

Frederik Haarig und Hanna Schade

Demenz und Depression

Symptome erkennen – individuell begleiten

Altenpflege
Vorsprung durch Wissen



Hinweis auf eine körperliche Erkrankung. Frau R. habe in den vergangenen Monaten fünf Kilogramm abgenommen. Mit dem Einzug neuer Mieter in der Wohnung über ihr hätte alles begonnen. Die jungen Leute seien ständig sehr laut. Beschwerden ihrerseits hätten nichts gebracht. Unmöglich finde sie, dass ihrem Ehemann alles egal sei. Auf die Therapeutin wirkt Frau R. erschöpft und angespannt. Sie spricht mit leiser, heiserer Stimme. Während ihres Berichts scheint sie Konzentrationschwierigkeiten zu haben und sich nicht mehr an alles genau zu erinnern. Frau R. sei verstimmt, verzweifelt und ohne Hoffnung. Sie mache sich außerdem große Sorgen wegen der sich ihr aufdrängenden Gedanken an Suizid. Frau R. suche nun weniger Kontakt zu Freunden, bliebe häufiger zu Hause und komme nun ihren Interessen und Hobbies nicht mehr nach.

Diagnose: Schwere depressive Episode

Das Fallbeispiel von Frau R. macht die Diagnosestellung anschaulich. Ersichtlich wird, dass die Betroffene infolge einer Lebensumstellung (Einzug neuer Mieter) stark beansprucht ist (Stress, Appetitlosigkeit, Erschöpfung). Aufgrund dieser chronischen Belastung stieg die Anfälligkeit der Betroffenen, sodass sich ihre Stimmung negativ ausprägte (Verzweiflung, Verstimmung, Hoffnungslosigkeit). Neben körperlichen Symptomen (Zittern, Magendruck) weist die Betroffene ebenfalls kognitive Symptome (Konzentrationschwierigkeiten, Sorgen und Befürchtungen) auf. Aufgrund bestehender Suizidgedanken und des verringerten Funktionsniveaus (Isolation, Verlust sozialer Beziehungen) wird das Leben von Frau R. stark beeinträchtigt.

Sie berichtet neben den Hauptsymptomen (Niedergeschlagenheit, Erschöpfbarkeit, Interessensverlust) mehr als vier Nebensymptome (Suizidgedanken, Appetitlosigkeit, Konzentrationschwierigkeiten, Magenschmerzen, Hoffnungslosigkeit), wodurch die Diagnose einer schweren depressiven Episode zu stellen ist.

Zur validen Diagnosestellung im hohen Alter ist es nötig zu wissen, dass dieselben Kriterien wie bei anderen Altersgruppen angelegt werden, jedoch die negative Verstimmung von Patienten oft nicht in den Vordergrund gestellt wird. Hierbei ist es klinisch sinnvoll zu fragen, ob Betroffene noch genauso glücklich/traurig sein können wie vor einem Jahr. Patienten mit Depressionen stellen zudem häufiger körperliche Mängel in den Vordergrund (Schlafstörungen, Appetitlosigkeit). Daher ist eine genaue Anamnese (zeitlicher Verlauf, andere Symptomebenen) wichtig, um diese körperlichen Aspekte ins Gesamtbild einzuordnen und ggf. andere Symptombereiche näher zu eruieren. Bei Risikopopulationen (bedeutsame Lebensumstellungen wie Tod des Angehörigen, Berentung) ist es zudem sinnvoll, regelmäßig Screeningverfahren (siehe Auflistung der psychometrischen Instrumente) einzusetzen, um kontinuierlich zu prüfen, inwiefern sich

ein depressives Muster durch die Nicht-Bewältigung der aktuellen Lebenssituation ergeben könnte.

Differentialdiagnostisch ist daher wichtig zu prüfen, inwiefern ein Zusammenhang mit einer Trauerreaktion (Verlust einer nahestehenden Person) oder einem einschneidenden Lebensereignis (Berentung) besteht. Weiterhin ist zu prüfen, ob Hinweise auf metabolische (hormonelle Störungen, bspw. bezüglich der Schilddrüse) oder substanzinduzierte Störungen (Alkohol, Medikamente) bestehen. Zu klären ist, ob Alternativerklärungen (Hinweise auf Schmerzen, länger andauernde Schlafstörungen) die bestehenden und berichteten Symptome erklären oder diese aus einem vorhandenen depressiven Muster resultieren.

