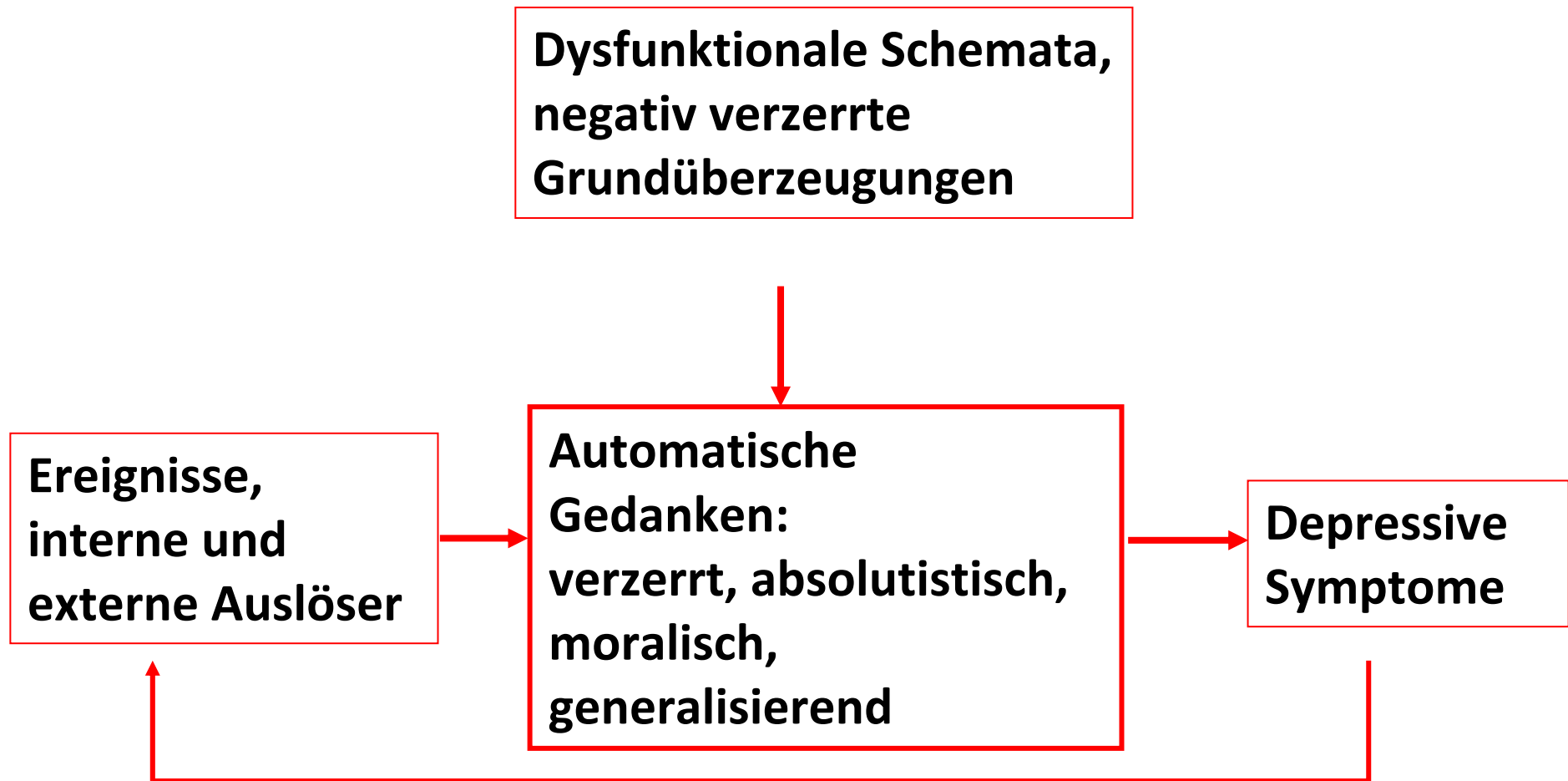
 **Depression**

Fallbeispiel

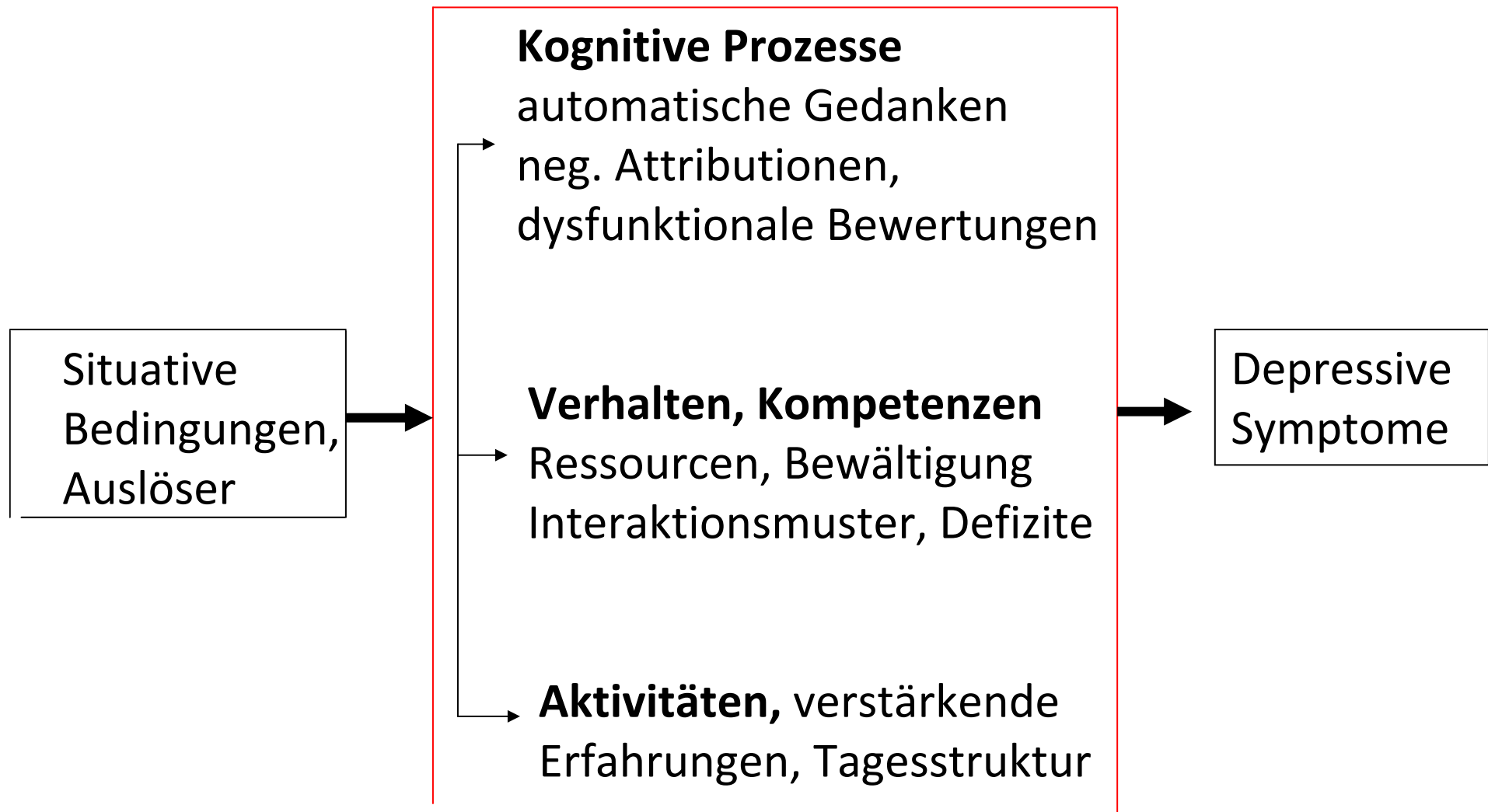
Verstärkungstheoretisches Modell



Kognitives Modell



Integriertes heuristisches **Therapiemodell** für die **Kognitive Verhaltenstherapie**



Ziele für eine Therapie:

1. **Aufbau** von aktivem, nicht-depressivem Verhalten, positive Verstärkung verschaffen, Kontrolle ermöglichen.
2. **Abbau** von passiven bzw. depressiven Verhaltensweisen

Optimierung vorhandener Möglichkeiten

Ziele für eine Therapie:

3. **Überwindung** depressionsfördernder Bedingungen, wie Isolation, aversive Stimuli

Optimierung der Umwelt

Ziele für eine Therapie:

4. **Korrektur** von Verhaltens- und Ressourcendefiziten, Aufbau von situationsangemessenem Verhalten und Handlungen

Kompetenzen/Kompensation fördern

Ziele für eine Therapie:

5. **Abbau und Ersatz** resignativer, starrer, wenig hilfreicher, blockierender Kognitionen und Haltungen
6. **Hilfen** zur Veränderung von Ansprüchen, zur Akzeptanz von Tatsachen und zur Bewältigung von Vergangenem

Hilfen zur **Selektion**

Typische Maßnahmen....

