

Ergebnisse kontinuierlicher integrierter gerontopsychiatrischer Behandlung

E. Blitz, T. Gödecke-Koch

Zentrum Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Wahrenndorff, Hannover

Zusammenfassung

Wir berichten über eine integrierte Behandlung gerontopsychiatrischer Patienten mit chronischen Erkrankungen. Die kontinuierliche Therapie führte zu einer deutlichen Verbesserung des klinischen Bildes sowie zur signifikanten Reduktion der Hospitalisierungstage.

Es erfolgten Mittelwertvergleiche mittels T-Tests bei gepaarten Stichproben zu zwei Messzeitpunkten bezogen auf den Score im Beck Depressions Inventar sowie auf die vollstationären Krankenhaustage pro Jahr vor bzw. nach Beginn der Behandlung in der Institutsambulanz. Es zeigten sich signifikante Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten hinsichtlich beider Variablen.

Es werden mögliche Wirkfaktoren dieser Veränderungen diskutiert, wobei v.a. die therapeutische Beziehung sowie die Bedeutsamkeit der ambulanten Situation für Selbstwirksamkeit, Problemaktivierung, Ressourcenaktivierung und soziale Integrität betrachtet werden.

Schlüsselwörter: Psychiatrische Institutsambulanz, integrierte Versorgung, Ergebnisqualität, Outcome, gerontopsychiatrische Versorgung

Results of continuous integrative gerontopsychiatric treatment

E. Blitz, T. Gödecke-Koch

Abstract

Purpose of this retrospective study is to refer about an effective and efficient out-patient treatment of chronic affective disorders. We want to show that a continuous gerontopsychiatric treatment leads to a significant improvement of the clinical symptoms as well as to a significant reduction of hospital days of treatment.

For this purpose scores in the Beck Depression Inventar as well as the amount of hospital treatment days per year before and after starting out-patient treatment were compared by pair sampled T-Tests. There were significant reductions of clinical symptoms shown by the Beck Depression Inventar as well as of hospital days of treatment per year. This refers to the relevance of outpatient psychiatric treatment.

Possible effective factors of this improvements, specially the therapeutic relationship, combination of pharmaco- and psychotherapy, increase of self-efficacy expectations, problem activation, resource activation and improvement of social integrity were discussed.

Key words: psychiatric ambulance, integrative treatment, outcome, gerontopsychiatric treatment

© Hippocampus Verlag 2007

Einleitung

Integrierte Versorgung beinhaltet die Vernetzung von ambulanten, stationärem und teilstationärem Behandlungsbereich und stellt für die psychiatrische Therapie ein Modell zur kontinuierlichen Behandlung von Patienten dar. Mit dem Aufbau der gerontopsychiatrischen Institutsambulanz (PIA) besteht nun im Zentrum für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Wahrenndorff die Möglichkeit einer integrativen Behandlung. In Übereinstimmung mit § 118 SGB V [30] werden in der PIA Patienten behandelt, »die we-

gen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind«. Gerade chronifizierte gerontopsychiatrische Patienten fallen für gewöhnlich durch das therapeutische Versorgungsnetz [32].

Das Therapieregime der PIA beruht auf verhaltenstheoretischen sowie tiefenpsychologisch fundierten Grundlagen. Das Behandlersteam setzt sich zusammen aus Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Arzthelferinnen sowie Sozialarbeitern, so dass auch auf dieser Ebene eine integrative Versorgung im Sinne einer engen Ko-

operation zwischen verschiedenen Berufsgruppen möglich ist. Zur Sicherung der Behandlungskontinuität bleibt das Behandlersteam während des Behandlungsprozesses konstant. So besteht schon ein frühzeitiger Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung während des vollstationären Aufenthaltes.

