

Herausforderung Depression

wie können Sie sich vor Überforderung schützen?

Einführung Depression oder Depressionen?

Erkennen und Handeln

Sinnvoll Grenzen setzen – Beispiele aus Ihrem Alltag

Martin Hamborg

Sie können es nicht recht machen ...

- *alle Ihre guten Anregungen und Ideen laufen ins Leere ...*
- *Sie kommen nicht „ran“ ... Antriebslosigkeit, Desinteresse und die schlechte Stimmung übertragen sich auf Sie ...*
- *die Ablehnung von Essen, von Pflege,*
- *unerklärliche Schmerzen und Krankheitssymptome,*
- *Verwahrlosung, Todessehnsucht,*
- *offen und (un)heimliche Suizidversuche ...*

- *oder da ruft und klingelt jemand ständig und*
- *schreit nach Aufmerksamkeit, aber was sollen wir merken?*

- Depression hat viele Gesichter und viele Ursachen und wird in der Altenhilfe noch zu selten erkannt.

Depression und Alter?

Selbsttest aus dem Internet

Leiden Sie seit mehr als 2 Wochen an

- 1 Gedrückter Stimmung
- 2 Interesselosigkeit und/oder Freudlosigkeit, auch bei sonst angenehmen Ereignissen
- 3 Schwunglosigkeit und/oder bleierner Müdigkeit und/oder innerer Unruhe
- 4 Fehlendem Selbstvertrauen und/oder fehlendem Selbstwertgefühl
- 5 Verminderter Konzentrationsfähigkeit und/oder starker Grübelneigung und/oder Unsicherheit beim Treffen von Entscheidungen
- 6 Starken Schuldgefühlen und/oder vermehrter Selbstkritik
- 7 Negativen Zukunftsperspektiven und/oder Hoffnungslosigkeit
- 8 Hartnäckigen Schlafstörungen
- 9 Vermindertem (oder gesteigertem) Appetit
- 10 Tiefer Verzweiflung und/oder Todesgedanken

Depression und Alter?

Geriatrische Depressions-Skala (GDS)

1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	Ja	Nein
2. Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?	Ja	Nein
3. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt?	Ja	Nein
4. Ist Ihnen oft langweilig?	Ja	Nein
5. Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?	Ja	Nein
6. Haben Sie Angst, daß Ihnen etwas Schlimmes zustoßen wird?	Ja	Nein
7. Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?	Ja	Nein
8. Fühlen Sie sich oft hilflos?	Ja	Nein
9. Bleiben Sie lieber zu Hause, anstatt auszugehen und Neues zu unternehmen?	Ja	Nein
10. Glauben Sie, mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als die meisten anderen?	Ja	Nein
11. Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?	Ja	Nein
12. Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?	Ja	Nein
13. Fühlen Sie sich voller Energie?	Ja	Nein
14. Finden Sie, daß Ihre Situation hoffnungslos ist?	Ja	Nein
15. Glauben Sie, daß es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?	Ja	Nein

Summe: _____

Depression und Alter?

Depressionen sind die häufigsten psychischen Störungen bei alten Menschen.

Sie äußern sich nicht grundlegend anders als im jüngeren Erwachsenenalter.

Bei alten Menschen sind häufiger:

Klagen über somatische Beschwerden, Obstipation, Appetitlosigkeit, psychomotorische Unruhe und Schlafstörungen, während jüngere Menschen eher über Libidoverlust, Schuldgefühl und familiäre Probleme klagen

Das **Kernsyndrom** (Bedrückung, Hoffnungs-, Interesse-, Freudlosigkeit) ist gleich.

Depression und Alter?

Als Ursachen einer Depression gelten:

genetische Faktoren: Neigung zu affektiven Störungen ist vererblich
(Erbfaktor oder Modell??)

psychologische Faktoren: Erfahrungen der Kindheit, negative Selbstbilder, emotionales Überbedürfnisse

biologische Faktoren: veränderter Neurotransmitterhaushalt, veränderter Hormonhaushalt

Auslöser einer Depression:

psychologische Auslöser: krisenhafte Ereignisse, anhaltende Konflikte
in Partnerschaft oder Beruf, Stress am Arbeitsplatz

biologische Auslöser: Veränderungen des Hormonhaushalts, Krankheiten
Überbelastung, Stress

Depressionsarten

Psychogene oder reaktive Depression - seelische Ursache.