1. Passivität und Inaktivität überwinden

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

Typische Maßnahmen....

2. Pessimistisches, negatives Denken reduzieren und überwinde

- 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 (Einbezug lokaler Dienste und Services)
5. Vergangenes besser bewältigen (Reminiszenz, Lebensrückblick)
6. Akzeptanz von Alter und Älterwerden

Kognitive Verhaltenstherapie

Gefährliche Botschaft/Missverständnis:

1. Sei doch aktiver
2. Denk doch nicht so komisch
3. Trau dir doch mehr zu

KVT: Rahmenbedingungen, Grundmerkmale

- Problemorientierung, Schlüsselprobleme
- Strukturiertheit, Zielorientiert, Direktivität
- Gegenwartsnähe, Alltagsnähe
- Transparenz, Erklärungen, Information
- Akzeptanz, Professionalität, Sicherheit
- Interessierter, neugieriger, aktiver Therapeut
- Kooperation, Arbeitsbündnis
- Fertigkeiten orientiert, Kontrolle erwerben
- Neulernen, Kompetenzen erwerben, Übungen
- Rückmeldungen, Zusammenfassungen

Möglich Wirkkomponenten von Psychotherapie bei Depressionen

- Information zum Krankheitsbild, Begründung liefern zu Entstehungs- und Bedingungsfaktoren
- Ziele konkret formulieren
- Plan, Struktur der Behandlung transparent machen
- Aktuelle Probleme lösen bzw. bewältigen
- Gestuftes, nicht überforderndes Vorgehen
- Anwendung des Erarbeiteten außerhalb der Therapie
- Aktive und direktive Therapeuten

Sechs Therapiephasen der **KVT**

- **Phase 1:** zentrale Probleme erkennen, benennen; Aufbau therapeutischer Beziehung, Akzeptanz
- **Phase 2:** Vermittlung therapeutisches Modell, Struktur und Elemente der Therapie
- **Phase 3:** Aktivitätsaufbau, Tagesstruktur
- **Phase 4:** Bearbeiten kognitiver Muster und dysfunktionaler Informationsverarbeitungen
- **Phase 5:** Verbesserung der sozialen, interaktiven, problemlösender Kompetenzen
- **Phase 6:** Vorbereitung auf Krisen, Beibehaltung des Gelernten, Rückfallverhinderung

Sechs Therapiephasen der **KVT**

Sitzungen 1 bis 3

- Beziehungsaufbau (beruhigende Versicherungen)
- Lebens- und Krankengeschichte
- Problemanalyse
- Psychoedukation und Erklärung für Depression
- Kognitiv-Behav. Modell (Denken-Fühlen-Handeln)
- Ziele definieren und Festlegen

Sechs Therapiephasen der **KVT**

Sitzungen 4 bis 8

- Aktivierung, Aktivitätsaufbau
- Tagesstrukturierung
- Tages- bzw. Wochenplan
- Steigerung, Aufbau positiver Aktivitäten
- Abbau belastender, aversiver, überfordernder Aktivitäten

Sechs Therapiephasen der **KVT**

Sitzungen 8 bis 14

- Erkennen, Herausarbeiten automatischer Gedanken
- Beobachten von automatisch negativen Gedanken
- Tagesprotokoll negativer Gedanken (Spaltenprotok.)
- Evidenzüberprüfung
- Erarbeiten von alternativem, hilfreichen Denken
- Korrektur und Training neuer Sichtweisen

Sechs Therapiephasen der **KVT**

Sitzungen 14 bis 18

- Training von Fertigkeiten
- Verbesserung der Problemlösefähigkeit
- Verbesserung der Sozialen Kompetenz
- Einbezug des Partners/Familie, Interaktions- und Kommunikationsfertigkeiten bearbeiten
- Übungen, Rollenspiele

Sechs Therapiephasen der **KVT**

Sitzungen 19 bis 20

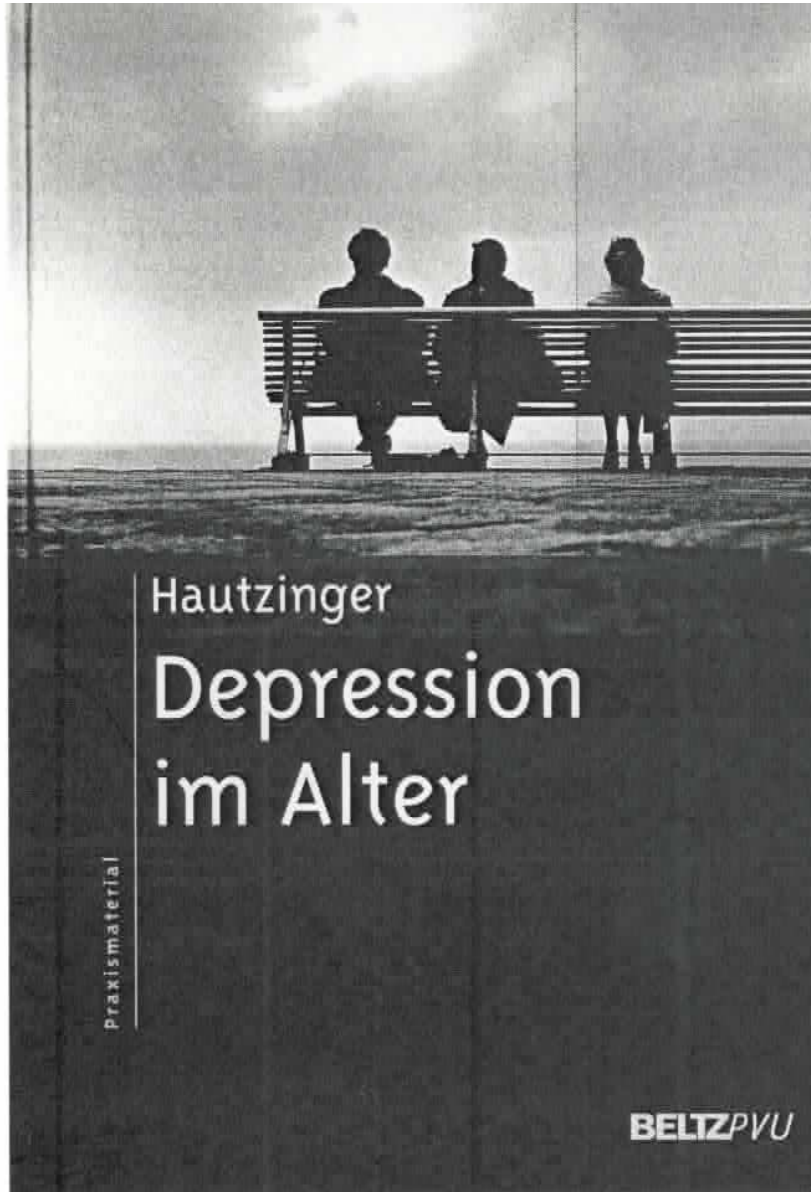
- Umgang mit Krisen und zukünftigen Belastungen
- Behalten des Gelernten, Erhaltungsmaßnahmen
- Nutzung der Materialien und Arbeitsblätter
- Notfallplanung und Krisenmanagement
- Verhalten bei Verschlechterung und Rückschlag

Probleme bei Psychotherapie für ältere Menschen

- Kommen selten von sich aus
- Nichtwissen bzw. Vorurteile
- Jüngere Therapeuten
- Soziale Isolation

Rahmenbedingungen

- Auf Ältere zugehen
- Keine „Psychogeschichten“
- Materialien
- Gruppe ?



