

**Gesundheit
aus einer Hand**

Gerontopsychiatrische Bluesbrothers

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Stefan G. Schröder
Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Dozent an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald



Dr. med. Holger Böhmer
Oberarzt und Leiter des Fachbereiches für
Gerontopsychiatrie und PIA



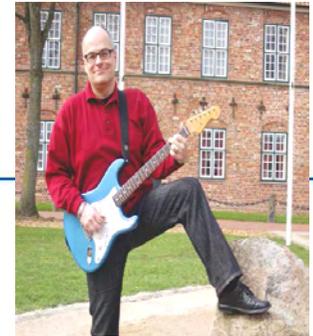
Die 3 wichtigsten psychischen Erkrankungen im Alter

Depression – „bedrückt“

Demenz – „verwirrt“

Depression + Demenz – „bedrückt + verwirrt“

...und manchmal auch „verrückt“



Das Alter? Wann ist ein Mensch alt?

- Unter dem **Alter** versteht man den **Lebensabschnitt** rund um die mittlere Lebenserwartung des Menschen, also das Lebensalter zwischen dem mittleren Erwachsenenalter und dem Tod. Das Altern in diesem Lebensabschnitt ist meist mit einem Nachlassen der Aktivität und einem allgemeinen körperlichen Niedergang (Seneszenz) verbunden
- Allgemein: ab 65 Jahre (67Jahre)
- Alte Junge und junge Alte
- Sehr grosse individuelle Unterschiede



Altern ist ein individueller Prozess

- Das Altern ist ein fortschreitender, nicht umkehrbarer biologischer Prozess, von dem Organismen betroffen sind und der mit ihrem Tod endet. Die maximale Lebensspanne, die ein Individuum erreichen kann, wird durch das Altern maßgeblich bestimmt.
- Entwicklungsfähigkeit bleibt auf vielen Gebieten erhalten
- Sehr grosse individuelle Variabilität



Macht älter werden depressiv?



- **Nein**, Alter alleine macht nicht depressiv!
- Das Gefühl vieler alter Menschen, nicht mehr gebraucht zu werden kann eine Sinnkrise auslösen und einen Risikofaktor für Depressionen darstellen
- Auch erlebte Einschränkungen, Krankheiten und Verluste sind weitere Risikofaktoren



Depressionen im Alter:

- Die Depression ist eine der häufigsten Erkrankungen des Gehirns.
- Jeder Fünfte Bundesbürger erkrankt einmal in seinem Leben an einer Depression.
- Während ca. 25 % erwachsener Frauen an einer Depression erkranken, sind nur ca. 10 % aller erwachsenen Männer betroffen.
- Häufig bleibt die Depression undiagnostiziert, nur etwa die Hälfte aller Depressionen wird erkannt, und davon bleibt die Hälfte unbehandelt.
- Wird gerade von älteren Menschen nur selten akzeptiert
- Die Mortalität wird unterschätzt, ca. 10 - 15 % aller Depressionspatienten begehen Selbstmord.

Die Diagnose der Depression

- Gemäss ICD-10 gehören die Depressionen zu den affektiven Störungen (F30-39)
- Die Mehrheit dieser Störungen tendieren zur Wiederholung
- Der Beginn einzelner Episoden steht oft im Zusammenhang mit belastenden Ereignissen oder Situationen.
- **Hauptsymptome:**
 - Depressive Verstimmung
 - Verlust von Freude und Interesse
 - Antriebsmangel / Erhöhte Ermüdbarkeit

- Depressionen treten bei älteren Menschen nicht häufiger, als bei jüngeren auf, jedoch wächst die Zahl der älteren Menschen gerade in MV überdurchschnittlich.
- Die Behandlungsprognose ist gut.
- Das Behandlungsziel ist eine Voll-Remission!
- Das ärztliche Gespräch ist ein wichtiges Glied in der Behandlung.
- Annerkannte psychiatrisch-psychotherapeutische Verfahren sind wirksam.
- Es gibt ein breites Spektrum von gut wirksamen und verträglichen Antidepressiva.



Die depressive Episode

- Gedrückte Stimmung
- Interessensverlust und Freudlosigkeit
- Antriebsminderung / Erhöhte Ermüdbarkeit
- Vorhandensein von Aktivitätseinschränkungen

Weitere häufige Symptome

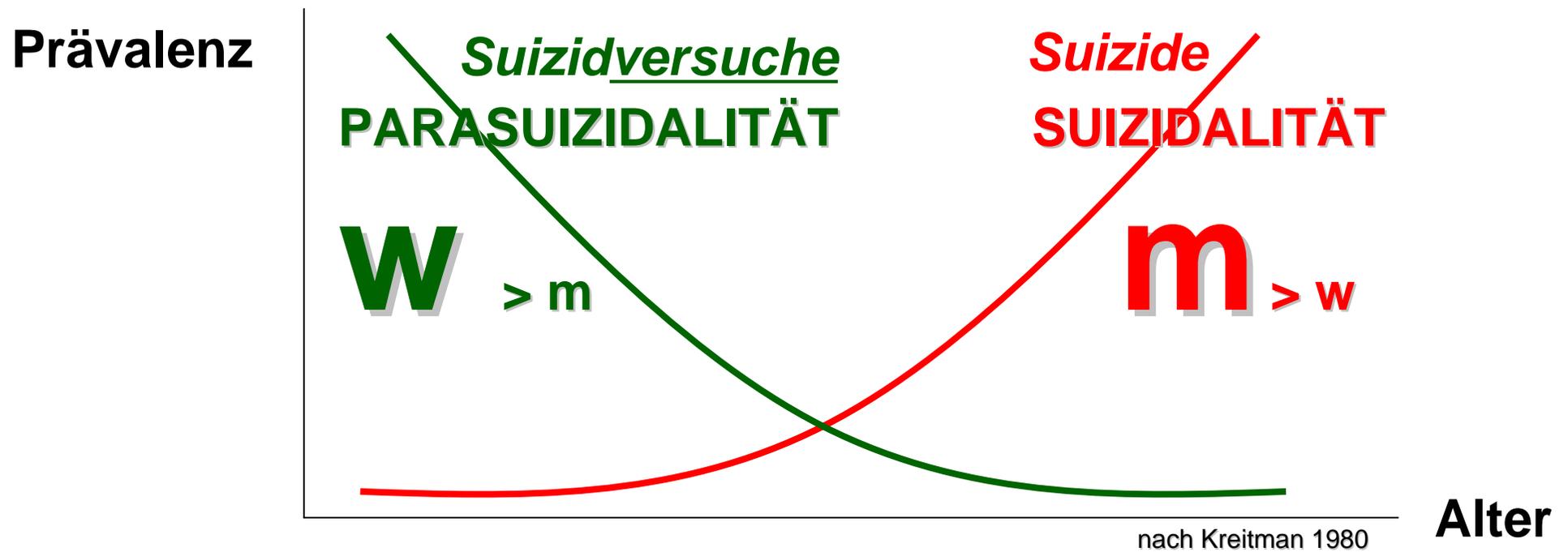
- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühl von Wertlosigkeit und Schuld
- Negative und pessimistische Zukunftsvorstellungen
- Unruhe
- Schlafstörungen
- Suizidgedanken und Suizidhandlungen

- Atypische Formen sind bei älteren Menschen besonders häufig
 - Die Aufmerksamkeit ist häufig auf quälende körperliche Symptome gerichtet
- Angst kommt oft begleitend vor
- >30% der Betroffenen haben Wahnideen
- 5% akustische Halluzinationen
- Die Dauer der Symptomatik muss mindestens 14 Tage betragen

S u i z i d a l i t ä t

- > 80 % aller Pat. mit einer Depression haben suizidale Gedanken
- Schweregrad der Suizidalität
 - Passive Todeswünsche
 - Suizidgedanken
 - Suizidpläne
 - Suizidhandlungen
- Entscheidend ist der akute Handlungsdruck!

