

Anpassungsstörung - Konfliktpotenzial auch im Alter

Prof. Dr. Konrad Reschke
Vortrag am 16. 07. 2024 im Rahmen
des Fachtages Gerontopsychiatrie
Mittelfranken

Beginnen möchte ich mit zwei Zitaten

Auch aus Steinen, die einem in den Weg gelegt werden, kann man Schönes bauen!

(J.W. von Goethe)

Leben bedeutet, Probleme zu haben, und Probleme lösen bedeutet, geistig zu wachsen.

(J.P. Guildford, Psychologe)

Was bedeutet dieses Zeichen?

壳 枇

Chinesisches Schriftzeichen für Krise

The image displays two Chinese characters in a bold, expressive calligraphic style. The character on the left is '危' (wēi), which means 'danger' or 'hazard'. It features a sharp, pointed top and a curved, hook-like bottom. The character on the right is '机' (jī), which means 'opportunity' or 'chance'. It has a more complex structure with multiple strokes, including a prominent vertical stroke and a large, sweeping curve at the bottom.

Gefahr

Gelegenheit

Gliederung

1. Vorwort
2. Beispiel
3. Grundlagen Anpassungsstörungen
4. Hilft die digitale Wunderwaffe gegen Symptome der Anpassungsstörung?
5. Suizidalität bei Anpassungsstörungen
6. Fazit: Sie haben es in der Hand – Anregungen für die Selbsthilfe

1. Vorwort

- Willkommen und Danke – Ich habe mich sehr über die Einladung gefreut
- Themenwahl – ist gut – warum?
- Anpassungsstörungen sind nicht selten, aber gutartig, können völlig remittieren (sich zurückbilden) Dörner & Plog: Irren ist menschlich
- Sie haben oft eine depressive Komponente – es besteht Verwechslungsgefahr
- Depressive Menschen – die sich selbst und andere niederschlagenden Menschen, also auch die APS wirken sich in die Familie und Partnerschaften aus

2. Fallbeispiel: Coronazeit kann krank machen

- Mann, 55 Jahre, erfolgreich im Veranstaltungs-Management



- Tourismusindustrie geht in den Lock down
- Sitzt zu Hause und hat 10 % Kurzarbeit
- Kann nicht mehr essen, beginnt negative Gedanken und Erwartungen haben und stellt sich, seine Leistungen und sein Leben zunehmend in Frage
- Warum lebe ich eigentlich noch?

3. Grundlagen Anpassungsstörung

Schwerpunkt

„Was ist aus der guten alten neurotischen Depression geworden?“¹

Anpassungsstörung? Dysthymia? Chronische Depression?

Manfred Wolfersdorf

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Abteilung Depressionszentrum/
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, am Bezirkskrankenhaus Bayreuth

psychoneuro 2005; 31 (1): 30–34

Die „neurotische Depression“ wurde nach ICD-9 definiert als Neurose mit unverhältnismäßig starker Depression, die gewöhnlich einer erkennbaren traumatisierenden Erfahrung folgt. Dies war unabhängig davon, ob die neurotische Depression als „milde“ Form einer depressiven Störung oder als eine über die Form der Objektbeziehung psychodynamisch definierte Erkrankung betrachtet wurde. Nach der ICD-10 werden heute darunter im Wesentlichen das Dysthymia-Konzept und anhaltende affektive Störungen verstanden. Dies ist jedoch weder für Entscheidungen zur Psychotherapie, zur Saziotherapie noch zur biologisch-orientierten Therapie hilfreich. Empfohlen wird daher, die „Dysthymia“ zu zerlegen in die klassische neurotische Depression, die primär chronische Depression, episodentilberdauernde (minor depression) Restsymptomatik und kurzfristige depressive Verstimmungen.

Der Begriff „neurotische Depression“ gilt landläufig als eine „psychodynamische“ Diagnose – wobei terminologische Vorläufer den noch nach der ICD-9 als „neurotische Depression“ bezeichneten psychischen Zustand zunächst hauptsächlich um den Melancholie-Begriff bzw. in die Nähe zur „Hysterie“ und zum „Neurasthenischen“ rückten. Gaupp (9) sprach von der „Hystero-Melancholie“, Ziehen (6) von der „Melancholie der Hysterischen“ oder Krafft-Ebing (13) von der „Melancholie auf hysterischer Grundlage“. Bumke (1) nannte die „nervöse Depression“ oder auch „hysterische Depression“, Reichardt (16) die „reaktive Depres-

sion“, die er als „psychopathologische Reaktion“ verstand. Kugler (14) sprach zunächst von „Neurosen der Depression“, dann von „depressiven Neurosen“. Dornblüth (5) beschrieb in seinem Lehrbuch für Studierende und Ärzte als „Psychoneurosen“ die Neurasthenie, die Hysterie und die Psychasthenie und sprach von „neurasthenischen Depressionszuständen“. Bei Buzzard (2) bzw. Kugler (14) scheint der Begriff der „depressiven Neurose“ bzw. „neurotischen Depression“ erstmals aufzutauchen. Die „depressive Reaktion“ wird möglicherweise erstmals von Reichardt (16) so benannt.

Neurotische Erkrankungen werden immer mit Psychoanalyse/Tiefenpsychologie und Freud in Verbindung gebracht, wengleich Freud selbst die Benennung „neurotische Depression“ nie verwendete. Sein bekanntester und in seiner theoretischen



Manfred Wolfersdorf

Validität heute immer noch empfehlenswerter Beitrag zur Depressionstheorie ist die Arbeit „Trauer und Melancholie“ (8), wobei er folgende Rahmenbedingungen für die Entstehung einer Melancholie formuliert:

- Einen **narzisstischen Typus der Objektwahl**, damit eine gewisse Übereinstimmung der inneren Bedürfnisse des Betroffenen mit äußeren Objekten, die entweder eigenen früheren oder ersehnten und idealisierten Eigenschaften entsprechen, die das Objekt stellvertretend repräsentieren muss, sowie
- eine **Irritation dieser Beziehung** durch eine tatsächliche oder phantasierte Kränkung/Verlustsituation, die schließlich zur Verinnerlichung des ambivalent geliebten-gehassten Objektes führt. Der Hass auf das einst äußere Objekt wütet nun im Inneren des Depressiven und richtet sich gegen das Ich; daraus erklären sich Selbstanklage des Depressiven und das hohe Suizidrisiko (6).

Freud hat jedoch nicht von „neurotischer Depression“ gesprochen, sondern eine allgemeine Psychodynamik der Melancholie beschrieben. In der weiteren psychoanalytischen



Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

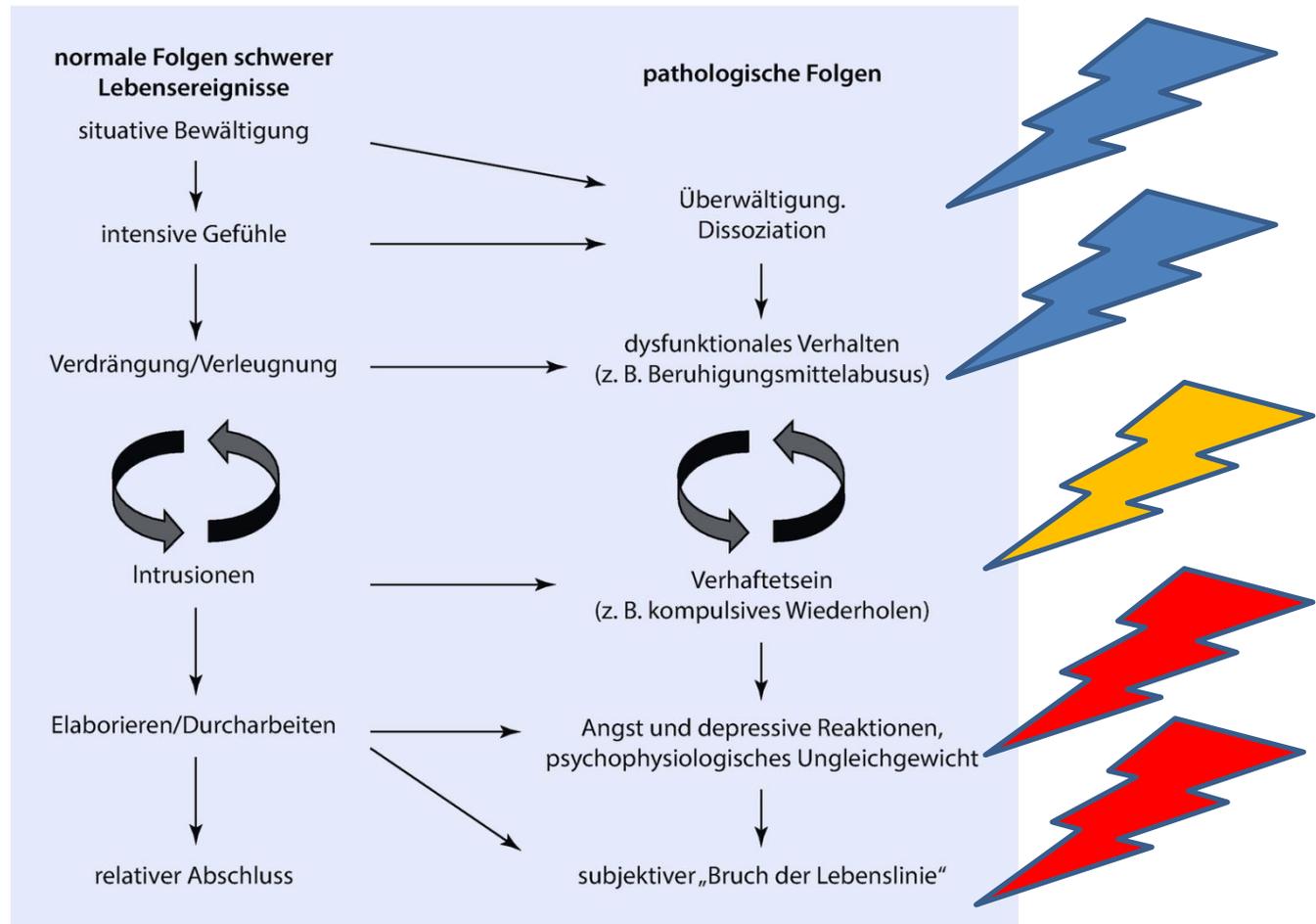
¹ Dies ist der Titel eines von Heinz Katschnig und Ulrike Demel 2002 (12) im Facultas Verlag Wien herausgegebenen Buches, das hier zitiert wird.