Hautzinger

Depression im Alter

Praxismaterial

BELTZPVU

DiA-Programm Varianten

- **12 Wochen** Programm in geschlossenen Gruppen zu 6-8 Teilnehmern (über 60jährige Patienten)
ambulant, stationär
- **15 Wochen** Programm in offenen Gruppen zu 5-7 Teilnehmern (zwischen 65 und 85 Jährige)
 - 1 Einzelgespräch zur Einführung
 - 5 Gruppensitzungen Modul „Aktivierung“
 - 4 Gruppensitzungen Modul „Kognitionen“
 - 4 Gruppensitzungen Modul „Soziale Fertigkeiten“
 - 1 Einzelgespräch zum Abschluß, Notfallplanung und Beibehaltung des Gelernten

DiA Therapieprogramm

- Einführende Sitzung (S1)
- Modul A (S2 – S5): „Aktivität und Handeln“
- Modul B (S6 – S9): „Wahrnehmung und Denken“
- Modul C (S10 - S14): „Soziale Kompetenz“
- Abschließende Sitzung (S15)

Therapieprogramm: Struktur

- Ausfüllen des Stimmungsfragebogens
- Festlegen der Agenda
- Besprechen der Hausaufgaben der letzten Woche (Aufgaben zur Selbstbeobachtung, Protokolle Übungen zur Vertiefung und Festigung des neu Erlernten)
- Kurze Wiederholung der Inhalte der vorhergehenden Sitzung
- Einführung in das jeweilige neue Thema
- Training der zu erlernenden Methode
- Erklärung der Hausaufgaben für die kommende Woche

DiA-Gruppenprogramm

1. Begrüßung, Kennenlernen, Einführung, Erklärung, Zusammenhang Fühlen, Denken, Handeln, Hausaufgaben
2. Problemanalyse, Ziele formulieren, erneute Erklärung, Wiederholung, Hausaufgaben

Einführende Sitzung (S1)

- Gegenseitiges Kennenlernen
- Informationen zur Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Beschwerden (z.B. Zusammenhang zwischen Denken, Handeln und Fühlen)
- Individuelle Problemanalyse und Definition von Zielen
- Sinn und Zweck von Hausaufgaben

Modul A (S2 – S5): „Aktivität und Handeln“

- Analyse des individuellen Zusammenhangs zwischen Stimmung und Handeln
- Steigerung von potentiell angenehmen Aktivitäten
und des Aktivitätsniveaus generell
- Abbau depressionsfördernder Verhaltensweisen
- Verbesserung der Alltagsgestaltung und -strukturierung

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

	Donnerstag	Freitag	Samstag	So
9-10	noch im Bett Wach --	Wach, aufgest. -		
10-11	endlich aufgest. Zitrusputzen, Bad	Bad -		
11-12	Sofa, Zeitung -	Neffe kommt + hilft im Garten -		
12-13	Sofa, Kaffee - TV	Laut in Küche + aufgeräumt +		
13-14	Sofa, TV +/-	gemeinsames Essen (Pizza) +/-		
14-15	Nachbarin +/- kommt, Kaffee	Sofa, Zeitung +/- Kaffee		
15-16	alleine - Schreibtisch	allein, Sofa, Schreibtisch		
16-17	Sofa, alleine -	Nachbarin kommt erzählt Spaziergang +/-		
17-18	Sofa, TV -- Anruf d. Tochter	Spaziergang +/- Kaffee bei N.		
18-19	Sofa, TV --	zu Hause +/- Sofa, TV		
19-20	Eier gegessen Brot	Sofa, TV, +/- Brot		
20-24	TV, Sofa - angekuschelt eingeschlafen	allein, TV, - Sofa		

Wochenplan

Wochenplan vom _____ bis _____

Uhrzeit / Wochentag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag
8- 9 Uhr	<i>Aufstehen</i>	<i>Frühstück mit K.</i>	<i>...</i>	<i>...</i>
9-10 Uhr	<i>Einkaufen</i>	<i>mit K.</i>	<i>Be...</i>	<i>ann...</i>
10-11 Uhr	<i>Zeitung lesen</i>	<i>i ns</i>	<i>...</i>	<i>...</i>
11-12 Uhr	<i>Aufräumen</i>	<i>Thermalbad</i>	<i>...</i>	<i>...</i>
12-13 Uhr	<i>Kochen</i>	<i>Ko...</i>	<i>...</i>	<i>...</i>
22-23 Uhr	<i>Musik hören</i>	<i>Bügel...</i>	<i>...</i>	<i>...</i>
positive Tätigkeiten	4	3	5	5

Plan einhalten und Belohnungsvertrag mit sich abschließen

Angenehme Tätigkeiten eintragen
 ... auch genügend Platz für angenehme Tätigkeiten freilassen

Anzahl angenehmer Tätigkeiten pro Tag festlegen

Wochenplan, Checkliste

Erstellung Wochenplan: Checkliste II

- ➔ Überprüfen:
Entspricht meine bisherige Tagesstruktur wirklich meinen Bedürfnissen?
Eventuell mit Veränderungen experimentieren!
- ➔ Belohnen ist wichtig!
Nach einer unangenehmen Aktivität eine angenehme einplanen (z.B. nach dem Zahnarztbesuch einen Stadtbummel, NICHT den Abwasch zuhause)

Liste angenehmer Tätigkeiten

Tragen Sie in der rechten Spalte ein, wie angenehm Ihnen die jeweilige Tätigkeit ist, egal, ob Sie diese jemals ausgeführt haben oder nicht!

Wie angenehm?
0 = unangenehm / neutral
1 = einigermaßen angenehm
2 = sehr angenehm

1.	Einen Stadtbummel machen	1
2.	Über früher	
3.	In die S	
4.	Karten	
5.	In der S	
6.	St	
236.	Eine Reise planen	2

Ergänzen Sie die Liste durch Ihre Aktivitäten, Hobbies etc., die Sie hier nicht finden; denken Sie auch an diejenigen Tätigkeiten, welche Sie früher ausgeführt und inzwischen aufgegeben haben.

Modul B (S6 – S9): „Wahrnehmung und Denken“

- Analyse individueller depressionsfördernder Denkweisen
- Aufbau realitätsangemessener, funktionaler, hilfreicher Sichtweisen anhand verschiedener Gedankenkontrolltechniken
- Abbau dysfunktionaler, resignativer Kognitionen

Hilfreiche Gedanken - Karten

*Ich habe viel
erreicht im
Leben, z.B.*

*Ich freue mich
auf unsere
Radtour*

*Auf meinen
Garten bin ich
stolz*

*Ich bin eine
gute Köchin*

*Endlich habe ich
Zeit für mich*

*Ich muß nicht
perfekt sein*

*Ich habe
wunderbare
Freunde*

*Meine Tochter
ist immer
für mich da*

EbG - Technik

Ereignis	Unerfreuliches Ereignis beschreiben	Negative Gedanken eintragen	Gefühl
<p><i>Ich stehe bei Aldi an der Kasse in einer langen Schlange hinter mir. Als ich bezahlen möchte, stelle ich fest...</i></p>	<p><i>... je, wie peinlich. Die denken jetzt alle „die blöde, senile Alt...“ Ich werde in vergesslicher...</i></p>	<p>Automatische, negative bzw. wenig hilfreiche Gedanken eintragen</p>	<p>Negative Gedanken eintragen</p>
<p><i>... fest...</i></p>	<p><i>... passieren. Eine kleine Ver-schäufpause kann diesen getressten Einkäufern auch nicht schaden.</i></p>	<p>hilfreichere, der Realität angemessenere Gedanken finden und eintragen</p>	<p>Entsprechende, hilfreichere Gefühle eintragen</p>

Akzeptanz und Achtsamkeit

Psychische Störungen (Ängste, Depressionen) „entstehen“ (*become disordered*), wenn Personen

- nicht die Tatsache akzeptieren, dass sie schmerzhaft und negative Empfindungen erleben (werden)
- nicht bereit sind, mit diesen unerwünschten Emotionen, Gedanken, Empfindungen in Kontakt zu treten
- absichtliche Schritte unternehmen, um die Umstände, die Erscheinung, die Häufigkeit dieser unliebsamen Empfindungen zu verändern, zu kontrollieren und
- dies in rigider, inflexibler Weise versuchen

„If you don't want it, you've got it!“

DiA-Gruppenprogramm

6. Gedanken und Befinden, Einfluß von Denken auf Stimmung, positive und negative Gedanken, Gedankenkontrolle, Steigerung konstruktiver Gedanken
7. Gedanken verändern lernen, EbG-Methode, Finden alternativer Kognitionen
8. Kognitive Umstrukturierung, weitere Übungen

