

Therapie der Depression im Alter

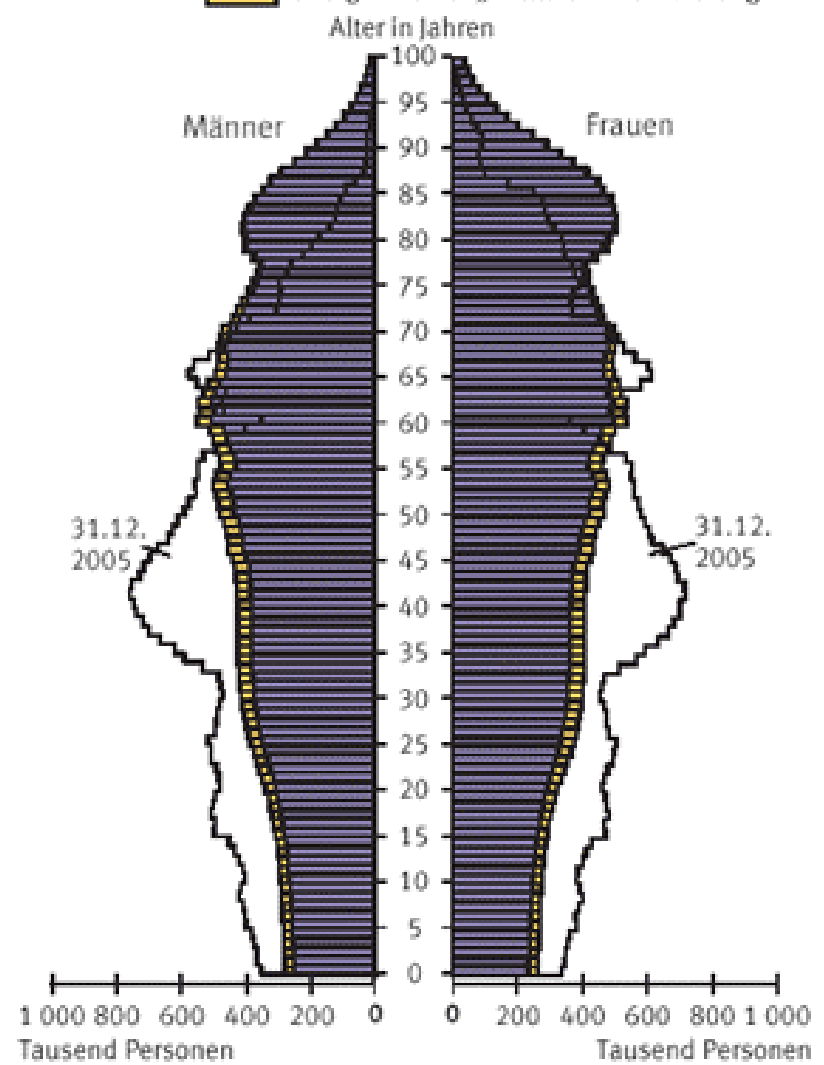
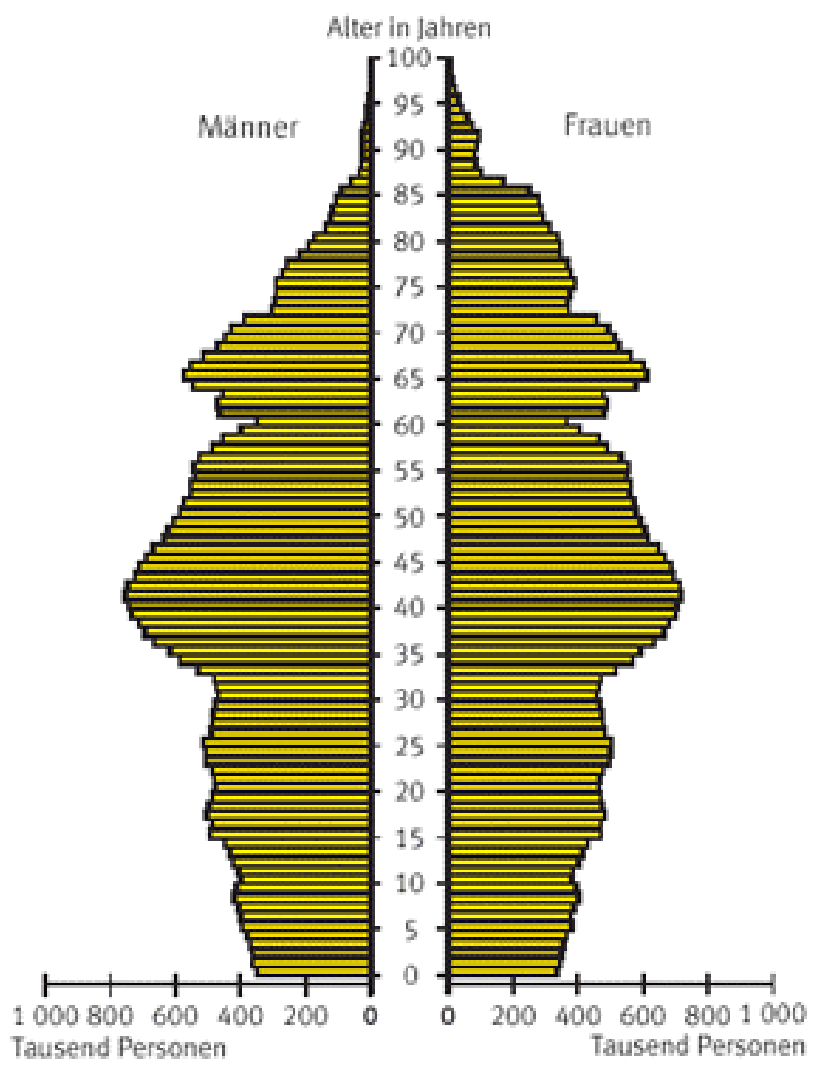
15.11.2009