„Gegensinnige“ Epidemiologie von **versuchtem** versus **vollendetem** Suizid



Schweregrad der Depression

- Leichte, mittelgradige und schwere depressive Episode
- Komplexe klinische Beurteilung
 - Ausprägung und Zahl der Symptome
 - Ausmaß der noch möglichen sozialen und beruflichen Aktivität
- Differentialdiagnostisch müssen gerade bei älteren Menschen somatische Krankheiten in Betracht gezogen werden
- Eine Demenz kann zusätzlich vorhanden sein



Die Depression im Alter

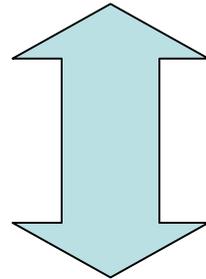
Ältere Menschen...

- zeigen weniger Gefühle von Traurigkeit
- neigen dazu, ihre Gefühle zu bagatellisieren
- klagen v.a. über körperliche Beschwerden sowie über Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten
- ziehen sich zurück

Depression = Versagen + psychische Auffälligkeit

Die normale Trauerreaktion

...Trauer ist ein lebendiges Grundgefühl



D e p r e s s i o n

- Fehlen von Gefühlen der Trauer
- Innere Leere
- Sinnlosigkeit
- Die Trauer erscheint blockiert

Anamneseerhebung

- Ältere Menschen haben oft Mühe, ihre Gefühle wahrzunehmen oder sie in Worte zu kleiden
- Es geht Ihnen „schlecht“
 - Sie klagen über Übelkeit, Appetitlosigkeit u.a.
 - Sie sind erschöpft
 - Sie leiden unter Nervosität und Schlafstörungen
- Somatische Symptome der Depression:
 - Diverse Schmerzen (Gelenk, Rücken, Kopf, Bauch...)
 - Müdigkeit und Schwindel
 - Sowie: Obstipation, Gewichtsabnahme, Zungenbrennen

Behandlung der Depression

- Wichtig ist, dass man daran **denkt!**
- Sorgfältige und kontinuierliche **Betreuung**
- **Aufklärung** über Erkrankung und Prognose
- **Somatische** Erkrankungen behandeln
- **Interdisziplinäre** Zusammenarbeit
- Ausreichend **Flüssigkeitszufuhr** und **Ernährung**
- Einbezug des **sozialen** Umfeldes
- **S u i z i d a l i t ä t** beachten! V.a. bei älteren Männern!
- Psychiatrische **Komorbidity** berücksichtigen
(Angst, Sucht, Demenz...)



Behandlung der Depression

Depressionen können auch Hinweis sein auf wiederauftauchende belastende Bilder von früheren traumatischen Erfahrungen.

Psychotherapie mit älteren Menschen:

Ältere Menschen brauchen mehr Unterstützung, Ermutigung und Informationen, um eine Psychotherapie anzufangen.



Psychotherapie mit älteren Menschen:

Grundhaltung:

- Ältere Menschen sind psychosozial erfahrene Erwachsene
- Sie verkörpern neben ihrer eigenen Biografie auch Zeitgeschichte
- Sie sind entwicklungsfähig bis ins hohe Alter
- Beim Umgang mit ihnen braucht es Respekt
- Wichtig ist die Auseinandersetzung des Behandelnden mit dem eigenen Altersbild

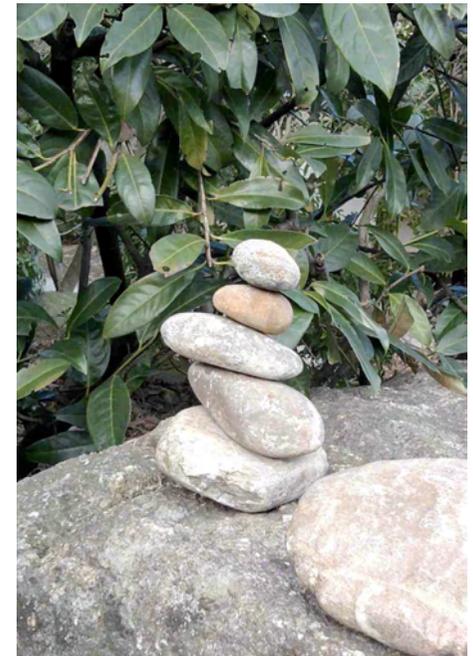
Psychotherapie mit älteren Menschen:

- Altersbedingte Einschränkungen der Sinnesorgane müssen berücksichtigt werden
- Ebenso altersbedingte kognitive Veränderungen
 - Allgemeine Verlangsamung
 - Schlussfolgerndes Denken ist erschwert
 - Konkretes Zusammenfassen, Verständnis nachfragen
 - Vermehrte Stressanfälligkeit und Verunsicherung
 - Klagen helfen zu konkretisieren, Klagen ernst nehmen
 - Selbstvorwürfe begrenzen

Psychotherapie mit älteren Menschen:

- Selbstachtung fördern
- Aktiv und gezielt Ressourcen suchen, was geht gut und tut gut?
- Ermutigung zu kleinen Schritten
- Darstellung der bio-psycho-sozialen Gesamtsituation
- Verbesserung der Selbstwirksamkeit

In wenigen Sitzungen kann oft viel erreicht werden.
Stagniert die Entwicklung kann es hilfreich sein,
eine zusätzliche Person aus dem sozialen Umfeld
mit einzubeziehen.



Pharmakotherapie der Depression im Alter:



Grundsatz: **start low – go slow**

- Die Zieldosis entspricht der anderer Erwachsener, wenn nötig
- Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen und die übliche **Verzögerung** bis zum Wirkungseintritt
- Bevorzugung von Medikamenten mit...
 - kurzer Halbwertszeit
 - geringem Interaktionspotential
 - wenig anticholinergen Nebenwirkungen
 - ggf. mit speziellen Darreichungsformen (z.B. Schmelztbl.)