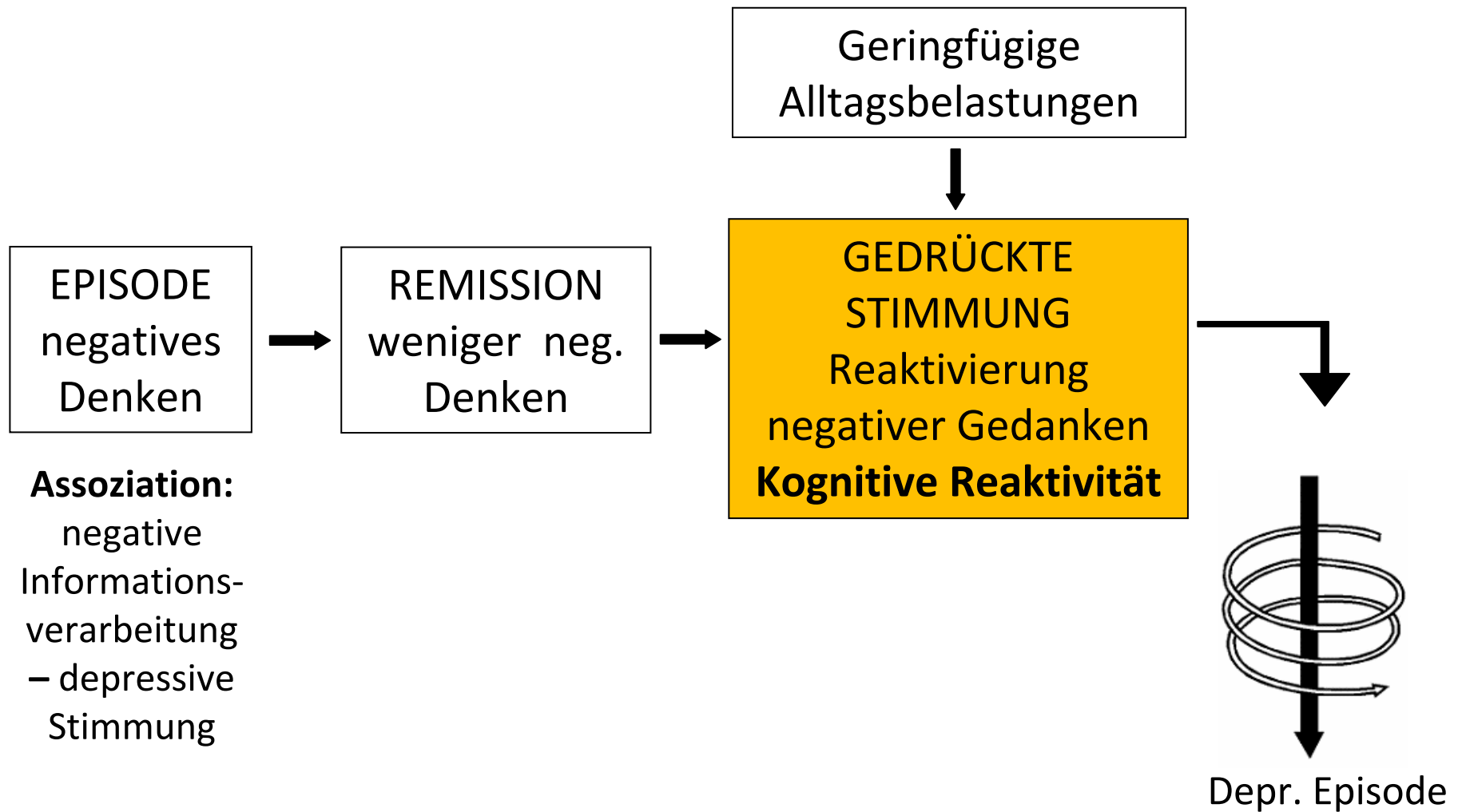
ACT, MBCT und KVT

Mainstream CBT ... conceptualize thoughts, feelings and behavior as problems that warrant clinical attention. ... The word ‚mastery‘ as contained in the titles of most manuals is not accidental and reflects the underlying philosophy and approach of such treatments: ... to assist patients in becoming better at controlling.

We (ACT) suggest a different strategy, which is to directly address the struggle to control and avoid unwanted thoughts and feelings: ... relax with ... anxiety by being and moving with it. It means being willing to live such a life and take the totality of personal pains and joys along the ride.“

(Eifert & Forsyth 2005)

Differentielle Aktivierung (kognitive Vulnerabilität)



MBCT Elemente

- Autopilot ausschalten lernen
- Body Scan (Übung, Hausaufgaben)
- Atemübung (Achtsamkeit auf den Atem)
- Achtsamkeit-Sammeln-Ausdehnen (3 Minuten)
- Achtsame Körperarbeit (zunehmend steigern)
- Yoga Übungen (sitzen, atmen, ausdehnen, zulassen)
- Übungen jetzt auch ohne CD, Achtsamkeitsübungen im Alltag, bei den alltäglichen Dingen
- Gedanken sind keine Tatsachen, sich mit Gedanken in Verbindung setzen, betrachten, in Gegenwart bleiben)
- Sich mit angenehmen Aktivitäten beschäftigen (Befriedigung erzeugen)
- Denkmuster, Gewohnheiten ändern
- Psychoedukation zu Depression (Warnzeichen erkennen)

MBCT: Umgang mit störenden Kognitionen

Wenn Ihnen negative Gedanken und Bilder bewusst werden, die Ihnen durch den Kopf gehen, behalten Sie diese mit einer Haltung des behutsamen Interesses und der Neugier im Bewusstsein. Vielleicht erweitern Sie Ihre Aufmerksamkeit dahingehend, dass sie einen oder mehr der folgenden Punkte einschließt:

Vielleicht verwechsele ich einen Gedanken mit einer Tatsache?
Vielleicht bin ich zu sehr in Schwarz-Weiß-Denken verhaftet?
Vielleicht verdamme ich mich selbst nur wegen dieser einen Sache?
Vielleicht konzentriere ich mich auf meine Schwächen und vergesse meine Stärken?
Vielleicht beschuldige ich mich für etwas wofür ich gar nichts kann?
Vielleicht setze ich für mich unrealistisch hohe Maßstäbe, so dass ich versagen muss?
Vielleicht erwarte ich Perfektion?

Es ist erstaunlich wie befreiend es sich anfühlen kann, wenn man sieht dass die eigenen Gedanken einfach nur Gedanken sind und nicht „man selbst“ oder „die Realität“.

Beispiel Übung

Modul C (S10 - S14): „Soziale Kompetenz“

- Analyse individueller Verhaltensunsicherheiten bzw. -defizite in sozialen Situationen
- Training sozialer Fertigkeiten im Rollenspiel (z.B. Abgrenzung, Durchsetzungsvermögen, um Hilfe bitten)
- Bedeutung sozialer Kontakte
- Übungen zur Kontaktaufnahme und Kontaktpflege

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

Sozial kompetent

Bitte markieren Sie all diejenigen Verhaltensweisen, in denen Sie sich verbessern möchten

Liste sozial kompetenter Verhaltensweisen

- „Nein“ sagen können
- Fehler eingestehen können
- Gefühle offen zeigen und äußern können
- Auf seinem Recht bestehen können
- Um einen Gefallen bitten können
- Freundliches Verhalten
- Blickkontakt halten

1

2

Übungssituationen

Übungssituationen

Situation 1:

*Meine Tochter gibt mir immer erst ganz kurzfristig
Bescheid, wann ich die Enkel betreuen soll.*

*Ich kann deshalb gar nicht richtig planen, traue mich
aber nicht, das anzusprechen. Ärgere mich dann und
bin unfreundlich.*

1

2

Vorbereitung Rollenspiel

3. Selbstinstruktion

Nur
im
V

Selbstlob nicht
vergessen,
egal wie es
ausgeht!

1. S
Mei
ins S
sitz

2. 7
Ab
frag
Un
ver

und w
ihre Situation zeigen,
su
Ankel liebe
verständnis für
dem Anliegen bleiben.