Die PIA bietet dem Patienten die Möglichkeit, regelmäßig an psychotherapeutischen Gesprächen im Einzel- und Gruppensetting teilzunehmen. Zu den gruppentherapeutischen Behandlungsangeboten gehören zwei verhaltenstherapeutisch orientierte Depressionsgruppen, ein niedrigschwelliges verhaltenstheoretisch orientiertes Gruppenangebot für psychotische Patienten, eine ergotherapeutische Gruppe für Menschen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen sowie eine psychoanalytisch-interaktionelle Gruppe für an Neurosen erkrankte Patienten. Ferner erfolgt eine Psychopharmakotherapie, welche auf die einzelnen Patienten abgestimmt ist [8].

Therapeutisches Vorgehen

Die Behandlung erfolgt in Gruppen von maximal zehn Personen, welche sich in einer wöchentlichen Frequenz für 90 Minuten zusammensetzen.

Antidepressive Therapie

Das antidepressive Behandlungskonzept ist verhaltenstherapeutisch orientiert [2, 10, 25] und beinhaltet zusätzlich Bausteine aus dem Gruppentraining sozialer Kompetenzen [24]. Neben den Elementen Psychoedukation hinsichtlich Krankheitsentstehung und -verlauf bestehen Schwerpunkte des therapeutischen Vorgehens darin, Aktivitäten zu planen und systematisch im Sinne des Kontingenzmanagements aufzubauen. Mit Hilfe von Verhaltensanalysen werden spezielle Problemsituationen der Patienten betrachtet und alternative Denk- und Verhaltensweisen erprobt. Hierbei werden kognitive Verfahren eingesetzt [4, 31].

Angstbewältigung

Neben der antidepressiven Therapie werden im Rahmen der Gruppen angstbewältigende Maßnahmen durchgeführt, da gerade bei älteren Menschen die Komorbidität zwischen Angsterkrankungen und depressiven Störungen hoch ist [1]. Auch hier werden in Verhaltensanalysen die bestehenden Problemsituationen genau betrachtet und in ein verhaltenstherapeutisches Konzept integriert [3, 21], welches v. a. die Konfrontation mit dem angstauslösenden Stimulus bei phobischen Ängsten bzw. die steigende Akzeptanz bei nicht-phobischen Ängsten beinhaltet. Die genaue Planung von Übungen, welche für die Patienten bewältigbar bleiben, ist hier notwendig. Chronifizierte Ängste sind nicht immer lösbar, hier hat sich das Konzept der Akzeptanz in der Psychotherapie auch im Rahmen der Gruppenarbeit bewährt [12, 14]. Methoden der Entspannung oder Achtsamkeit finden hier Anwendung [16]. Bei der Angstbewältigung spielt die Kenntnis besonderer Lebensereignisse älterer Menschen eine wesentliche Rolle, um die ätiologischen Bedingungsfaktoren von Angststörungen aufzugreifen und verstehen zu

können (z. B. Kriegsjahre oder Vertreibung als mögliche Grundlagen von Angsterkrankungen oder Posttraumatischen Belastungsreaktionen).

Besonderheiten gerontopsychiatrischer Behandlung

Im Rahmen der therapeutischen Gruppen müssen die besonderen Anforderungen bei der Behandlung gerontopsychiatrischer Patienten beachtet werden [19, 20]. Neben dem Wissen um historische Entwicklungen und Kohorteneffekte [17] ist die Berücksichtigung spezieller Bedürfnisse gerontopsychiatrischer Patienten für eine effektive Behandlung notwendig. So bestehen häufig bei älteren Menschen Vorbehalte gegenüber psychotherapeutischer Behandlung, welche zu einer Nichtinanspruchnahme psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsstrukturen führen können [23, 33]. Die validierende Annahme solcher Befürchtungen und die gleichzeitige Disputation dieser Annahmen und Aufklärung über Ätiologie und Therapie psychiatrischer Erkrankungen sind wesentliche Elemente zu Behandlungsbeginn, um die Compliance der Patienten zu fördern und das Selbstwörterleben zu stützen. Ein systemimmanentes Vorgehen hat sich auch bewährt, um das anfänglich oft rein somatische Krankheitsverständnis älterer Menschen zu hinterfragen und psychische Komponenten in den Fokus der Aufmerksamkeit zu stellen.