Auslöser der Anpassungsstörung sind:

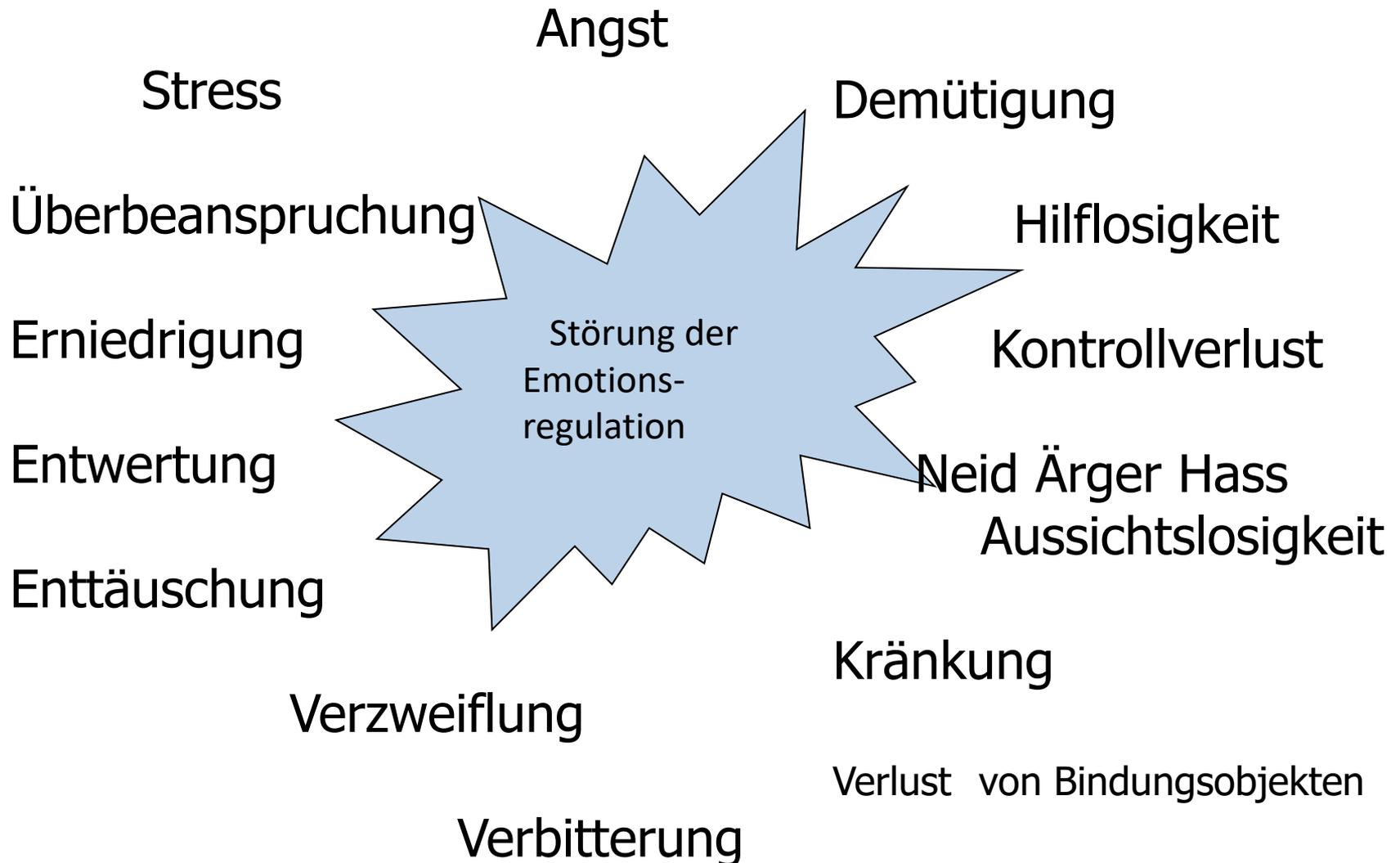


Tod eines Angehörigen, Krankheit, Scheidung, Multimorbidität, Arbeitsplatzverlust, Mobbing, Konflikte, Familienstreit, Karriere-Knick, Ansehensverlust, Suspendierung vom Dienst, Verlust, Trauer, Gewalterfahrungen und Terrorbedrohungen, erlebt oder berichtet