Abschließende Sitzung (S15)

- **Rückschau und Standortbestimmung**
(was wurde erreicht, wie können die Lernerfolge beibehalten werden, was steht noch an)
- **Umgang mit Krisen**
- **Notfallplan**

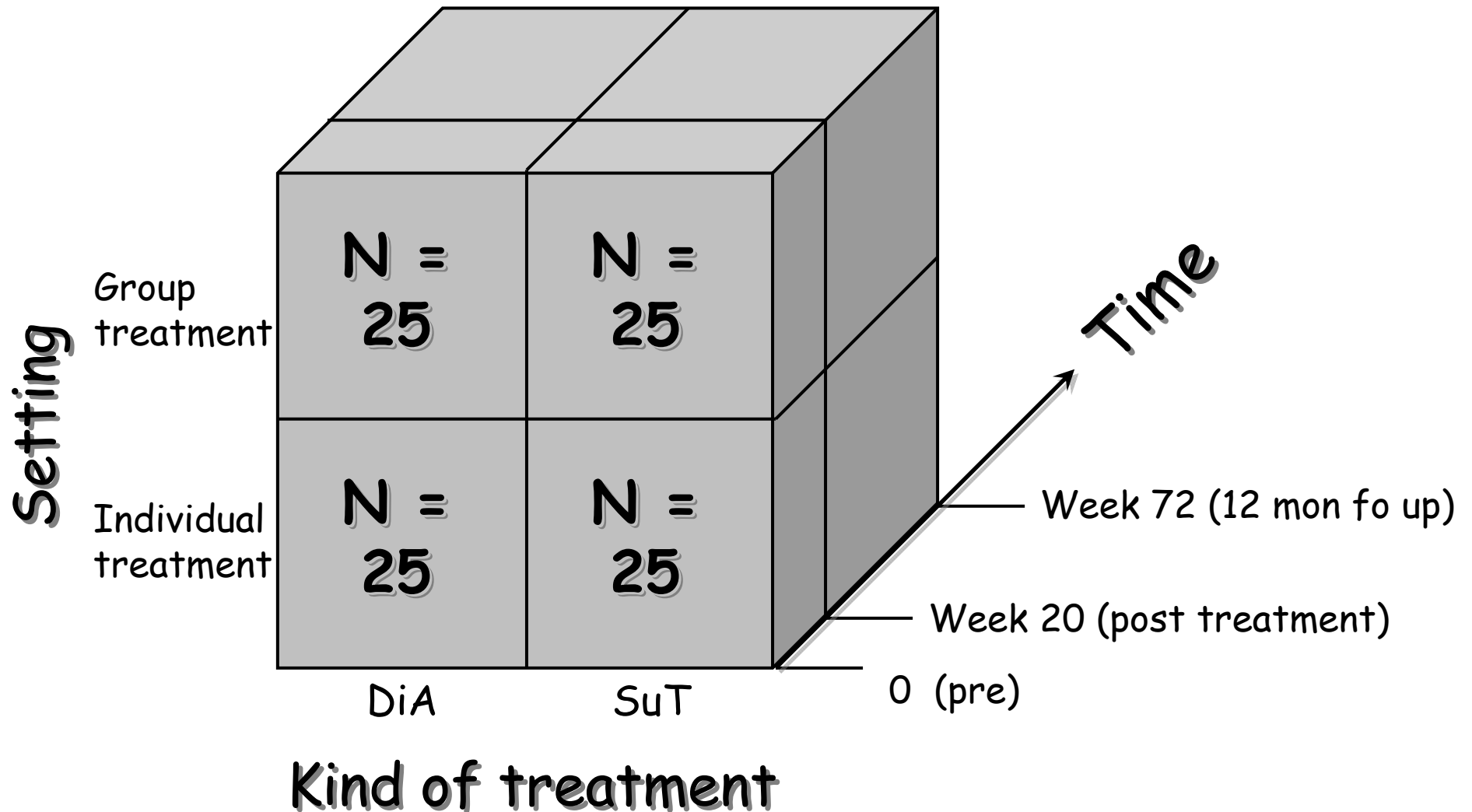
DiA-Gruppenprogramm

12. Zeit nach Kursende, Rückschau,
was hat geholfen, Zielerreichung und
Fortschritte, Beibehaltung des
Gelernten, Umgang mit Krisen,
Notfallplanung

Zitate von Teilnehmern

- „Ich habe in der kurzen Zeit vieles für mich gelernt“
- „Ich habe gelernt heute zu leben und mir Gutes zu tun“
- „Ich habe gelernt, meine Sachen zu ordnen. Dinge, die sonst lange rumlagen, erledige ich jetzt sofort“
- „Jetzt versuche ich mein Leben nach der Spirale von unten nach oben einzurichten“
- „Ich habe gelernt, den Blick nach Schönem und nach vorn zu richten“
- „Unerfreuliche Ereignisse, die es immer wieder gibt, drücken mich jetzt nicht mehr so“
- „Die Unterlagen sind mein Heiligtum. Ich habe sie immer bei mir“
- „Die Gruppe war sehr angenehm. Wo sie nun vorbei ist, wird mir noch klarer, wie sehr ich sie gebraucht und von ihr profitiert habe“

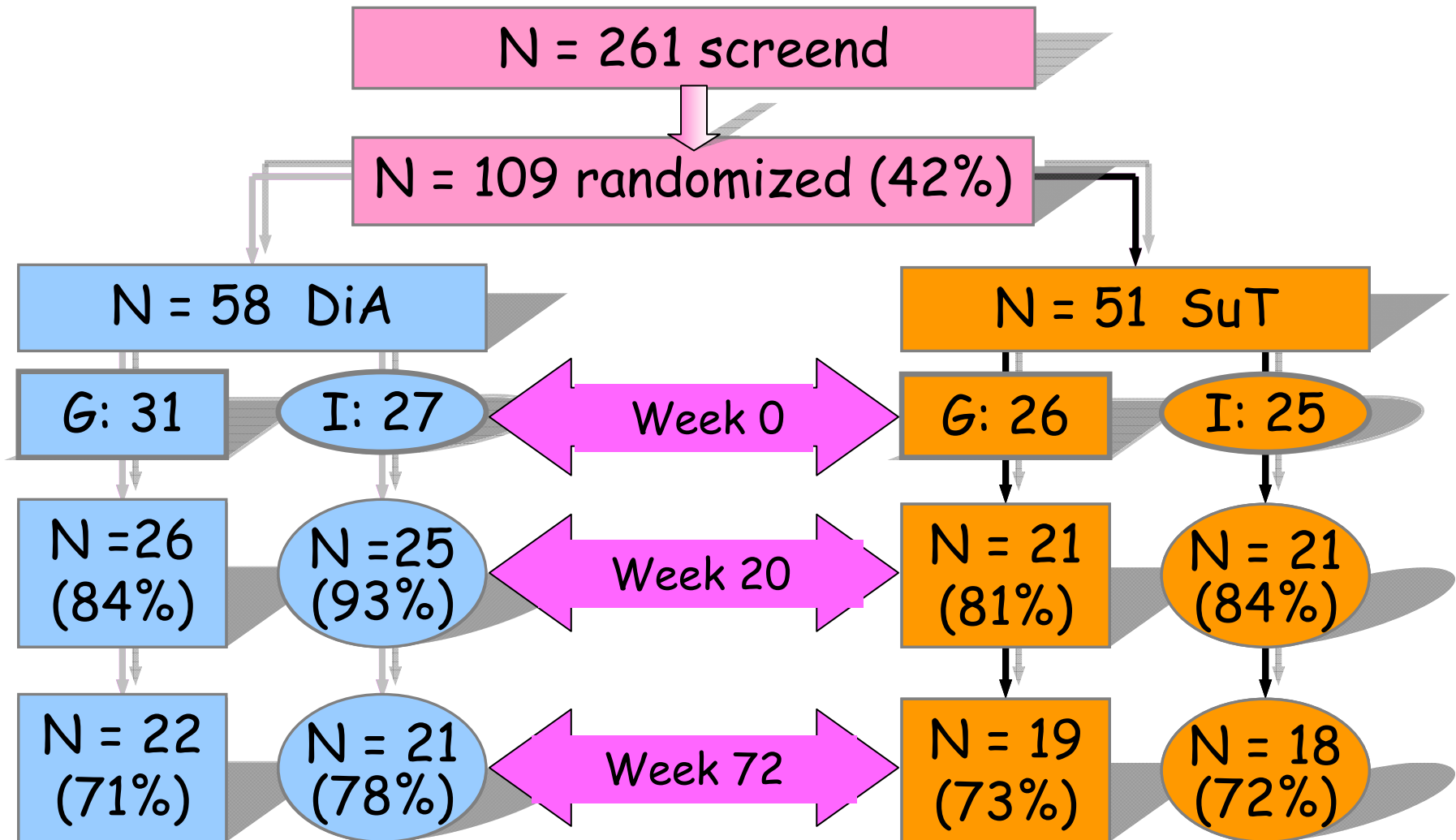
DiA 3: Design



Aufnahmekriterien

- Alter > 65 Jahre
- Vorliegen einer Depression
(Diagnosen: MDD, D-NNB, Dysthymie)
- GDS > 13 Punkte
- MMS > 21 Punkte
- Keine Abwesenheit nächste 4 Monate
- Einverständniserklärung
- behandelnder Arzt informiert und kooperativ