Im Rahmen der Gruppen werden die sensorischen und kognitiven Einschränkungen der Patienten berücksichtigt. Die Sprache ist klar und deutlich, das Besprochene wird immer wieder visualisiert. Auch Wiederholungen von Themeninhalten sind oftmals notwendig. Häufig ist es für die Patienten wichtig, eine Distanzierung zur Thematik zu erfahren, so dass oftmals Beispiele anderer Personen vorgegeben werden, um dann im Sinne eines Yes-Sets die Zustimmung der Patienten abzuholen (»Ja, das kenne ich auch«). Im Rahmen der Gruppe hat der Therapeut eine aktive Rolle, fasst immer wieder zusammen, fokussiert die Thematik immer wieder auf das Wesentliche. Gleichzeitig wird die Interaktion – auch die informelle – zwischen den Gruppenteilnehmern immer wieder gefördert, um die sozialen Kompetenzen der Patienten wieder zu stärken.

Beziehungsgestaltung

Ein wesentlicher Aspekt bei der Behandlung älterer Menschen ist neben dem Wissen um historische Zusammenhänge und therapeutische Techniken die Beziehungsgestaltung. Im Rahmen der beschriebenen Gruppen werden die Elemente Ressourcenaktivierung, Beziehungskonstanz, Empathie, Akzeptanz und Kongruenz in den Vordergrund gestellt. Vor allem der Aspekt der Echtheit hat sich im Rahmen der Therapie als wesentliche Komponente erwiesen. Aufgrund der Altersunterschiede zwischen Therapeut und Patient sind typische Übertragungs- und Gegenübertragungseffekte während der Therapie zu erwarten [15, 26], welche die Beziehungsgestaltung gefährden können. Daher ist die Definition der Gruppensituation als Therapiesituation und die des Therapeuten als »Fachmann« wesentlich, ohne jedoch in eine schulmeisternde oder rigide Haltung zu geraten; hierbei ist

Humor ein oft hilfreiches Stilmittel [27, 13]. Das ehrliche und wertschätzende Anerkennen der Leistung und der Lebenserfahrung der Patienten sind wichtige Moderatoren der Beziehungsgestaltung im Spannungsfeld zwischen den Rollen als »junger Mensch« und »Therapeut«.

Aufgrund der Schwere und der Chronifizierung der Erkrankungen unserer Patienten bieten wir die Möglichkeit von Telefonkontakten in Krisensituationen. Die Konstanz und Verlässlichkeit der Beziehung sind von besonderer Bedeutung. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die hier beschriebenen Gruppen verhaltenstheoretisch orientiert und auf depressiv erkrankte ältere Menschen ausgerichtet sind. Das Behandlungskonzept berücksichtigt sowohl die Besonderheiten in der Behandlungstechnik als auch in der Beziehungsgestaltung gegenüber der beschriebenen Klientel.

Fragestellung

Die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Methoden bei gerontopsychiatrischen Patienten ist nur wenig belegt. *Hautzinger & Welz* [11] sowie *Morawetz, Wormstall & Goetze* [22] zeigen die Effektivität kognitiver Verhaltenstherapie bei älteren Menschen. Inwieweit eine Wirksamkeit auch bei chronifizierten Patienten, wie sie in Institutsambulanzen häufig behandelt werden, nachweisbar ist, bleibt offen.

In der vorliegenden Arbeit wird über die Behandlungsergebnisse unserer PIA berichtet. Hierbei wird die Reduktion der depressiven Symptomatik im Laufe der ambulanten Behandlung – operationalisiert mittels Beck Depressions Inventar (BDI) – als Maß für die Effektivität der Behandlung und die Verweildauer im stationären Behandlungssetting vor und nach Beginn der ambulanten Behandlung als Maß für die Effizienz eingesetzt.

Methodik

Es wurden alle Patienten in die Untersuchung eingeschlossen, die zunächst stationär behandelt wurden und im Anschluss an die vollstationäre Behandlung in der PIA weiterbehandelt wurden ($N=25$). 16 Patienten litten an einer affektiven Störung, sieben an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und affektiven Störungen und zwei Patienten an einer Angststörung und depressiven Beschwerden. 23 Patienten waren weiblich und zwei männlich. Das Alter lag im Mittel bei $M=64,44$ Jahre ($SD=8,42$).