Auslöser sind kritische Lebensereignisse → APS= Folgen

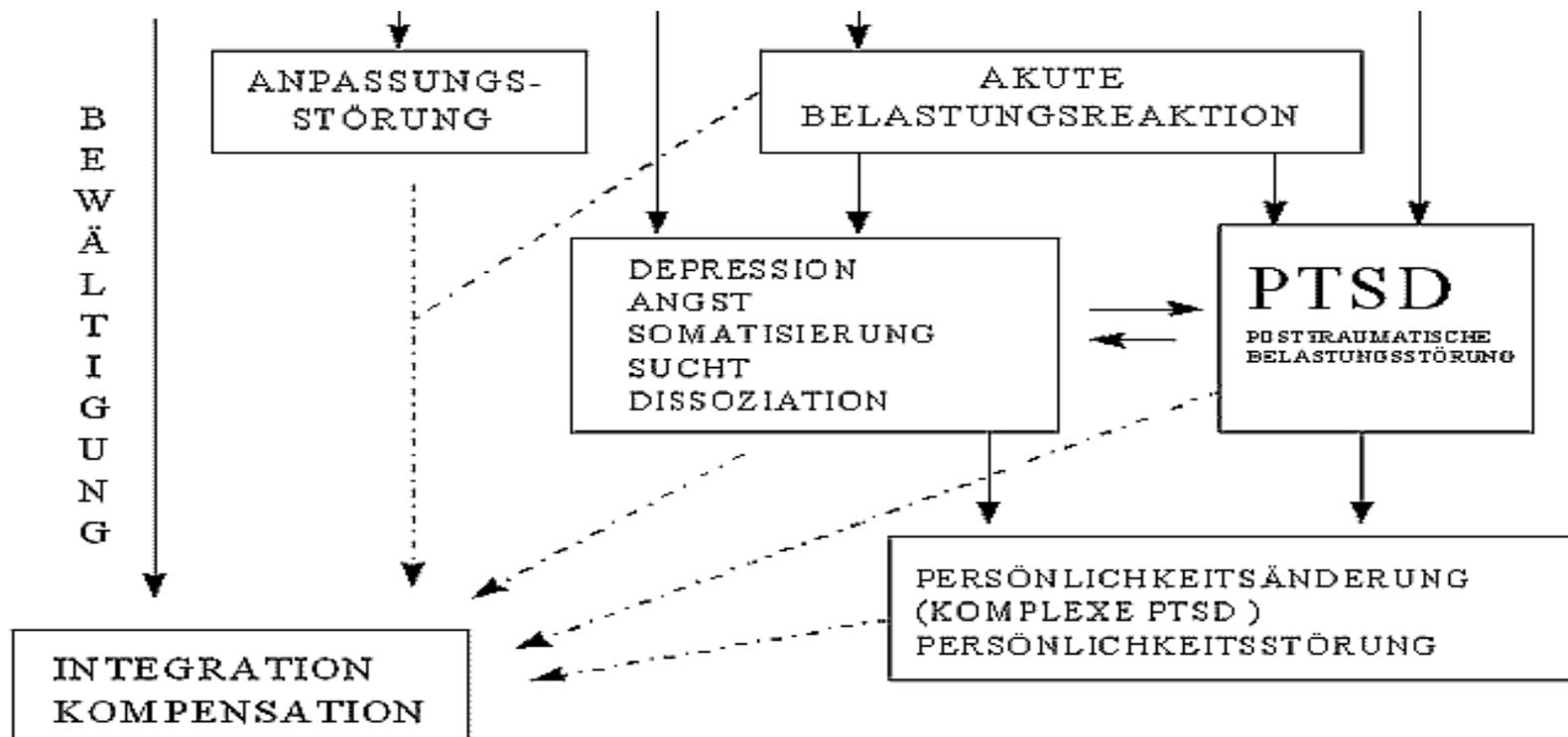


Dysfunktionale Emotionale Schemata der Anpassungsstörung sind zentral



Kritische Lebensereignisse und ihre psychischen Folgen

Kritisches Lebensereignis – Verlust - Trauma



Definition der Anpassungsstörung nach ICD-10

- **Ist eine kurzfristige Reaktion auf ein einmaliges oder fortbestehendes belastendes Ereignis, das nicht dramatisch oder lebensbedrohlich ist, welche in ihrer Intensität der Emotionen oder des Verhaltens über das normale Ausmaß hinausgeht, das im Falle einer solchen Belastung normalerweise zu beobachten wäre**
- **sie ist durch subjektives Leiden und eine emotionale Beeinträchtigung, Einschränkung der sozialen Funktionen und der Leistungen gekennzeichnet**

ICD 11

- Ist eine zeitlich befristete, (transiente) Störung, die sich üblicherweise innerhalb eines Monats nach dem Auftreten der Belastung bildet und die sich meist innerhalb von sechs Monaten zurückbildet, wenn die Belastung selbst nicht für einen längeren Zeitraum besteht.
- Symptomatik: Klinisches Leiden, Präokkupation und Leistungsversagen

Psychische Symptome sind sehr variabel

Denken, Fühlen, Motivation sind beeinträchtigt

- Niedergeschlagenheit
- Gefühl der Sinnlosigkeit
- Interesselosigkeit
- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- Gefühl der Gefühllosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken

Körperliche Symptome – sehr vom prämorbidem Zustand abhängig

- Gewichtsabnahme, Inappetenz
- **Schlafstörungen: Durchschlafstörungen, Morgentief**
- Druck- und Engegefühl im Hals und über der Brust
- Schweißausbrüche, Herzklopfen,
- Fehlende Libido
- Kraftlosigkeit und fehlende Frische, rasche Erschöpfbarkeit

Verändertes Verhalten

- Sozialer Rückzug
- Psychomotorische Hemmung / Agitiertheit
- Veränderte (Körper) - Sprache
- Antriebslosigkeit
- Suizid, Suizidversuche, Suizidankündigungen

Die Anpassungsstörung

Diagnostische Kriterien der Kategorie F 43.2 (ICD 10)

Entscheidende Lebensveränderung
Belastendes Ereignis
Schwere körperliche Erkrankung



Psychische Störung
mit emotionalen oder verhaltensmässigen Symptomen
Angst - depressive Stimmung - Verhaltensauffälligkeiten - Impulsivität
Suizidalität - Schmerzen - sexuelle Störungen - Insomnie - Essstörungen

Latenzzeit
1-3 Monate

Dauer
6-24 Monate

Ausmaß
- verursacht klinisches Leiden
- übersteigt das Ausmaß normaler Belastungsreaktionen
- erfüllt nicht die Kriterien anderer spezifischer Störungen

Symptomatik der Unterformen

- F43.20: Kurze depressive Reaktion (Dauer \leq 1 Monat)
 - F43.21: Längere depressive Reaktion (Dauer \leq 2 Jahre)
 - F43.22: Angst und depressive Reaktion gemischt (schwächer als F41.2 und F41.3)
 - F43.23: Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle, auch für Kinder mit regressiven Verhalten wie Daumenlutschen und Bettnässen nach kritischen LE)
 - F43.24: Mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens
 - F43.25: Mit vorwiegender Störung von Gefühlen und Sozialverhalten
 - F43.28: Mit sonstigen spezifischen deutlichen (näher bezeichneten vorherrschenden) Symptomen (Kulturschock, Migration, abnorme Trauerreaktion, Hospitalismus)
 - F43.29: Nicht näher bezeichnete Anpassungsstörung
-
- F43.8 nicht näher bezeichnete R.a.s.B.
 - F43.9 sonstige Reaktion a.s. B.

Epidemiologie

Anpassungsstörungen – eine häufige Diagnose?

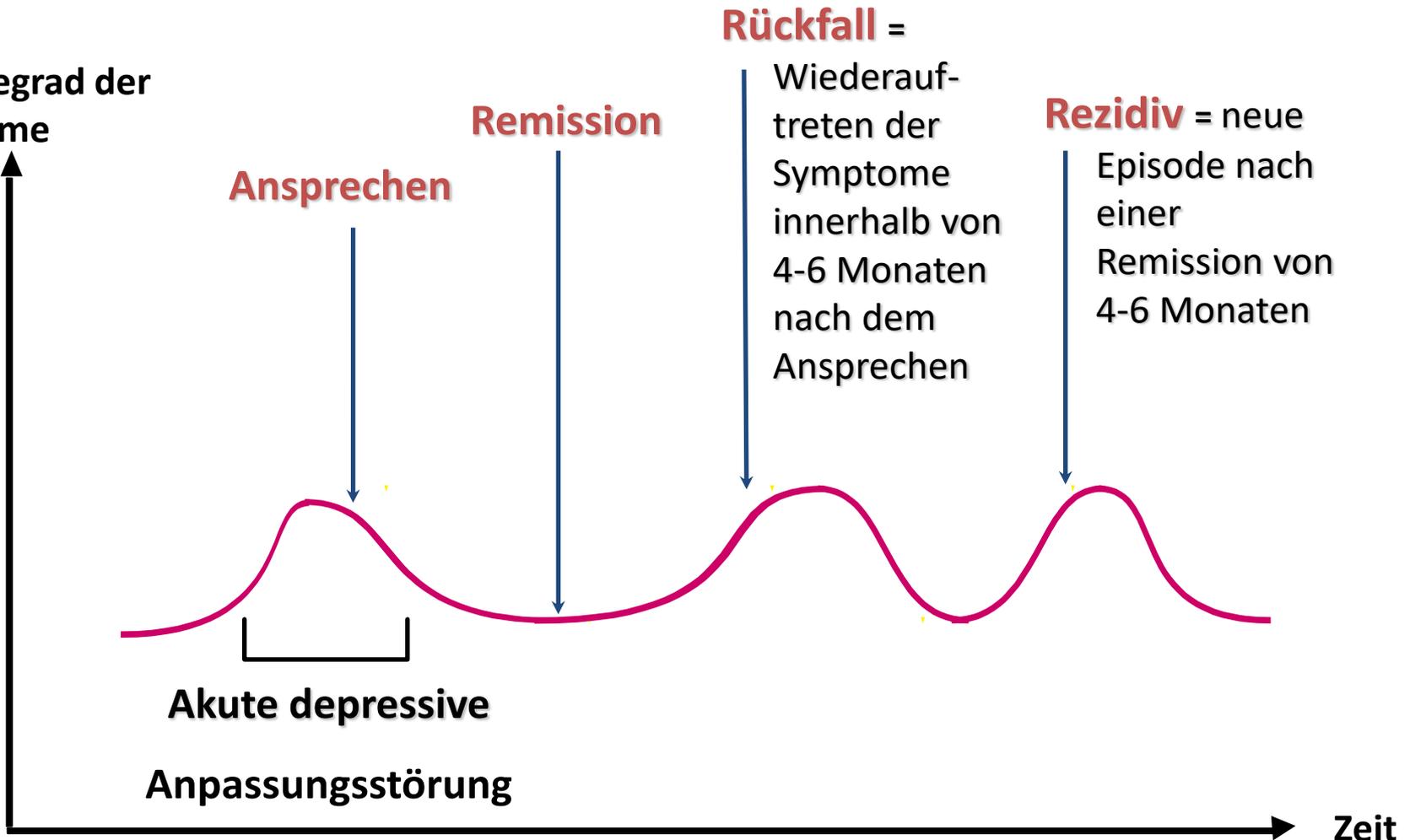
- Lebenszeitprävalenzen schwanken zwischen 5 und 20%
- Bei Patienten der ambulanten Psychotherapie oder Patienten in ambulanter psychiatrischer Behandlung ist Prävalenz der Hauptdiagnose Anpassungsstörung zwischen 5-20%
- Keine Geschlechterdifferenzen
- Häufungen bei Alleinstehenden, jungen und älteren Menschen
- im Zusammenhang mit spezifischen Lebensphasen stehend