Chronische Depressionen sind international nicht einheitlich definiert. Die rezidivierende depressive Störung sowie die Dysthymie können als Vertreter dieses Bereichs angesehen werden. Einigkeit besteht lediglich im zu erfüllenden Zeitkriterium, das eine andauernde depressive Symptomatik von mindestens zwei Jahren definiert. Im höheren Alter gibt es zudem die Bezeichnung „late-life depression“ (LLD; Altersdepression). Diese Form der Depression beschreibt depressive Krisen für einen späten Beginn der eigentlichen Erkrankung (zwischen 50. und 60. Lebensjahr). Empirisch belegt ist, dass diese Patienten mehrheitlich weniger depressive Störungen in der Familienanamnese berichten und häufiger zerebrovaskuläre Erkrankungen sowie zerebrale Atrophien zeigen als Betroffene, die bereits seit frühem Erwachsenenalter oder der Kindheit an einer Depression leiden (Naismith, Norrie, Mowszowski & Hickie, 2012). Häufiger scheint die Depression bei chronisch depressiven älteren Patienten (in Form einer Dysthymie) nach dem 50. Lebensjahr auszubrechen (Devanand, 2014).

Entstehung

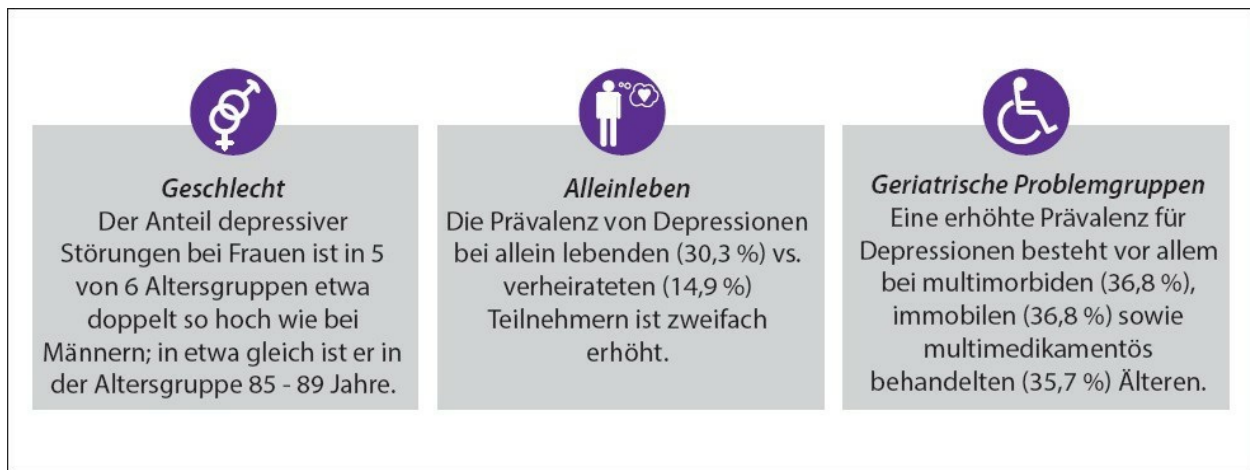
Im hohen Lebensalter steht die Bewältigung wesentlicher Lebensumstellungen an. Diese kann sich dabei auf die folgenden Bereiche beziehen:

- geringere familiäre Eingebundenheit,
- Zukunftsängste,
- Berentung,
- Tod von Angehörigen/Freunden
- zunehmende Abhängigkeit von anderen, ggf. fremden Personen,

- zunehmende Gesundheitsbeschwerden.

Risikofaktoren im Alter:

Aus der Berliner Altersstudie gehen unterschiedliche Risikofaktoren im Alter hervor.