P. Dlugosch, Chefärztin Gerontopsychiatrie, LWL-Klinik Dortmund

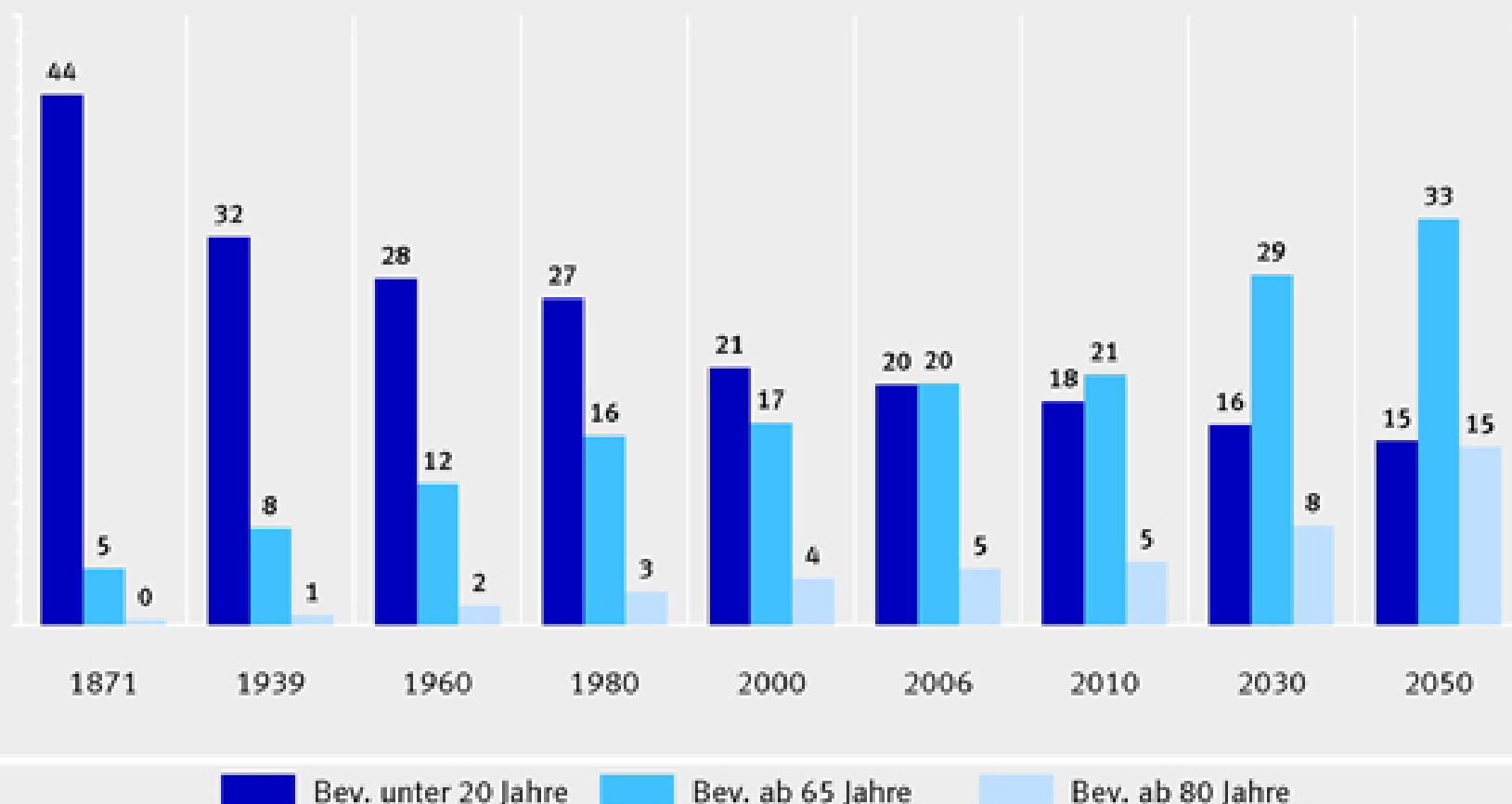
am 31.12.2005

am 31.12.2005 und am 31.12.2050