Reaktionen auf Schicksalsschläge (Todesfälle, Krisen, finanzielle Probleme, etc.),

mangelhafte Verarbeitung frühkindlicher Erlebnisse, Dauerkonflikte

endogene Depression / bi-polare Depression, keine klar erkennbare Ursache. endogen = im Innern. z.B.: Manisch-Depressive oder der depressive Wahn.

somatogene Depression körperliche Ursache. Krankheiten wie Aids, Migräne, Krebs, Diabetes, Alzheimer, Parkinson, Apoplex, chronischer Schmerz

(Frage: Ursache oder Symptom?)

Krisen in besonderen Lebenslagen als Auslöser oder Ursache einer Depression. Klimakterium der Frau (früher Involutionsdepression ??) hormonelle Veränderungen in der Pubertät

Altesdepression aufgrund von Isolation und unbewältigter Trauer

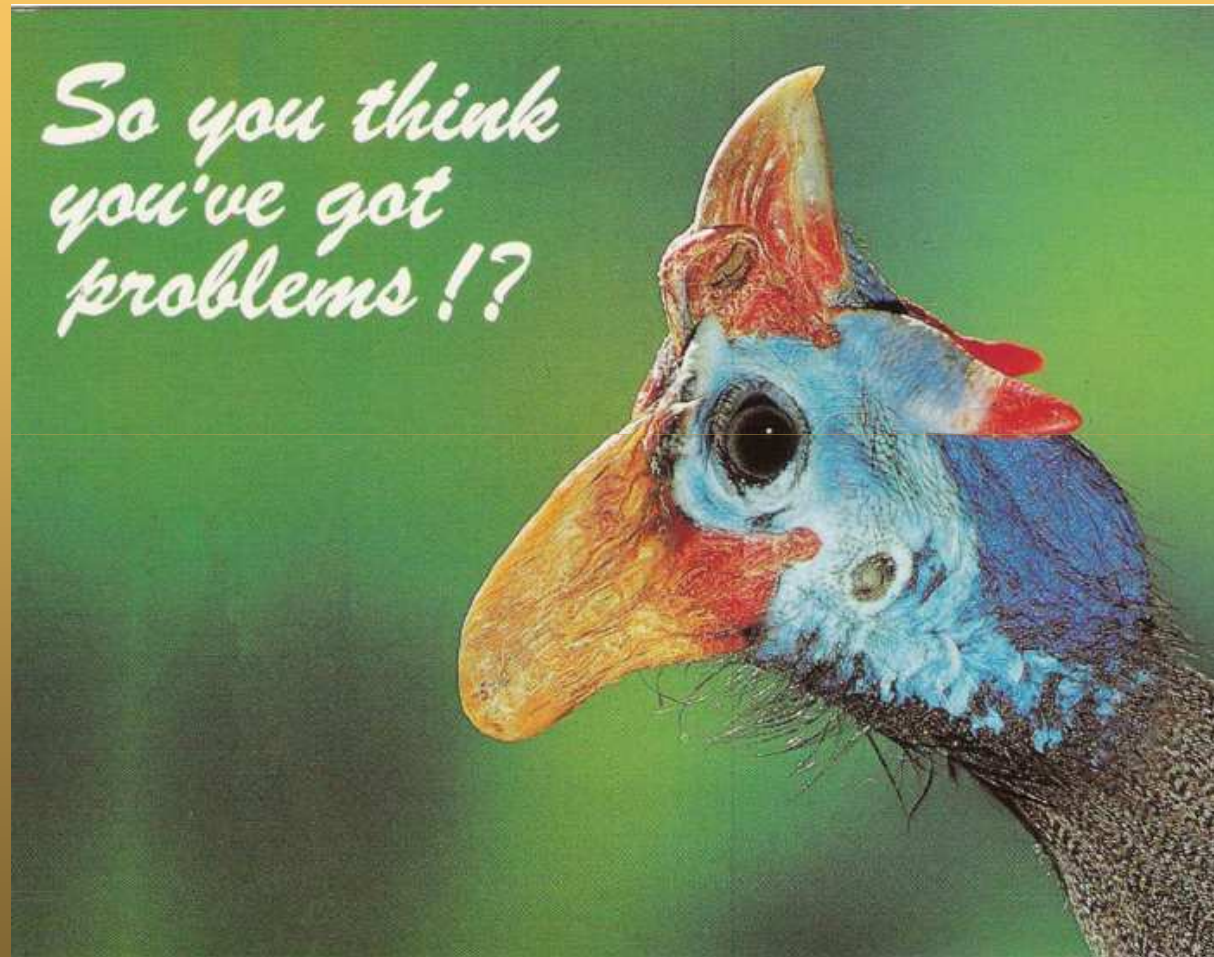
Depressiogene Wirkung von Pharmaka (Mod. und ergänzt nach [53])