Altersdepression

• **Medikamentöse Therapie**

- primär antidepressiv
 - SSRI (z.B. Sertralin, Citalopram)
 - SNRI (z.B. Reboxetin)
 - Dual (z.B. Venlafaxin)
 - Alpha2-Antagonisten (z.B. Mirtazapin)
 - Melatonerg (Agomelatin)
- eventuell in Kombination mit...
 - Benzodiazepin (initial und max. 2 Wochen)
 - Neuroleptikum (atypisch!)
 - Stimmungsstabilisator (Lithium u.a., „Augmentation“)



Altersdepression

- **Nicht-medikamentöse Therapie**
 - bei Non-Response auf Antidepressiva
oder in Kombination
 - **Schlafentzug**
 - **Lichttherapie**
 - **Elektrokonvulsionstherapie (EKT)**



Wann ist eine stationäre Behandlung nötig?

- Bei mittlerer bis schwerer Depression
- Schwierigkeiten bei der medikamentösen Behandlung
- Verbindung mit einer persönlichen Krise
- Grössere Konflikte oder Belastungssituationen im Umfeld
- Gefahr von z.B.
 - Suizid
 - Verwahrlosung
 - Gewalt
 - Suchtverhalten

Untersuchung von älteren Menschen

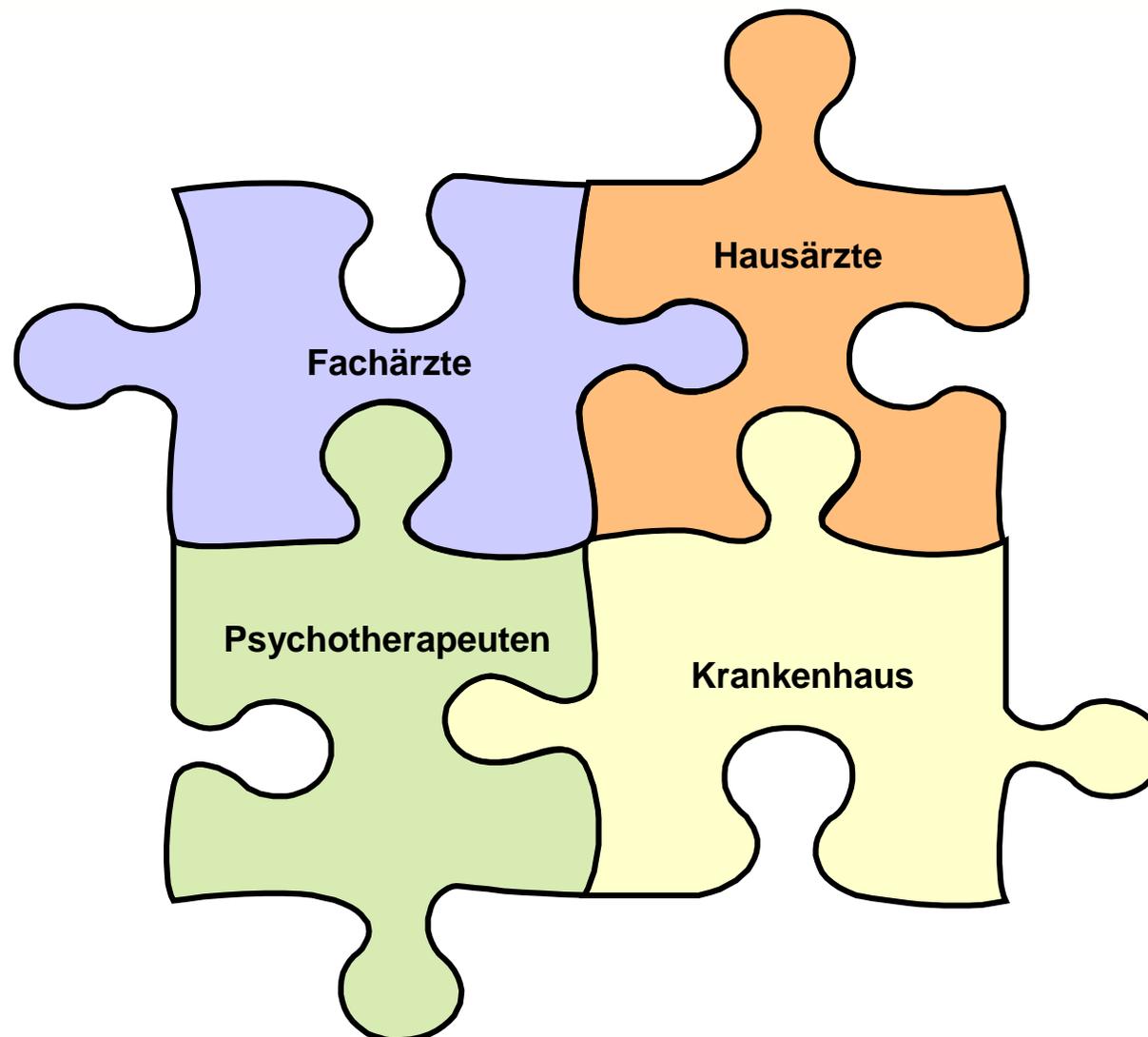
Achtung auf **Misshandlung** älterer Menschen

Hinweise können sein

- Verwahrlostes Aussehen
- Verängstigtes, misstrauisches Verhalten.
- Häufiges Weinen
- Starke Stimmungsschwankungen
- Apathie

Wie bildet sich eine Depression zurück?

- mit der **Zeit**
 - hat eigene Dynamik
 - schwierige Phasen mit erhöhter Instabilität kommen vor
 - Symptome bessern sich in unterschiedlichem Tempo
 - kognitive und Schlafstörungen bessern sich meist zuletzt!
- **Alltagsfähigkeiten** müssen trainiert werden
 - kritisch: Zeit nach Klinikentlassung
 - Nachsorge muss gesichert sein!



Die richtige Rückfallprophylaxe

- **Ausreichend lange medikamentöse Nachbehandlung (>1a)**
- **Gesicherte ambulante psychiatr.-psychotherapeutische Nachbehandlung**
- **Rückfallmöglichkeit vorbesprechen (löst oft Angst aus)**
- **Spezifische Erstsymptome notieren (wer hat eine „gute Antenne“ aus dem Umfeld und kann helfen?)**
- **Soziales Umfeld berücksichtigen**

Remissionshäufigkeit (van London et al. 1998)

Anteil der (voll) remittierten depressiven Patienten:

49% nach 9 Monaten

65% nach 2 Jahren

82% nach 5 Jahren

Residualzustände können subsyndromal sein, oder
aber Kriterien einer depressiven Störung erfüllen

Pat. mit Residualsymptomen erleiden schneller und
häufiger depressive Rückfälle und Rezidive

