

# Depression – Trauer - Demenz

Frank Spreeuwers  
dipl. Pflegefachmann HF Psychiatrie  
Einsatzleiter der Spitex Oberengadin

Anna Streiff  
dipl. Pflegefachfrau HF Psychiatrie  
Leiterin Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik St. Moritz



---

---

---

---

---

---

---

---

## Sponsoren und Supporter

Hauptsponsor BBgD:



Weiterbildung unterstützt von:



SPITAL OBERENGADIN  
OSPIDEL ENGIADINA'OTA



---

---

---

---

---

---

---

---

## Klassifikation von Psychosen

Affektive Psychosen	Paranoide Psychosen
<ul style="list-style-type: none"><li>• Unipolare Depression</li><li>• Bipolare Störung</li><li>• Manie</li><li>• Schizoaffektive Psychose</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Schizophrenie: paranoid, hebephren, kataton</li><li>• Schizotype Störung</li><li>• Wahnhafte Störung</li></ul>

---

---

---

---

---

---

---

---

## Definition von Psychosen

- Störungen im Denken, Fühlen und Wollen und im Antrieb, in einem Ausmass, das alltägliches Funktionieren nicht mehr möglich macht.
- Zusätzlich auftretend: formale und inhaltliche Denkstörungen, wie z.B. Wahn und Halluzinationen.

4

---

---

---

---

---

---

---

---

## Definition von Depression

Affektive Störung mit krankhaft niedergedrückter Stimmung, die mit einer Vielzahl psychischer, psychosozialer und körperlicher Symptome einhergehen kann. Sehr häufige Störung: Schätzungsweise 15 % aller Menschen leiden mindestens einmal im Leben an einer behandlungsbedürftigen Depression.

5

---

---

---

---

---

---

---

---

## Unterscheidungen

1. Depressive Anteile: hat jeder Mensch
2. Depressive Persönlichkeitsstruktur: nicht krankhaft, eher Tendenz
3. Neurotische Depression: Dysthymie = minor depression
4. Depressive Episode: maior depression

6

---

---

---

---

---

---

---

---

## Depression und Alter

Junge Alte	Alte Alte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedriges Selbstbewusstsein</li> <li>• Angst vor aussen negativ beurteilt zu werden</li> <li>• Wenig Vertrauen in die eigene Kompetenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitsprobleme</li> <li>• Autonomieverlust</li> <li>• Gefühl von Einsamkeit und Nutzlosigkeit</li> <li>• Kontrollverlust</li> </ul>

7

---

---

---

---

---

---

---

---

## Depression und Geschlecht

Männer	Frauen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genetische Veranlagung</li> <li>• Traumatisches Lebensereignis (eher Massentraumata)</li> <li>• Verlust der beruflichen Position und Anerkennung</li> <li>• Krankheit und Gefühle der körperlichen Unzulänglichkeit</li> <li>• Scheidung</li> <li>• Tod des Partners</li> <li>• Alkoholabhängigkeit</li> <li>• „Mid-life“-Krise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genetische Veranlagung</li> <li>• Traumatisches Lebensereignis (eher Massentraumata)</li> <li>• Mobbing</li> <li>• Doppel- und Dreifachbelastung durch Beruf, Familie (Alleinerzieherin) und Haushalt (Burn-out)</li> <li>• Fehlende Unterstützung bei der Versorgung alter, dementer oder psychisch kranker Familienmitglieder</li> </ul>

---

---

---

---

---

---

---

---

## Diagnostische Besonderheiten der Depressionen im Alter

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ängstlich-agitiertes Verhalten</li> <li>• Inappetenz</li> <li>• Gewichtsverlust</li> <li>• Schweregefühl</li> <li>• Mattigkeit</li> <li>• leichte Erschöpfbarkeit</li> <li>• Vegetative Störungen</li> <li>• Klagen über Minderung der Gedächtnisleistungen und des Konzentrationsvermögens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlafstörungen</li> <li>• Belastende Lebensereignisse</li> <li>• Verluste, die bis zu 9 Monate zurück liegen können</li> <li>• Verarmungs- und Versündigungsideen</li> <li>• Chronifizierter Verlauf wird als Charaktereigenschaft interpretiert</li> <li>• Libidoverlust</li> <li>• Aufgesetzt gute Laune soll Depression verbergen</li> <li>• Hohes Suizidrisiko von ca. 15% bei schweren Depressionen</li> </ul>
---	---

9

---

---

---

---

---

---

---

---

## Risikofaktoren Depressionen im Alter

1. Frühere depressive Störungen/Symptome
2. Chronische körperliche Gebrechen bzw. Funktionsstörungen
3. Krankenhausaufenthalte, Operationen
4. Einnahme bestimmter Präparate
5. Verluste (Partner, Beruf, Aufgaben usw.)
6. Eingeschränkter Handlungsraum
7. Ressourcen- und Fertigungsdefizite
8. Rigidität, Inflexibilität, Perfektionismus, Fatalismus, Misserfolgsorientierung
9. Keine alternativen Ziele, Interessen und Beschäftigungen
10. Fehlende Selektion, keine Anpassung von Zielen, überhöhte Ansprüche und Überforderung.

10

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Differentialdiagnose Demenz/depressive Pseudodemenz

Pseudodemenz	Demenz
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relativ plötzlicher Beginn</li> <li>• Psychiatrische Vorerkrankung</li> <li>• Patient betont kognitive Defizite</li> <li>• Patient sagt „Weiss ich nicht!“</li> <li>• Variabilität der kognitiven Leistungsfähigkeit</li> <li>• Langzeit- und Kurzzeitgedächtnis gleich schlecht</li> <li>• „Sundowning“ selten</li> <li>• Vegetative Symptome häufig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schleichender Beginn</li> <li>• Keine psychiatrische Vorerkrankung</li> <li>• Patient bagatellisiert kognitive Defizite</li> <li>• Patient rät Antworten</li> <li>• Gleichbleibend schlechte kognitive Leistungen</li> <li>• Kurzzeitgedächtnis schlechter als Langzeitgedächtnis</li> <li>• „Sundowning“ häufig</li> <li>• Keine vegetativen Symptome</li> </ul>

11

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Verdrängte Trauer

Der Seelische Schmerz über einen Verlust der nicht beweint werden kann, kann sich als quälender Körperschmerz zeigen, der dann Weinen ermöglicht.

12

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Zur Situation:

Suizid älterer Menschen ist ein weltweit wachsendes Phänomen. Die meisten Länder verzeichnen eine Zunahme der Suizidrate Älterer. In Asien wächst die Anzahl der Länder mehr als in Europa.

In nahezu allen industrialisierten Ländern haben ältere Menschen die höchsten Suizidraten unter allen Altersgruppen.

Die Suizidraten wachsen mit zunehmendem Alter und sind am höchsten unter weissen Amerikanern, die 65 Jahre und älter sind.

Im Jahr 2000 lag die Suizidrate zwischen 12,6 pro 100'000 bei den 65- bis 74-jährigen pro Jahr und bei 19,4 pro 100'000 Personen bei den über 85-jährigen.

13

---

---

---

---

---

---

---

---

## Suizide im Alter

- Es ist schwer (nicht ) vorherzusagen, welche Patienten Suizidversuche machen aber es gibt eine wachsende Evidenz, dass die Diagnostik und Behandlung von depressiven Störungen beim niedergelassenen Arzt der effektivste Weg zur Verminderung von Suiziden bei alten Menschen sind
- Das Risiko von Suiziden bei älteren Menschen kann in allgemeine und klinische Faktoren eingeteilt werden:

14

---

---

---

---

---

---

---

---

### Allgemeine Faktoren:

Alter >40, männliches Geschlecht, alleine lebend, inadäquate soziale Unterstützung, bedeutsamer Verlust, Alkoholmissbräuche, kulturelle Akzeptanz.

### Klinische Faktoren:

Suizidversuch in der Vergangenheit, psychomotorische Agitation, Schlaflosigkeit, schwere Schuldgefühle, Hoffnungslosigkeit, persistierende Hypochondrie, Idealisierung von Suizid.

15

---

---

---

---

---

---

---

---

Es ist nicht vorhersehbar, ob sich jemand suizidiert, aber das Risiko ist kalkulierbar.

16

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Spezifische Risikofaktoren alter Menschen:**

- Gefühle können nicht verbalisiert werden
- Gefühlsunterdrückung wurde häufig idealisiert
- Körperliche Erkrankung und Schmerzen werden mehr
- Damit verbunden sind hohe narzisstische Kränkungen

17

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Spezifische Risiken bei alten Menschen:**

- Hilfesuchen ist schambesetzt
- Probleme werden dissimuliert
- Depressionen und Ängste werden nicht erkannt und bleiben unbehandelt
- Angst vor Autonomieverlust und damit Anderen zur Last zu fallen.

18

---

---

---

---

---

---

---

---

## Risikofaktoren für Suizidalität:

- Suizidversuch in der Vorgeschichte
- Grosse Hoffnungslosigkeit und fehlende Zukunftsperspektive
- Soziale Isolation und zunehmender Rückzug
- Verluste (Konzept des signifikanten Anderen)
- Suchterkrankung
- Hohe Impulsivität
- Patient hat eine positive Familienanamnese mit Suiziden und/oder Suizidversuchen
- Zugang zu Waffen
- Major Depression
- Persönlichkeitsstörung
- Bipolare Erkrankung
- Panikstörungen
- Somatische Erkrankungen die Beweglichkeit einschränken
- Tumoren
- Chorea Huntington

19

---

---

---

---

---

---

---

---

## Depression und Suizidalität Kernfragen

- Suizidgedanken, -absichten
- Suizidideen
- Aktive Planung
- Suizidankündigungen oder –drohungen
- Frühere Suizidversuche
- Suizide in Familie und Umfeld
- Todeswünsche
- Hoffnungslosigkeit, Perspektivlosigkeit
- Starke Gekränktheit
- Bilanzierung
- Risikogruppen

20

---

---

---

---

---

---

---

---

## Depression und Suizidalität Umgang mit dem Patienten

- Suizidankündigung ernst nehmen (als Notsignal verstehen)
- Suizidalität offen ansprechen
- Bagatellisierung oder Dramatisierung vermeiden
- Vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre schaffen
- Hoffnung vermitteln
- Feste Vereinbarungen treffen
- Hohe Beziehungsdichte sichern (engmaschige Betreuung)

21

---

---

---

---

---

---

---

---

## Was ist Trauer Ist Trauer eine Form von Depression?

Häufig bei Trauer	Hinweise auf Depression
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verleugnung</li> <li>• Nicht-Glauben-Wollen</li> <li>• Trauergefühl</li> <li>• Verzweiflung</li> <li>• Sehnsucht</li> <li>• Wut</li> <li>• Schock</li> <li>• Schuldgefühl</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefühl der Wertlosigkeit</li> <li>• mangelnde Selbstfürsorge</li> <li>• Suizidgedanke</li> <li>• erhebliche Einschränkung bei Alltagsanforderungen</li> <li>• anhaltende Schuldgefühle</li> <li>• psychomotorische Hemmung</li> <li>• Apathie</li> <li>• Gewichtsverlust</li> <li>• (psychotische Symptome)</li> </ul>

22

---

---

---

---

---

---

---

---

### Trauer ist eine Emotion, die bei bedeutsamen Verlusten entsteht:

- von engen **Bezugspersonen** (Eltern, Geschwistern, Kindern, Partnern, Freunden)
- von **körperlicher Integrität** (z.B. durch chronische Krankheit, Amputation: Verlust der gewohnten Funktion, der Lebensperspektive, der Attraktivität, der Kommunikationsfähigkeit (sensorische/kognitive Funktionen), der personalen Identität)
- von **Idealen** (z.B. Lebensziele, Beruf, während der ärztlichen Tätigkeit)
- von **materiellen Werten** (z.B. finanzielle Sicherheit)

23

---

---

---

---

---

---

---

---

## Trauerzeichen

- Deprimierte Stimmung
- Gereiztheit
- Kognitive Störungen (Konzentrationsstörungen, Verwirrtheit)
- Sozialer Rückzug, Inaktivität
- Verzweiflung, Schock
- Gefühle von Einsamkeit, Schuld, Wut
- Somatische Symptome

24

---

---

---

---

---

---

---

---

## Differentialdiagnose zur Trauer:

- Differentialdiagnose ist deshalb besonders schwierig, weil ein Trauerprozess in eine Depression unmerklich übergehen kann. Es muss dann an eine Depression gedacht werden, wenn der Trauerprozess nicht mehr fortschreitet oder nicht eine zu erwartende Reaktion auf den Verlust darstellt.
- Wenn die Stimmung trotz Ablenkung andauernd traurig und niedergeschlagen ist, die entsprechende psychomotorische Hemmung (affektstarr) imponiert, das Selbstwertgefühl stark herabgesetzt ist, Suizidalität im Raum steht, kein Zugang zu den Gefühlen gefunden wird.

25

---

---

---

---

---

---

---

---

## Umgang Rolle: präsent bleiben

- Notwendigkeit einer Distanz, die Zuwendung erst wieder möglich macht; wichtig: nicht selber in den depressiven Sog geraten; das schlimmste für den Depressiven ist ein depressives Gegenüber (unbewusst will er, dass der andere der Depr. widersteht): Balance anbieten zwischen Autonomie und Zugehörigkeit.
- Rolle: der Depr. standhalten, die Depr. akzeptieren, das damit verbundene Leiden anerkennen (das „Bedrückende“), dabei auf konstruktiven Impulsen beharren, aushalten und tröstlich präsent bleiben.

26

---

---

---

---

---

---

---

---

## Besatzungsmacht und Widerstand

- Depression als „Besatzungsmacht“: Widerstand ist zwecklos, keine Hilfe, Grenzen dicht, innerer Widerstand gebrochen
- Es gilt „Inseln des Widerstands“ zu finden, gesunde Anteile anzusprechen und zu fördern
- Dazu darf Pfleger nicht selbst depressiv sein, sondern muss eigenes Selbstwertgefühl pflegen und stabilisieren, muss genügend Energie tanken um standzuhalten (Distanz, um Nähe möglich zu machen)

27

---

---

---

---

---

---

---

---

## Antidepressive Massnahmen

- Kompensation der depressiven Selbstabwertung und Stärkung eines angemessenen Selbstwertgefühls
- Herstellen einer tragfähigen Beziehung bzw. Stärkung der Beziehungsfähigkeit
- Unterstützung im Rahmen der inneren Auseinandersetzung mit Verlusten im Alter und Förderung der Anpassung an die aktuellen Lebensbedingungen
- Grundsätzlich positive Haltung gegenüber Klienten und optimistische Haltung gegenüber der zu leistenden Arbeit in der Begleitung

28

---

---

---

---

---

---

---

---

## Stellvertretende Hoffnung

Verlässliche Präsenz als „stellvertretende Hoffnung“: ich glaube daran, dass es bei dir nicht-depressive Anteile gibt, die ich finden und fördern kann; ich bin deiner Depression gewachsen: dies strahlt aus, der depressive Mensch kann sich von dieser Hoffnung etwas „ausleihen“

„ich gönne deiner Depressivität nichts“

29

---

---

---

---

---

---

---

---

- Begegnung erfolgt zuverlässig, klar strukturiert
- Unauffällige, aber deutlich spürbare Präsenz
- Bleibt auch dann erhalten, wenn depr. Sog stärker wird
- Bleibt im Kontakt, auch wenn Bezugsperson mal weggeht (kein „Rückzug“)
- Zeit, Ruhe, Geduld, Gelassenheit, Souveränität
- Nicht unbedingt „was machen“, nicht Depr. „weg bekommen“, oft einfach präsent sein
- Nicht beschönigen oder bagatellisieren, nicht aufmuntern oder Gedanken ausreden, statt dessen: Bedauern und Traurigkeit bekunden, aber nicht auf „klagende“ Weise, sondern „ich spüre Ihre Schwermut“
- Über mangelnde Körperpflege nicht hinwegsehen, sie aber auch nicht zum Kampfplatz machen

30

---

---

---

---

---

---

---

---

## Pflegeziele

- Der Patient soll seine Empfindungen und Gefühle angemessen beschreiben können.
- Der Patient nimmt innerlich und äusserlich Anteil an seinem Umfeld.
- Der Patient ist über sein Krankheitsbild informiert.