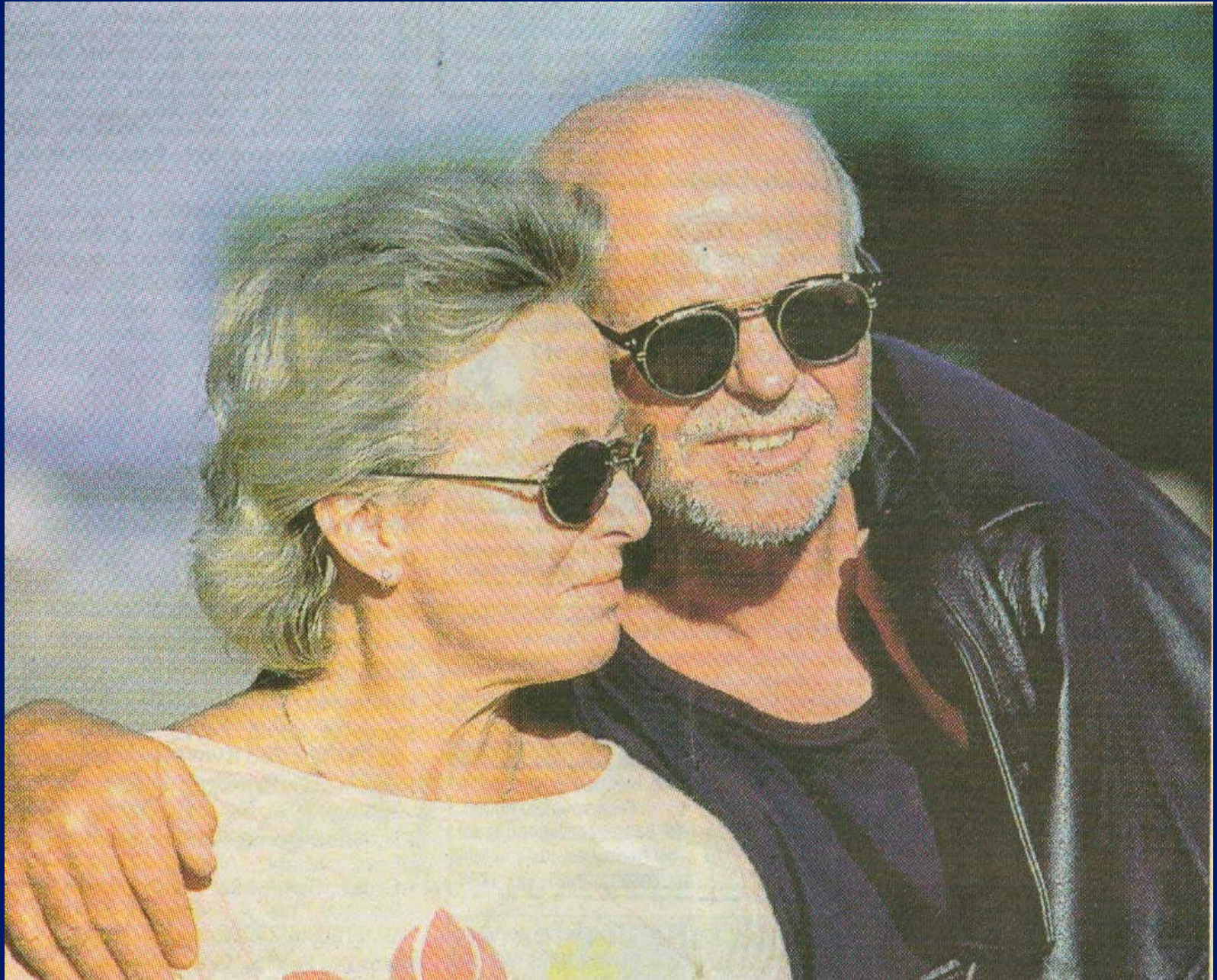
- Untergrenze der „mittleren“ Bevölkerung
- Obergrenze der „mittleren“ Bevölkerung