Komorbidität: ja

Häufige duale Diagnose

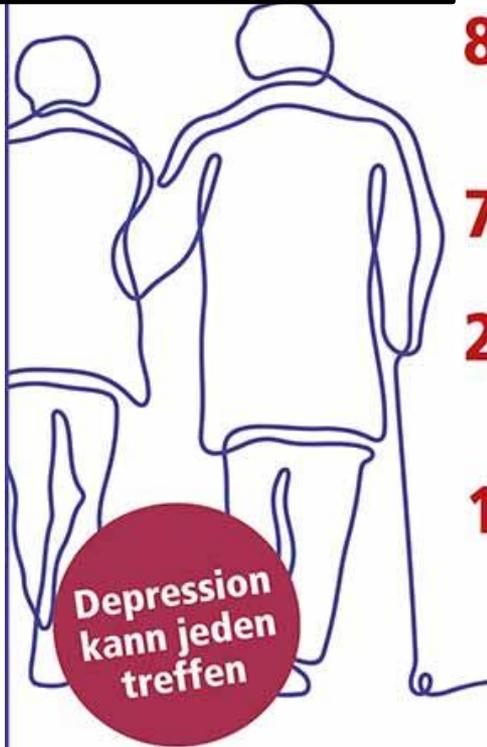
Unterscheidung von Rückfall und Rezidiv

Schweregrad der Symptome



Häufigkeit der depressiven Anpassungsstörung im Alter ist hoch

Depressive Anpassungsstörung



im Alter wird unterschätzt

- 83%** glauben, dass Depression am häufigsten im jungen und mittleren Erwachsenenalter auftritt.
- 74%** gehen davon aus, dass Depression im Alter schlechter erkannt wird.
- 22%** meinen, dass bei Älteren die Behandlung körperlicher Erkrankungen wichtiger ist.
- 17%** sprachen sich sogar dafür aus, Ressourcen des Gesundheitssystems lieber für die Behandlung jüngerer Betroffener auszugeben.

Verlauf und Prognose

- meist gutartiger Verlauf (nur wenige Längsschnittstudien)
- Symptomwandel: kann sich in eine manifeste depressive Störung wandeln
Persönlichkeitsstörungen und Alkoholabhängigkeits-erkrankungen in Folge möglich



Prävention

Da Anpassungsstörungen sehr häufig komorbid bei rehabilitationsbedürftigen körperlichen und psychischen Erkrankungen auftreten, sind präventive Maßnahmen schon in der Einleitungsphase einer Rehabilitationsmaßnahme nötig und möglich!

Prävention meint:

- **Aus- und Fortbildung von Hausärzten, Pfarrern, Psychotherapeuten, Sozialmedizinern und Ärzten in der Rehabilitation**
- **differenzierte Vorbereitung des Patienten durch Hausarzt auch im Hinblick auf die Anpassungserfordernisse einer Erkrankung**
- **Motivation des Patienten (u.U. schriftliches Aufklärungsmaterial)**
- **Motivierungs- und Vorbereitungsgruppen im Zuge der Rehabilitationsmaßnahmen, begleitende psychologische Intervention während der Reha und Selbsthilfegruppen und Gruppen nach der Reha**
- **Sensibilisierung der sozialen Netzwerke**

Die Bedeutung der Anpassungsstörung ist heute allgemein anerkannt:

„Neben den Belastungsstörungen haben Anpassungsstörungen, die noch vor Jahren als Bagatellerkrankungen bezeichnet worden sind, mittlerweile in der Bevölkerung ein solches zahlenmäßiges Ausmaß angenommen, dass sie zu einer hohen Zahl an Arbeitsunfähigkeitstagen führen ...“
(Deneke, 1999)

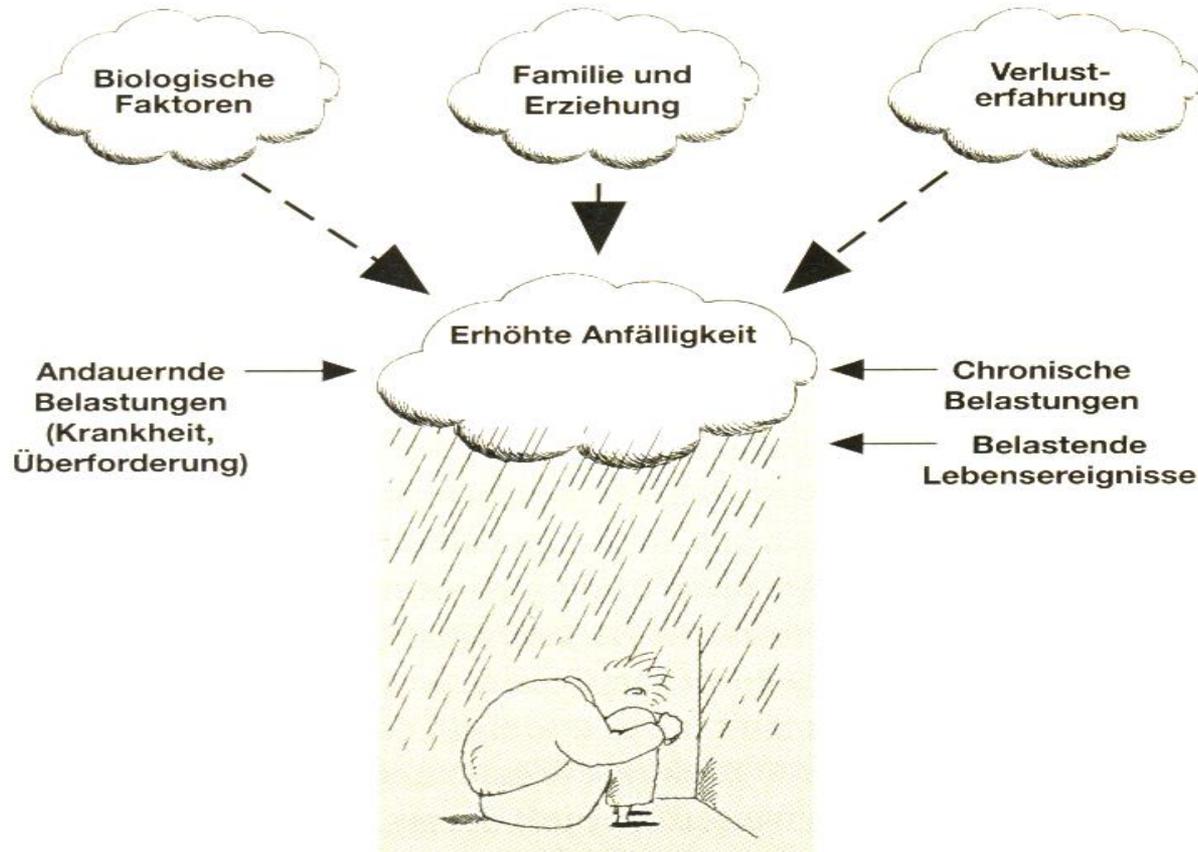
„...Anpassungsstörungen sind entgegen dem erst einmal harmlos klingenden Begriff meist doch erhebliche Belastungen, die nicht nur beeinträchtigen oder gar quälen, sondern oftmals auch – erst einmal unerkannt – den weiteren Lebensverlauf nachhaltig prägen – in der Regel negativ“ (Faust, 2004)

Modelle der Entstehung

- Ja
- Erklären aber nicht alles
- Viele Faktoren spielen zusammen eine Rolle
- Multkausale Genese
- Resilienz
- Protektive Faktoren (Schutzfaktoren) spielen eine große Rolle
- Z. B. Anzahl der kritischen Lebensereignisse in einer zu kurzen Zeit