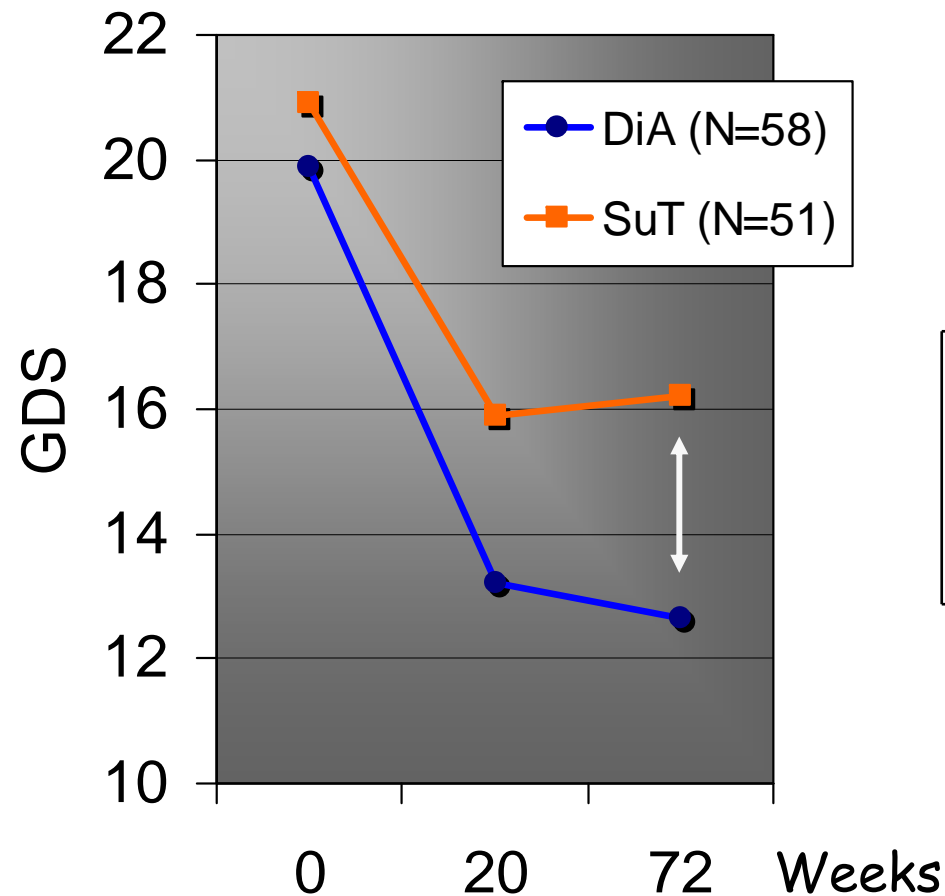
DiA 3: Stichprobe



DiA 3: Stichprobenmerkmale

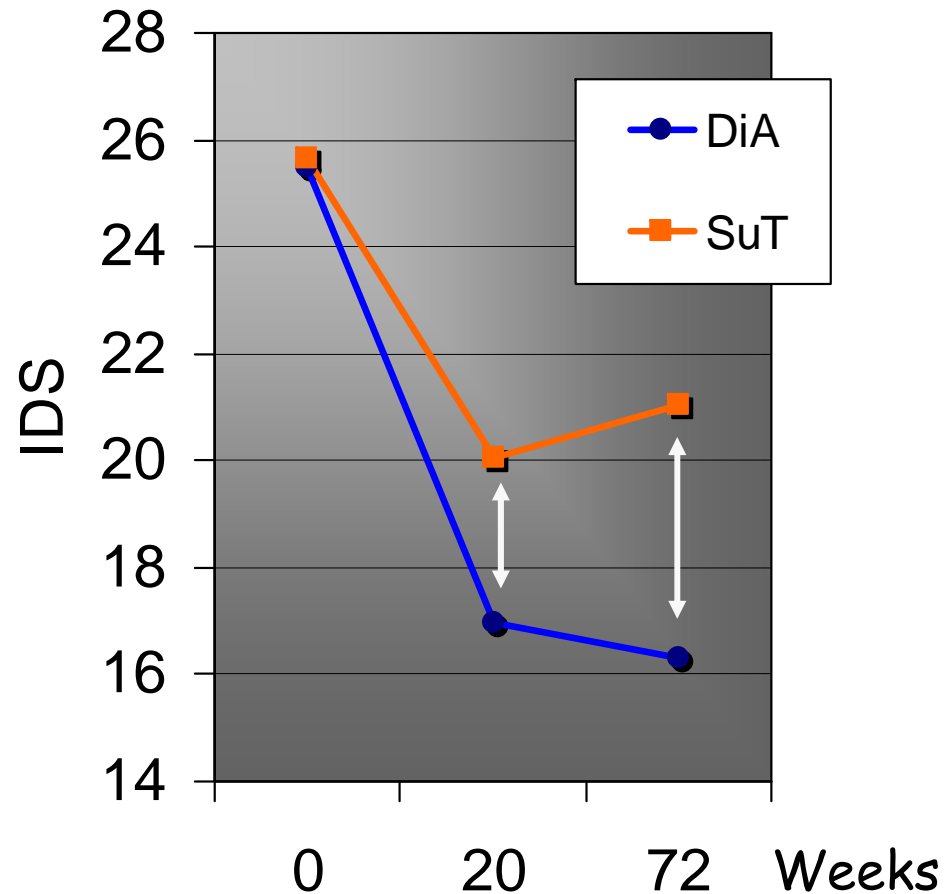
		DiA		SuT	
		G	I	G	I
Age		71,7	72,6	69,9	70,2
> 75 yrs		32 %	26%	18%	26%
Female		71 %	51%	65 %	80%
Diagnosis	MDD	70,6 %	63,0%	76,9 %	92,0%
	Dysthymia	19,4 %	37,0%	23,1 %	8,0%
Komorbidity		16,1 %	22,2%	23,1 %	24,0%
MDD, lifetime		58,4 %	70,7%	68,5 %	68,0%
Antidepressive Med.		68,4 %	70,4%	71,5 %	80,0%
Mild cogn. imp. (25> MMST >21)		51,6 %	29,6%	50,0 %	50,0%