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am KMG Klinikum Güstrow



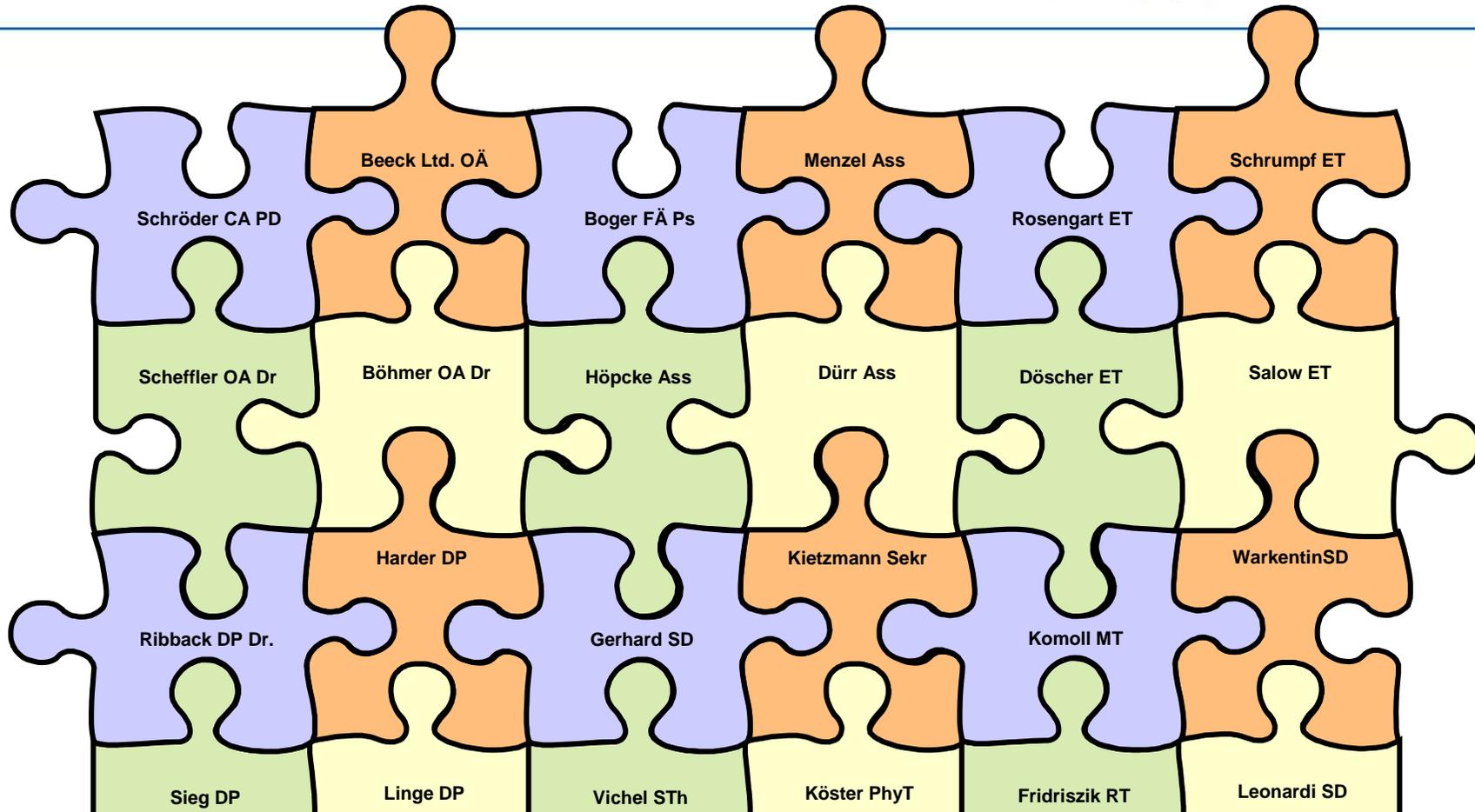
Übersicht

62 vollstationäre Behandlungsplätze:

- 12 Krisenplätze (F8, schliessbare Station)
- 20 Sucht-/Psychoseplätze (F7)
- **20 Gerontopsychiatrische Behandlungsplätze (F6)**
- 8 Behandlungsplätze für affektive Störungen
- OP mit EKT-Behandlungsgerät

Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

- Standort Güstrow und Aussensprechstunde Teterow
- ca. 450 Patienten



...plus Pflegepersonal in den Teams der F8, F7, F6, E4, TK, PIA

Ausblick Deutschland



Bevölkerung
Deutschland >65 J.

2000 82,2 Mio **15,8 %**

2030 74,3 Mio **26,7 %**

Ausblick MV

- Der Anteil der älteren Bev. im Landkreis Güstrow nimmt von aktuell 21,6% **bis 2020** auf über 35% zu
- Insbesondere der Anteil der Hochbetagten wächst überproportional; damit wächst entsprechend auch die Gruppe der älteren psychisch erkrankten Personen
- Um Pflege und medizinische Versorgung auch in Zukunft zu gewährleisten, wird es darauf ankommen, die Eigenständigkeit und Alltagsbewältigung der älteren Menschen zu fördern
- Auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen wird in der Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe zunehmend wichtig
- Bei mangelnder ambulanter Versorgungsstruktur (Rückgang der niedergelassenen Fachärzte) kommt den institutionellen Anbietern ein Mehr an Versorgungs-Verantwortung zu



**Beziehung
+
Entwicklung**

Unsere Antwort

Geplant ist ein Gerontopsychiatrisches Zentrum (GPZ)
am Standort Güstrow

Schwerpunkt:

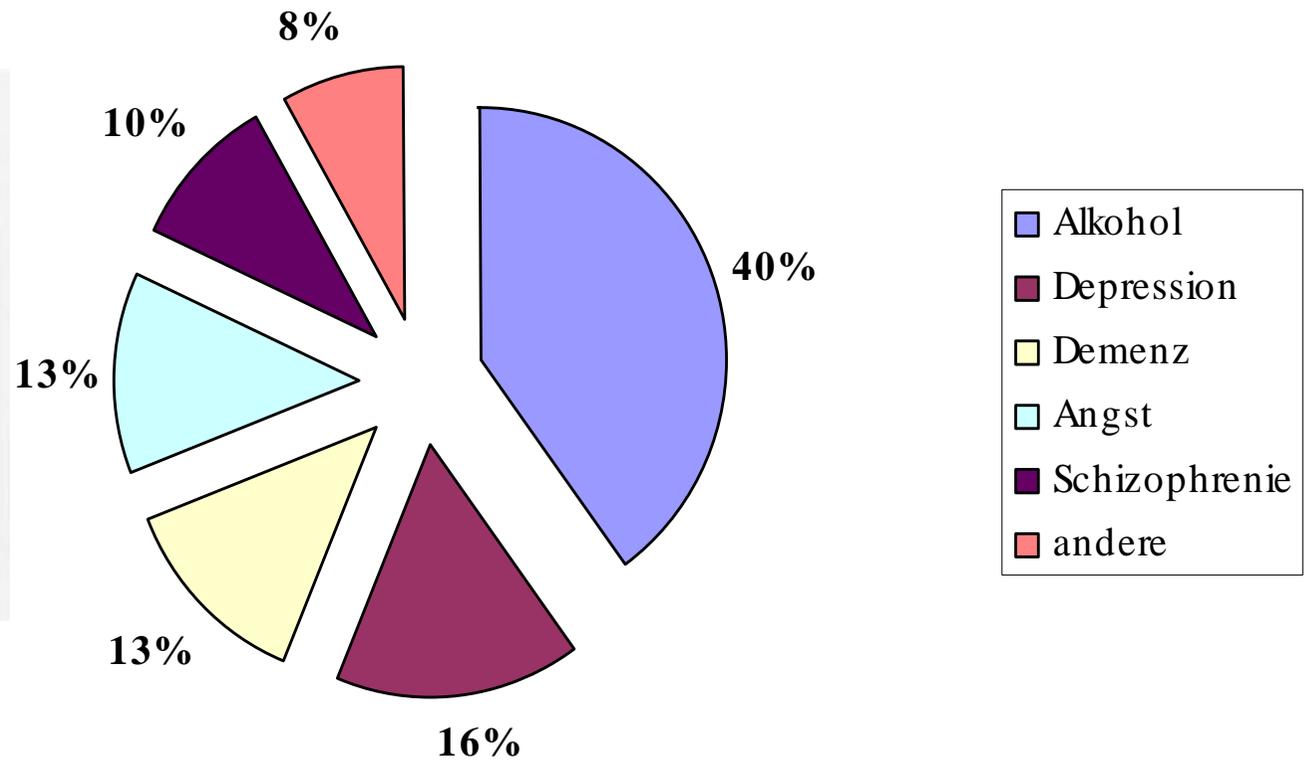
1. Ambulante Versorgung (PIA)
2. Teilstationäre Versorgung (Gerontopsychiatr. TK)
3. Vollstationäre Versorgung (F6)
4. Raum für Fortbildung und Schulung
5. Unterstützungsangebote für Angehörige