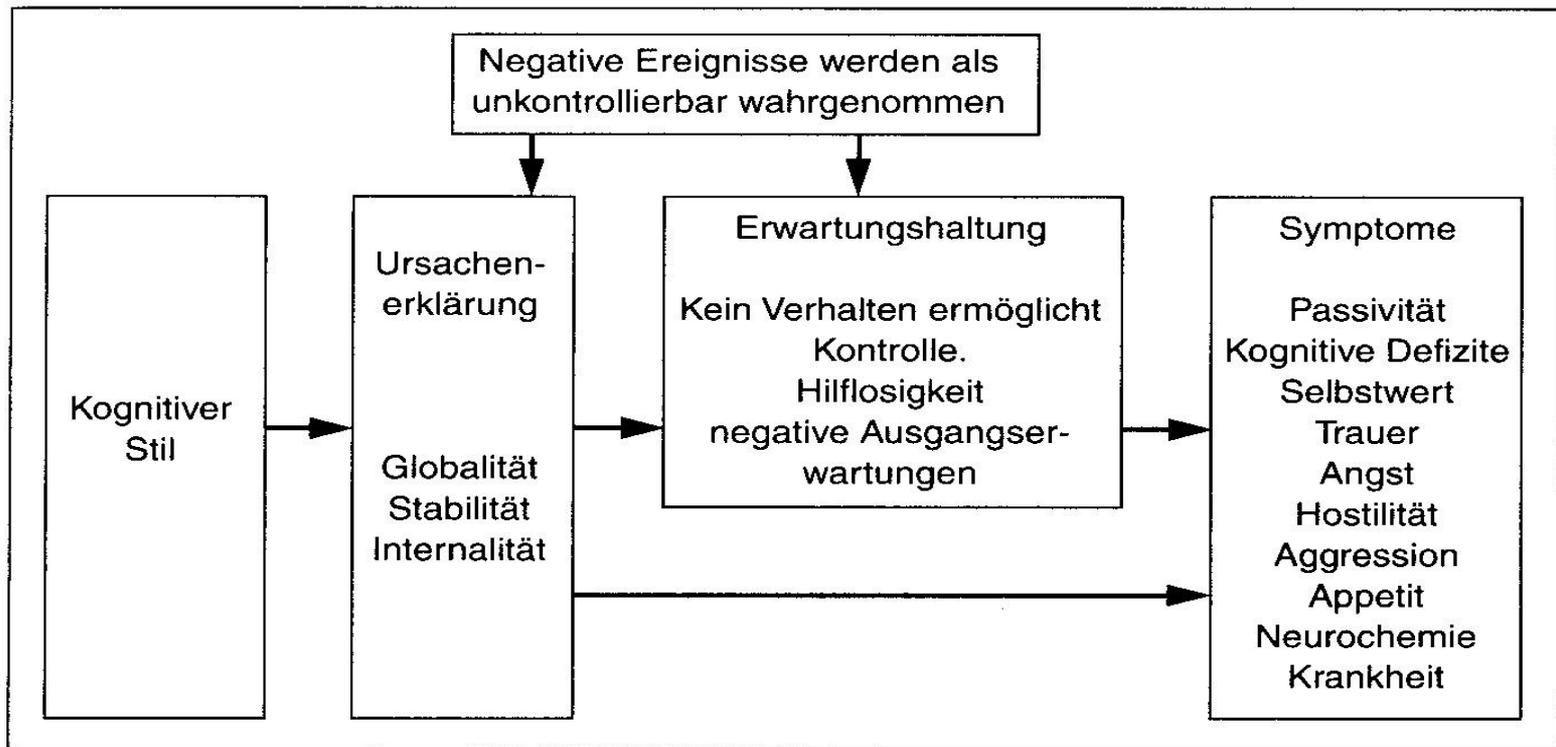
Depressive Anpassungsstörungen sind Ergebnis der Interaktion vielfältiger Vulnerabilitätsfaktoren

Wie kommt es zu einer Anpassungsstörung?



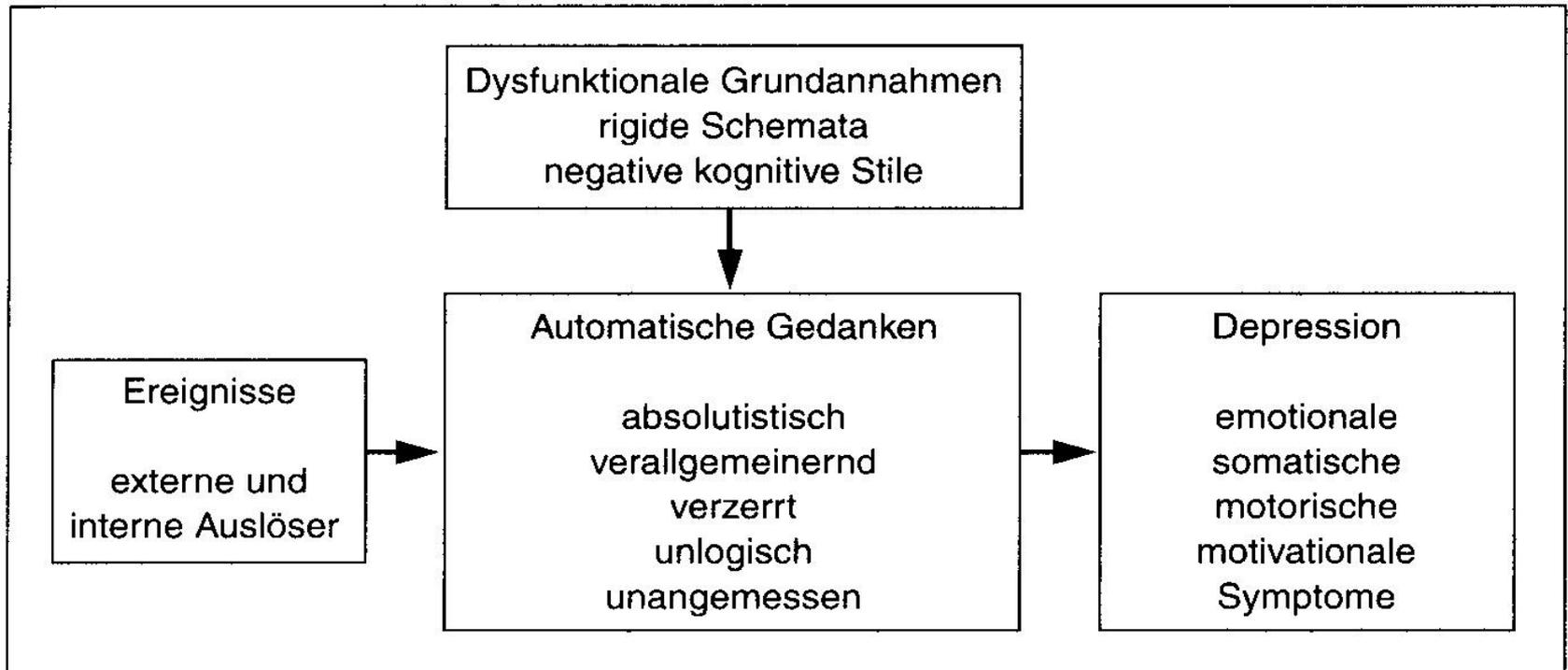
Ausbruch einer Störung

Modell der erlernten Hilflosigkeit (Seligman)