DiA 3: GDS time × kind of trx



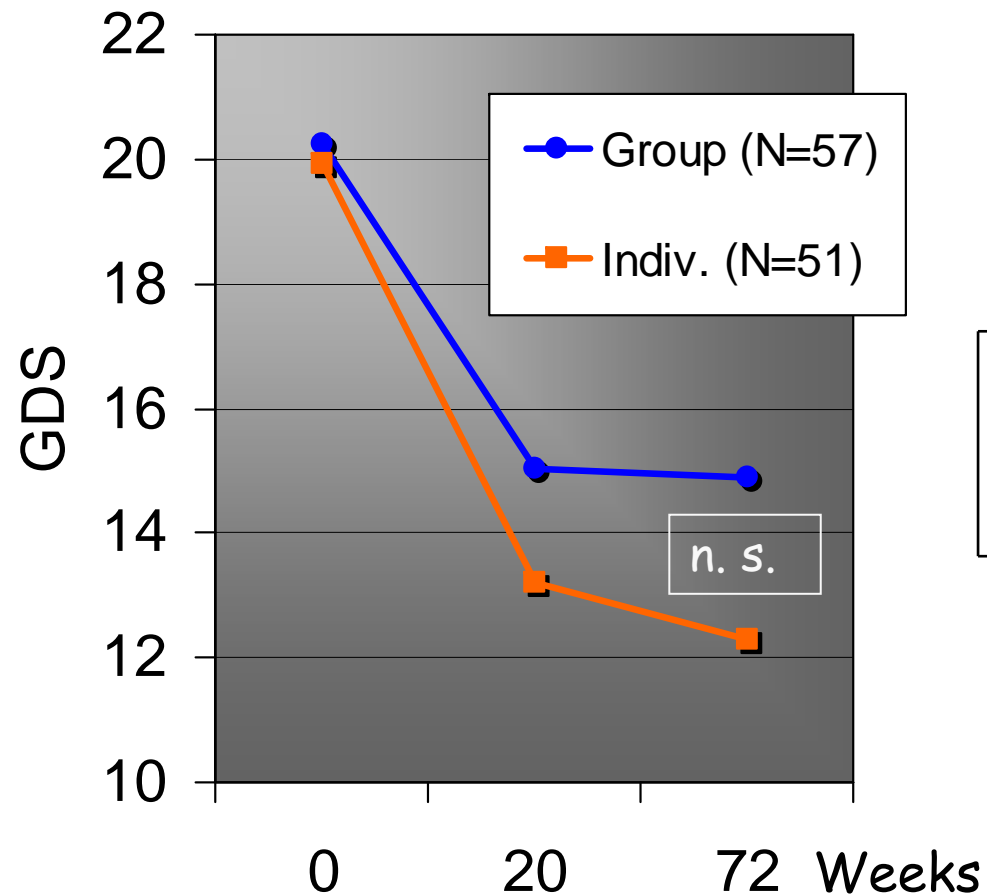
		Weeks		
		0	20	72
	DiA	19,9	13,2	12,7
	SuT	20,9	15,9	16,2

DiA 3: IDS time × kind of trx



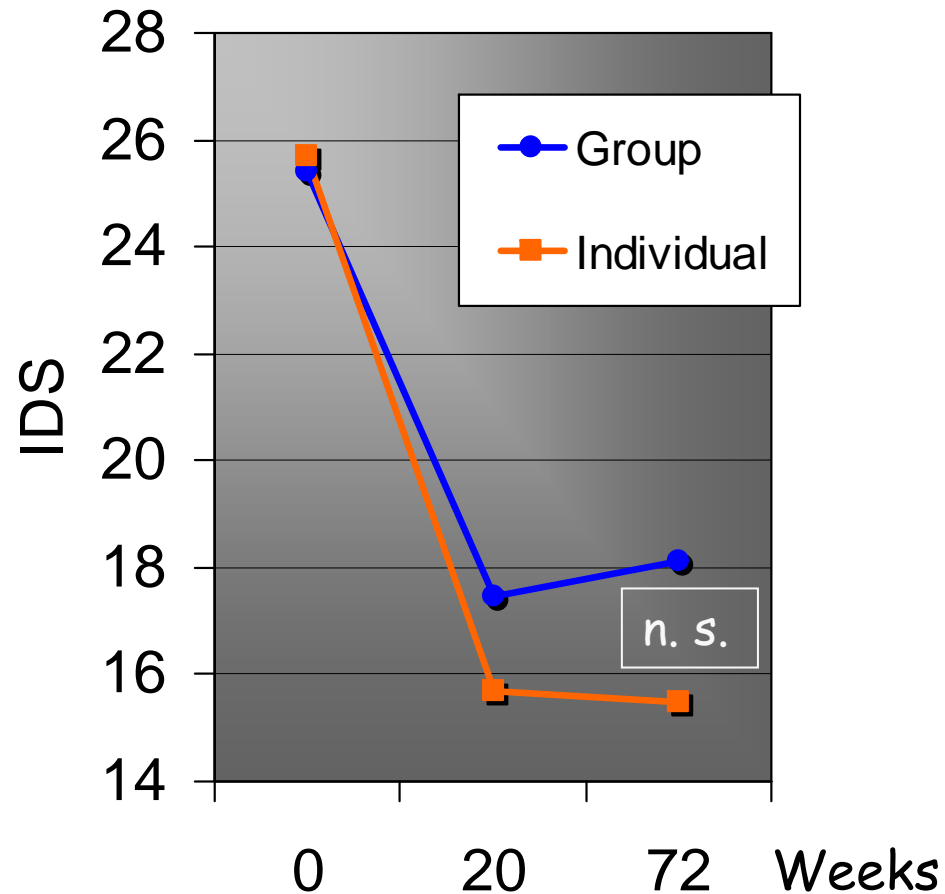
		Weeks		
		0	20	72
	DiA	25,5	17,0	16,3
	SuT	25,7	20,1	21,1

DiA 3: GDS time x setting



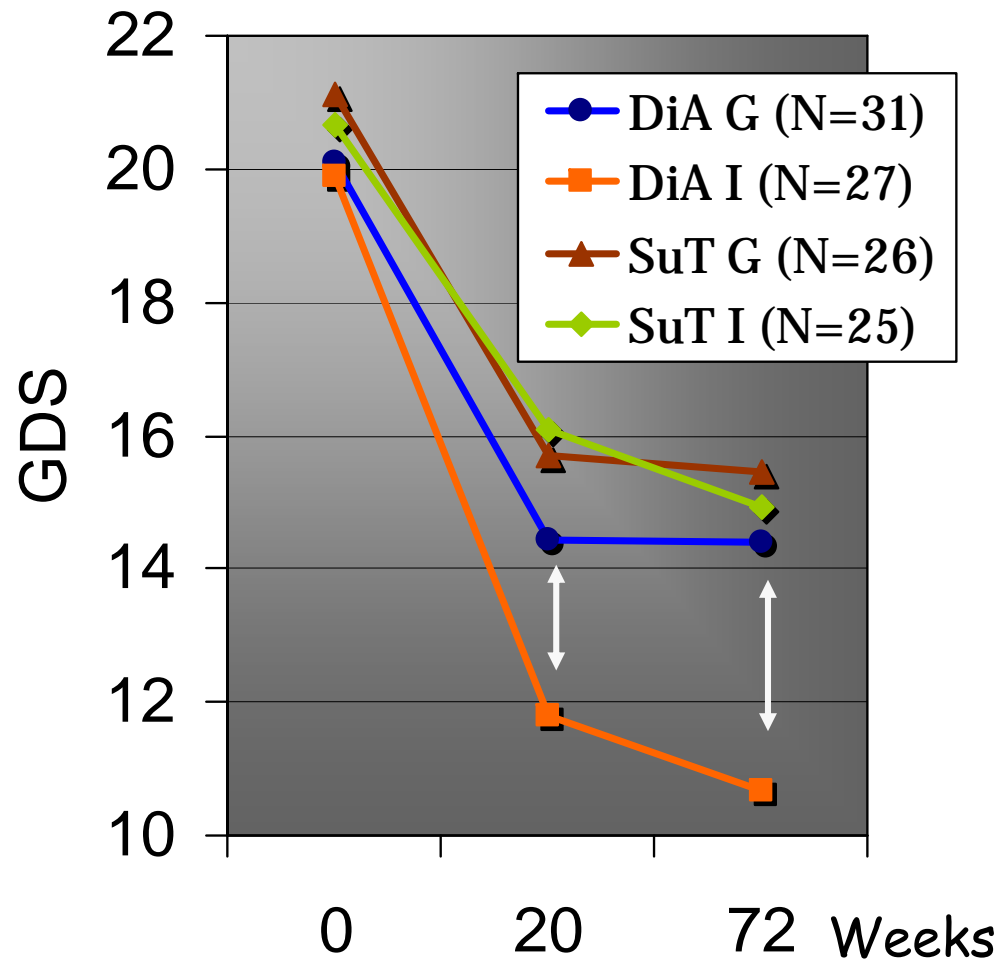
		Weeks		
		0	20	72
G	20,2	15,0	14,9	
I	19,9	13,2	12,3	