Take-Home-Message 1:

- Alter alleine macht nicht depressiv!
- Wichtig ist es, auch bei „alten“ Menschen an die häufigste Erkrankung des Gehirns zu denken!
- Ziel ist die Voll-Remission!
- Die Behandlung besteht zumeist aus einer Kombination von Medikamenten und Psychotherapie
- Suizidalität muss gerade bei älteren Männern besonders berücksichtigt werden!
- Eine Demenz kann zusätzlich vorhanden sein!



Diagnoseverteilung Psychiatrie 2008

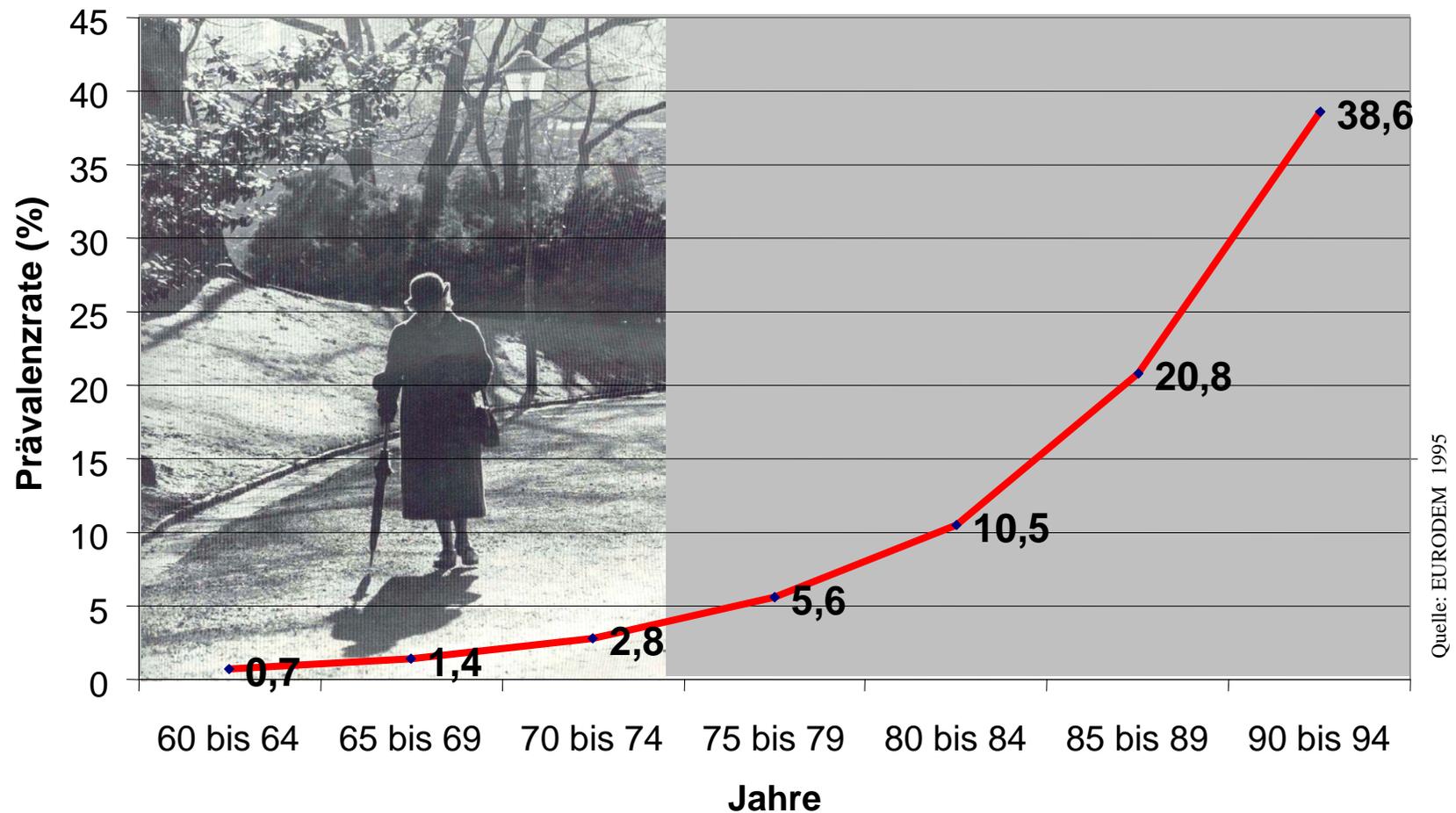


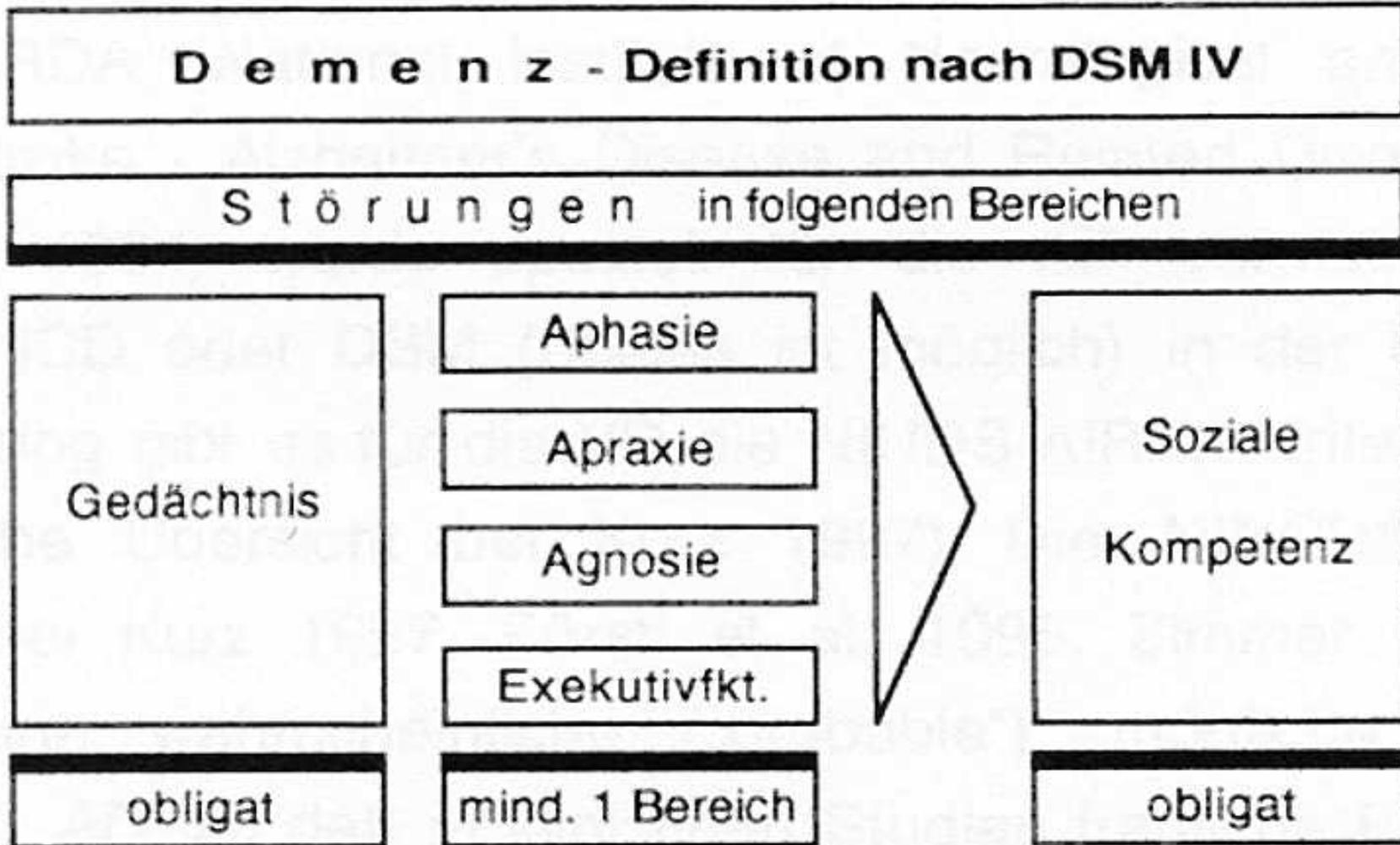
- 16% Depression

- 13% Demenz

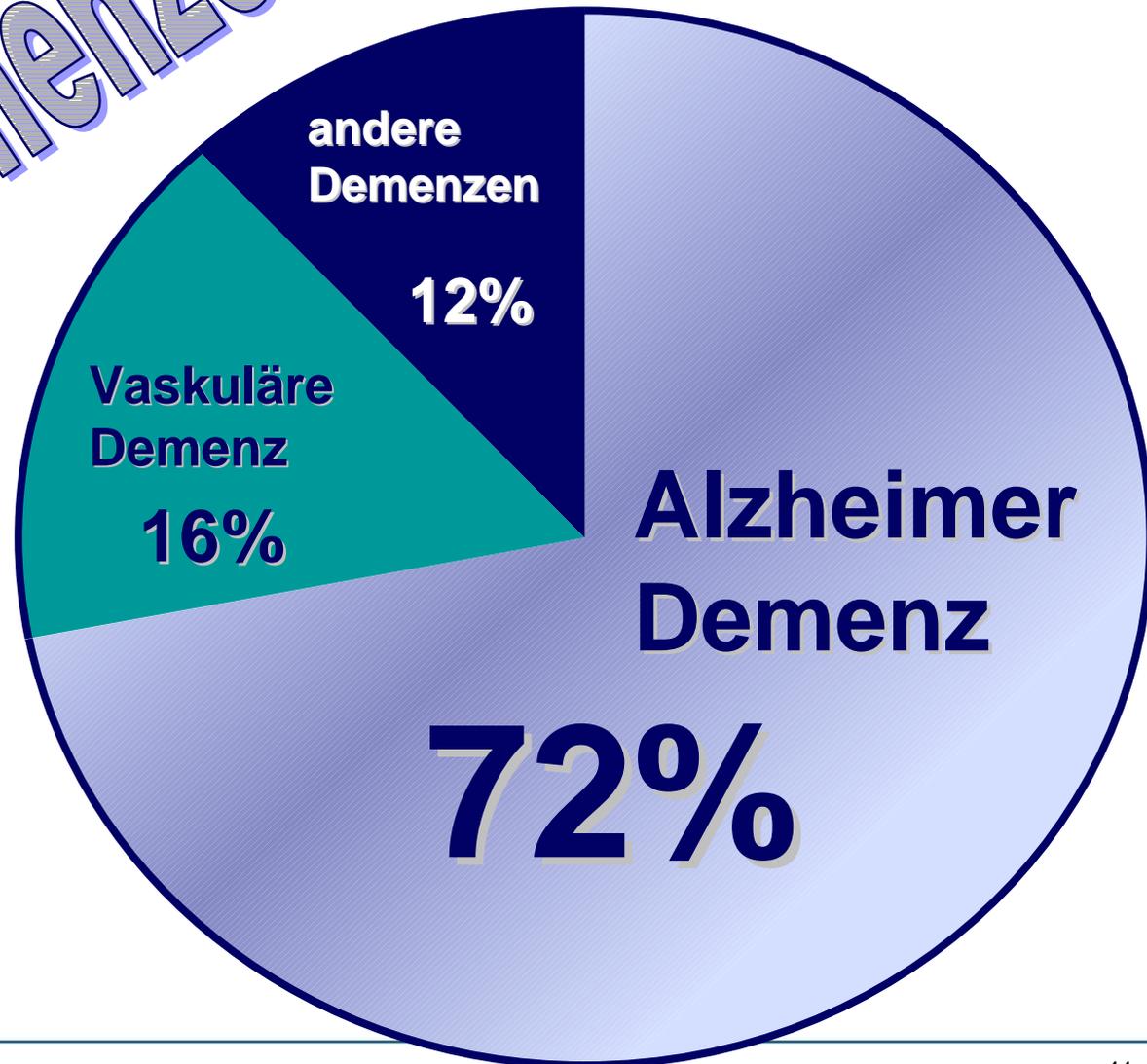


Exponentieller Anstieg der Prävalenz der Alzheimer-Demenz im Alter





Altersdemenzen



Differential- diagnose

ChEI + ggf. SSRI

M. Alzheimer

Frontotemporale Demenzen (FTD)

Lewy-body-Demenz (LBD)