Substanzklasse, Wirkstoff	Art der Störung	Evidenzgrad der Störung	Vermuteter Pathomechanismus
<i>ACE-Hemmer</i> Enalapril	Depressiver und antidepressiver Effekt beschrieben	B	Abbauhemmung zerebraler Transmitter, z. B. von Endorphin
<i>Antiarrhythmikum</i> Disopyramid	Depression	C	?
<i>Antibiotikum</i> Isoniazid	Depression	B	Vitamin-B ₆ -Antagonismus
<i>Antihistaminikum</i> Cimetidin	Manie, Depression	B	Zerebrale cholinerge und histaminerge Rezeptorblockade
<i>Antimykotikum</i> Amphotericin B	Depression	B	Erhöhte Sensibilität der Nervenzellen, Stimulierung der Prostaglandinsynthese
<i>Antisymphotonikum</i> Reserpin	Depression	A	Veränderung des Transmittergleichgewichtes
α -Methyldopa	Depression	A	
Clonidin	Depression	B	
<i>β-Blocker (Sympatholytikum)</i> Propranolol	Depression	A	Zentrale β -Rezeptorblockade mit Folgen für die katecholaminerge Neurotransmission. Inhibition der Noradrenalinfreisetzung Serotoninantagonismus
Timolol (Augentropfen)	Depression	B	

<i>Kalziumantagonist</i>			
Diltiazem	Depression	B	Transmitterimbalance, die durch Enzymhemmung der Dopamin- β -Hydroxylase hervorgerufen wird
Nifedipin	Depression	B	
Verapamil	Depression und antidepressiver Effekt	B	
<i>Kortikoid</i>			
Prednison	Depression	A	Einfluss des Kortikoids auf Strukturen des Hippocampus
<i>Diuretikum</i>			
Thiazide	Depression	C	?
<i>Magen-Darm-Prokinetikum</i>			
Metoclopramid	Depression	B	Dopaminantagonismus, erhöhte Dopaminsensibilität durch vorherige Rezeptorblockade, besonders bei Diabetikern
Nichtsteroidales Antirheumatikum			
Indometacin	Schizoaffektive Störung	B	Durch Cyclooxygenasehemmung Prostaglandinmangel. Chemische Strukturverwandtschaft zu Serotonin
<i>Orales Kontrazeptivum</i>			
	Depression	A	Ausschlaggebend ist Östrogenanteil, erniedrigter Tryptophan- und Pyridoxinspiegel
<i>Zytostatikum</i>			
Vincristin	Depression	C	Aktivitätsminderung der Dopamin- β -Hydroxylase (Schlüsselenzym der Biosynthese des Noradrenalins)
Vinblastin			
<i>Virustatikum</i>			
Acyclovir	Depression	B	Katecholaminfreisetzung, Steigerung des Dopaminumsatzes. Aktivierung der Indolamin-2,3-dioxygenase
Amantadin	Depression	C	
Interferon- α	Depression	B	
Interleukin-2	Depression	B	

Evidenzgrad: A hohe epidemiologische Evidenz, großes Literaturgut, B mittelgradige epidemiologische Evidenz, multiple Kasuistiken, C geringe Evidenz, nur vereinzelt Fallberichte

Was hat das mit **Depression** zu tun??



Depression und Alter?