DiA 3: IDS time x setting



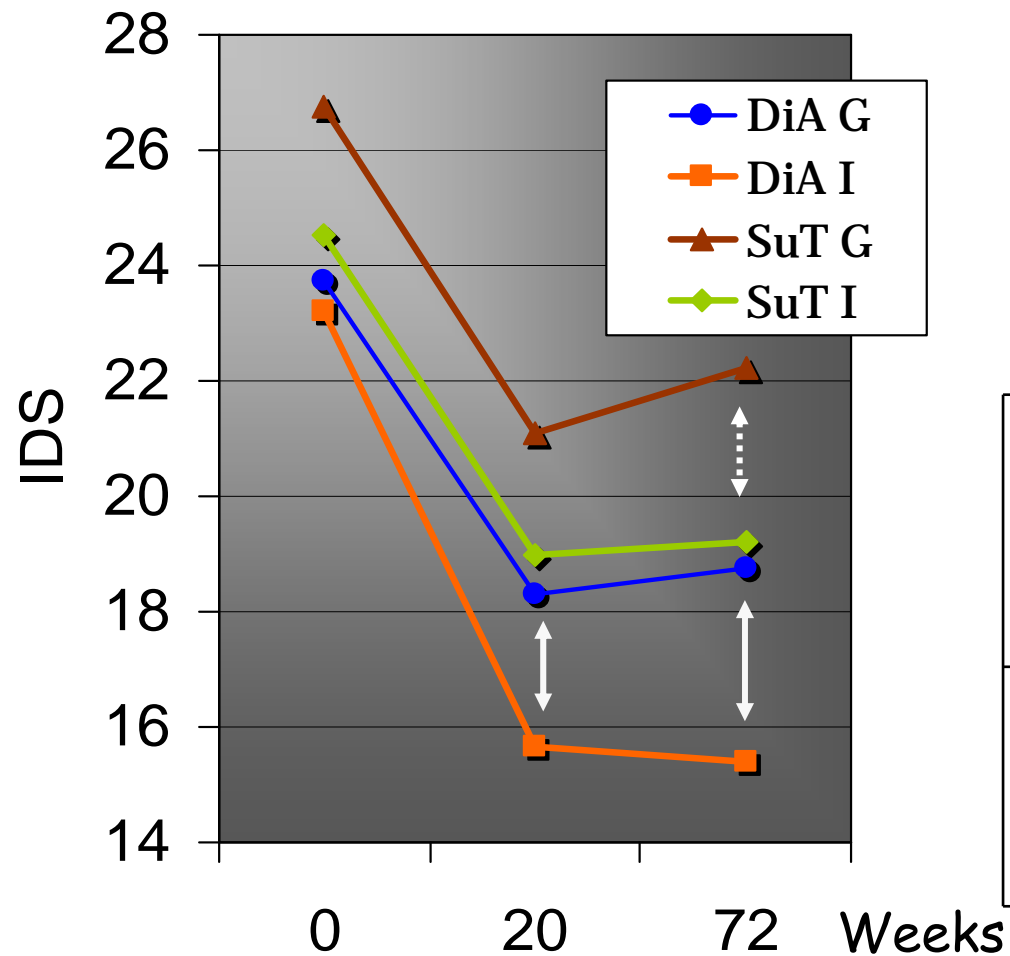
		Weeks		
		0	20	72
G	25,4	17,5	18,1	
I	25,7	15,7	15,5	

DiA 3: GDS time×kind of trx×setting



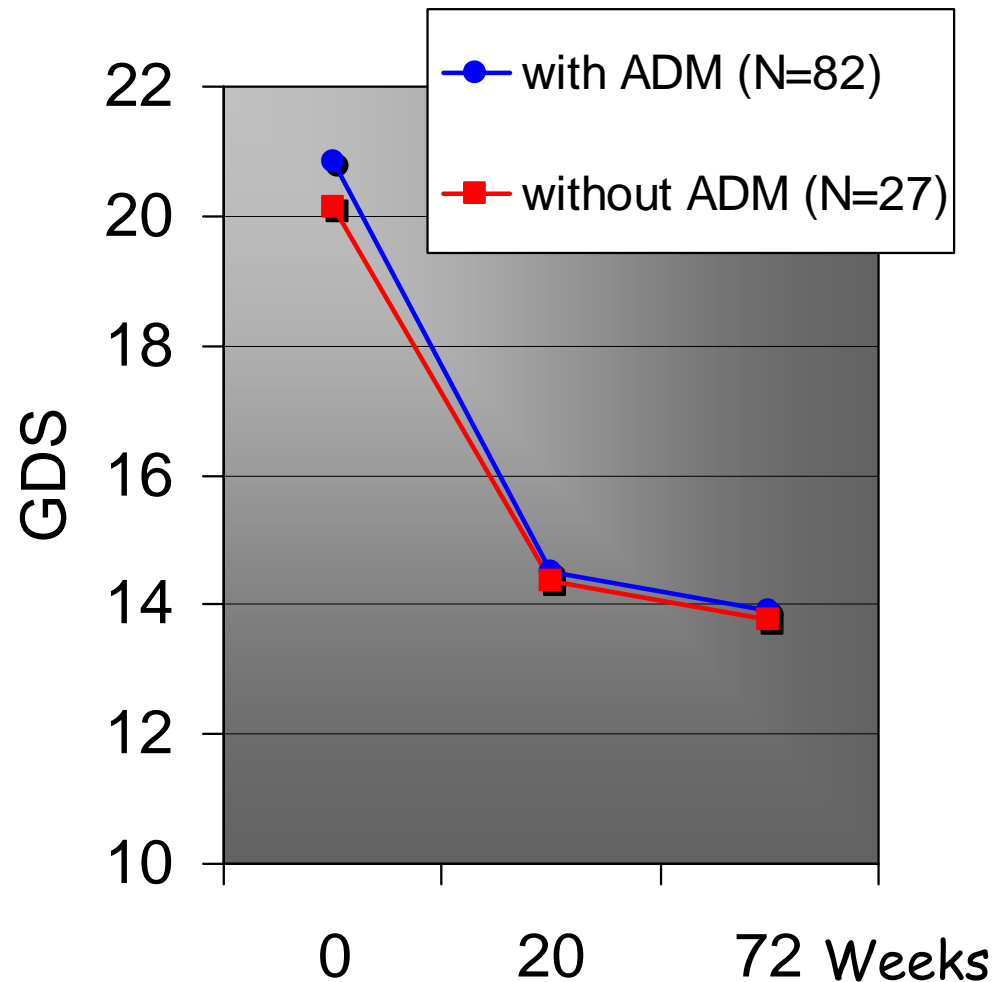
		Weeks		
		0	20	72
DiA	G	20,1	14,5	14,4
	I	19,9	11,8	10,7
Su T	G	21,1	15,7	15,5
	I	20,7	16,1	14,9

DiA 3: IDS time×kind of trx×setting



		Weeks		
		0	20	72
DiA	G	23,7	18,3	18,7 5
	I	23,2	15,6	15,4
Su T	G	26,8	21,1	22,2
	I	24,5	19,0	19,8

DiA 3: time \times antidepressants



		Weeks		
		0	20	72
	With	20,8	14,5	13,9
	without	20,1	14,4	13,8

„Haben Sie von Therapie profitiert?“

	KVT G	KVT E	UPT G	UPT E
Ja zu t2	73,5%	88,5%	67%	76%
Ja zu t6	58,5%	80%	40%	54%



Günstige Prognose des Behandlungserfolgs

- Längere Behandlungen, mehr Th-Sitzungen
- Symptomreduktion (Besserung) in ersten vier Wochen
- Depressionsschwere zu Beginn
- Positiver innerer Monolog
- Erhöhte Anzahl unterstützender Personen

Diabetes im Alter und Depression

To compare the efficacy of diabetes- specific cognitive behavioural therapy (CBT) vs. intensified treatment as usual (TAU) vs. a guided self-help intervention "Successful aging with Diabetes" (SH) regarding improvement of health related quality of life (HRQoL).

After 12 weeks of open-label therapy, both group interventions will be reduced to one monthly session in the long-term phase of the trial. The primary outcome variable is a significant improvement of health-related quality of life at the one year follow-up. The most important secondary outcome variables are reduction of depression symptoms, prevention of moderate/severe major depression and mortality and cost-effectiveness.

Key inclusion criteria

Diabetes mellitus type 2 diagnosed at least 6 months before entering the trial,
65 to 85 years of age,

Minor depression (adapted from the DSM-IV-TR research criteria: we require 3-4 symptoms rather than 2-4 symptoms and a past history of major depression is not an exclusion criteria),
or mild major depression (according to DSM-IV-TR criteria 5 to 6 depressive symptoms),
living near the coordination institution where treatment will take place,
signed written informed consent.