Entwicklung der Bevölkerung unter 20, ab 65 und ab 80 Jahren (in %)



Datenquelle: Statistisches Bundesamt (ab 2010: 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 1-W1), Graphische Darstellung: BiB



Therapieplan der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik Dortmund-Brackel

Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	
08:00 – 8:45 Ankunft und Frühstück									
09:00-09:10	Morgenrunde	09:00-09:10	Morgenrunde	09:00-09:45	<u>Befindlichkeitsrunde</u>	09:00-09:10	Morgenrunde	09:00-10:00	<u>Stationsversammlung</u>
				09:15-09:45	Ergo, einz.				
09:15-10:30	Visite I	09:15-10:45	<u>Kunst II themenzentr.</u>	10:15-11:45	<u>Theatergruppe I</u>	09:45-10:45	Visite I	09:00-10:00	<u>Kunst einzel</u>
09:15-10:30	<u>Bewegungstherapie II</u>	09:15-10:45	<u>Bewegungstherapie I</u>	10:15-11:45	<u>Entspann. II</u>	09:45-10:45	<u>Gesprächsgruppe II</u>	09:30-12:30 10:00-10:15	<u>Außenakt. Vorbesprech.</u>
		09:15-12:00	Kochgruppe						
10:45-12:00	Visite II	11:00-12:00	Kunstatelier	10:00-12:00	<u>Backgruppe</u>	11:00-12:00	Visite II	10:15-11:30	<u>Kunstatelier</u>
10:45-12:00	<u>Entspann. I</u>	11:00-12:00	<u>Nordic Walking</u>			11:00-12:00	<u>Marktbesuch I</u>	11:15-12:00	<u>soz. Info-gruppe I b.B.</u>
12:00 – 13:30 Mittagessen und Mittagsruhe									
14:15-15:15	<u>Gesprächsgruppe I</u>	14:00-15:15	<u>Kunst I themenzentr.</u>	13:00-14:00	<u>Kunst einzel</u>	Ab 13.00	Selbst. Durchführen alltagsprakt. Tätigkeiten	13:30-14:30	<u>Ergotherapie II</u>
14:15-15:15	<u>Gedächtnistraining II</u>	14:00-15:15	<u>Psychoedukation II</u>	14:15-15:15	<u>PG II Gesprächs.I</u>			14:00-15:00	<u>Spiel- oder Musikkreis b.B.</u>
15:15-15:30	<u>Vorbesprech. Ko. / Ba.</u>	13:30-15:30	<u>Wassergymnastik</u>	14:15-15:15	<u>Walking Anfänger</u>				
15:30 – 16:00 Gemeinsames Kaffeetrinken									
	<u>Einzelgespräch</u>		<u>Einzelgespräch</u>		<u>Einzelgespräch</u>		<u>Einzelgespräch</u>		<u>Einzelgespräch</u>

Wichtig für den Alterungsprozess



Lebensalter

Geschlecht

Sozial-ökonomischer Status
(Einkommen, Arbeit
Ausbildung, Wohnen)

Familienstand

Körperliches Funktionieren

Lebensereignisse, (z. B.
traumatische Vorerfahrungen)

Persönlichkeit

Familiäre Belastung (genetisch,
Erziehung)

psychiatrische Vorgeschichte
(frühe Verluste)

Soziale Unterstützung

Prävalenz seelischer Erkrankungen

(Häufigkeit einer Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt Feldstudien für über 65-Jährige)

(Cooper, Sosna 1983; Weyerer, Dilling 1984)