31

---

---

---

---

---

---

---

---

## Pflegemassnahmen und Hinweise

- Dem Patienten Gesprächsbereitschaft anbieten.
- Den Patienten nicht überfordern, sondern auf erkennbare Wünsche eingehen.
- Auf ständiges Jammern von Seiten des Patienten nicht vermehrt eingehen, aber ernst nehmen!
- Rückzug ins Bett anfangs zulassen (Ort der Sicherheit), später für schrittweise Steigerung der Aktivitäten sorgen.
- Den Patienten ermuntern, positive Einstellungen zu erkennen und dies anerkennen.
- Auf richtige Fragestellung achten, z.B. „Was ist heute anders als gestern?“ und nicht „Wie geht es Ihnen?“ oder „Ihnen geht es doch heute besser als gestern!“
- Den Patienten über seine Krankheit informieren und ihm Hoffnung auf Besserung geben.

32

---

---

---

---

---

---

---

---

- Den Patienten auf positive Gedanken bringen, ihn von schwermütigen Gedanken ablenken (Gespräche, Berichte, Musik, leichten Lesestoff, individuelle Gestaltung des Krankenzimmers und des Nachtkästchens).
- In der akuten Phase den Patienten in das Stationsgeschehen einbinden, ihn aber nicht zu Aktivitäten drängen.
- In der postakuten Phase den Patienten informieren, dass er aktiv an seiner Besserung mitwirken kann, z.B. durch Klären von Kontakten zu Angehörigen, durch ablenkende Tätigkeiten und Gedanken, durch Einhalten einer sinnvollen Tagesstruktur.
- Dem Patienten Angebote zur Eingliederung machen, z.B. Kochgruppe, Spaziergänge, Musik- und Kunsttherapie, ET.
- Angehörige über wichtige Details im Umgang mit dem Patienten hinweisen: Verständnis, Einhaltung einer Tagesstruktur usw.
- Wichtig: Der Patient soll in der Regel während der akuten Depression keine grösseren Entscheidungen für sein Leben treffen (Partnerschaft, Beruf).

33

---

---

---

---

---

---

---

---

## Angehörige und deren Unterstützung

Angehörige leiden sehr unter der Depression eines Familienmitgliedes und können sich oft nicht genau vorstellen, weshalb es mit der Willensanstrengung nicht mehr geht eine bessere Stimmung und mehr Aktivität zu erreichen.

34

---

---

---

---

---

---

---

---

- Deshalb ist es wichtig, die Angehörigen
- **Über die Krankheit zu informieren** (dazu gibt es speziell einfache Literatur, meist unterstützt von Pharmazeutischen Firmen, die sie dort direkt oder über den Arzt beziehen können)
- **Die Gegenübertragung zu erläutern** (das aggressiv und böse werden auf den betroffenen depressiven Menschen, dies kann sich auch in Nörgeln gegenüber den betreuenden Personen äussern, dem Vorwürfe machen wegen Bagatellen, dem ständigen Unmut und Misstrauen)

35

---

---

---

---

---

---

---

---

Angehörige brauchen unsere Wertschätzung für das, was sie tun und aushalten und unser Mitgefühl und die Sorge, auch etwas für sich selbst zu bekommen. Speziell geriatrische Gruppen und Angebote gibt es nur vereinzelt, diese wären noch zu entwickeln.

36

---

---

---

---

---

---

---

---

Helfen Sie mit, Depressionen besser und rechtzeitig zu erkennen um betroffene betagte Menschen rasch einer geeigneten und wirksamen Behandlung zuzuführen!

37

---

---

---

---

---

---

---

---

### Hauptbotschaften Bündner Bündnis gegen Depression

- Depression kann jeden treffen
- Depression hat viele Gesichter
- Depression ist BEHANDELBAR!



---

---

---

---

---

---

---

---