

Depressionen im höheren Lebensalter

Dipl.-Psych. Detlef W. Timp PPT

BDP - GUS – Tagung 2016

Das LOS der Depressiven

- Kraft-
- Wert-
- Antriebs-
- Freud-
- Lust-
- Appetit-
- Schlaf-
- Sinn-
- Hoffnungs-



LOS

Kriterien Depression nach ICD-10

Hauptsymptome:

- Gedrückte Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome:

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken / -handlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Idealtypische (!) klinische (psychopathologische) Kriterien zur Differenzialdiagnose von (Alzheimer-)Demenz und Depression (Teil 1 / 3)

	Demenz	Depression
Beginn	Schleichend	Relativ plötzlich, anfangs rasch
Kognitive Defizite für Angehörige	Im Vordergrund	Nicht im Vordergrund
Auffassungsfähigkeit	Gestört	Erhalten
Beschwerdeschilderung	Bagatellisierend, vage, Selbstüberschätzung	Aggravierend, detailliert, Selbstentwertung
Orientierungsstörung	Ja, nur zu Beginn nicht	Nein
Tagesschwankung	Leistungstief abends	Stimmungstief morgens
Kognitive Verschlechterung nachts	Ja	Nein
Alltagskompetenz	Eingeschränkt	Erhalten
Soziale Aufgeschlossenheit	Erhalten	Eingeschränkt

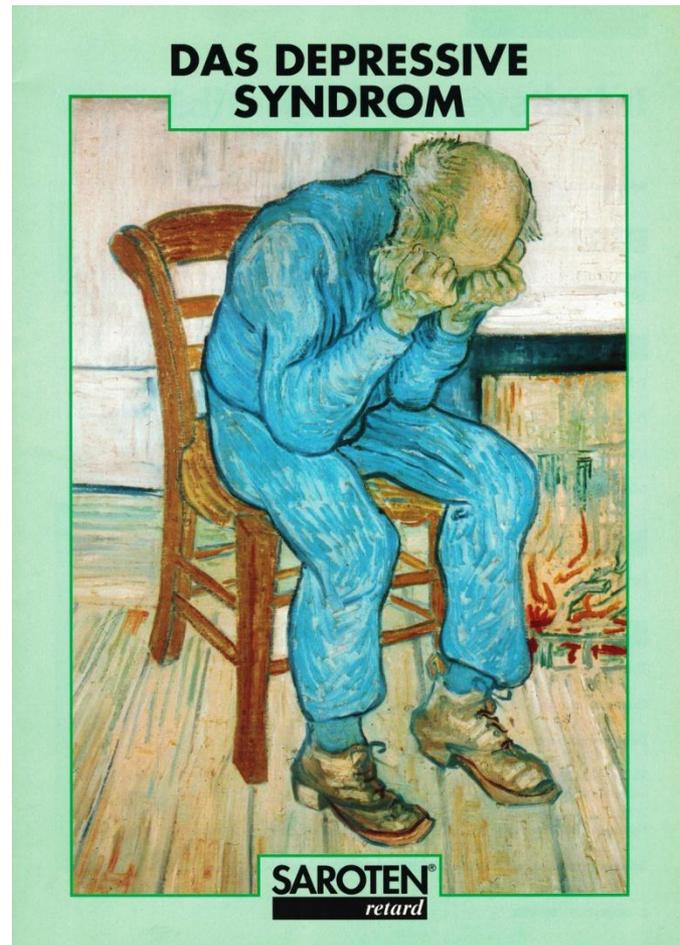
Idealtypische klinische (psychopathologische) Kriterien zur Differenzialdiagnose von (Alzheimer-)Demenz und Depression (Teil 2 / 3)

	Demenz	Depression
Reaktion auf Leistungsanforderungen oder Versagen	Abwehr, Verleugnung, Projektion ; Versuch Fehler zu verbergen	Schuldgefühle, Versagensangst; kein Versuch, Fehler zu verbergen
Bemühen um Kompensation	Ja, z.B. Erinnerungshilfen	Nein
Typische Antworten	„Beinahe richtig“	„Ich weiß nicht“
Sprache, Praxie, visuell-räumliche Orientierung	Gestört (DAT)	Ungestört
Erinnerungsschwäche	Ausgeprägter für kurz zurückliegende Ereignisse	Gleich stark für kurz und lang zurückliegende Ereignisse
Selektive Erinnerungslücken	Selten	Häufig
Reaktion auf Antidepressiva	Persistieren der kognitiven Symptome bei Rückbildung der Depression	Parallele Remission von kognitiven und depressiven Symptomen
Effekt von Schlafentzug	Verschlechterung	Verbesserung

Idealtypische klinische (psychopathologische) Kriterien zur Differenzialdiagnose von (Alzheimer-)Demenz und Depression (Teil 3 / 3)

	Demenz	Depression
Persönliche Anamnese: Depressive Episode in der Vorgeschichte	Selten	häufig
Familienanamnese	Häufig positiv	Häufig positiv
Auffassungsfähigkeit	Gestört	Erhalten
Beschwerdeschilderung	Bagatellisierend, vage, Selbstüberschätzung	Aggravierend, detailliert, Selbstentwertung
Affekte:	Labil, affektarm, ratlos,	Affektstarr
Tagesschwankung	Leistungstief abends	Stimmungstief morgens
Antrieb	Häufig motorisch Unruhig (ziellooses Wandern)	Antriebsarm, - gehemmt
Formales Denken	Umständlich, weitschweifig	Denkhemmung

Vincent van Gogh: Trauernder Alter Mann (daher eigentlich falsch hier)



Depression vs. Trauer

Depression

- Schwingungsfähigkeit reduziert
- Anhaltend gedrückte Stimmung
- Selbstzweifel, Schuldgefühle
- Arbeitsunfähigkeit
- Unfähigkeit Alltag zu bewältigen

Trauer

- Schwingungsfähigkeit erhalten
- Schöne Erinnerungen
- Remission nach wenigen Monaten
- Sonderfall: „komplizierte Trauerreaktion“ nach DSM-V: „persistent complex bereavement disorder“ => komorbid oder prodrominal.

Häufigste Auslöser für Altersdepressionen (Teil 1 / 2)

- Verlust der Selbständigkeit (Abhängigkeit von Dritten) infolge körperlicher Erkrankungen (Einschränkung der sozialen Mobilität z. B. durch degenerative Erkrankungen, Gehbehinderungen, Herzerkrankungen, Schwerhörigkeit, Sehstörungen)
- Mangelnder sozialer Rückhalt, Vereinsamung, soziale Isolation, Verlust von Angehörigen und Freunden
- Eintritt in den Ruhestand:
Rollenwechsel, Verlust von Macht und Ansehen, Fehlen neuer Zielsetzungen, mangelnde Vorbereitung auf das Alter

Häufigste Auslöser für Altersdepressionen (Teil 2 / 2)

- Soziale Entwurzelung:
Umzug in kleinere Wohnung, in Senioren-
und Pflegeheime
- Finanzielle Sorgen
- Negative Lebensbilanz,
Auseinandersetzung mit dem Tod

Die Late-Onset-Depression 1/2

- „Altersdepression“ : Erstmanifestation im höheren Lebensalter – wann auch immer das beginnt, mal ab 50 J., mal ab 65 J. je nach Literatur.
- Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter.
- Je nach Instrument: 8-18% für alle
- Für Heimbewohner: 15-25%
- Über 75 Jahre (inkl. Subklinischer Symptome) bis 37%
- Suizidrisiko: 30% aller Suizide bei Menschen > 65J. bei abnehmender Anzahl von Diagnosen von Depression & Dysthymia.

Die Late-Onset-Depression 2/2

Eigentlich (sic!) keine Unterschiede: **ABER:**

- Ausgeprägtere kognitive Defizite im Bezug auf Exekutiv-, Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisfunktionen.
- Keine Benennungsstörung (Abgrenzung zur DAT!)
- Schlechtere Prognose zur vollständigen Remission.
- LOD kann Prodromalstadium der Demenz sein

Diagnostische Instrumente 1: Anamnese

- Vor- und Nebenerkrankungen: Sucht (Eigenbehandlung mit Benzodiazepinen, Alkohol, freie Arzneimittel (Interaktionen und Wechselwirkung), PTBS (Kriegsgeneration!))
- Komorbiditäten: Apoplexie, Vaskuläre Beschwerden, Diabetes, KHK und die Folgen auch bei Medikation
- Medikamenteninduzierte Depression
- Schmerzanamnese (Sehr wichtig: Sowohl wegen Missbrauchspotential der Arzneimittel, als auch ob der Interaktionen der Arzneimittel – z.B. TZA oder SSRI zu Augmentation bei Schmerzregime)
- Ausschluss Trauerreaktion
- Ausschluss Einsamkeit => soziale Isolation

Diagnostische Instrumente 2: Testdiagnostik

- GDS (MdK Standard), und MADRS zeigen valide Ergebnisse, DIA-S als Screening.
- MOCA und CERAD sind geeignete Instrumente zur Erfassung kognitiver Defizite
- D2-R und AKT zeigen gute Ergebnisse zur Messung der Beeinträchtigung der Konzentration – auch in der Verlaufskontrolle.

Therapie im Alter 1/3

- Polypharmazie und Multimorbidität machen den therapeutischen Alltag schwer, weil:
- Angeblich so vieles nicht geht und
- Angehörige, Pflegende und Therapeuten gerne in die therapeutische Falle tappen, die maligne depressive Interaktionsspirale.

Maligne depressive Interaktionsspirale

Depressiver Patient	Therapeut/ Pflegekraft/ Angehöriger
Mir geht es so schlecht!	Du tust mir leid!
Hilf mir doch!	Ich helfe dir gern
Ich kann das nicht selbst...	Ich tu' das für Dich
Tu mehr für mich!	Ich gebe mir Mühe
Tu noch mehr!	Anstrengend..., Ich komme an meine Grenzen
Du machst das immer noch nicht gut genug!	Habe ich etwas falsch gemacht? Habe ich mir nicht genug Mühe gegeben?
Wenn Du Dir nicht endlich mehr Mühe gibst, geht es mir wieder schlechter!	Jetzt reicht es! Der/ Die soll sich gefälligst zusammenreißen! <i>Oder</i> Ich hab zwar keine Kraft mehr, aber ich muss weiter machen, sonst bin ich schuld
Du wirst schon sehen, was passiert, wenn Du es nicht endlich besser machst!	Hilfe, will er/sie sich was antun? <i>Oder</i> Ich habe versagt... <i>Oder</i> Ich will nicht mehr (melde mich krank) <i>Oder</i> Dem/Der zeig ich's jetzt aber!

Therapie im Alter 2/3

Fallstricke & Hemmnisse:

Spannungsverhältnis wg. Altersunterschied

Lebensende naht => „wozu das alles noch?“

Alte Familiäre Konflikte brechen auf

Verlusterlebnisse und Einsamkeit (last
mohican)

Altenheim= Abgeschoben! (Verrat)

In der Phase der größten Schwäche die
höchste Anpassung erbringen!

Therapie im Alter 3/3

- Lichttherapie hilft auch bei nicht SAD
- Wachtherapie (Schlafentzug)
- Aktivierung zu sozialen Aktivitäten wie Altenclub, Seniorensport, Erzählcafés
- Körperliche Aktivierung hilft auch im Alter und unterstützt Alltagsbewältigung
- Tiergestützte Therapie (Bewegung!)
- Kog. VT wirkt auch bei Senioren

Cave: Nicht vergessen!

**Suizidgefährdete
Privatpatienten
werden nur gegen
Vorkasse
behandelt!**