Zudem bestehen allgemeine Risikofaktoren, die die Entstehung einer Depression bedingen können (Hautzinger, 2000): Vorliegen von körperlichen Gebrechen, depressive Episoden in der Vergangenheit, Verluste nahestehender Personen, Aufgabe sozialer Rollen und (beruflicher) Funktionen, verringerte Fertigkeiten und Ressourcen, reduzierte Interessen, Aktivitäten, Ziele und Beschäftigungen, hohe Ansprüche und Perfektionismus sowie ausgeprägte Misserfolgsorientierung.

Entstehung von Depressionen

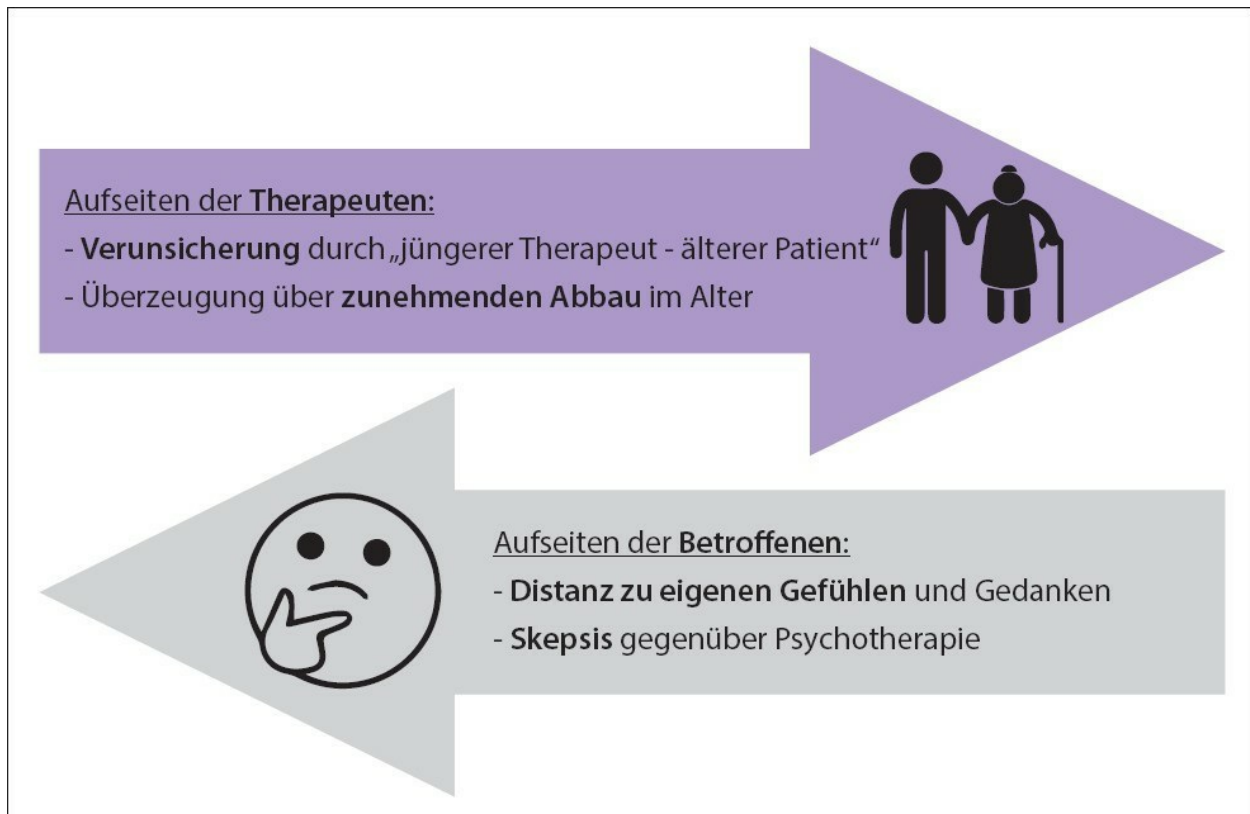
Die Entstehung einer Depression kann als multifaktorielles Bedingungsgefüge betrachtet werden (Wolfersdorf, 2006). Neben genetischen spielen vor allem soziokulturelle (u. a. Leistungsorientierung und -druck, Jugendlichkeitswahn) und familiäre Faktoren (Erziehung, traditionelle Werte) eine Rolle. Aus dem Zusammenspiel ergibt sich eine Disposition (Anfälligkeit bezüglich einer Depression), die für die weitere individuelle, psychologische, soziale und körperliche Entwicklung von Bedeutsamkeit ist. Liegen verschiedene Risikofaktoren über einen längeren Zeitraum vor, kann es zur Ausbildung depressiver Persönlichkeitszüge (negative Gedanken, beeinträchtigte Gefühle) kommen, die sich in der Gestaltung von Beziehung (pessimistische Sichtweisen, passives