- Neurosen und neurotische Persönlichkeitsstörungen 10 – 11 %
(Literatur 9 – 18 %)
- Psychosen 3 %
- leichte organische Psychosyndrome 5 %
- schwere organische Psychosyndrome 6 %
- Angst (allgemein incl. Zwang 2 – 3 %) 3 - 15 %
Mittleres bis Seniorenalter:
 - Frauen** (Blazer 1991) 6,1 %
 - Männer** (Blazer 1991) 2,9 %

Prävalenz seelischer Erkrankungen

- Abhängigkeitserkrankungen im Alter
 - 30 – 45 % aller Tranquilizer werden für Personen über 60 Jahre verordnet, vor allem älteren Frauen !
 - Alkoholabusus, vor allem älterer Männer, steigt ca. 1 – 5 % !

- Depression (Gesamtprävalenz)

Frauen	14 %
Männer	6 %

Ersterkrankungen im Alter (Dilling) 3,4 %

- Major Depression (Beekman et al 1993) 0,5 – 1,8 %
- Depressive Syndrome 9 - 20 %
(sind im Alter zwischen 60 und 75 Jahren das am häufigsten vorkommende Krankheitsbild)

Klinisches Bild

- Depressive Stimmungslage
- Antrieb
- Vegetative Symptome
- Körperliche Beschwerden und Funktionsstörungen vielfacher Art
- Angst
- Kognitionsstörungen

Klassifikation depressiver Störungen

- Depressive Episode (F32)
 - Schweregrad: leicht / mittelgradig / schwer (Melancholie)
- Rezidivierende depressive Störungen (F33)
 - Schweregrad: leicht, mittelgradig oder schwer
 - ohne oder mit psychotischen Symptomen
 - ohne oder mit somatischen Symptomen
- saisonal
- Bipolare affektive Störung (F31x)
 - gegenwärtig depressive Episode (F31.3 - F 31.9)
 - depressiv oder gemischt mit manischen Symptomen
 - Schweregrad: leicht, mittelgradig oder schwer
 - ohne oder mit psychotischen Symptomen
- Zykllothymie (F34.0)
- Dysthymia (F34.1)

Differentialdiagnosen oder Komorbidität depressiver Störungen nach ICD-10

- Sonstige affektive Störungen (F38)
- andere affektive Störungen (F39)
- Anpassungsstörungen (F43.2)
kurze und längere depressive Reaktionen
- andere somatoforme Störungen (F45.8)
- Persönlichkeitsstörungen (F6)
- Postpartum Depression (F53.0)
- Neurasthenie (F48.0)
- Somatisierungsstörungen (F45.0)
- Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1)

Formen der Depression können auch nach ihren Ursachen und Ausprägungen unterschieden werden.

(modifiziert nach Lauter und Zimmer, 1984 und Bergener, 1986)

- Organische (oder auch exogene, symptomatische somatogene) Depression
- Endogene (oder auch psychotische, wahnhaft) Depression
- Neurotische, reaktive (psychogene) Depression
- Larvierte oder auch hypochondrische Form der Depression
- Involutionsdepression

Häufig festgestellte Versäumnisse bei der Diagnostik

- Die Depression wird vom Arzt oder anderen professionellen Helfern als „normal“ beurteilt: Es gehört zum Alter dazu.
- Abhängigkeiten (Alkohol und Medikamente) werden diagnostiziert, aber die sich darunter verbergende Depression wird verkannt.
- Nach der Entdeckung einer körperlichen Erkrankung wird die weitere Psychodiagnostik eingestellt, so dass die Diagnose „Depression“ – sei es als primäre, sei es als sekundäre Problematik – verfehlt wird.
- Symptome einer körperlichen Krankheit werden einer Depression zugeschrieben.
- Aufgrund des Vorhandenseins einer Demenzsymptomatik (Pseudodemenz) wird Depression als Demenz diagnostiziert.
- Normale Trauer oder eine Angststörung wird als Depression diagnostiziert oder umgekehrt.
- Eine Depression wird verkannt, weil Einsamkeit übrige Symptome überlagert und umgekehrt.
- Depression wird bei Einsamkeit diagnostiziert.

Suizidversuche und Suizide in Deutschland

100 000 Suizidversuche pro Jahr (Hohe Dunkelziffer!)

