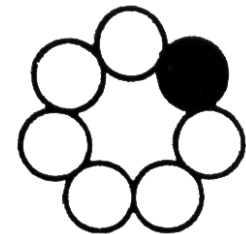


Mit psychischer Erkrankung alt werden

Nils Greve

Gelsenkirchen, 24.09.2015

Psychosozialer
Trägerverein
Solingen e.V.



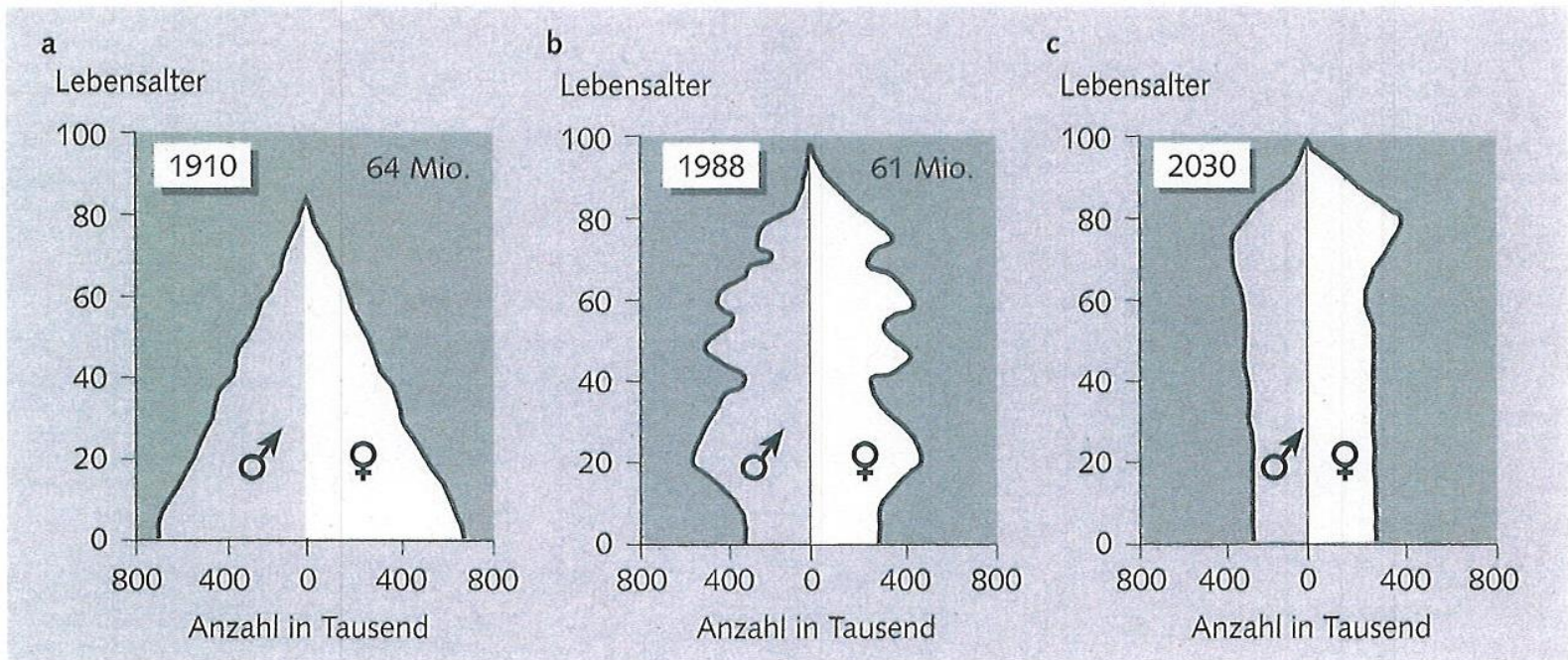


Abbildung 28-1 Die demographischen Bevölkerungsbäume zeigen die nach Geschlechtern unterschiedliche Verteilung der Altersklassen im Deutschen Reich (a: 1910), in seinen Nachfolgestaaten (b: 1988) bzw. hochgerechnet (c: 2030) (nach FISCHER, 1991).

Alt werden - 1

- Nachlassen der Leistungsfähigkeit (körperlich, geistig)
- Ende der Arbeits-Zeit
- Nähe zu Tod und Sterben
- Verlust von Bezugspersonen
- Verlust an sozialen Kontakten, Vereinsamung
- Verlust von Selbstbestimmung
- Hilfsbedürftigkeit
- Verlust (Gefährdung) der Würde
- Finanzielle Einbußen
- Verlust der Wohnung, Heim
- Immobilität

Alt werden - 2

- Zugewinn an Lebenserfahrung
 - Geringere Abhängigkeit von externen Bewertungen
 - Gelassenheit, Zufriedenheit
 - Neuorientierung auf den Lebensabschnitt „Alter“
 - „Positive Aging“ (Ken & Mary Gergen)
-
- Familienoberhaupt oder Altenteiler?
 - Wird man im Alter wieder zum Kind?
 - Umkehr der Generationenrollen

Im Alter krank werden/sein

- Körperliche Erkrankungen, Behinderungen
- Multimorbidität
- Chronizität
- Pflegebedürftigkeit
- Schmerzen
- Häufung von Krankenhausbehandlungen
- Polypharmazie

- Alt werdende psychische Kranke (Depression, Psychose, Sucht usw.)
versus
- Psychische Alterserkrankungen (v. a. Demenz)

Besonderheiten psychischer Erkrankungen im Alter

- Was ist im Alter (noch) „normal“?
 - Vergesslichkeit und Schwerbesinnlichkeit
 - Zugespitzte Persönlichkeitseigenschaften
- Veränderte Symptomatik, veränderter Verlauf
 - z. B. Depression: körperliche Symptome, Wahngedanken (Schuld, Bestrafung, naher Tod), Störungen der Orientierung oder der Merkfähigkeit; längere Phasendauer, weniger Remissionen

Verwirrtheitszustand, Delir

- Symptome:
 - Bewusstseinsminderung, Wahrnehmungsstörungen, Desorientiertheit, Merkfähigkeitsstörungen
 - Hyper-/Hypoaktivität, Rededrang, Schreckhaftigkeit, Verstimmungen
- Ursachen/Auslöser:
 - Entzug von Alkohol oder Benzodiazepinen
 - Narkosen und etliche weitere psychotrope Substanzen
 - Dehydrierung
- „Erste Hilfe“: zu trinken geben, unnötige Medikamente weglassen

Demenz

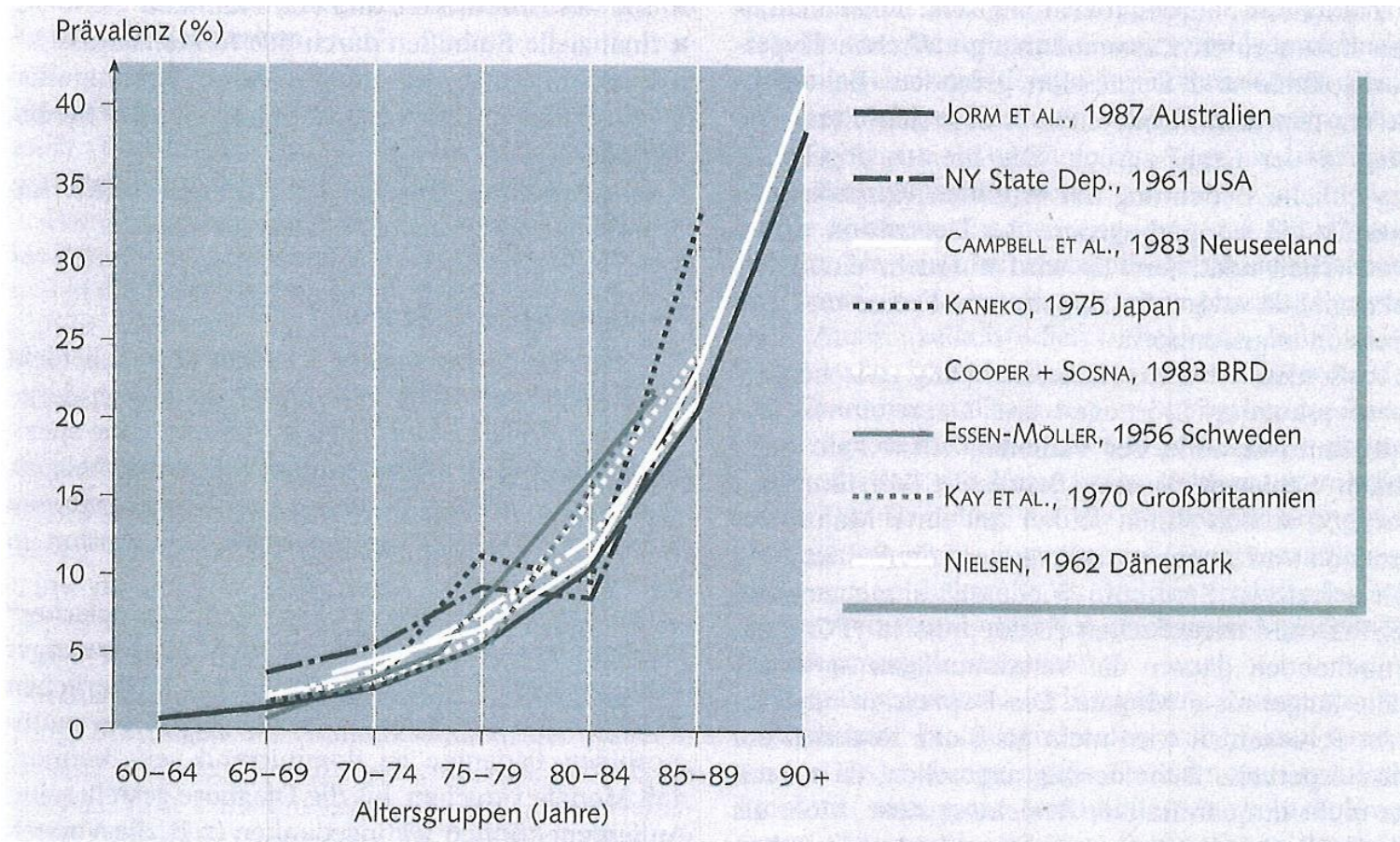


Abbildung 28-2 Altersbezogene Prävalenzraten für mittelschwere und schwere Demenzen (nach COOPER und BICKEL, 1989; HÄFNER, 1993).

Demenz

- Symptome:
 - Verlust der Intelligenzfunktionen (Orientierung, Denkfähigkeit, Gedächtnis)
 - Verlust der Persönlichkeit
- Alzheimer-Krankheit, vaskuläre Demenz und weitere degenerative Erkrankungen, auch Folge akuter Hirnerkrankungen
- Wirksamkeit der Medikamente wird teilweise überschätzt
- Erhalt der Alltagsanforderungen geht vor Brain Jogging
- Früherkennung wäre wichtig!

Depression und Demenz

- Ähnliche Symptome: Antriebsmangel, psychomotorische Verlangsamung, verminderte Konzentration und Merkfähigkeit (Kurzzeitgedächtnis), (scheinbare) Teilnahms- und Interesselosigkeit, Verstimmung
- Ähnliche Auswirkungen: unzureichende Selbstsorge (Nahrung, Körperpflege, Wohnung usw.), soziale Isolation, körperliche Folgeerkrankungen usw.
- Kombinationen möglich

Suizidgefährdung

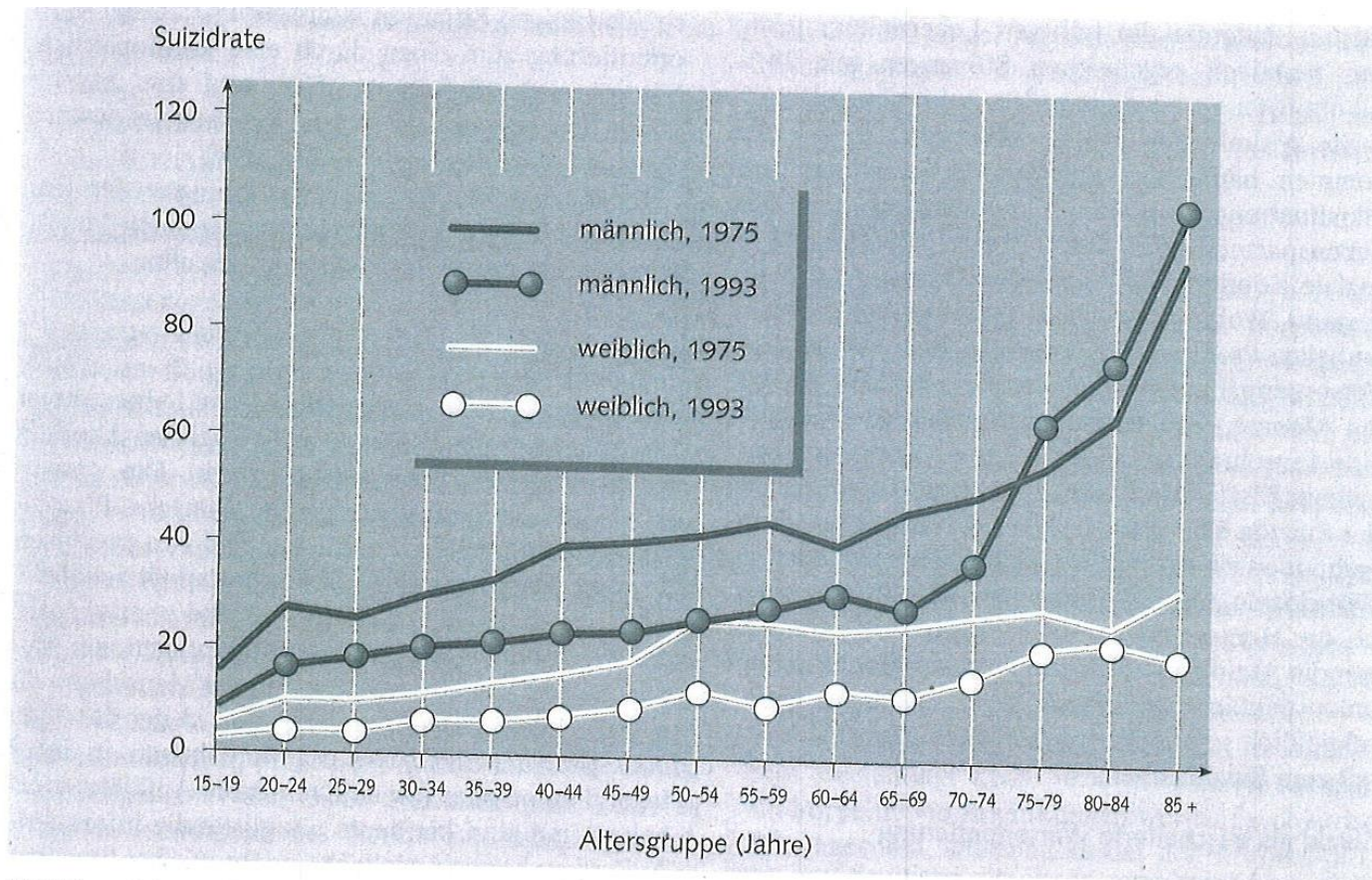


Abbildung 28-4 Suizidraten für Männer und Frauen in Deutschland in Abhängigkeit vom Alter. Die Suizidrate (= Anzahl der Suizide pro Untersuchungsgruppe pro Jahr, bezogen auf 100 000 der Allgemeinbevölkerung) ist für Männer und Frauen in den Jahren 1975 und 1993 in Abhängigkeit von der Altersgruppe dargestellt (5-Jahres-Intervall) (nach WOLFERSDORF und WELZ, 1997).

Abhängigkeit und Sucht

- Alkoholabhängigkeit
 - Early Onset (< 60 Jahre) – mehr Männer
 - Late Onset (> 60 Jahre) – mehr Frauen
- Schlafmittel
 - Benzodiazepine: > 50 % aller Psychopharmaka-Verordnungen
 - Missbrauchsbeginn häufig im 6. Lebensjahrzehnt
- Schmerzmittel, insbesondere Opioide

Medikamente im Alter

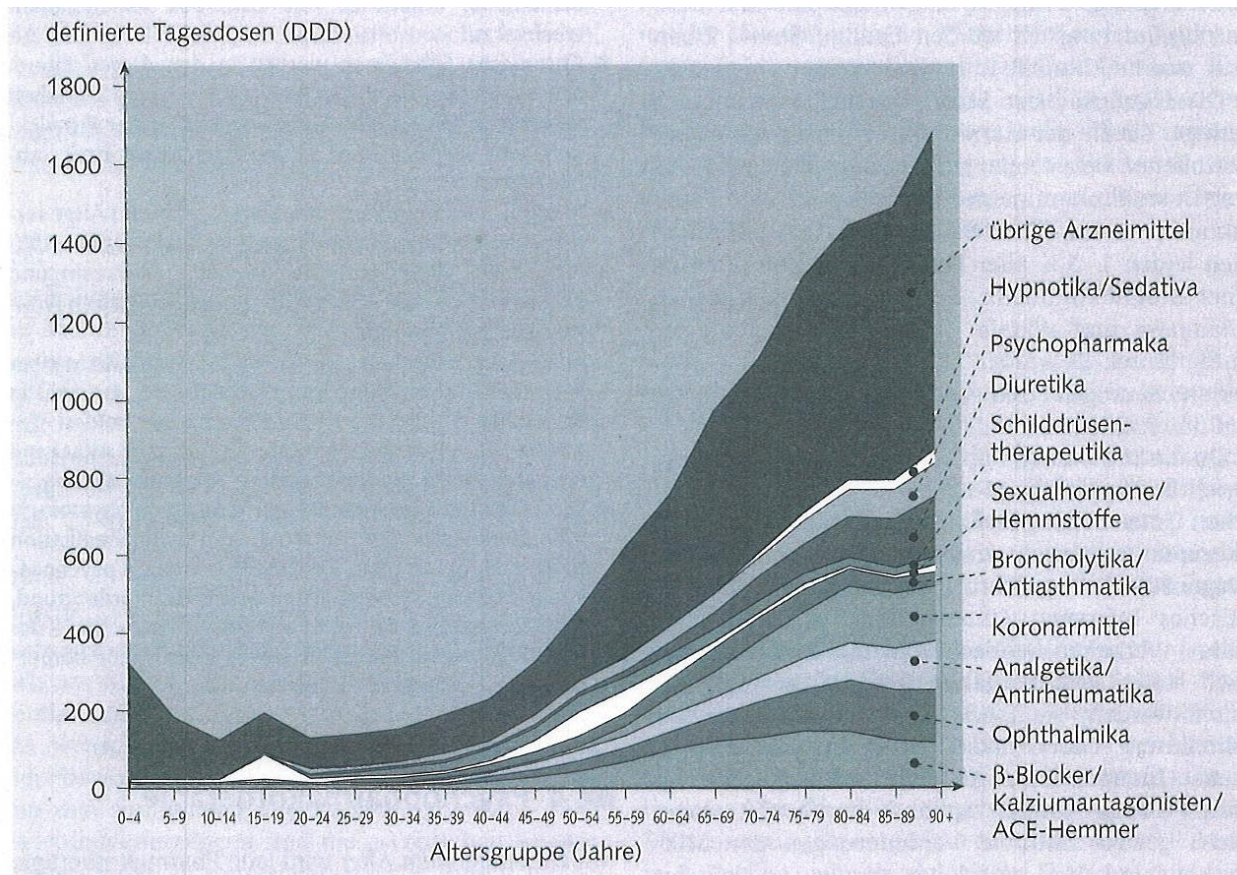


Abbildung 28-5 Gestapeltes Flächendiagramm für den Arzneimittelverbrauch pro Versichertem in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Abhängigkeit von der Altersgruppe für die Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1955 (X-Achse: Altersgruppen in 5-Jahres-Intervallen; Y-Achse: durchschnittlicher Arzneimittelverbrauch nach definierten Tagesdosen [DDD] pro Versichertem und Jahr).

Chronizität

- Zu chronischen Verläufen neigende körperliche Alterserkrankungen, betr. z. B. Herz, Lunge, Diabetes, Rheuma
- Demenz verläuft meist chronisch-progredient
- Depression verläuft langwieriger mit weniger Remissionen
- Soziale Faktoren erschweren Recovery
- Bewältigung von Veränderungen fällt meist schwerer

Besonderheiten des Umgangs

- Validierung (v. a. bei Demenz)
- „Entdeckung der Langsamkeit“ – mehr Zeit
- Körperliche Beeinträchtigungen immer mitdenken
- Atmosphäre seniorengerecht gestalten
- Unterstützung der Mobilität, Seniorensport, Rollstuhl, persönliche Assistenz
- Gedächtniscafé

Besonderheiten des Versorgungssystems

- Andere Partner als in der AP – Pflegedienste, Heime, somatisches KH, Palliativnetze ...
- Einbeziehung von Angehörigen – Partner, erwachsene Kinder
- Gewohnte Umgebung erhalten/alters- und erkrankungsgerecht gestalten
= *Tagungsthema*

Getrennte Gerontopsychiatrie?

- Diskussion über Facharztspezialisierung mit „common trunk“
- Fachpflege: Tendenz zu spezieller Qualifizierung
- Gehen alte Menschen in altersgemischten Gruppen unter, kommen sie zu kurz?
- Normalität der Altersmischung, gegenseitige Unterstützung?
- Spezialwissen betrifft Fachleute, nicht notwendig Einrichtungen
- Kompetenzen zu Leuten, nicht Leute in Kompetenzzentren

- Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
- nils.greve@ptv-solingen.de
- www.ptv-solingen.de