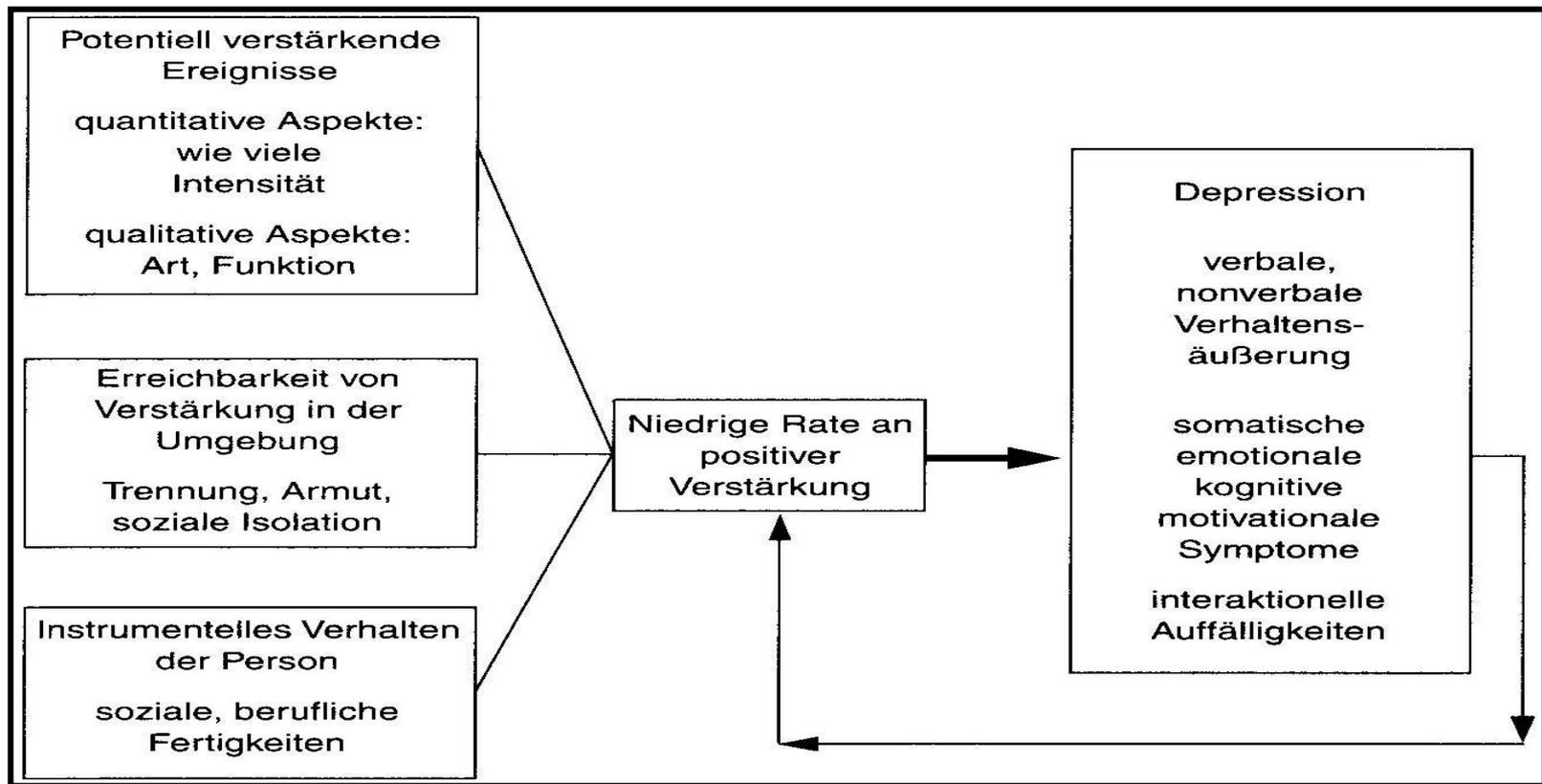


Modell der kognitiven Dysfunktionen (Beck)

- Grundlage einer depressiven Störung sind dysfunktionale kognitive Muster.



Das Verstärkerverlustmodell (Lewinsohn)



Hier schon einmal eine erste Beantwortung der Fragestellung

- „Haben Anpassungsstörungen ein Konfliktpotenzial?“
- Die Antwort gehört in den Arbeitsbereich des Fachmannes, der Fachfrau, des Arztes
- Wichtig sind:
 - Schweregrad (Beck Depressions Inventar über 13)
 - Verlauf (Progredienz und Persistenz der Beschwerden)
 - Anamnese (familiäre Häufung und vorangegangene depressive Episoden, Suizid in der Familie, Isolation)

BDI (Beck Depressions Test)

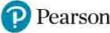


Beck Depressions-Inventar
Revision



Manual

A. T. Beck, R. A. Steer, G. K. Brown
Autoren der deutschen Version:
M. Hautzinger, F. Keller, Ch. Kühner



Therapeut: A. Ziervogel Beck-Depressions-Inventar (BDI-II) Pat.-Chiffre:

Supervisor: Datum:

Anleitung: Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe eine Aussage heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen, das gilt auch für Gruppe 16 (Veränderungen der Schlafgewohnheiten) oder Gruppe 18 (Veränderungen des Appetits).

- | | |
|--|--|
| <p>1. Traurigkeit</p> <p>0 Ich bin nicht traurig
1 Ich bin oft traurig
2 Ich bin ständig traurig
3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte</p> <p>2. Pessimismus</p> <p>0 Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft
1 Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst
2 Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird
3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird</p> <p>3. Versagensgefühle</p> <p>0 Ich fühle mich nicht als Versager
1 Ich habe häufiger Versagensgefühle
2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge
3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein</p> <p>4. Verlust von Freude</p> <p>0 Ich kann die Dinge genauso gut genießen wie früher
1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher
2 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen
3 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen</p> <p>5. Schuldgefühle</p> <p>0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle
1 Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen
2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle
3 Ich habe ständig Schuldgefühle</p> | <p>6. Bestrafungsgefühle</p> <p>0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein
1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden
2 Ich erwarte, bestraft zu werden
3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein</p> <p>7. Selbstablehnung</p> <p>0 Ich halte von mir genauso viel wie immer
1 Ich habe Vertrauen in mich verloren
2 Ich bin von mir enttäuscht
3 Ich lehne mich völlig ab</p> <p>8. Selbstvorwürfe</p> <p>0 Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst
1 Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst
2 Ich kritisiere mich für all meine Mängel
3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert</p> <p>9. Suizidgedanken</p> <p>0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun
1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun
2 Ich möchte mich am liebsten umbringen
3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte</p> <p>10. Weinen</p> <p>0 Ich weine nicht öfter als früher
1 Ich weine jetzt mehr als früher
2 Ich weine beim geringsten Anlass
3 Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht</p> |
|--|--|

Vorsicht

- Bei der Störung der Anpassung handelt es sich um eine Krankheit
- Positiv ist aber:
- Sie ist **behandelbar**
- Sie ist **vollständig heilbar**
- Die therapeutischen Gegen-Mittel sind bekannt und wirksam
- „**ES IST EIN KRAUT GEGEN SIE GEWACHSEN**“

Kommen jetzt die digitalen Wunderwaffen gegen depressive Symptome der Anpassungsstörung? Verschreibt der Arzt die APP?



4. Mit Onlinetherapien gegen depressive Störungen der Anpassung?



Geht das?

Internet basierte Behandlung

- „Moodgym“, „Deprexis“, „HelloBetter“ oder „iFightDepression“ heißen die internetbasierte Programme zur Onlinetherapie bei leichten bis mittelgradigen Störungen
- Die internetbasierte Behandlung bei leichten Depressionen oder Anpassungsstörungen ist sogar schon gut untersucht
- Bei Therapeuten ist die Skepsis aber weit verbreitet

Probleme

- Die, die Behandlung dringend bräuchten, haben häufig nicht mal einen Internet-Anschluss
- Ersetzt nicht die therapeutische Beziehung
- Isolation und Rückzug werden nicht aufgehoben
- **Probleme auch:** Rechtssicherheit, Transparenz in Bezug auf die Datenverarbeitung Qualität onlinebasierter Therapieangebote sowie kostendeckende Abrechnungsmodalitäten

Der zweite Weg ist der in eine Psychiatrische Klinik

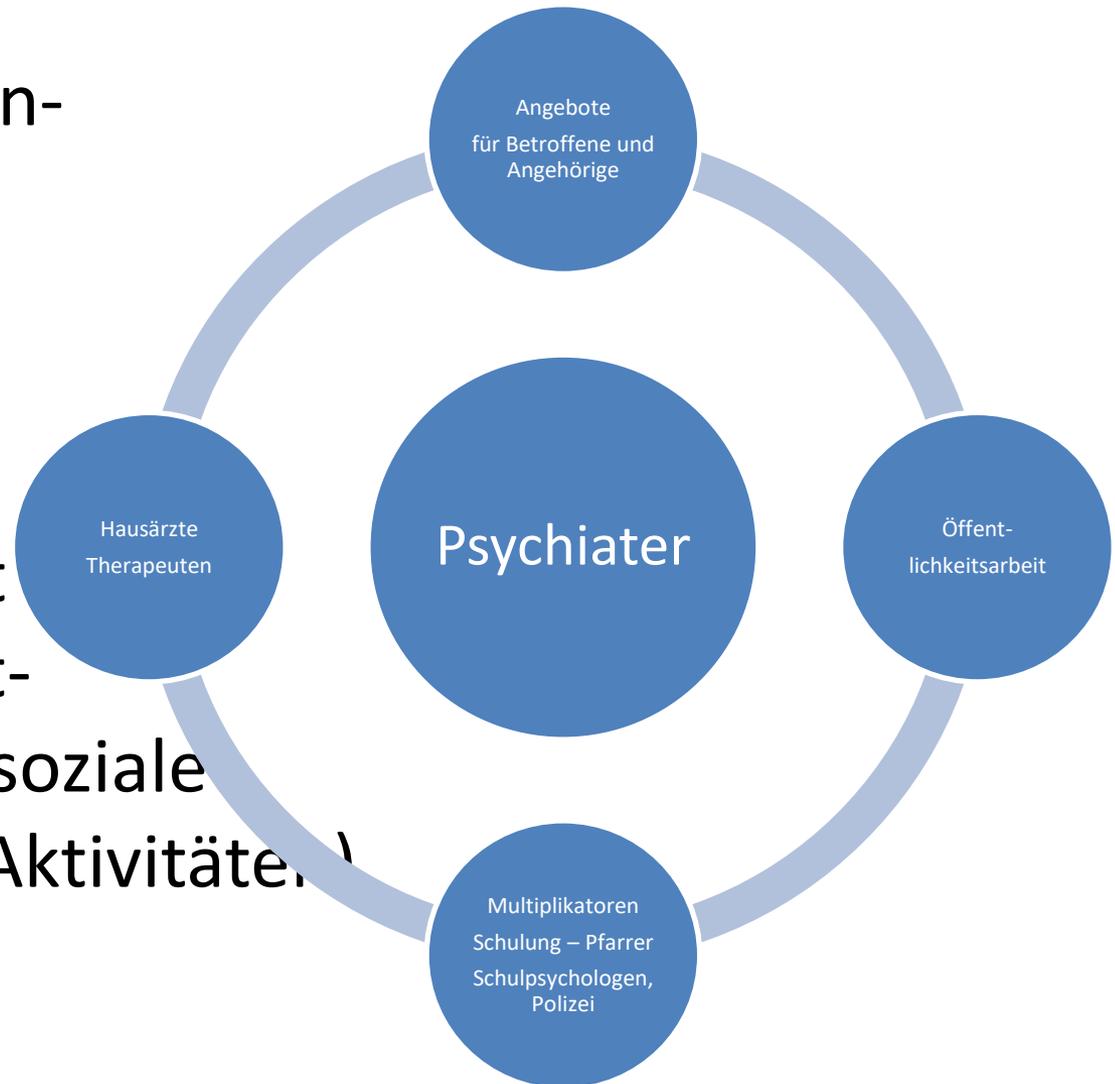
- Neue Wege zur Zusammenarbeit mit Praxispartnern gebraucht
- Abnormen-Schranke immer noch hoch
- Wer möchte den gern schon nach
- #Dösen oder Altscherbitz
- #Uchtspringe
- #Arnsdorf (psychiatrischen Kliniken in Sachsen und Sachsen Anhalt)