Chorea Huntington

+Therapieoptionen

allg. + ggf. ChEI

Substitution

Hypothyreose

M. Binswanger (SAE)

Status lacunaris

Thalamusinfarkte

degenerativ

endokri-
nologisch

vaskulär

Subdurales Hämatom
Normaldruckhydrozephalus
Meningeom

Hirnmastasen
neurochirurgisch

raum-
fordernd

DEMENZ

in-
fektios

M. Creutzfeldt-Jakob
AIDS-Demenz
Neuroborreliose
Progressive Paralyse

spezifisch

trauma-
tisch

toxisch

postkontusionell
Dementia pugilistica
neuropsych.Reha

äthyltoxisch
medikamentös

Abstinenz

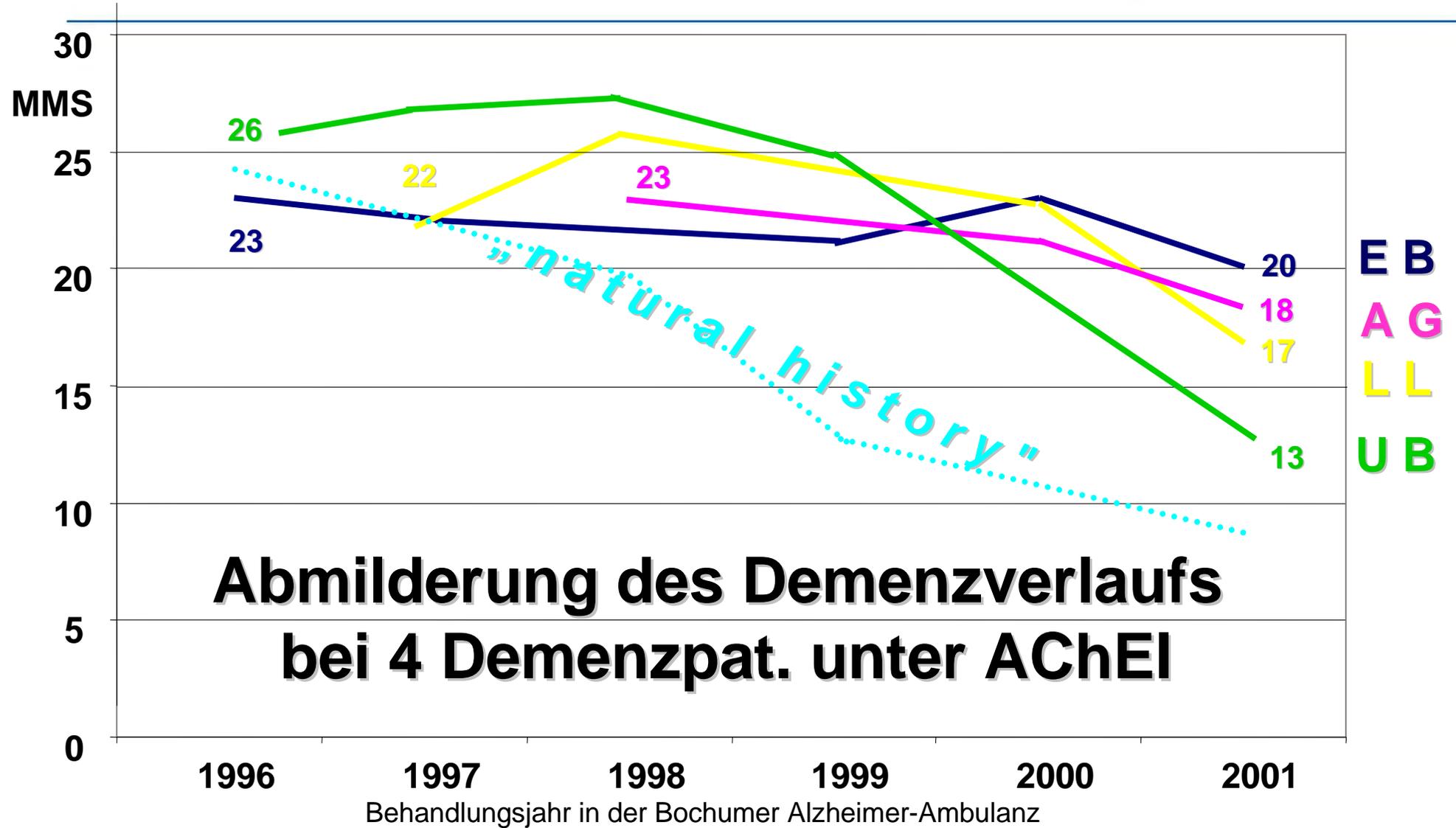
hypoxisch

nach Reanimation

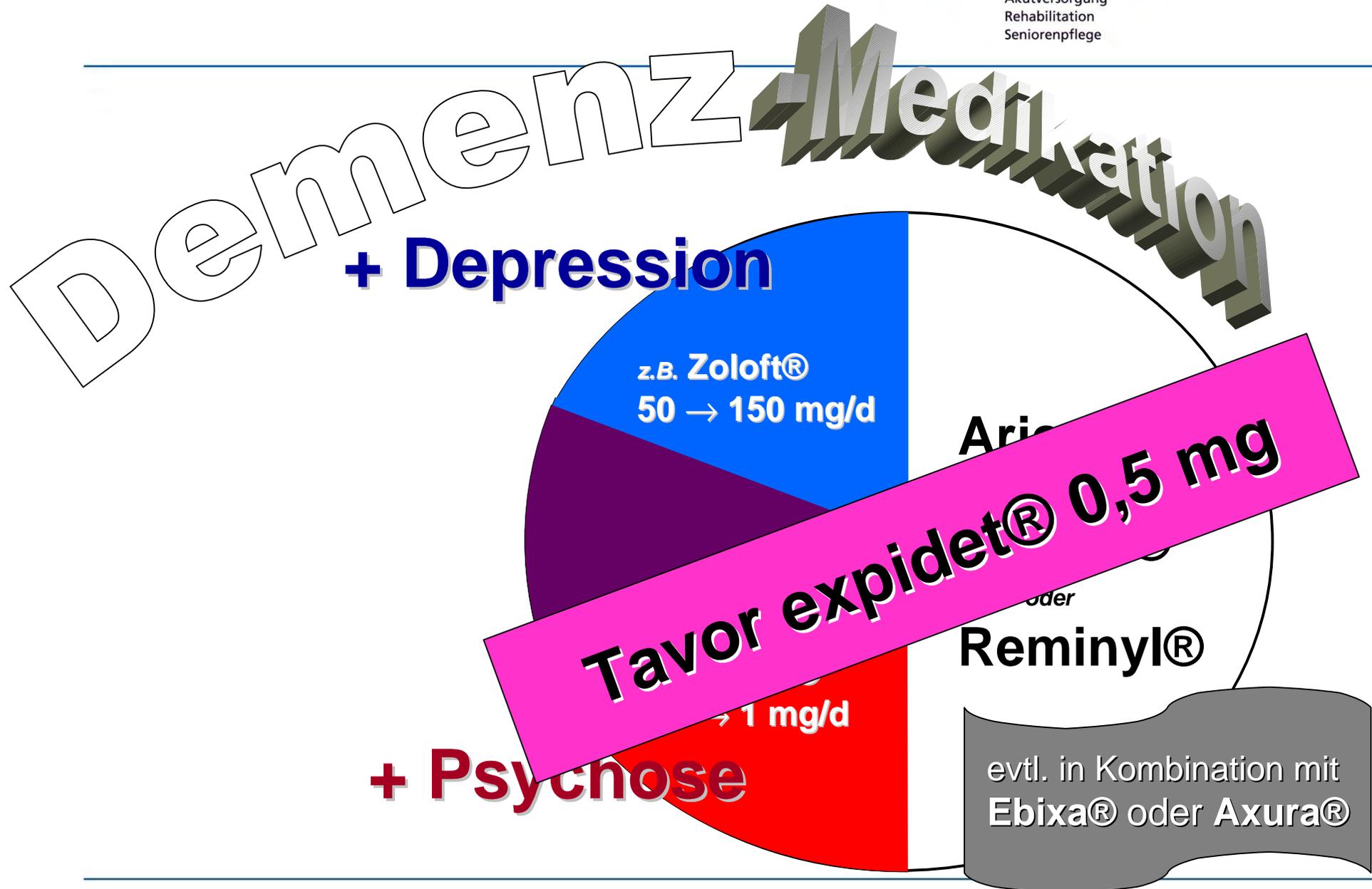
neuropsych.Reha

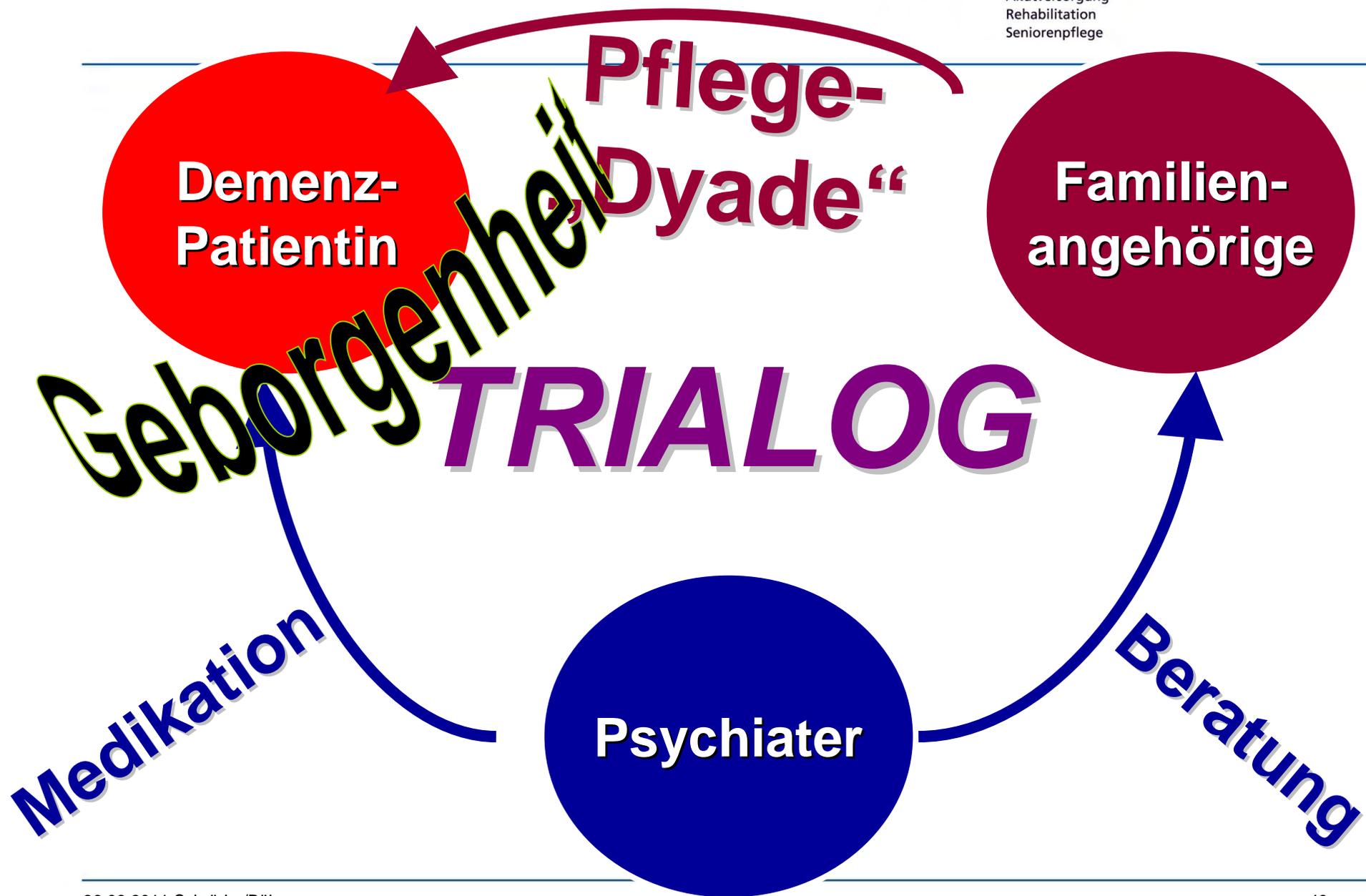
Dosierung der Acetylcholinesteraseinhibitoren

Zulassung	1997	1998	2001
	Aricept ® [Donepezil]	Exelon ® [Rivastigmin]	Reminyl ® [Galantamin]
Startdosis	1 x 5 mg	2 x 1,5 mg	2 x 4 mg
nach 4 Wo	1 x 10 mg	2 x 3 mg	2 x 8 mg
nach 8 Wo	idem	2 x 4,5 mg	2 x 12 mg
nach 12 Wo	idem	2 x 6 mg	idem



Abmilderung des Demenzverlaufs bei 4 Demenzpat. unter AChEI





D e m e n z – P s y c h o p a t h o l o g i e

nichtkognitiv	kognitiv
DEPRESSION	AMNESIE
UNRUHE	APHASIE
PSYCHOSE	APRAXIE
AGGRESSIVITÄT	AGNOSIE
V e r s t ö r t h e i t	V e r w i r r t h e i t

G e b o r g e n h e i t		
Stabilität	Akzeptanz	Sensorik
RITUALE	LÄCHELN	MUSIK
RUHE	LOBEN	HAPTİK
NAMEN	LOCKEN	FARBEN
BIOGRAPHIE	LASSEN	DÜFTE

© PD Dr. St. G. Schröder Ruhr-Uni Bochum 1999

M i l i e u t h e r a p i e

Pharmakotherapie



Angehörigenstützung

Geborgenheit

Typische Fehler bei der Behandlung von Alterspatienten:



Dosierungen zu hoch
Exsikkose unterschätzt
Sprache unangemessen („Oma“)
Fatalismus („altersbedingt“)



Take-Home-Message 2:

- Je **älter**, desto Alzheimer (exponentiell)
- Demenz-**Palliativmedizin** immer möglich und sinnvoll!
- **Trialog**: Betroffene(r) – Angehörige(r) – Profi