11 163 Suizide **2002**

- 8 106 Männer

- 3 057 Frauen

9331 Suizide **2008**

- 75 % Männer

(Quelle: statistisches Bundesamt)

- 24 Suizide / 100 000 Deutsche** **1983**
- 21 Suizide / 100 000 Deutsche** **1991**
- 14 Suizide / 100 000 Deutsche** **2003**

Alle 56 Minuten stirbt durchschnittlich jemand durch Suizid!

Es gibt doppelt so viele Suizidopfer wie Verkehrstote!

16 % aller Suizide begehen 15- bis 24jährige

Suizid ist die zweithäufigste Todesursache bei Männern zwischen 20 und 25 Jahren

Ans: PIV-Folie 1/2004

Altersdepression rechtzeitig erkennen



- ✓ Suizidrate der über 60-jährigen 38/100 000
- ✓ Rund 40 % aller Suizide werden von Menschen über 60 Jahre verübt!
- ✓ Deutlich erhöht ist das Suizidrisiko bei älteren Männern (2-4mal mehr als bei Frauen)
- ✓ Jede 2. Frau, die sich das Leben nimmt, ist älter als 60 Jahre

Depressionen gelten als Hauptursache für Suizide insgesamt

Stadien der Suizidalität

Ruhewünsche: aktuell oder in der Zukunft, ohne eigene aktive Handlung, ohne Handlungsdruck

Todeswünsche: aktuell oder in der Zukunft, ohne eigene aktive Handlung, ohne Handlungsdruck

Suizidideen: mehr oder minder konkret als mögliche Handlungsweise gedacht, häufig Ausdruck von Ambivalenz, jedoch ohne konkreten Handlungsdruck, eher passiv

Suizidabsichten: Suizidideen mit konkreter Planung und Absichtserklärung zur Durchführung, deutlich als Drang erlebter Handlungsdruck

Suizidversuch: suizidale Handlung, die überlebt wird. Eine deutlich Todesintention und der Glaube, mit der angewandten Methode das Ziel zu erreichen, sind oder waren vorhanden.

Suizid: suizidale Handlung, die mit dem Tod des Durchführenden endet.

Behandlungsmöglichkeiten der Depressionen

- Psychopharmakotherapie
- Suggestive Methoden
 - Hypnose und Entspannungsverfahren
 - Snoezelen
- Kreative Verfahren
 - Kunst- und Ergotherapie
 - Musiktherapie
 - Lichttherapie
- Körper-, Bewegungs- und Tanztherapie
- Psychoedukative Verfahren

Erklärungsmodelle depressiver Störungen

Psychodynamische Konzepte

Dekompensation einer depressiven Persönlichkeitsstruktur mit

- Orientierung an strengen Gewissensnormen
- hohen Ich-Ideal-Anforderungen
- Überidentifikation mit den Bedürfnissen anderer
- starke Abhängigkeits- und Bindungswünsche
- aggressive Hemmung

Kognitiv-behaviorale Konzepte

- dysfunktionale Kognitionen
- aversive Lebensbedingungen
- Mangel an verstärkenden positiven Erfahrungen
- erlernte Hilflosigkeit

Interpersonelle Ansätze

- Entstehung in zwischenmenschlichen Konfliktsituationen
- ineffektiver Umgang mit interpersonellen Belastungen

Psychotherapie (Einzel und Gruppe)

- Psychoanalytische und psychodynamische Verfahren
- Kognitiv-behaviorale Verfahren
- Gesprächspsychotherapie
- Paar- und Familientherapie

Psychotherapie bei älteren Menschen

Geschätzter Psychotherapiebedarf: 6 – 10 % (Hirsch 1994)

Durchgeführte Psychotherapie:

teilstationär

0,0 % Geriatrie (Werner, Dittberner 1993),

z. T. Gerontopsychiatrie (Wächtler, Block 1991)

stationär

0,8 % in Landeskliniken (Winnenden 1992)