Prof. Hegerl

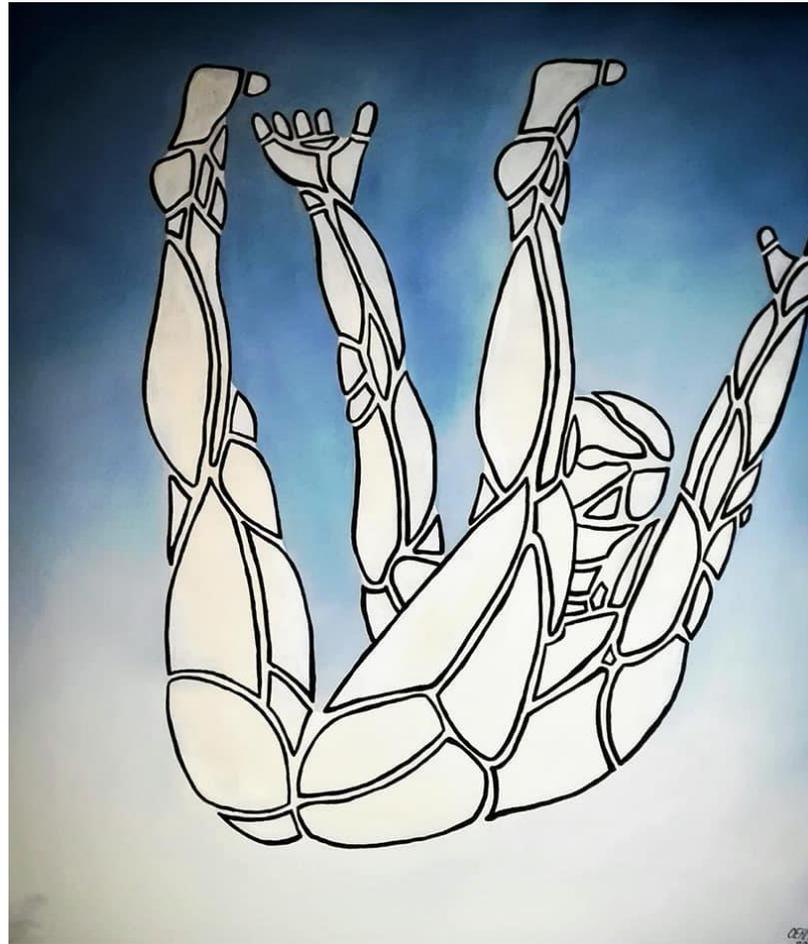
Innovativer 4 Ebenen-
Ansatz zur

Behandlung:

1. Hausarzt
2. Psychiater
3. Psychotherapeut
4. Sozial- und Sport-
Therapie (Teilhabe, soziale
Unterstützung und Aktivitäten)

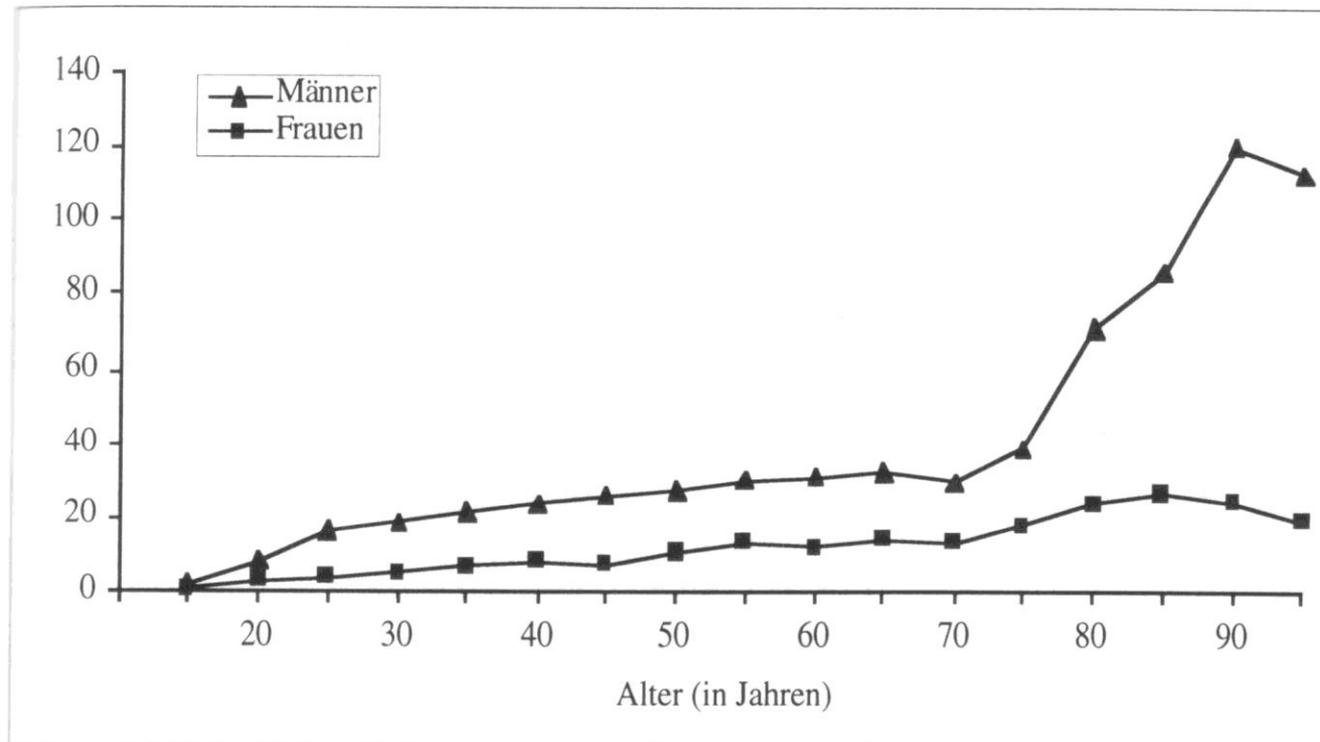


5. Suizid bei Anpassungsstörungen



5.1 Suizidraten – Männer-Risiko hoch

Abbildung 1: Sterbefälle durch Selbstmord und Selbstbeschädigung je 100 000 Einwohner gleichen Alters und gleichen Geschlechts 1993 in Deutschland (Statistisches Bundesamt, Wiesbaden, 1995)



Suizidraten II

Suizidalität bei Heimbewohnern:

Forschungsstand

- wenige Studien (Tabuthema!)

Befunde

- Suizidrate scheinbar nicht erhöht (entspricht Durchschnitt der Gesamtbevölkerung bzw. sogar unterdurchschnittlich)
- Dramatische Erhöhung der Suizidrate bei Einbeziehung indirekten selbstschädigenden Verhaltens

Risikofaktoren:

- Depression
- Neusein im Heim

Was führt zum Suizid?

Modell des totalen Schmerzes

- physisch: Zunahme von Einschränkungen
u. U. Folge: Pflegebedürftigkeit
- seelisch: Einsamkeit
- sozial: Verlust von Bezugspersonen
- geistig: Nichtanerkennung von Erfahrung, Isolation

Was führt zum Suizid?

Tab. 6: Kriterien zur Abschätzung der Suizidgefährdung im Alter

“Schwere depressive Symptome:
<ul style="list-style-type: none">– Schlaflosigkeit– Pessimismus; Aussichts-/Hoffnungslosigkeit– Konzentrationsstörungen– schwere Schuld- und Insuffizienzgefühle
Weitere Gefährdungsmomente:
<ul style="list-style-type: none">– Alter über 45– männliches Geschlecht– eigene frühere Suizidversuche– Suizidversuch/Suizid in Familie/Umgebung– eigene psychiatrische Erkrankung, insbesondere Sucht/affektive Psychose– schwere chronische mit Schmerzen/ungünstiger Prognose verbundene körperliche Erkrankung– Verlust von Beziehungen, von beruflichem/gesellschaftlichem Status– keine feste Einbindung in Familie, Beruf, Religion oder Weltanschauung– bei Zustand nach Suizidversuch: Merkmale des“settings”, die auf Ernsthaftigkeit schließen lassen.”

Phasenmodell der Suizidprävention

- Primäre Prävention

z.B. sozialpolitische und –ökologische Maßnahmen, gemeindenahes psychiatrisches Versorgungssystem, Familie, Gruppe, Gemeinde, niedrigschwellige Hilfen

- Sekundäre Prävention

z.B. Spezialisierte Krisenhilfe (Telefonseelsorge)

- Tertiäre Prävention

z.B. Psychotherapie, Hilfen für Angehörige, Rückfallhilfen und Hilfe gegen Rezidiv

(Caplan, 1964)

Krisenintervention – Ein Weg aus der Krise?

Studienergebnisse:

- Beratungsstellen für Suizidgefährdete in USA: nur 1-2% alte Menschen in Klientel
- kaum Nutzung von sog. Krisenhotlines/Telefonseelsorge durch alte Menschen (nur 1-3% der Anrufer > 60 Jahre)
- Sechs Monate vor Suizid kontaktieren 20% der alten Menschen psychiatrische Dienste (Besuch beim Hausarzt durch 58%)

Problem: Hausärzte erkennen Suizidgefahr auch nicht immer

Krisenintervention – Ein Weg aus der Krise?

Gründe für Unterrepräsentation alter Menschen an der Klientel von
Krisenhilfediensten:

- mangelnde Kenntnis über Existenz der Dienste und Einrichtungen
- Fehleinschätzung, Dienste und Einrichtungen seien nicht für alte Menschen gedacht
- falsche Erwartungen bzgl. Kosten und Kostendeckung
- geringe Anstrengungen seitens der Krisenhilfe, alte Menschen in psychischer Not zu erreichen
- Aversion gegen derartige Einrichtungen, generell gegen Fremdhilfe, in diesen Alterskohorten
- eingeschränkte Mobilität
- sich selbst keine Besserung der Lebenslage versprechen
- Wille zu sterben oft sehr groß (Hilfe wird nicht angenommen)

6. Fazit: Sie haben es in der Hand – Anregungen für die Selbsthilfe und Psychotherapie



Linderung und Therapie

- Krisen ABC
- Schöpferischer Sprung
- Lebensrückblick
- Kognitive Verhaltenstherapie

Krisen-ABC

- K
- KEEP COOL

Entspannung, Distanzierung, Gedanken und Gefühle regulieren, Kontrolle aufrecht erhalten, Medikamente brauchen Zeit für die Wirkung

R

- Ressourcen aktivieren
- Stärken erforschen und wieder entdecken
- Routine beibehalten
- Wissen über sich sammeln
- Frühere Bewältigungserfahrungen nutzen

|

- Innehalten
- Entspannung und Stressreduktion
- Pause
- Achtsamkeit in Gegenwart

S

- Sinn finden
- Ziele und Werte klären
- Moratorium beginnen
- Bisherige Werte in Frage stellen

E

- Engagement
- Soziale Beziehungen aktiv pflegen und neu aufbauen
- Sich Tätigkeiten ganz hingeben
- Natur und Bewegung

N

- Neues Entdecken
- Nicht blind für Neues sein
- Angst engt Wahrnehmung ein
- Gehirn flexibel „arbeiten“ lassen
- Neugier und Offenheit einsetzen und zulassen
- Neue Lösungen suchen und entdecken

A

- Aktiv werden
- Damit sich etwas ändert, müssen wir etwas ändern
- Fallstricke erkennen, hinderliche Einstellungen, Denkfallen
- Dinge ändern, z. B. Begegnung zulassen, ausprobieren

B

- Bewertungen ändern
- Subjektive Erwartungen und Bewertungen erkennen
- Autobahnen im Gehirn
- Stärkende Leitsätze finden, Metaphern
- ALPACKA

C

- Chancen erkennen
- Krisen bieten Chancen
- Psychisches Wachstum und innere Reifung anstreben
- Blick auf ein neues Leben wagen

Schöpferischer Sprung

- Verena Kast
- Der Schöpferische Sprung
- Vom therapeutischen Umgang mit Krisen
- Patmos Verlag

- Auf dem Gipfel der Krise muss ein schöpferischer Sprung passieren,
- Entwicklungsmöglichkeiten in der Krise erkennen und nutzen, mit therapeutischer Hilfe

Lebensrückblick-Therapie



- **Lebensrückblick als Therapie**
- neue Formen von Psychotherapie mit Biographie-Arbeit
- Studien zeigen, dass Menschen, die sich mit autobiografischen Erinnerungen beschäftigen, weniger depressiv und auch geistig beweglicher sind als Kontrollgruppen.
- Menschen stellen manchmal fest, dass sie sich mit einer bestimmten Erfahrung in ihrem Leben nicht versöhnen können.
- Auseinandersetzung mit dieser Situation in ihrem Leben, mit der sie nicht fertig werden, setzt Kräfte frei
- Überwindung der Passivität, Konsistenz, Lösung von Inkongruenz

Psychotherapie

- Psychopharmako-Therapie
- Psychotherapie (häufig kognitive Verhaltenstherapie, interpersonale Psychotherapie)
- Adjuvante Therapie (Bewegungstherapie, Kunsttherapie, Selbsthilfegruppe)

Allgemeines

- *Kognitive Verhaltenstherapie umfasst i.d.R. zwischen 12, 24 und mehr Sitzungen (meist Einzelsitzungen, zunehmend aber auch in Gruppen)*
- *Thema sind zunächst Passivität, Rückzug, Lust- und Antriebslosigkeit des Patienten*
- *Es schließen sich kognitive u./o. auf soziales Verhalten bezogene Interventionselemente an*
- *Vorgehen wird auf jeden Patienten individuell abgestimmt*

Elemente Kognitiver Verhaltenstherapie

1. Therapeutische Beziehung
2. Aktivitätsaufbau
3. Kognitionsänderungen
4. Kompetenzsteigerung zur Teilhabe, soziale Fähigkeiten zum Verstärkerä-Gewinn
5. Stabilisierung und Rückfallvermeidung

Elemente und Vorgehen bei der Kognitiven Verhaltenstherapie

- **Kognitive VT** = problemzentrierter, strukturierter, psychologischer Behandlungsansatz, der bezogen auf Depressionen *5 Schwerpunkte* verfolgt:
 - 1) Überwindung der Inaktivität bzw. einseitig belastenden Aktivität
 - 2) Verbesserung des Sozial- und Interaktionsverhaltens sowie der sozialen Kontaktstruktur
 - 3) Erkennen, Überprüfen & Korrigieren dysfunktionaler Einstellungen und Überzeugungen
 - 4) Aufbau eines Bewältigungsrepertoires für zukünftige Krisen
 - 5) Hilfen bei der Lösung realer Schwierigkeiten

Danke für die Aufmerksamkeit

STOLPERN und AUFSTEHEN!

**Belastungen und Verluste über die Lebensspanne
sind bewältigbar**

**Symptome sind sind nur
die Notsignale der Seele
“Ohne Hilfe geht es nicht”**



Anpassungsstörungen waren Forschungsaktivitäten von 2004 bis 2024



„Die Zeiten ändern sich
und wir uns mit ihnen.“
(lat. Sprichwort)

Chinesisches Schriftzeichen für Krise

The image displays two Chinese characters in a bold, expressive calligraphic style. The character on the left is '危' (wēi), which means 'danger' or 'hazard'. It features a sharp, pointed top and a curved, hook-like bottom. The character on the right is '机' (jī), which means 'opportunity' or 'chance'. It has a more complex structure with multiple strokes, including a prominent vertical stroke and a large, sweeping curve at the bottom.

Gefahr

Gelegenheit

Literatur

- Erlemeier, N. (1992). *Suizidalität im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Erlemeier, N. (2002). *Suizidalität und Suizidprävention im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kruse, A. (Hrsg.). (1998). *Psychosoziale Gerontologie 2*. Göttingen: Hogrefe.