Im höheren Alter treten Depressionen nicht häufiger auf, als im Erwachsenenalter. Dennoch existieren einige Faktoren, die Depressionen im Alter auslösen können und die im Alter wahrscheinlicher auftreten. Dazu gehörten:

1. körperliche Erkrankungen
2. Tod von Partner und Freunden
3. Wohnortwechsel
4. finanzielle Belastungen

Schätzungsweise leiden 11-18% der über 60jährigen an schweren Depressionen, 15% an einer leichten Form der Krankheit. Bei Altenheimbewohnern ist die Depression noch häufiger mit bis zu 50%.

Verdeckte Depression: Verwahrlosung, Unfälle, “Klammern”, Hilferufe mit Erpressungsversuchen, Absagen von Terminen und Besuchen, Nicht zur Last fallen wollen, Ängste, Keine Hilfe annehmen wollen, Verarmungsgefühle, Sterben wollen, ...
... Schlechtes Gewissen vermitteln, Ärger?

Depression und Alter?

Die Zahl der an Depressionen Leidenden kann höher liegen aufgrund dessen, dass

1. alte Menschen ihre Beschwerden bagatellieren
2. diese fehldiagnostiziert werden als Alterssymptom
3. diese als Begleitscheinung einer Krankheit angenommen und nicht behandelt werden
4. das Nachlassen von Konzentration und Merkfähigkeit als normale Alterserscheinung angenommen wird und nicht als Symptom der Depression

Ist die Depression im Alter anders?

Krankheiten können eine Depression auslösen und die Depression kann sogar als Symptom dieser Krankheit gewertet werden:

z.B. Diabetes mellitus, Krebserkrankungen, Demenz vom Alzheimer-Typ, Morbus Parkinson, Spät-Alkoholismus.

Dies mag auch eine Erklärungsansatz dafür sein, dass der Anteil an depressiven Patienten in Altenheimen derart hoch ist.

- a) Multimorbidität,
- b) geringere Sozialkontakte
- c) Isolation.
- d) Auch Medikamente können depressive Störungen verursachen, am Herz-Kreislaufmedikamenten, Kortison und der Antibabypille.

Folgende Konflikte können eine Depression im Alter auslösen

1. das Gefühl des Verlassenwerdens durch die Kinder
2. das Gefühl der Sinnlosigkeit der eigenen Person aufgrund der Berufsaufgabe
3. posttraumatische Störungen (Kriegserlebnisse, Gewalterlebnisse)

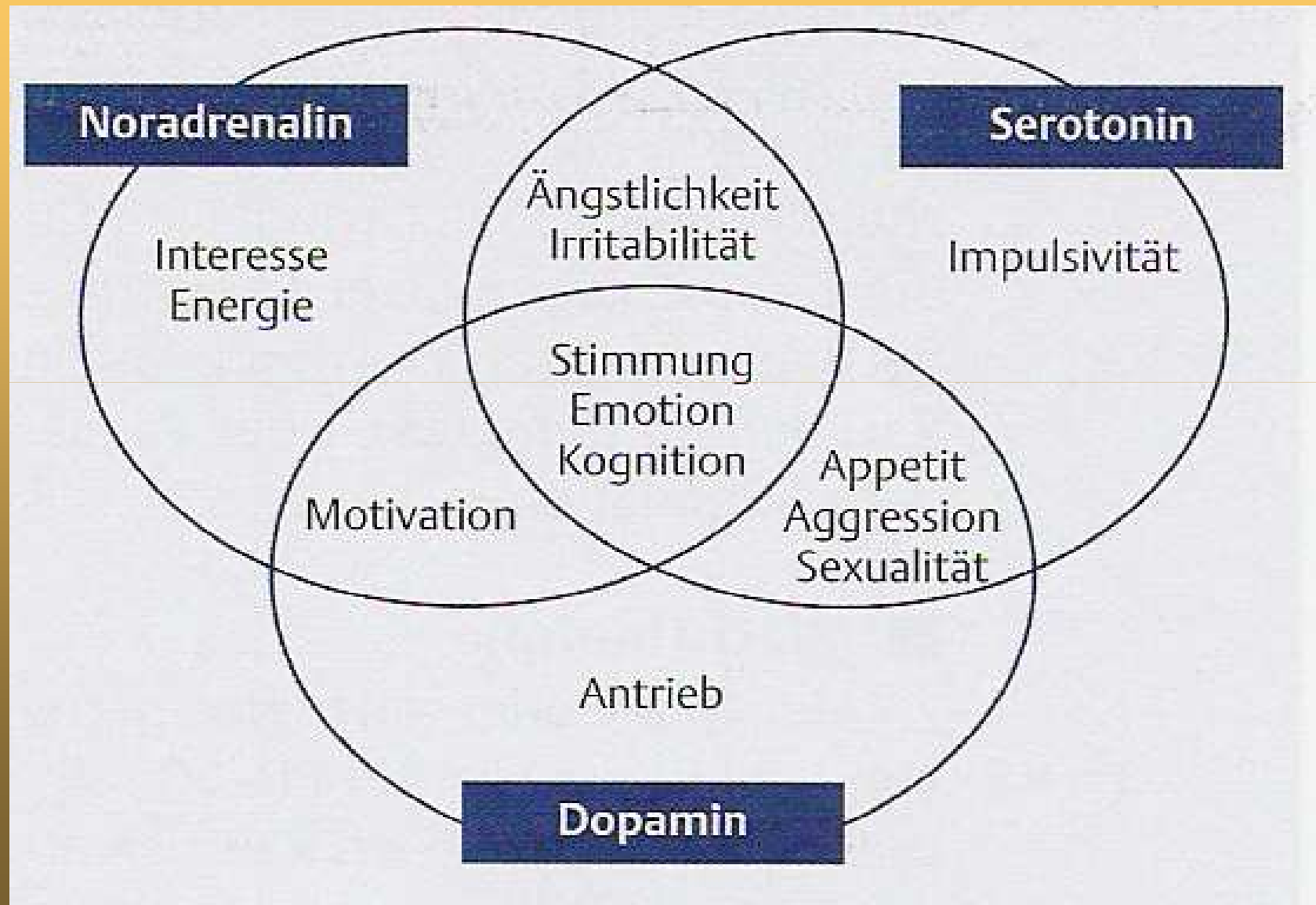
Depression und Suizid?