Beziehungsverhalten) wiederfinden und wodurch entsprechende Wertüberzeugungen („Nichts kann ich richtig machen.“) und Normorientierungen („Wer Schwäche zeigt, ist wertlos.“) determiniert werden. Folglich steigt das Risiko, dass in der weiteren Entwicklung pathologische Muster der Depression ausgebildet werden („Persönlichkeit mit erhöhter Erkrankungsbereitschaft“) und die Bewältigung relevanter Entwicklungsaufgaben (bspw. Tod von Angehörigen) und Alltagsbelange (bspw. Berentung, Umgang mit Stress) beeinträchtigt wird. Das wiederum hat Einfluss auf verschiedene Facetten der Persönlichkeit: Denkmuster werden in ihrer negativen Ausprägung weiter verstärkt, Betroffene neigen zu Aggressivität (vor allem im hohen Alter), depressive Persönlichkeitszüge bilden sich aus und Bewältigungsstrategien sind hingegen weiter blockiert. Je länger solch ein Zustand besteht, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass final die Depression ausbricht.

Behandlung

Versorgungssituation

In den USA und Großbritannien haben Versorgungsforscher ältere Menschen mit Depressionen als hoch relevante und unterversorgte Gruppe identifiziert. Selbst nach einer entsprechenden Diagnose fehlte eine angemessene und adäquate Behandlung (Luppa, Sikorski & Motzek, 2012). Psychopharmakologische Interventionen (Gill & Hatcher, 2000), psychotherapeutische Interventionen (Wolf & Hopko, 2008) zeigen Wirksamkeit auch bei älteren Menschen. Auch psychosoziale Interventionen (Beratung, aufsuchende Ansätze) zeigen Effektivität (Gum et al., 2006). Im Gegensatz zur früheren Annahme, dass ältere Menschen aufgrund von Angst vor Stigmatisierung Psychopharmaka präferieren, kann geschlussfolgert werden, dass psychotherapeutische und psychosoziale Hilfen sinnvolle Alternativen und Zusatzmaßnahmen darstellen. In der Berliner Altersstudie (BASE, 1998) wurde festgestellt, dass 44 % der depressiven Störungen nicht adäquat therapiert wurden. Einschränkend muss jedoch festgehalten werden, dass die Studie 20 Jahre zurückliegt, und sich das



Gesundheitsversorgungssystem in diesen Jahren verändert und im Hinblick auf die Versorgung von Depressionen verbessert hat. Dennoch findet auch heute noch Psychotherapie jenseits von 65 praktisch nicht statt (u. a. Heuft, Telger, Wolterm & Imai, 2011). Dies kann auf spezielle Hemmnisfaktoren in der speziellen Versorgungssituation zurückgeführt werden (Kessler, 2014; Peters, 2009).

Verlauf und Prognose

Für den Verlauf akuter Depressionen im hohen Alter ist feststellbar, dass vier bis sechs Monate längere Phasenverläufe bestehen sowie das Rückfallrisiko und die Therapie-Resistenz im Alter wahrscheinlich etwas erhöht sind (Stoppe, 2008). Prognostisch bedeutsam ist dabei die hohe Suizidrate bei älteren Menschen. Es besteht dabei ein Zusammenhang zwischen Selbsttötungen im Alter und dem Vorliegen einer Depressionsdiagnose (90 %). Dies stellt damit den wichtigsten Risikofaktor dar (Cornwell, Duberstein & Caine, 2002), der letztendlich auch in der Versorgung unbedingt Berücksichtigung finden muss. Auch ist das bereits erwähnte Chronifizierungsrisiko im Alter ein wesentlicher Faktor, der in der Versorgung berücksichtigt werden sollte (Charney