0,2 % in psychiatrischen Abteilungen (Winnenden 1992)

hiervon

in 67 Nervenarztpraxen Behandlung von 10 547

depressiven PatientInnen hiervon waren 24 %

über 60 Jahre alt

und nur 0,6 % erhielten eine ambulante

psychotherapeutische Behandlung

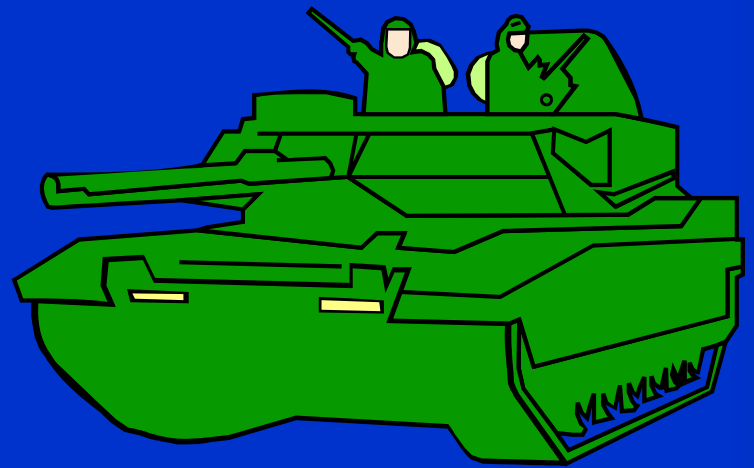
nach den Richtlinien der GOÄ bzw. EGO (Arolt und Schmidt 1992)

Häufige Themen in Psychotherapien sind:

- Verlust (Tod) oder Trennung / Scheidung (Angehörigen / Partner)
- Verstrickung in Selbstbezeichnungen, -vorwürfen und -entwertungen
- Aktualisierung von Schuldgefühlen unterschiedlichster Ursache
- Identitätskrisen
- Verunsicherung, im Alter sexuelle Bedürfnisse zu haben
- Vermehrtes Auftauchen körperlicher Beschwerden oder Einschränkungen
- Angst vor Entwurzelung
- Partnerschaftsprobleme

Realistische therapeutische Ziele

- Bewältigung von vergangenen, gegenwärtigen und drohenden Kränkungen, (symbolischen und realen) Trennungen und Verlusten
- Förderung des Gegenwartsbezugs, Aussöhnung mit der Endgültigkeit und Begrenztheit des Lebens und Förderung der Ich-Integrität
- Förderung und Wiedererlangung von Selbständigkeit und Eigenverantwortung
- Verbesserung und Vermehrung psychosozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten
- Erarbeitung praktischer Handlungsstrategien



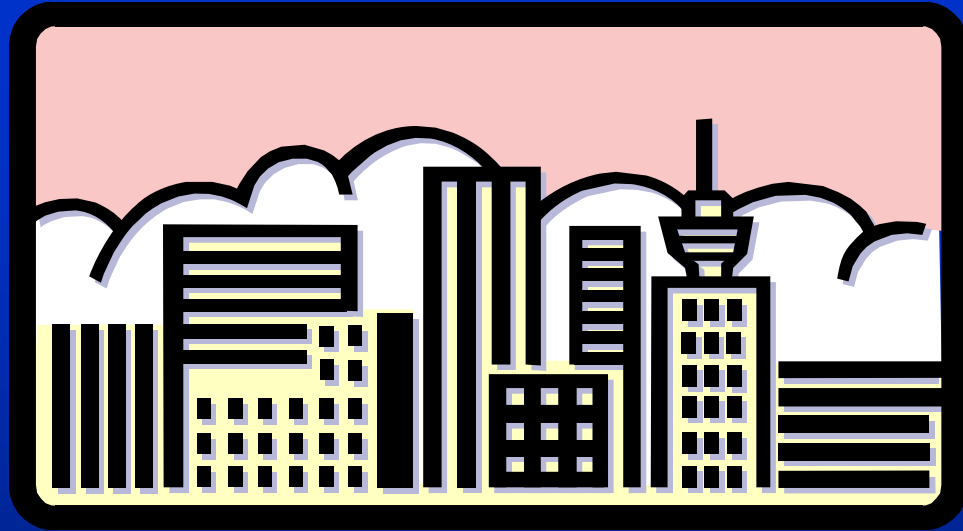


Fräulein B. Jg.1921

Somatisierungsstörung



Posttraumatische Belastungsstörung



Es gilt:

Ein alter Mensch ist ein Erwachsener, für den innerpsychische, intra- und intergenerative Konflikte, Triebbedürfnisse und psychodynamische Gesetzmäßigkeiten gelten, wie für einen Jüngeren

und gleichzeitig ein von seiner körperlichen, psychischen und sozialen Vergangenheit sowie seiner kulturellen Umwelt geprägter und mit der Endgültigkeit konfrontierter Mensch, der in diesen Lebensphasen neuen Belastungen und Krisen ausgesetzt ist, die er bewältigen muss.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !