

Psychische Erkrankungen im Alter

PD Dr. med. F.-G. Lehnhardt
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik



Psychische Erkrankungen im Alter....

- Wann ist man alt?
- Sind alte Menschen „anders“ psychisch krank?
- Was ist häufig(er), was ist selten(er)?
- Gibt es Unterschiede in der Behandlung?

Psychische Erkrankungen im Alter – Hintergrund



- *Im Alter immer „seltsamer“ und „sonderbarer“?!*
- Über 65jährige sind **in 25% d.F.** von psychischen Erkrankungen betroffen
- Die Hälfte davon sind schwer ausgeprägt, d.h. bedürfen einer Behandlung
- Psychische Erkrankungen werden im Alter **häufig nicht erkannt**, v.a. wegen...
 - Stigmatisierungsangst ↑
 - Im Vordergrund stehende (erscheinende) körperliche Symptome



Hoher Leidensdruck

Psychische Erkrankungen im Alter sind häufig - doch die Betroffenen schweigen oft



Viele Menschen erkranken im Alter an psychischen Problemen

dpa/Daniel Reinhardt



- Symptomatik grundsätzlich ähnliche wie bei jungen Patienten
 - **außer Demenz und Delir**
 - aber weniger Psychotherapie und mehr Psychopharmakotherapie
- Alter = **nur Verlustsituationen (!?)**
 - körperliche Gesundheit
 - mentale Gesundheit
 - Fähigkeiten (Sehen, Hören, Merkfähigkeit, geistige Schnelligkeit)
 - Austritt aus dem Berufsleben
 - schwere körperliche Krankheit
 - Verlust nahestehender Personen



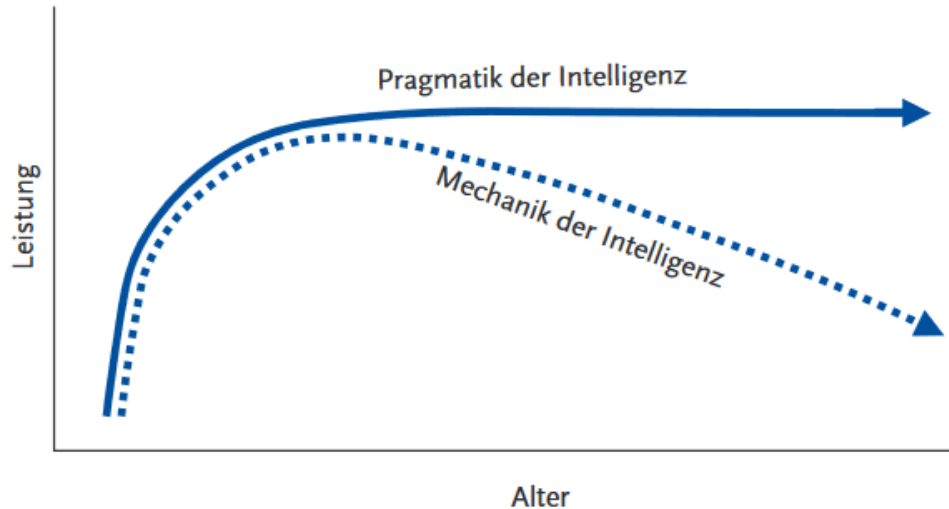
- Deutschen Alterssurveys (DEAS) - ein **Großteil der älteren Menschen ist mit dem Leben zufrieden**, obwohl gesundheitliche Einschränkungen weit verbreitet sind [Wettstein & Spuling 2019]
- 66 % der Befragten im Alter ab 65 Jahren bewerten ihre Lebenszufriedenheit anhand einer 10-stufigen Skala mit 8 bis 10 Punkten (10 = ganz und gar zufrieden) [NRW-Gesundheitssurvey 2019]
- Erkrankungen und Funktionseinschränkungen im Alter werden **häufig zunächst gut kompensiert** und beeinträchtigen die Lebenszufriedenheit wenig [Saß et al. 2010]
- Mit zunehmendem **Grad der Einschränkungen beim Verrichten alltäglicher Tätigkeiten** nimmt die Lebenszufriedenheit jedoch ab

Psychische Erkrankungen im Alter – Hintergrund

Abbildung 1.1.1.1

Zwei-Prozess-Modell der Intelligenzentwicklung über die Lebensspanne

Quelle: Eigene Darstellung nach [4]



Was sind Alternswissenschaften?



Gerontologie:

Wissenschaft vom Prozess des Alterns sowie des Alters als Lebensphase



untersucht Alterungsvorgänge unter biologischen, medizinischen, psychologischen und sozialen Aspekten



normales vs. pathologisches Altern

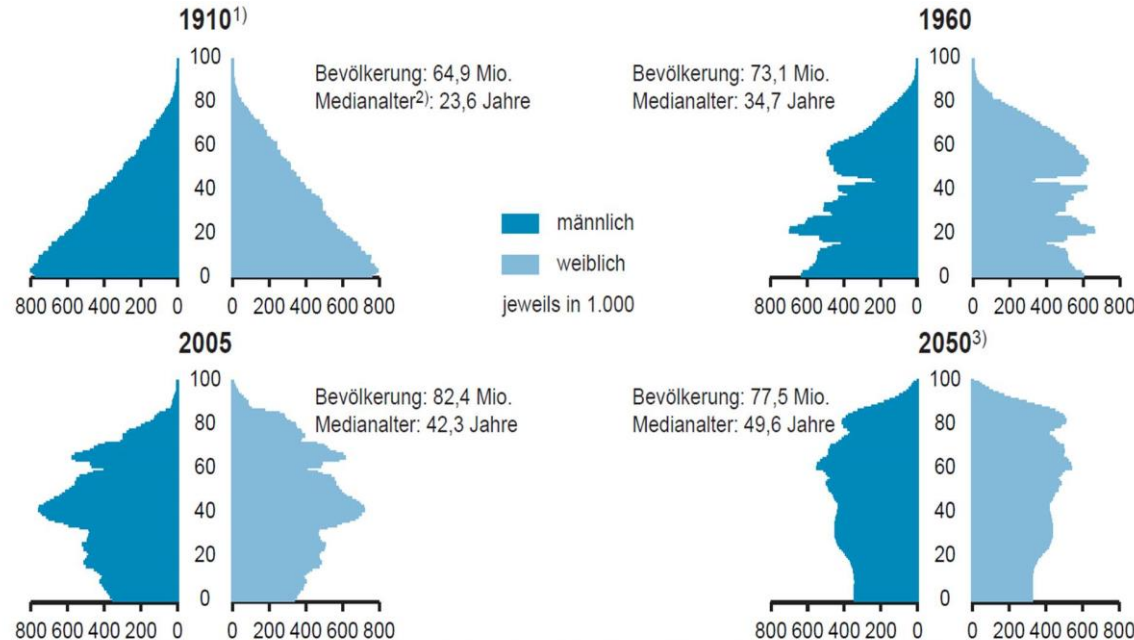


1926-2022

Gerontopsychiatrie:

Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit psychischen Erkrankungen von Menschen ab dem 60. / 65. Lebensjahr beschäftigt

Demographischer Wandel



Jeweils zum Jahresende. 1) Deutsches Reich in den Grenzen von 1910. 2) Eine Hälfte der Bevölkerung ist jünger, die andere älter. 3) Variante 3-W2 der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Annahmen: hohe Fertilität, Basis-Lebenserwartung, hohe Zuwanderung).

RZ-Grafik / Datenquelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen: Kühntopf.

Median-Alter

1910: 23,6 J.

1960: 34,7 J.

2005: 42,3 J.

2050: 49,6 J.

Was ist Alter?! Was sind Lebensalter?!



Biologische Definition:

„Ein Mensch kann als alt bezeichnet werden, wenn die Hälfte seiner Geburtenkohorte bereits verstorben ist.“

Quelle: www.charité.de>Forschung>Themen Forschung>Alter neu denken

Tabelle 1.1.1.1

Drittes und Viertes Lebensalter

Quelle: Eigene Darstellung

Altersabschnitt	Alter	Bezeichnung (synonyme Verwendung)
Alter	65 Jahre und älter	alte Menschen, ältere Menschen
drittes Lebensalter	65 bis unter 85 Jahre	junge Alte
viertes Lebensalter	85 Jahre und älter	sehr alte Menschen, alte Alte, Hochaltrige, Hochbetagte

[1. Lebensalter: Ausbildung, 2. Lebensalter: Berufstätigkeit]



- Die „**jungen Alten**“ 65 bis <85 Jahre
- Die „**alten Alten**“ >85 Jahre



3 Aspekte von Gesundheit im Alter

- Somatische und psychische Gesundheit
- Funktionale Gesundheit
- Subjektive Gesundheit



Beeinflussende Faktoren auf das Altern

- Lebensstil
- Gesundheitsverhalten
- Lebenssituation
- Soziale Ungleichheit
- Medizinische und pflegerische Versorgung
- Gesellschaftliche Rahmenbedingungen



Sind alte Menschen „anders“ psychisch krank?



🗨️ Kriterien der Erkrankungen unterscheiden sich nicht nach dem Alter....

ABER

- ☑️ Beschwerden werden oft anders empfunden und berichtet
- ☑️ Wahrscheinlichkeit für Begleiterkrankungen (v.a. körperliche) steigt
- ☑️ typische Auslöser / Themen ändern sich (Bsp: Depression)
- ☑️ Demenz (und Delir) als „alterstypische“ Erkrankung
- ☑️ Psychische Faktoren Angst/Depression/abhängiger Persönlichkeitsstil können u.a. dazu beitragen, dass sich ein Patient beeinträchtigter verhält/fühlt, als er eigentlich ist

Unterschiede in der Behandlung - Psychotherapie



Ähnliche Grundprinzipien, aber **zugeschnitten auf die Bedürfnisse älterer Menschen**



- kürzere Sitzungen, dafür häufiger
- klarer Fokus auf das Thema – realistische Erwartung
- langsames Vorgehen
- Ressourcen Identifizierung
- Hör- / Sehinderung berücksichtigen
- Gedächtnishilfen (Memos, Hausaufgaben)
- Medizinisches Grundwissen des Therapeuten

(Forstmeier & Maercker, 2007b)



1. Medikamente müssen folgende Prozesse im Körper durchlaufen:

Absorption - Verteilung - Elimination



diese unterliegen alterungsassoziierten Veränderungen, die berücksichtigt werden müssen

2. Nutzen-Risiko-Abschätzung auf Basis von Studien („EBM“)



Patienten im hohen Lebensalter meist **unterrepräsentiert in Studien**

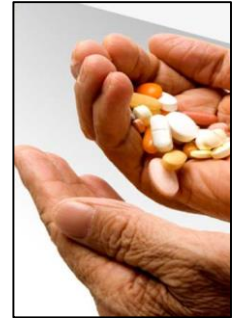
Unterschiede in der Behandlung – Pharmakotherapie



Notwendige Anpassung der Pharmakotherapie durch Veränderungen in Aufnahme und Verstoffwechselung von Medikamenten im Alter → Bsp. Priscus-Liste



*„Ältere Menschen leiden häufig an mehreren chronischen Erkrankungen und nehmen daher oft eine Vielzahl von Medikamenten ein. Sie sind **durch Alterungsprozesse meist von einer höheren Rate an Nebenwirkungen betroffen**. Zum Schutz von Patienten ab 65 existieren Listen auf denen „potentiell inadäquate Medikation im Alter“ (PIM) aufgeführt werden, die bei älteren Menschen vermieden werden sollte. Denn eine PIM-Einnahme erhöht beispielsweise das Risiko für eine Krankenhauseinweisung.“*



Unterschiede in der Behandlung – Pharmakotherapie



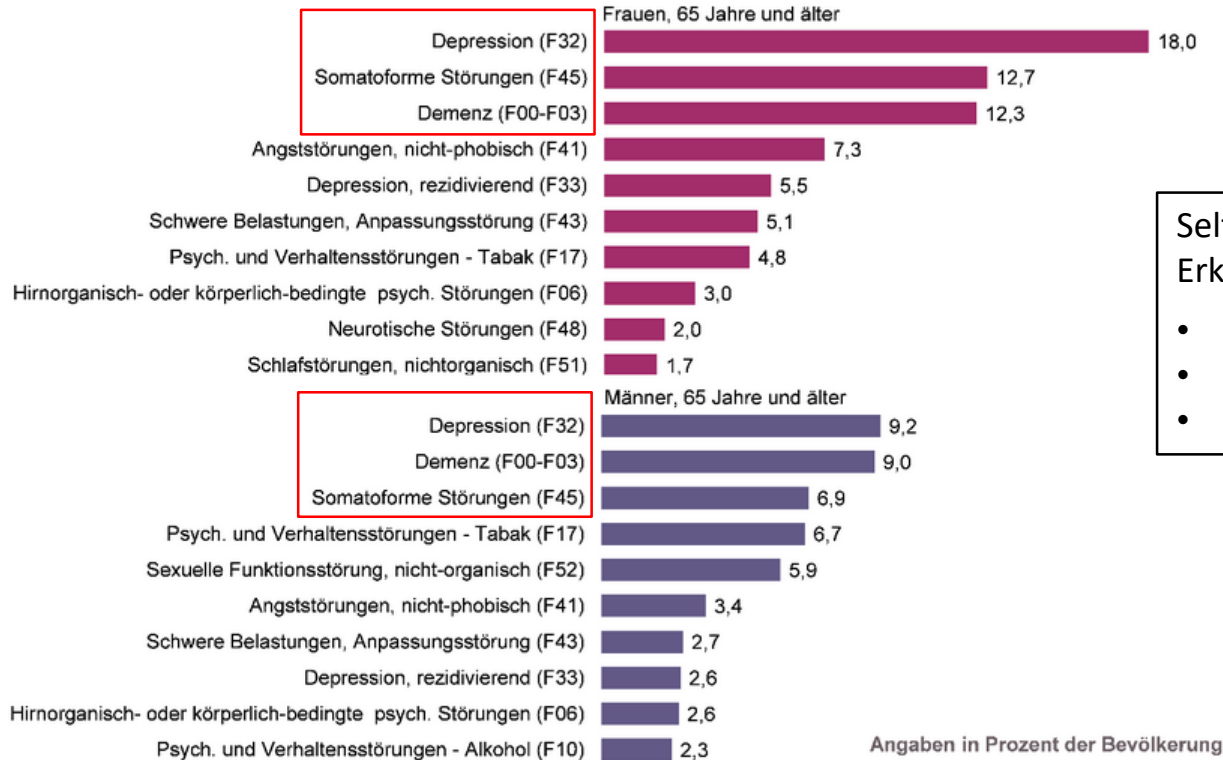
Die PRISCUS-Liste wird u.a. zur Optimierung der Arzneimitteltherapie älterer Patienten genutzt.

Zur PRISCUS-Liste

TABELLE			
Potenziell inadäquate Medikation für ältere Patienten (Kurzfassung) (die Hinweise der Hersteller in den Fachinformationen sind zu beachten)			
Arzneimittel	wesentliche Bedenken (Auswahl)	mögliche Therapie-Alternativen	Maßnahmen, falls das Arzneimittel trotzdem verwendet werden soll
Analgetika, Antiphlogistika			
NSAID – Indometacin – Acemetacin* – Ketoprofen* – Piroxicam – Meloxicam* – Phenylbutazon – Etoricoxib	– sehr hohes Risiko für gastrointestinale Blutungen, Ulzerationen oder Perforationen, auch mit letalem Ausgang – Indometacin: Zentralnervöse Störungen – Phenylbutazon: Blutdyskrasie – Etoricoxib: Kardiovaskuläre Kontraindikationen	– Paracetamol – (schwach wirksame) Opioide (Tramadol, Codein) – ggf. schwächere NSAID (z. B. Ibuprofen)	– Kombinationstherapie mit protektiven Arzneimitteln, z. B. PPI – Kontrolle auf Magen-Darm-Beschwerden (Gastritis, Ulzera und Blutungen) – Kontrolle Nierenfunktion – Kontrolle Herz-Kreislauf-Funktion (Blutdruck, Herzinsuffizienz-Zeichen) – Dosierungsempfehlung: möglichst kurze Therapiedauer – Phenylbutazon: zusätzlich Blutbild-Kontrolle
Opioid-Analgetika – Pethidin	– erhöhtes Risiko für Delir und Stürze	– Paracetamol – andere Opioide (mit geringerem Delirrisiko, z. B. Tilidin/Naloxon, Morphin, Oxycodon, Buprenorphin, Hydromorphon) – ggf. schwächere NSAID (z. B. Ibuprofen)	– klinische Kontrolle (ZNS-Funktion, Sturzneigung, Kreislauf-Kontrolle) – Kontrolle Nierenfunktion – Dosierungsempfehlung: niedrige Initialdosis, langsame Dosissteigerung, möglichst kurze Therapiedauer

Priscus-Liste: [//www.priscus2-0.de/index.html](http://www.priscus2-0.de/index.html)

Was sind die häufigsten psychischen Diagnosen >65 J.?



Seltenere psychische Erkrankungen im Alter

- Manien
- Schizophrenie
- Zwangsstörungen



Psychische Erkrankungen im Alter

Demenz

Einfach nur vergesslich oder schon dement?



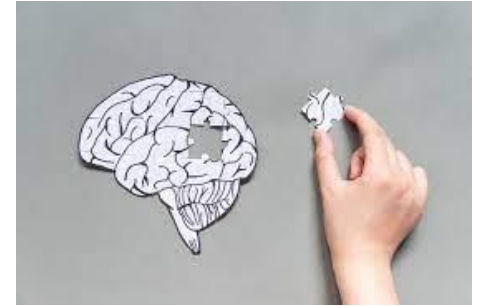
In den letzten 6 Monaten

„... hat sich mein Mann deutlich verändert. Das Verlegen der Brille und des Portemonnaies habe ich ja auch oft genug, oder dass einem Namen nicht einfallen. Aber bei ihm wurde es immer schlimmer. Es fing an, dass er in der Nacht unser Bad im Erdgeschoß nicht mehr finden konnte. Die Steuererklärung war im letzten Jahr noch mit wenig Hilfe durch unseren Sohn kein Problem, jetzt ging das gar nicht mehr. Alltägliche Dinge wie Kaffee kochen und den Einkauf erledigen musste ich mehr und mehr übernehmen, weil es ihm nicht mehr gelang. Alltagsdinge, die wir besprochen haben, konnte er zunehmend weniger erinnern.“



Was ist eine Demenz?

- Fortschreitende kognitive Beeinträchtigung, die **mehrere Bereiche der geistigen Leistungsfähigkeit** betrifft.
- Die kognitive Beeinträchtigung führt zu einer **deutlichen funktionellen Beeinträchtigung des täglichen Lebens**. Die Betroffenen sind nicht mehr unabhängig und benötigen Hilfe im Alltag.
- Kann in **leicht, mittelschwer und schwer** eingeteilt werden.

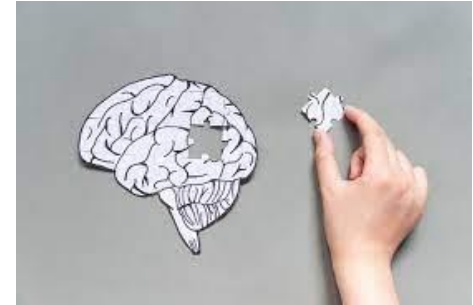


Jack et al., Alz & Dem, 2018

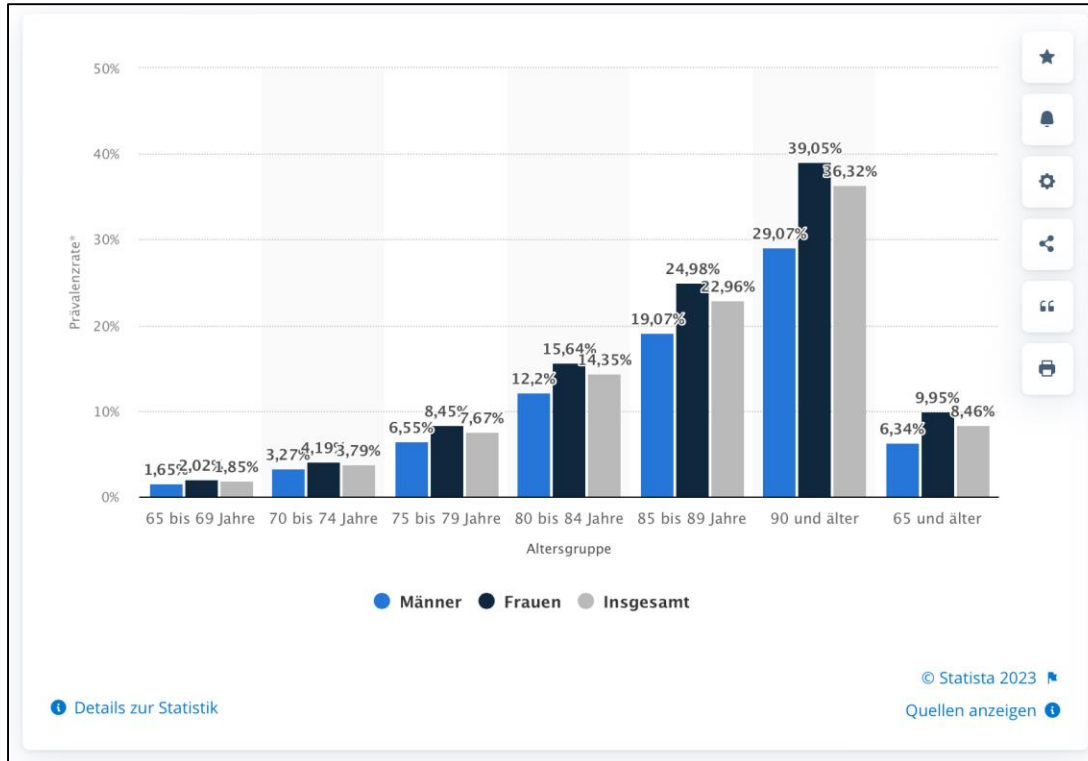
Was ist eine Demenz?



- Demenz ist der **schleichende Rückgang der geistigen Fähigkeiten** bei Menschen im Alter. Dabei verschlechtern sich Gedächtnis, Denkvermögen, Urteilskraft, Konzentrations- und Lernfähigkeit kontinuierlich. Die Persönlichkeit kann ebenfalls verfallen.
- Sie ist **keine reguläre Begleiterscheinung des Alterns**. Bei der Demenz vermindern sich die geistigen Fähigkeiten dramatisch und werden letztendlich weitgehend abgebaut.
- Man unterscheidet **primäre Demenzsyndrome**, das heißt ohne zugrunde liegende Erkrankung, von **sekundären Demenzen**, die sich als Folgeerscheinung anderer Krankheiten (z.B. Parkinson-Krankheit) entwickeln.

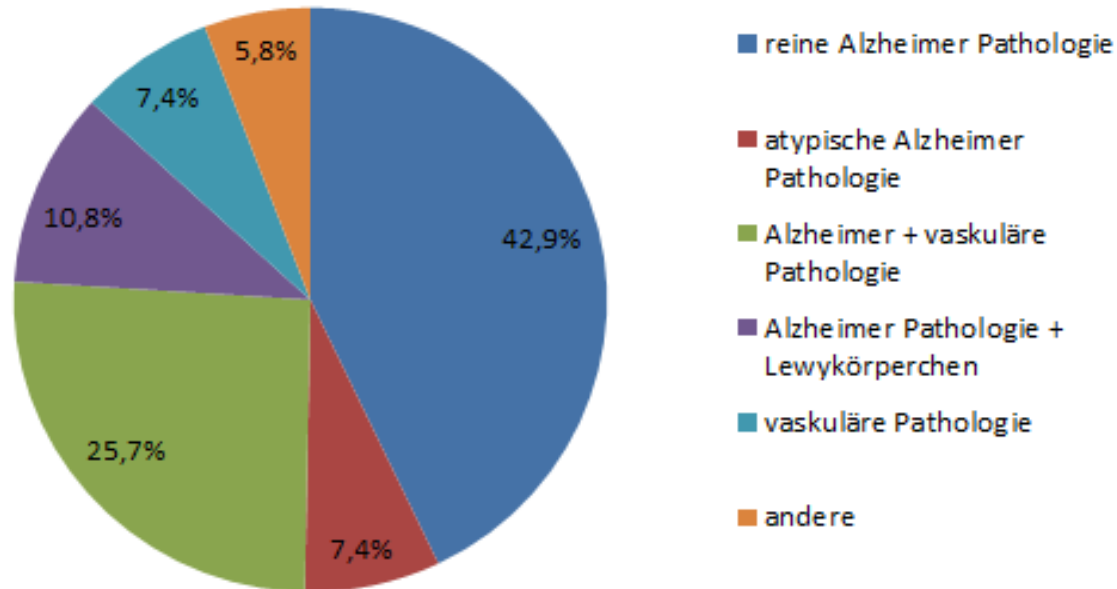


Häufigkeit der Demenz in Deutschland



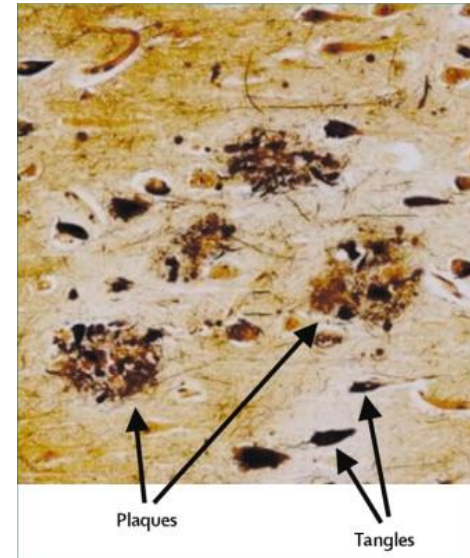
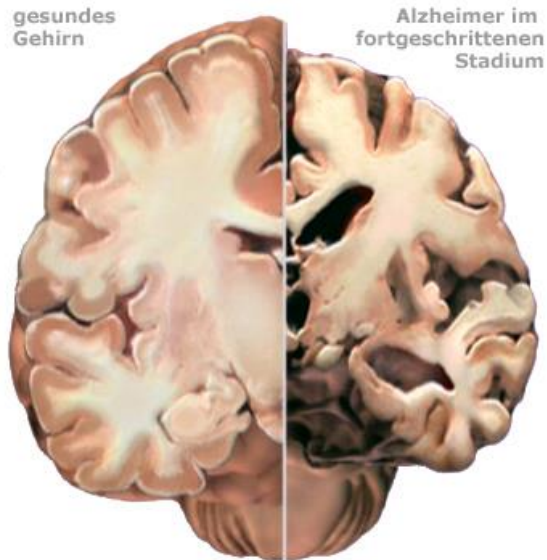
Altersgruppe	Anteil Demenzerkrankter
65- bis 69-Jährige	1,2 %
70- bis 74-Jährige	2,8 %
75- bis 79-Jährige	6,0 %
80- bis 84-Jährige	13,3 %
85- bis 89-Jährige	23,9 %
über 90-Jährige	34,6 %

Ursachen von Demenzen



Jellinger, JAD, 2006

Pathologie der Alzheimer Krankheit

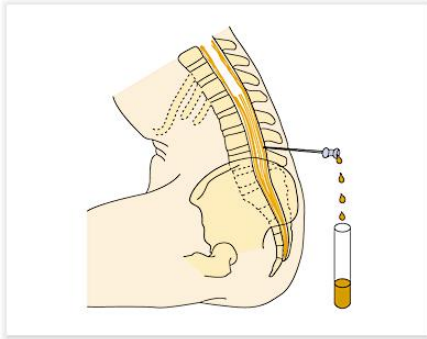


(Amyloid)

(Tau)

Alzheimer Association, 2022; Blennow et al., Lancet, 2006

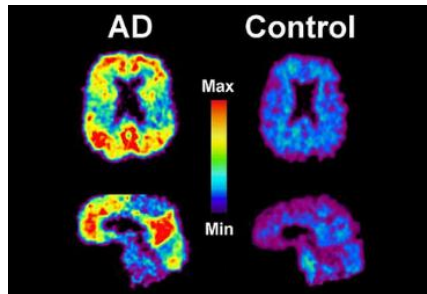
Biomarker der Alzheimer Krankheit (= Diagnostik)



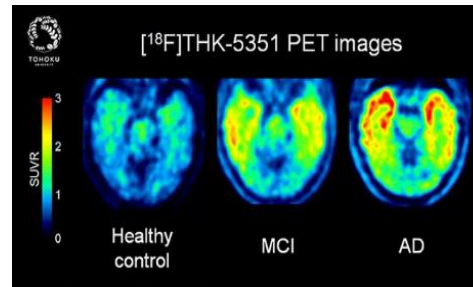
A β 1-42 im Liquor ↓
Tau / pTau im Liquor ↑



MRT
Hippocampus-Atrophie

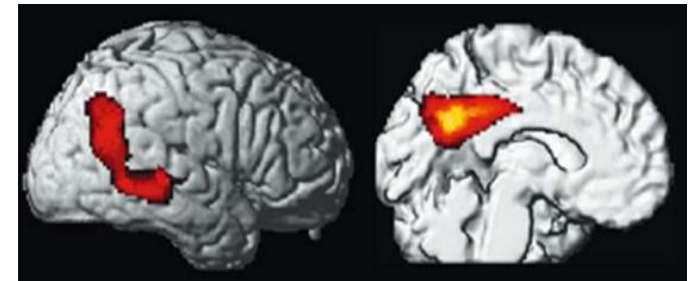


Amyloid-PET



Tau-PET

Klunk et al., 2004, Maruyama et al. 2013, Mosoni et al. 2007



Glukose-PET (FDG)

Was sind Anzeichen einer Demenz?



Nicht das einzelne Symptom begründet den Verdacht, sondern das Zusammenkommen verschiedener Merkmale!!



Mini-Mental-Status-Test (MMST) - Ausschnitte



Merkfähigkeit

(Folgende 3 Gegenstände nennen, dann zur Wiederholung auffordern)

- Apfel..... ☐
- Schlüssel..... ☐
- Ball..... ☐

Aufmerksamkeit und Rechnen

(Jeweils 7 von 100 abziehen oder „STUHL“ rückwärts buchstabieren)

- 93 oder „L“..... ☐
- 86 oder „H“..... ☐
- 79 oder „U“..... ☐
- 72 oder „T“..... ☐
- 65 oder „S“..... ☐

Erinnern

(Frage: „Was waren die Dinge, die Sie sich vorhin gemerkt haben?“)

- Apfel..... ☐
- Schlüssel..... ☐
- Ball..... ☐

Benennen

(Die Testperson soll die folgenden zwei Gegenstände benennen)

- Armbanduhr..... ☐
- Bleistift/Kugelschreiber..... ☐

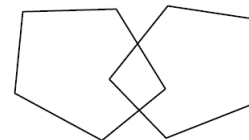
Wiederholen

(Die Testperson soll den folgenden Satz nachsprechen; nur ein Versuch ist erlaubt)

- „Kein Wenn und Aber“..... ☐

Abzeichnen

(Testperson soll die folgende Zeichnung abzeichnen)



- Zwei sich an einer Ecke überschneidende 5-Ecke..... ☐

Interpretation des Testergebnisses

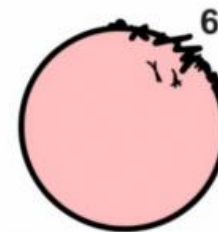
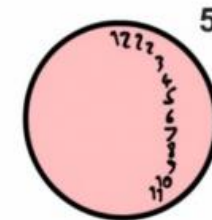
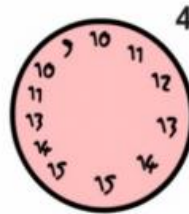
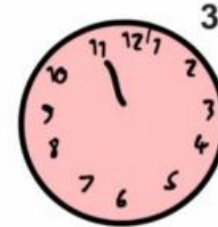
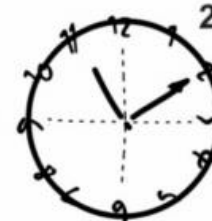
Punkte	Beurteilung
30-27	Keine Demenz
26-20	Leichte Demenz
19-10	Mittelschwere Demenz
≤9	Schwere Demenz

Einfache Diagnostik - Der Uhrentest



Aufgabe:

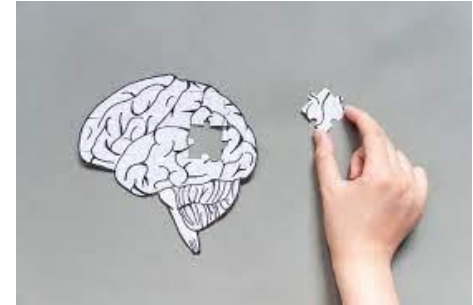
- Bitte zeichnen Sie eine Uhr mit allen Zahlen und Zeigern die nötig sind – die Uhr soll „10 nach 11“ zeigen.



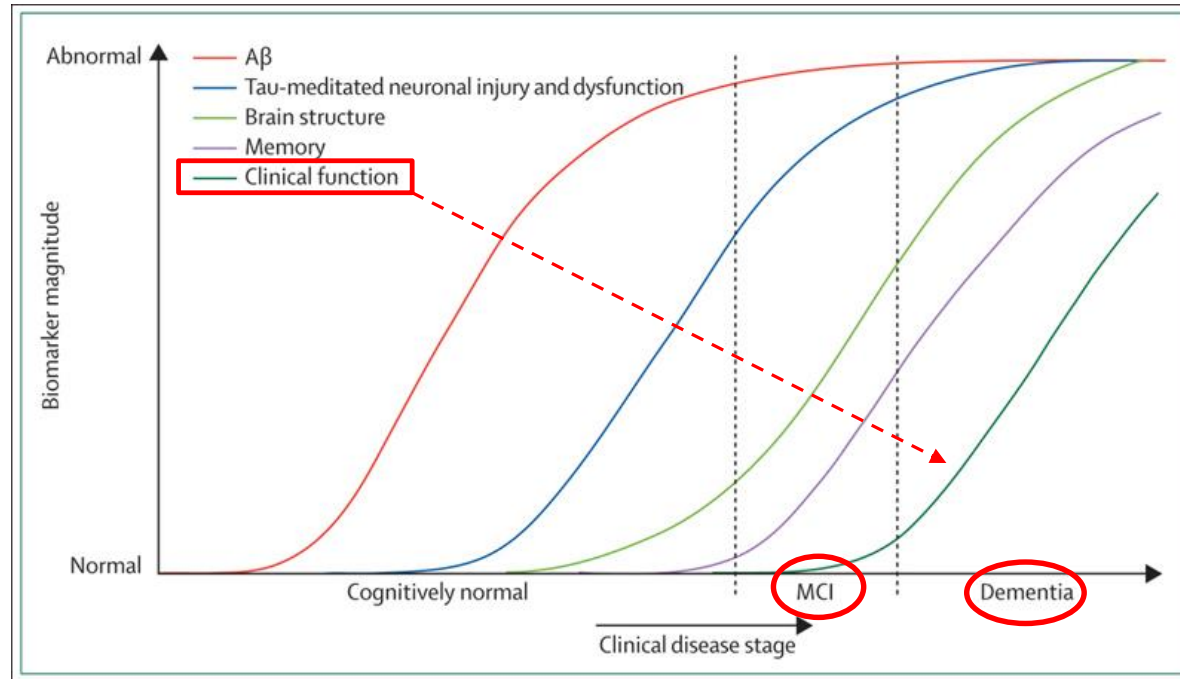
GEDÄCHTNIS				GESICHT	SAMT	KIRCHE	TULPE	ROT	Keine Punkte
Wortliste vorlesen, wiederholen lassen. 2 Durchgänge. Nach 5 Minuten überprüfen (s.u.)		1. Versuch							
		2. Versuch							
AUFMERKSAMKEIT		Zahlenliste vorlesen (1 Zahl/ Sek.) In der vorgegebenen Reihenfolge wiederholen [] 2 1 8 5 4 Rückwärts wiederholen [] 7 4 2							___/2
		Buchstabenliste vorlesen (1 Buchst./Sek.). Patient soll bei jedem Buchstaben „A“ mit der Hand klopfen. Keine Punkte bei 2 oder mehr Fehlern [] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B							___/1
		Fortlaufendes Abziehen von 7, mit 100 anfangen [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 oder 5 korrekte Ergebnisse: 3 P., 2 oder 3 korrekt: 2 P., 1 korrekt: 1 P., 0 korrekt: 0 P.							___/3
SPRACHE		Wiederholen: „Ich weiß lediglich, dass Hans heute an der Reihe ist zu helfen.“ [] „Die Katze versteckte sich immer unter der Couch, wenn die Hunde im Zimmer waren.“ []							___/2
		Möglichst viele Wörter in einer Minute benennen, die mit dem Buchstaben F beginnen [] _____ (N ≥ 11 Wörter)							___/1
ABSTRAKTION		Gemeinsamkeit von z.B. Banane und Apfelsine = Frucht [] Eisenbahn - Fahrrad [] Uhr - Lineal							___/2
ERINNERUNG		Wörter erinnern OHNE HINWEIS		GESICHT []	SAMT []	KIRCHE []	TULPE []	ROT []	Punkte nur bei richtigem Nennen OHNE Hinweis
Optional		Hinweis zu Kategorie Mehrfachauswahl							
ORIENTIERUNG		[] Datum [] Monat [] Jahr [] Wochentag [] Ort [] Stadt							___/6
© Z Nasreddine MD Version 7. Nov. 2004 deutsche Übersetzung: SM Bartsch, SG Zipper									TOTAL _____/30 + 1 Punkt wenn ≤ 12 Jahre Ausbildung
www.mocatest.org Untersucher: _____									

Mögliche Vorstufe: Leichte kognitive Störung (MCI)

- Kognitive Leistungen unter dem für die Person erwarteten Bereich nachweisbar.
- Von der betroffenen Person oder einem Beobachter berichtete **Veränderungen im Vergleich** zu einem vorherigen Zustand.
- Aktivitäten des täglichen Lebens sind selbstständig möglich, aber **leichte funktionelle Auswirkungen** auf die komplexeren Aktivitäten des täglichen Lebens können vorkommen.
- Diagnosekriterien der Demenz (noch) nicht erfüllt – u.a. **nur eine „kognitive Domäne“** (meist nur Merkfähigkeit = amnestisches MCI) betroffen

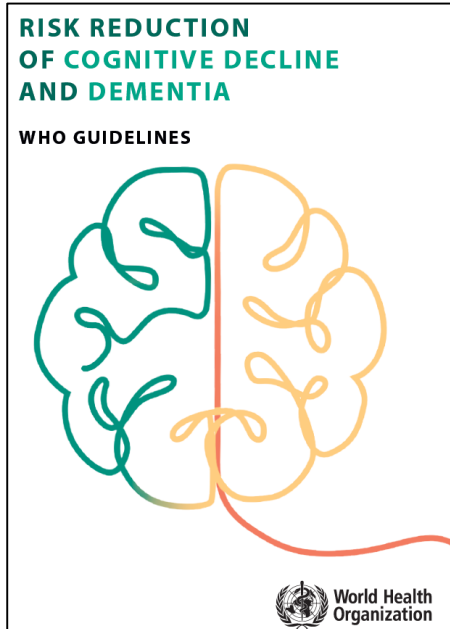


Chronologie der Biomarker-Veränderungen

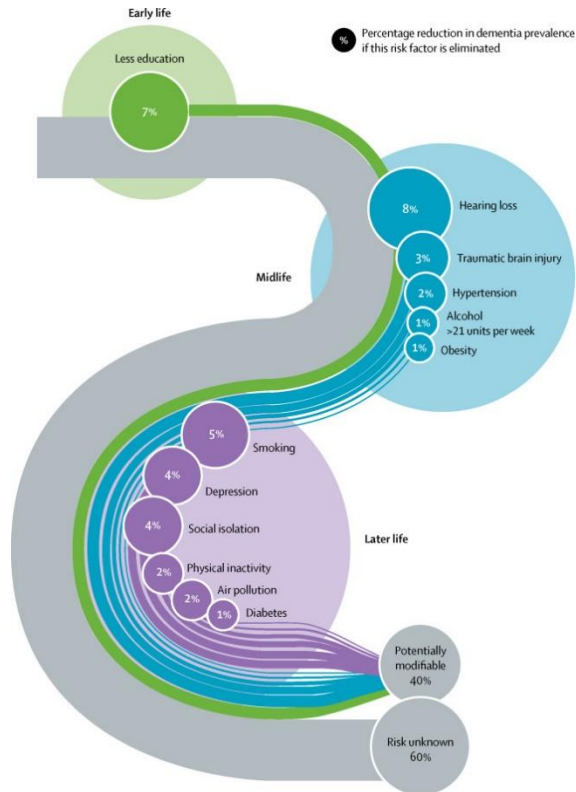


Jack et al., *Lancet Neurology*, 2010

Modifizierbare Risikofaktoren einer Demenz



Modifizierbare Risikofaktoren einer Demenz



12 Faktoren:

- Niedrige Bildung
- Schwerhörigkeit
- Kopfverletzung
- Bluthochdruck
- >21 Einheiten Alkohol pro Woche
- Adipositas
- Diabetes Mellitus
- Rauchen
- Depression
- Sozial Isolation
- Körperliche Inaktivität
- Luftverschmutzung

Gesamtrisiko-Beitrag: 40% !

Livingston et al., Lancet, 2020

Bausteine für ein gesundes Gehirn





Psychische Erkrankungen im Alter

(Alters-)Depression

Altersdepression - Fallvignette



„Johann S. hat vor zwei Jahren seine Frau verloren. Er leidet noch immer unter diesem schweren Verlust. Seine Nachbarn und Kinder bemerken, dass er sich über nichts mehr freuen kann und das Haus nur noch selten verlässt. Während er früher lange Spaziergänge machte und gern verreiste, lehnt er solche Aktivitäten jetzt ab. „Was soll ich mir die Welt anschauen? Es macht mir keine Freude mehr“, sagt er, als ihn seine Bekannten zu einem Kurzurlaub einladen. Oft wacht er in den frühen Morgenstunden auf und kann keinen Schlaf mehr finden, er sitzt dann stundenlang am Küchentisch und grübelt. Einem Freund erzählt er, dass er dabei kaum einen klaren Gedanken fassen kann, sondern dass er das Gefühl hat, sich ständig im Kreis zu drehen. Körperlich fühlt er sich vollkommen energielos.“



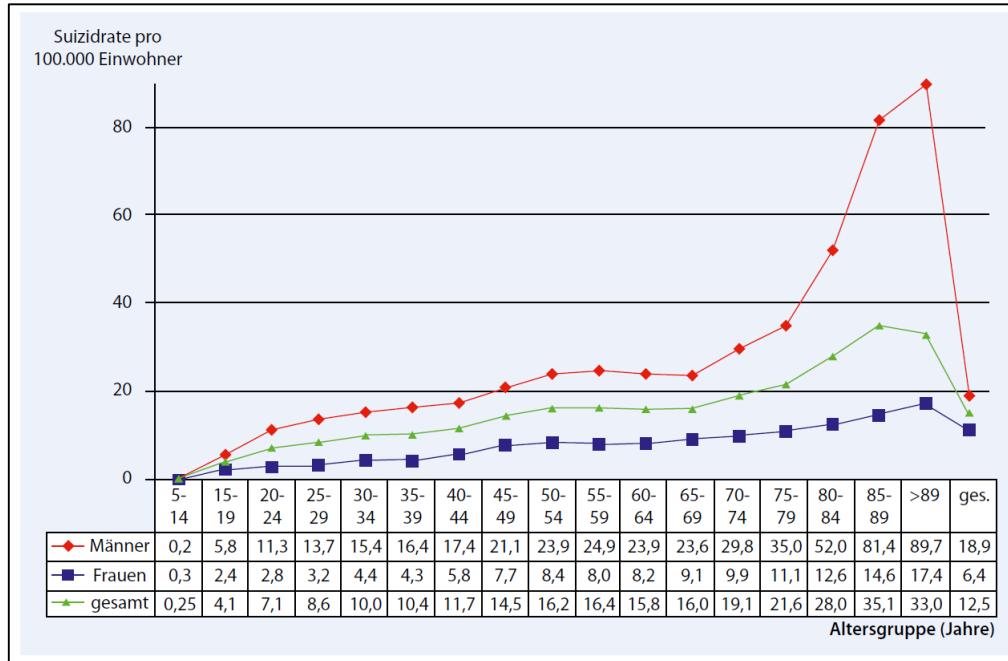
Altersdepression – Zahlen, Daten, Fakten...



- Starke **Inanspruchnahme** - Hausarzt und Krankenhausbehandlungen
- Erhöhte Morbidität und Mortalität – verstärkt z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Punktprävalenz 7,2% >75 J. + „subsyndromal“ **17,1% der älteren Menschen**
- Beim Hausarzt berichten 37% der älteren Patienten von depressiven Symptomen
- **In Pflegeheimen ca. jeder zweite Pat. mit Depression**
- Altersdepression **bei Frauen doppelt so häufig** - Suizidrate der Männer dagegen vielfach höher als bei Frauen

Körperliche Beeinträchtigungen im Alter können das **Gefühl der Unkontrollierbarkeit von Ereignissen** sowie Ängste vor dem Tod hervorrufen und damit die Entstehung depressiver Symptome begünstigen....

Altersdepression – Zahlen, Daten, Fakten...



- Suizidrate in den letzten Dekaden deutlich abnehmend
- Unverändert **sprunghafter Anstieg > 80 J. Männer >> Frauen**
- Risikofaktoren Soziale Isolation, Krankheit, chronische Schmerzen, ...

Altersdepression – Ausprägungen



Stimmung, Antrieb, Freudlosigkeit und Gefühle von Selbstwertminderung ...
... und häufigere körperliche Beschwerden und kognitive Störungen:

- Magen-Darm-Beschwerden
- Diffuse Schmerzen
- Ungerichteter Schwindel
- Allgemeine Schwäche
- Schlafstörungen
- Ausgeprägte Konzentrations- und Gedächtnisstörungen

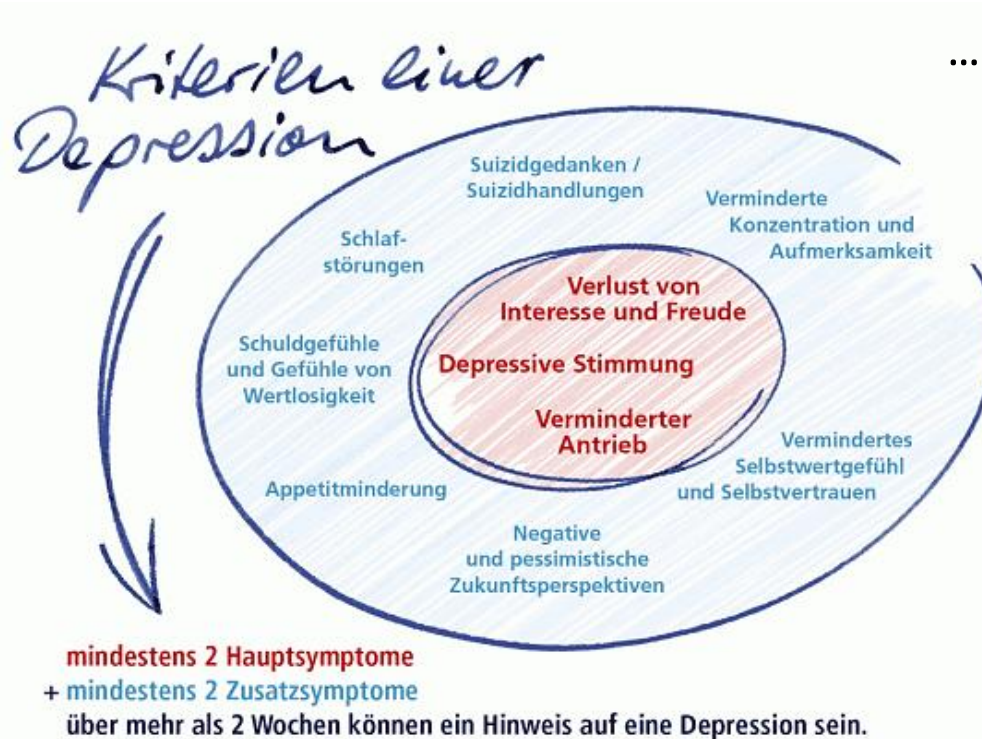


Grund für die Erstkonsultation beim Hausarzt sind meist körperliche Beschwerden!!

Diagnose nach Haupt- und Zusatzsymptomen



... nach ICD10 - Kategorie F32.x



<https://www.deutsche-depressionshilfe.de>

Besonderheiten der Depression im Alter



- Betroffene richten ihre **Aufmerksamkeit und Sorgen häufig auf bestehende körperliche Beschwerden**, zu denen auch Schmerzen unterschiedlichster Art oder Schlaf- und Verdauungsprobleme gehören.
- Wird durch den Arzt nicht nach den psychischen Symptomen einer Depression, wie Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken, Schuldgefühlen etc. gezielt gefragt, **kann die eigentlich zugrundeliegende Erkrankung übersehen werden** und eine Behandlung unterbleibt.
- Die mit der Depression einhergehenden Konzentrations- und Auffassungsstörungen sind nicht selten mit der **Sorge verknüpft, möglicherweise an einer Alzheimer Demenz erkrankt** zu sein.
- Ältere Patienten haben oft Schwierigkeiten, psychische Erkrankungen als eigenständige Erkrankung wie andere (körperliche) **Erkrankungen zu akzeptieren**.

Depression – Bilder



Duale Reihe – Lehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie (2010)

Im Auge des depressiven Betrachters – Grauschattierungen anstatt lebensfroher Farben



Zwei-Fragen-Test (S3-Leitlinie Unipolare Depression, 2015)

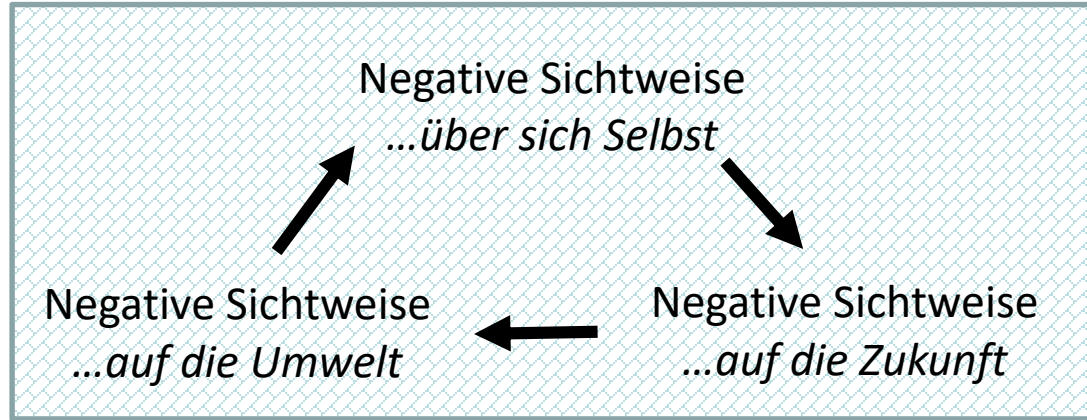
Eine Möglichkeit der schnellen Erfassung einer unipolaren depressiven Störung bietet z. B. der „**Zwei-Fragen-Test**“, der mit einer *Sensitivität*⁴ von 96 % und einer *Spezifität*⁵ von 57 % [245] ein sehr zeitökonomisches Vorgehen darstellt:

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Interpretation: Beantwortet man beide Fragen mit Nein, liegt mit hoher Sicherheit keine Depression vor! Sind beide Fragen mit Ja beantwortet, bedeutet das zwar nicht, dass unbedingt eine Depression vorliegt, eine genauere Abklärung ist jedoch sinnvoll !!

- *Sensitivität: Patienten mit Depression sind in 96% d.F. testpositiv*
- *Spezifität: Patienten ohne Depression sind in 57% d.F. testnegativ*

Die “kognitive Triade” der Depression (n. Beck)



Typische depressive Denkinhalte („schlechte Gedanken“, „GrüBELschleifen“)

„Ich fühle mich wertlos, mache mir Vorwürfe, zuviel falsch gemacht zu haben, fühle mich schuldig, habe das Gefühl, abgelehnt zu werden, sehe meine Zukunft schwärzer als sonst und denke manchmal sogar daran, dass es besser wäre, nicht mehr da zu sein.“

“3-Säulen” der spezifischen Depressionsbehandlung



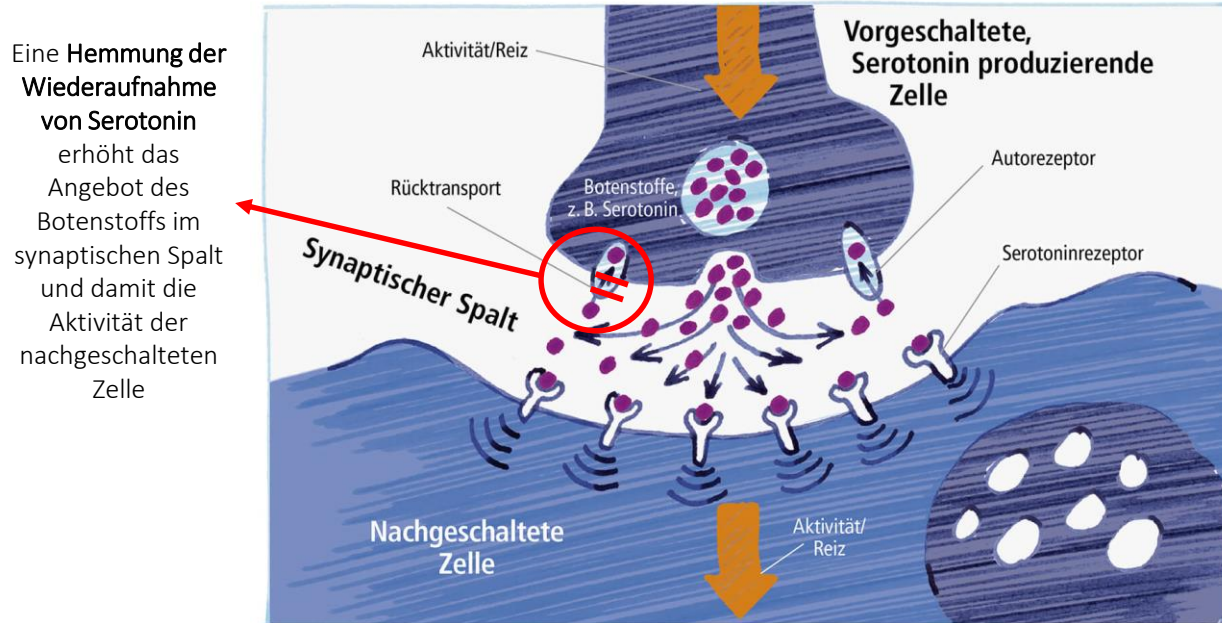
* *Stimulationsverfahren i.d.R. als „Add-On“ oder „Augmentation“*

Psychopharmakologische Verfahren (Antidepressiva)



Ca. 25 zugelassene Antidepressiva mit unterschiedlichen Schwerpunkten auf die Botenstoffe des Gehirns („Neurotransmitter“ – v.a. Serotonin, Noradrenalin und Dopamin) → TZA, SSRI, SSNRI, MAOI, alpha2-RA, SNDRI, MT1-Melatonin, Johanniskraut, (Es-)Ketamin, „Augmentationen“ durch Lithium, Antipsychotika oder Schilddrüsen-Hormone...

Psychopharmakotherapie – Grundprinzip



→ Selektiver Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) erhöht das Angebot von Serotonin im synaptischen Spalt innerhalb des Emotionsnetzwerkes



Ärztlicher
Psychotherapeut



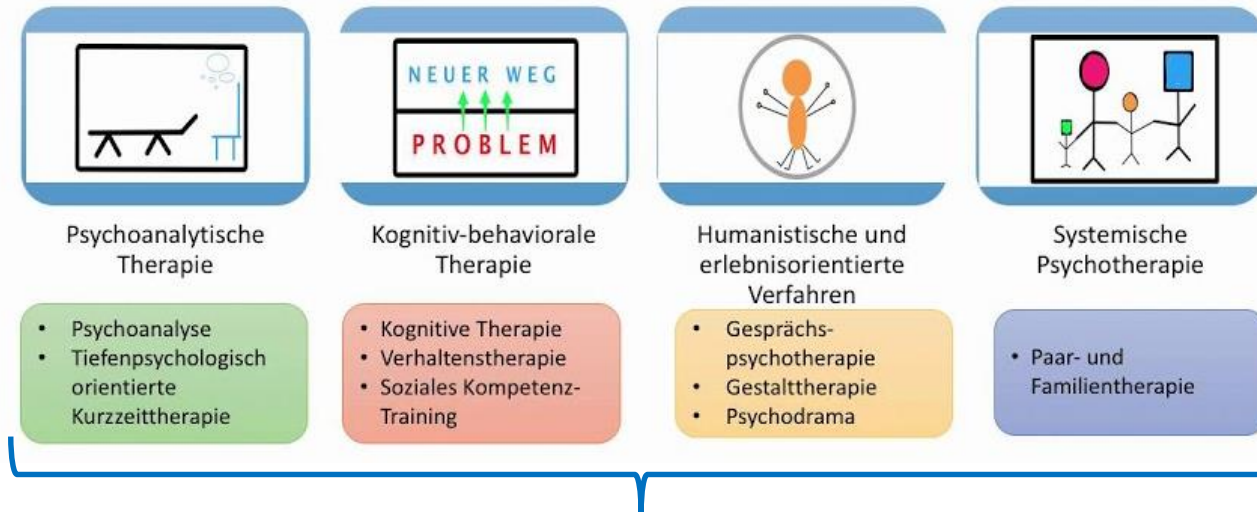
Psychologischer
Psychotherapeut



Psychotherapie im
Gruppensetting

Mehrere spezifisch entwickelte (z.T. Richtlinien-) Verfahren
zur Behandlung der Depression

Psychotherapeutische Verfahren - Übersicht



„3. Welle“ der Verhaltenstherapie – „von der Kognition zur Emotion“

- CBASP - chronische Depression mit frühem Beginn
- Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT)
- Achtsamkeitsbasierte kognitive Psychotherapie (MBCT)



- Die **Psychotherapie im höheren Lebensalter** ist aufgrund der eingeschränkten Mobilität, sensorischer Beeinträchtigungen, Fähigkeitseinschränkungen, eingeschränkte Lebenszeit, interpersonelle Verluste sowie somatischer Komorbiditäten mit besonderen Herausforderungen verbunden
- **Betonung von altersbedingten Ressourcen:** Bewältigungs- und Lebenserfahrung, angepasste Wohlbefindensregulation, ...
- Erweiterte Psychotherapie-Settings mit **Angeboten für Angehörige, Supervision von Pflegepersonen**
- Resignative Gedanken ersetzen durch konstruktive, selbstwertdienliche Gedanken, z.B. **Lebensrückblicksinterventionen**



Akzeptanz altersbezogener Veränderungen und Krankheit

- „Ich schenke den Stärken meines Körpers jetzt mehr Beachtung als den Schwächen“
- „Ich belaste meinen Körper nicht mit Anforderungen, die er nicht tragen kann. Das wird mich nur frustrieren.“
- „Ich danke meinen Körper dafür, dass er sich so bemüht und einiges schafft“
- Metapher des **„großartigen, alten Gebäudes**, das trotz vieler Stürme und einiger Schäden immer noch fähig ist, seinen Bewohnern viele Jahre mit Schutz zu versorgen. Es ist ein Gebäude mit besonderem und gewachsenem Charme.

*ACT = Acceptance-Committment-Therapy

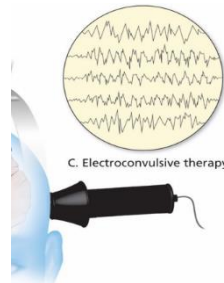


Repetitive
transkranielle
Magnetstimulation



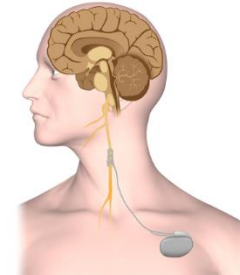
rTMS

Elektro-
konvulsions-
therapie



EKT

Vagus-Nerv-
Stimulation



VNS

Wachverfahren

Narkoseverfahren

Operationsverfahren

Alle drei Verfahren sind **evidenz- und leitlinienbasierte, zugelassene
Therapieverfahren** zur Behandlung der Depression

Indikationssprechstunde Neurostimulation - Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am EVK – nähere Informationen www.evk.de



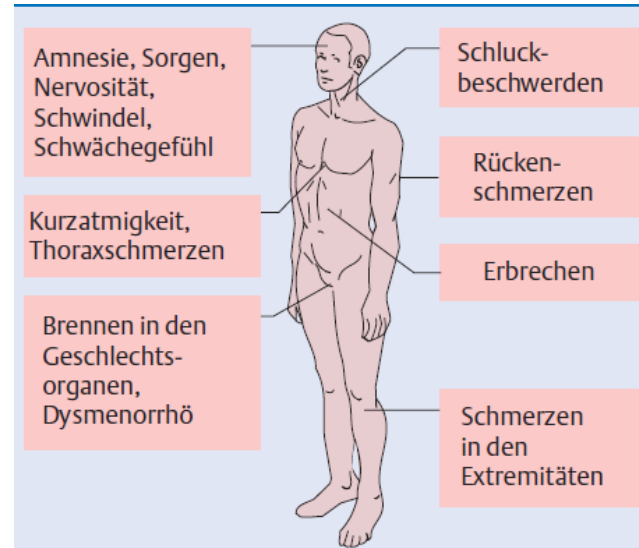
Psychische Erkrankungen im Alter

Somatoforme Störungen

Somatoforme Störungen - Symptome



Somatisierungsstörung: Über die Dauer von mindestens 2 Jahren: multiple, wiederholt auftretende, häufig wechselnde körperliche Symptome ohne organische Grundlage.



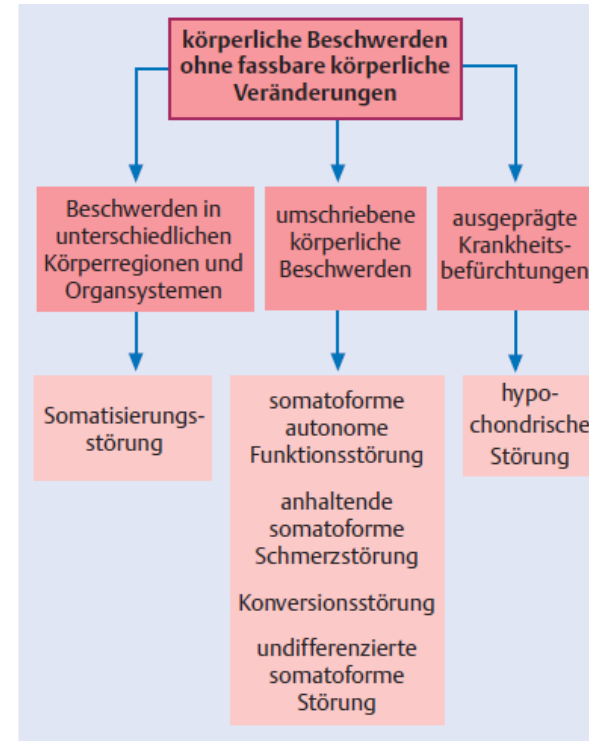
Entnommen aus DUALE Reihe Psychiatrie&Psychotherapie, 2005

DSM-5 (2013)
Somatische Belastungsstörung

Somatoforme Störungen - Ausdrucksformen



„Der eingebildete Kranke“
(Honoré Daumier, 1808–1879)



Entnommen aus DUALE Reihe Psychiatrie&Psychotherapie, 2005

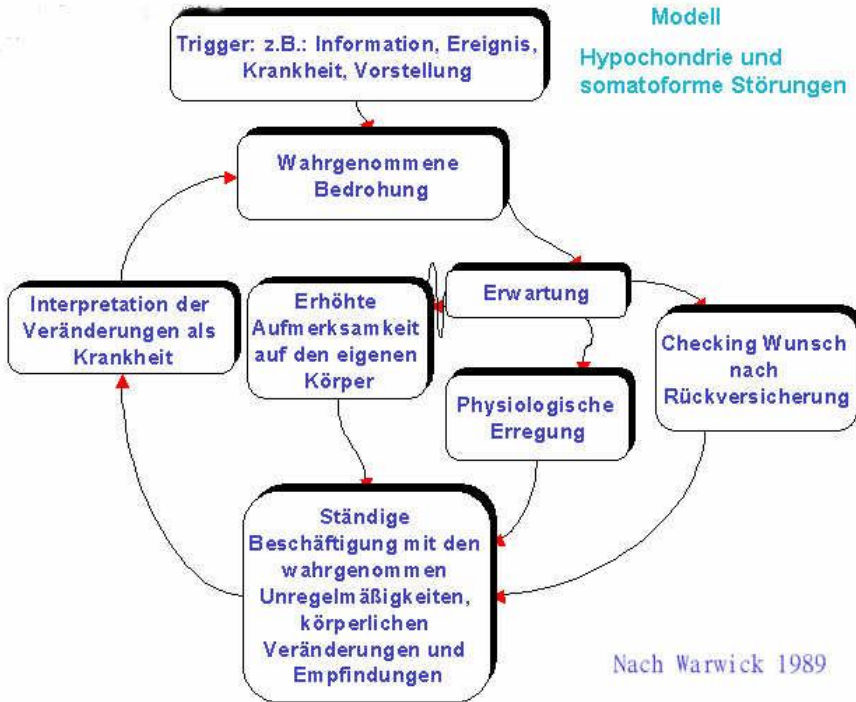
Somatoforme Störungen – Inanspruchnahme



- Bestehen „typischer“ Symptome, multiple Beschwerden in unterschiedlichen Organsystemen (s. Tab. 4.72)
- Beschwerdeschilderung affektiv wenig adäquat
 - wortreich, klagsam, pedantisch oder
 - ohne wesentliche affektive Beteiligung
- Vorliegen „psychischer Randsymptome“: innere Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten, Erschöpfbarkeit, depressive Verstimmung, Angst, Schlafstörungen
- lange Anamnese und Krankengeschichte („big chart“)
- häufiger Arztwechsel („doctor-shopping“)
- häufiger Symptom- bzw. Syndromwandel
- ähnliche Beschwerden bei näheren Bezugspersonen
- auffällige Diskrepanz zwischen objektiven Befunden und subjektiven Beschwerden

- Der Verlauf der somatoformen Störungen ist **meist chronisch**
- Es besteht eine **hohe Inanspruchnahme** medizinischer Leistungen
- Die Beschwerden sind mit einem **intensiven subjektiven Leiden** und erheblich reduzierter Lebensqualität verbunden

Bedingungsmodell: Somatosensorische Verstärkung: **Fokussierung der Aufmerksamkeit auf körperliche Vorgänge**, verstärkte Wahrnehmung von Körpermissempfindungen und „**katastrophisierende**“ **Bewertung** sowie ausgeprägtes, vermeidendes **Schonverhalten**



Psychotherapeutische Ansätze

- Körperliche Missempfindungen von Krankheitszeichen unterscheiden lernen
- Realistisches Bild körperlicher Gesundheit entwickeln
- Somatisches Erklärungsmodell in Richtung „psychosomatisch“ erweitern
- Begriffe wie „Überlastung“, „Überforderung“, „Stress“ ins Krankheitsverständnis einführen
- Mit körperlichen und psychischen Belastungsgrenzen verantwortlich umgehen

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.....



... aber noch ein Hinweis in eigener Sache

Gesundheitsmesse des EVK am 09./10.09.23



Sa. 11:00 bis 11:45 Uhr

ADHS im Erwachsenenalter – Diagnostik und Behandlung

Gernot Holtz | Oberarzt | Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Sa. 15:00 bis 15:45 Uhr

Mobbing und Konflikte im Arbeitsleben – Beratung und Hilfe

Ansgar Cordes | Sozialarbeiter | Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

So. 12:00 bis 12:45 Uhr

Herr Doktor, was ist eigentlich Psychosomatik?

Dr. med. Andreas M. Steinfeld | Oberarzt | Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

So. 15:00 bis 15:45 Uhr

Volkskrankheit Depression – Erkennen und Handeln

PD Dr. med. Fritz-Georg Lehnhardt | Chefarzt | Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Gesundheitsmesse des EVK am 09./10.09.23



Quirlsberg
Bergischer Gesundheitscampus
Mit uns bergauf.

11. Gesundheitsmesse

9. und 10. September 2023
10.00–18.00 Uhr

Im Rahmen des Stadt- und Kulturfestes
Bergisch Gladbach,
Konrad-Adenauer-Platz

 Evangelisches Krankenhaus
Bergisch Gladbach

Meet the Expert

Samstag 9. September

10:00 – 11:00 Uhr

Psychotherapie, was für wen?!

Experte: Tim Metzler (Leitender Psychologe)

11:00 – 11:30 Uhr

Sport- und Bewegung gegen Depression

Experte: Felix Zebe (Sporttherapeut)

11:30 – 12:00 Uhr

Metakognitives Training (MKT)

Experte: Dr. med. Fotini Peveretou (Oberärztin)

12:00 – 12:45 Uhr

Zappelig und unaufmerksam – ADHS?!

Experte: Gernot Holtz (Oberarzt)

12:45 – 13:30 Uhr

Wer ist Pia?! Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) stellt sich vor

Experte: Gernot Holz (Oberarzt)

13:30 – 14:00 Uhr

Peer-Beratung – was ist das?

Experten: Josephine Rimkus (Sozialarbeiterin) und
Peer-Beraterin

14:00 – 15:00 Uhr

EKT, rTMS & VNS – Neurostimulation gegen Depression

Experte: PD Dr. med. Fritz-Georg Lehnhardt (Chefarzt)

15:00 – 16:00 Uhr

Ist das schon Demenz?! Wenn das Vergessen einsetzt ...

Experte: Meike Jacobsen (Oberärztin)

16:00 – 17:00 Uhr

Wie hilft der Sozialdienst in der Psychiatrie?

Experte: Ansgar Cordes (Sozialdienst)

Sonntag 10. September

10:00 – 11:00 Uhr

Autismus-Spektrum-Störungen – von Genetik bis zum Asperger-Syndrom

Experten: Sven Einwächter (Oberarzt) und
PD Dr. med. Fritz-Georg Lehnhardt (Chefarzt)

11:00 – 11:30 Uhr

Wie funktioniert eigentlich Ergotherapie?

Experte: Pia Agape (Ergotherapeutin)

11:30 Uhr – 12:00 Uhr

Ist das noch lebenswert?! Ethik in der Psychiatrie

Experte: Steffi Malzahn (Ethikberaterin)

12:00 bis 12:30 Uhr

Was sind eigentlich Skills?

Experte: Karin Neger (Körpertherapeutin)

12:30 – 13:00 Uhr

Reithherapie am EVK

Experte: Karin Neger (Körpertherapeutin)

13:00 – 14:00 Uhr

Psychotherapie, was für wen?!

Experte: Dr. med. Andreas Steinfeld (Oberarzt)

14:00 – 14:30 Uhr

Wie funktioniert Kunsttherapie?

Experte: Nadine Niedzwitz (Kunsttherapeutin)

14:30 – 15:00 Uhr

Psychopharmaka in der Schwangerschaft und Stillzeit

Experte: Dr. med. Christianna Sorra (Oberärztin)

15:00 – 16:00 Uhr

Wie hilft der Sozialdienst in der Psychiatrie?

Experte: Beatrix Ray (Sozialdienst)

16:00 – 17:00 Uhr

Kontrollierter Umgang mit Gewalt und Aggression (KuGa)

Experten: Thorsten Hoffmann und
Verena Voigt (Stationsleitungen und KuGa-Ausbilder)



Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!!