Die Effektivität wurde anhand der durchschnittlichen Scores der Patienten im BDI erfasst. Es erfolgten Mittelwertvergleiche mittels T-Test bei gepaarten Stichproben zu zwei Messzeitpunkten (vor der Behandlung in der Ambulanz und nach Beginn der Behandlung).

Die Effizienz wurde retrospektiv anhand der durchschnittlichen Krankenhaustage pro Jahr drei Jahre vor und ein Jahr nach Beginn der Behandlung in der PIA erfasst. Es erfolgten Mittelwertvergleiche mittels T-Test bei gepaarten Stichproben zu zwei Messzeitpunkten (vor der Behandlung in der Ambulanz und nach Beginn der Behandlung).

Ergebnisse

Effektivität

Die depressive Symptomatik der behandelten Patienten – operationalisiert mittels BDI – reduzierte sich zwischen den Messzeitpunkten signifikant ($M(t1)=18,67$, $SD(t1)=10,04$; $M(t2)=2,76$, $SD(t2)=2,43$; $p=0,05$), s. Abbildung 1.

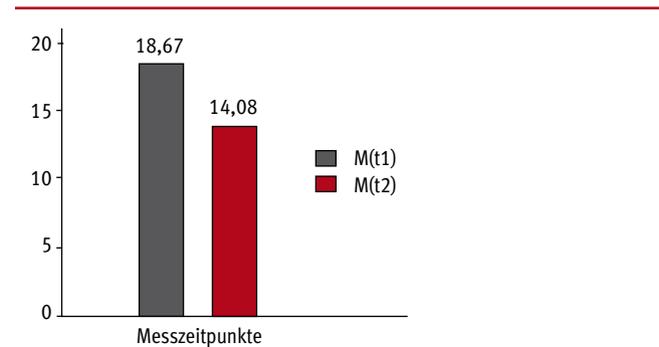


Abb. 1: Mittelwerte BDI vor (t1) und während (t2) der Behandlung in der PIA

Effizienz

Die durchschnittlichen vollstationären Krankenhaustage der Patienten lagen vor Beginn der Behandlung in der PIA bei $M=60,09$ Tagen pro Jahr ($SD=48,21$), nach Beginn der Behandlung zeigt sich ein Mittelwert von $M=1,68$ Tagen pro Jahr ($SD=1,16$). Der Mittelwertvergleich ergibt einen hoch signifikanten Unterschied zwischen den Testzeitpunkten ($t=6,19$, $p=0,001$), s. Abbildung 2.

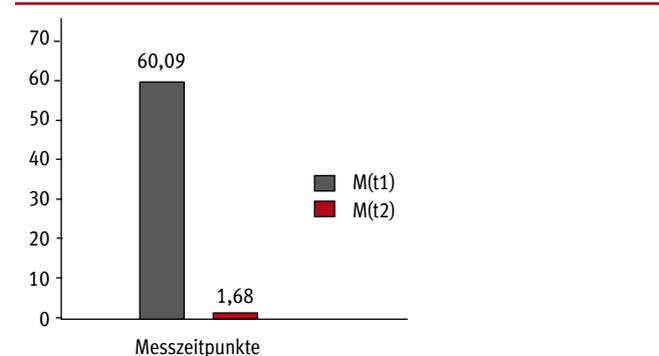


Abb. 2: Mittelwerte der Anzahl vollstationärer Krankenhaustage pro Jahr vor (t1) und nach Beginn (t2) in der PIA

Diskussion

Die referierten Ergebnisse zeigen eine deutliche Reduktion der depressiven Symptomatik nach mindestens sechsmonatiger Behandlung in unserer PIA. Ferner zeigt sich eine Verringerung der Krankenhausaufenthalte der Patienten, welche mit einer deutlichen Reduktion der psychiatrischen Behandlungskosten einhergeht. Dies resultiert sowohl in der Verbesserung der Lebensqualität und des Gesundheitserlebens der Patienten als auch in einer deutlichen Entlastung des

Kostenvolumens für psychiatrische Behandlung. Diese Ergebnisse können als Hinweise für die Effektivität und Effizienz integrierter gerontopsychiatrischer Behandlung gewertet werden, auch wenn aufgrund ethischer und praktischer Beweggründe ein Kontrollgruppendesign zur Überprüfung dieser Ergebnisse im klinischen Setting nicht etabliert werden konnte.

Die Beziehungskonstanz und die damit einhergehende steigende Beziehungsqualität [28] könnten wichtige Einflussgrößen bei der Reduktion der Symptomatik darstellen. Die tragfähige therapeutische Beziehung und individuelle Beziehungsgestaltung gelten schulenübergreifend als wesentliche Wirkfaktoren bei der psychotherapeutischen Behandlung psychiatrisch erkrankter Patienten [7, 29]. Broda & Senf [6] bezeichnen die Beziehung als »Hintergrund, auf dem sich therapeutische Arbeit vollzieht«. Gerade bei chronifizierten Patienten, wie sie in der PIA behandelt werden, erscheint eine konstante und zuverlässige Beziehung daher als wesentlicher Faktor zur Prävention der Symptomexazerbation sowie des Therapieabbruchs aufgrund von wiederkehrenden Krisensituationen. Berns [5] definiert die Aspekte »Arbeitsbündnis« im Sinne des gemeinsamen Vertrauens in die bestehende therapeutische Beziehung, »Überzeugungskraft« im Sinne der Überzeugung des Therapeuten hinsichtlich des von ihm vertretenen Verfahrens sowie »Therapeutenpersönlichkeit« im Sinne einer Passung Patient/Therapeut als wesentliche Beziehungskomponenten und Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Im Rahmen der Arbeit in der PIA werden diese Aspekte der Beziehungsgestaltung verfolgt.

Das Beziehungsangebot in der PIA ist gekennzeichnet durch die Variablen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz, welche schulenübergreifend als wichtige Wirkfaktoren psychotherapeutischer Beziehungsarbeit angesehen werden. Gerade bei chronisch psychiatrisch erkrankten Patienten sind die Zuverlässigkeit und Erreichbarkeit bei Transparenz der therapeutischen Grenzen weitere Beziehungskomponenten [18].

Die Möglichkeit ambulanter Behandlung sowie die daraus resultierende verringerte Notwendigkeit, stationär aufgenommen zu werden, erhöht die soziale Integration der Patienten sowie die Selbstwirksamkeitserwartung. Die Wirkfaktoren psychotherapeutischen Handelns »Ressourcenaktivierung« in vivo sowie »Problemaktivierung« [9] können in diesem Setting deutlich effektiver aktiviert werden als im Rahmen stationärer Behandlung, was einen langfristigen Behandlungserfolg wahrscheinlicher macht.

Auch die Kombination aus Pharmakotherapie und Psychotherapie sowie die Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und der Auseinandersetzung mit und Akzeptanz der Symptomatik im häuslichen Setting könnten zur beschriebenen Verbesserung beitragen.

Weitere Studien müssen zeigen, ob die beschriebenen Ergebnisse stabil bleiben und welche Wirkfaktoren letztlich zu den berichteten Ergebnissen beitragen. Hierbei sind v. a. die Beziehungskonstanz, das therapeutische multimodale Konzept sowie die Veränderungen über Zeit als mögliche Einflussfaktoren zu beachten.

Literatur

- Adler G: Angst als Begleitsymptom bei Depressionen im Alter. *Psychotherapie im Alter* 2004; 1: 23-30
- Adler G: Verhaltens-Einzelpsychotherapie von Depressionen im Alter. Schattauer, Stuttgart 2005
- Alsleben H, Weiss A, Rufer M: Psychoedukation Angst- und Panikstörungen. Urban & Fischer, München 2004
- Beck J: Praxis der kognitiven Therapie. Beltz, Weinheim 1999
- Berns U: Spezifische psychoanalytische Interventionen. Kaum wirksam, doch unverzichtbar? *Forum der Psychoanalyse* 2004; 3: 284-300
- Broda M, Senf W: Die therapeutische Beziehung als Boden für therapeutisches Handeln. *Psychotherapie im Dialog* 2004; 4: 397-398
- Caspar F, Grossmann C, Unmüßig C, et al.: Complementary therapeutic relationship: Therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Psychother Res* 2005; 15: 91-102
- Grawe K: Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen 2004
- Grawe K, Donati R, Bernauer F: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen 2001
- Hautzinger M: Depression im Alter. Beltz, Weinheim 2000
- Hautzinger M, Welz S: Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter. Ergebnisse einer kontrollierten Vergleichsstudie unter ambulanten Bedingungen an Depressionen mittleren Schweregrads. *Z Gerontol Geriatr* 2004; 37: 427-425
- Hayes S, Strosahl K, Wilson K: Acceptance and Commitment Therapy: An Experimental Approach to Behavior Change. Guilford Publication, New York 2005
- Hehl F-J: Humor in Therapie und Beratung. Asanger, Kröning 2004
- Heidenreich T, Michalak J: Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch. DGVT-Verlag, Tübingen 2006
- Heuft G, Kruse A, Radebold H: Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. UTB, Stuttgart 2006
- Kabat-Zinn J: Zur Besinnung kommen. Arbor Verlag, Freiburg 2006
- Knight B: Overview of psychotherapy with the elderly the contextual, cohort-based, maturity-specific challenge model. In: Zarit S, Knight B: A Guide to Psychotherapy and Aging: Effective Clinical Interventions in a Life-Stage Context. APA, New York 1996, 17-34
- Linehan MM: Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München 1996
- Maercker A: Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Springer, Berlin 2002
- Maercker A: Alterspsychotherapie. *Psychotherapeut* 2003; 8: 132-149
- Margraf J, Schneider S: Panik – Angstfälle und ihre Behandlung. Springer, Berlin 1990
- Morawetz C, Wormstall H, Goetze P: Depression im Alter. Katamnese einer Gruppentherapie im tagesklinischen Rahmen. *Psychotherapie im Alter* 2005; 2: 131-146
- Peters M: Psychosoziale Beratung und Psychotherapie im Alter. Psychotherapie und soziale Beratung älterer Menschen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2006
- Pfingsten U, Hinsch R: Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Beltz, Weinheim 2002
- Pitschl-Walz G, Bäuml J, Kissling W: Psychoedukation Depressionen. Urban & Fischer, München 2003
- Radebold H: Psychodynamik und Psychotherapie Älterer. Springer, Berlin 1992
- Rosenmayr L: Zwischen Entropie und Kreativität – Bausteine zu einer Theorie des menschlichen Alterns. In: Bäurle P, Förstl H, Hell D, et al. (Hrsg): Spiritualität und Kreativität in der Psychotherapie mit älteren Menschen. Huber, Bern 2005, 313-327
- Rumpold G, Doering S, Smrekar U, et al.: Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivational enhancing phase among psychotherapy outpatients. *Psychother Res* 2005; 16: 117-127
- Schmidt-Traub S: Therapeutische Beziehung – Ein Überblick. *Psychotherapeutische Praxis* 2003; 3: 111-129
- SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung. DTV-Beck, München 2005
- Stavemann H: KVT-Praxis. Strategien und Leitfäden für die Kognitive Verhaltenstherapie. Beltz, Weinheim 2005
- Wolter-Henseler DK: Die gerontopsychiatrische Versorgungsrealität in einer westdeutschen Großstadt. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2000; 33: 471-479
- Zank S, Niemann-Mirmehdi M: Psychotherapie im Alter: Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeuten. *Z Klein Psychol Psychother* 1998; 27: 125-129

Interessenskonflikt:

keine Angaben

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. E. Blitz
Therapiezentrum Gartenstraße
Zentrum Gerontopsychiatrie und Psychotherapie
Klinikum Wahrenndorff
Gartenstraße 19
30161 Hannover
e-mail: eriblit@arcor.de