In der Depression interpretiere ich die Handlungen, die um mich herum passieren als gegen mich gerichtet. Ich sehe alles negativ und pessimistisch. Ich habe ja auch kein Selbstbewusstsein mehr und fühle mich für alles verantwortlich.

Selbstmordgedanken treten bei Menschen mit einer schweren Depression häufig auf. Etwa 40 bis 80 % der Patienten leiden während einer depressiven Episode unter Selbstmordgedanken und -phantasien. Bei 20 bis 60 % aller depressiven Patienten finden sich Selbstmordversuche in der Vorgeschichte. Und 10 bis 15 % setzen dann tatsächlich ihrem Leben ein Ende.

Im Suizid wird deutlich, wie Aggressivität und Depressivität verknüpft sind

NEUROTRANSMITTER UND PSYCHOPATHOLOGISCHE SYMPTOME



Ärzte Zeitung, 12.03.2013 05:01

Signale richtig deuten

So erkennen Hausärzte eine Depression

Depressionen sind auf dem Weg zur Volkskrankheit, dennoch brauchen Hausärzte oftmals ein gutes Gespür, um eine solche Erkrankung zu erkennen. Ein Experte erklärt, auf welche Signale zu achten sind.

Von Taina Ebert-Rall

BERLIN. Etwa jeder zehnte Patient, der eine Hausarztpraxis aufsucht, leidet auch unter einer Depression.

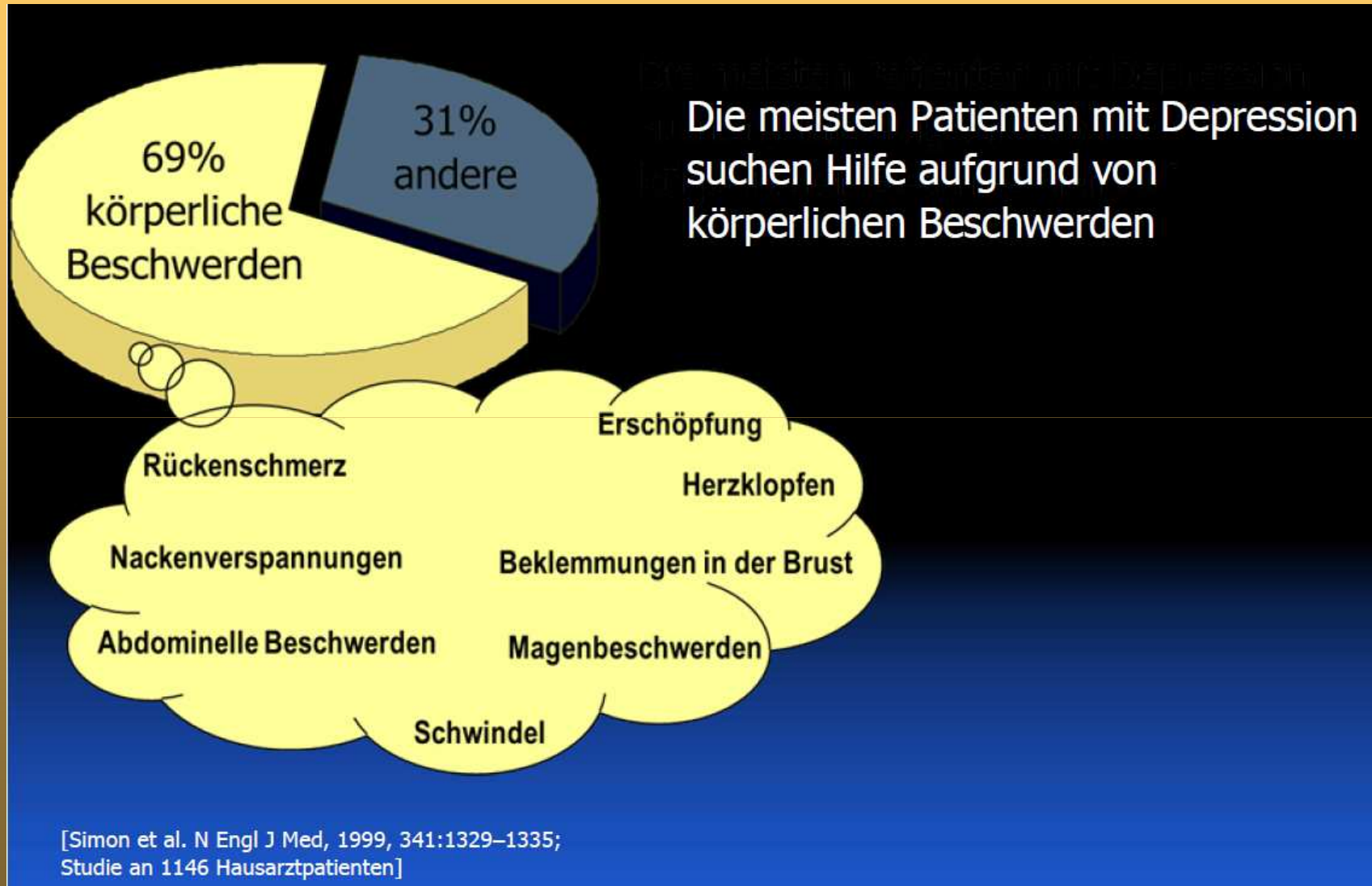
Außerdem sei Depression eine relevante Komorbidität, so der Experte für chronische Erkrankungen und Multimorbidität in der Primärversorgung.

So werde beispielsweise bei 45 Prozent der Patienten mit Angststörungen auch eine Depression diagnostiziert. Bei Diabetes, Krebs- und neurologischen Erkrankungen ist es laut Gensichen jeder Fünfte.

Bei 40 Prozent der geriatrischen und herzinsuffizienten Patienten liege eine Depression vor und bei 60 Prozent der Schmerzpatienten.

"Auch wenn Sie nur noch Überweisungen für einen Patienten schreiben, sollten Sie stutzig werden. In solchen Fällen empfiehlt es sich, den Patienten direkt anzusprechen und

Hintergrundwissen Depression



Hintergrundwissen Depression

2-Fragen-Test

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?**

2x „nein“ -> zu 96% Wahrscheinlichkeit KEINE Depression

1x „ja“ -> zu 50% Wahrscheinlichkeit Depression

Werden beide Fragen mit „Ja“ beantwortet, sollten die formalen Diagnosekriterien erfasst werden.

Depression

Ärzte Zeitung online, 26.09.2013

Kommentieren (0)

Twittern 8

Kommentar zu Depressionen

Männer ticken anders

Von Peter Leiner

Es könnte also der Untersuchung in den USA zufolge so sein, dass Depressionen bei vielen Männern sehr spät oder gar nicht erkannt werden. Damit dem entgegengesteuert werden kann, sollte man umdenken und die Vorschläge der US-Wissenschaftler aufgreifen: sich nicht auf die traditionell von Männern freiwillig geschilderten Symptome zu verlassen, sondern auch nach bei ihnen der Studie zufolge häufigeren Symptomen zu fragen: Angstattacken, **Aggression**, Reizbarkeit, Hang zum Drogengebrauch und zu risikoreichem Verhalten.

Winterdepression – dunkle Zeit für die Seele

Manchen Menschen drücken die kurzen Tage und langen Nächte aufs Gemüt.

Sie kennen das Appetit und Heißhunger und das Wechselbad der Gefühle?

- Mangel an Tageslicht stört die Arbeit der Zirbeldrüse.
- Bei Nacht und im Winter bildet diese Drüse im Gehirn das Hormon Melatonin
- Forscher nehmen an, dass der Botenstoff Serotonin bei der Entstehung einer Winterdepression eine wichtige Rolle spielt

Winterdepression haben eine einfache Formel: Mit Licht lebt sich's besser!

oder Es werde Licht (aufgenommen über die Netzhaut)

Am besten draußen und mit Bewegung!!

Ärzte Zeitung, 10.02.2012 15:53

Diffuse Müdigkeit: Häufig ist es eine Depression

FRANKFURT/MAIN (mut). Ärzte sollten ihr Augenmerk vor allem auf psychische Störungen legen, wenn Patienten über Müdigkeit klagen. Eine aufwändige Diagnostik, etwa auf Tumoren, kann man sich dagegen meist sparen.

Depression ist die häufigste Ursache einer primär unklaren Müdigkeit, stellt die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) in ihrer aktualisierten Leitlinie fest und legt Ärzten vor allem zwei Diagnostik-Fragen ans Herz: "Haben Sie sich im letzten Monat oft niedergeschlagen, schwermütig oder hoffnungslos gefühlt? Haben Sie im letzten Monat oft wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten gehabt?"

Werden beide Fragen verneint, kann eine ausgeprägte Depression mit hoher Sicherheit ausgeschlossen werden. Wird mindestens eine Frage bejaht, sollten weitere Symptome erfragt werden wie Schlafstörungen, veränderter Appetit, Versagensängste, Konzentrationsschwierigkeiten oder Suizidgedanken. Werden fünf oder mehr von zehn Kriterien bejaht, ist von einer Depression auszugehen.

Depression

Atypische Symptome

Steckt hinter „Opa's Jammern“ eine Depression?

Quelle: MMW - Fortschritte der Medizin

publiziert am: 17.11.2011 18:00

Zeitschrift: MMW - Fortschritte der Medizin 2011/38: 93-98

Autor: Dr. med. Dirk Bremer (Klinik Taufkirchen (Vils))

„Atypisches Erscheinungsbild,,

Die Symptomatik der Depression stellt sich bei älteren Menschen z. T. deutlich anders dar: Sie sind weniger traurig, berichten mehr körperliche Beschwerden (Schmerzen), z. T. auch Wahngedanken („verfaulen“), Ängste vor Bestrafung, vor bevorstehendem Tod, Schuld- oder Verarmungsvorstellungen. Zusätzlich können kognitive Störungen auftreten: Verminderung von Konzentration, Merkfähigkeit, Kurzzeitgedächtnis, zeitlicher/räumlicher Orientierung.

„Atypischer“ Verlauf

Die depressiven Episoden dauern länger, die freien Intervalle sind kürzer, eine Abflachung des Schweregrades ist zu beobachten, stationäre Behandlungen sind seltener. Es wird geschätzt, dass der langfristige Verlauf ungünstiger ist: 12–17% bleiben ohne Remission. Nur etwa ein Drittel zeigt vollständige Heilung [3 ▶].

Depression

Therapie der Depression

Die Leitlinie empfiehlt Aufklärung/Psychoedukation und Beteiligung des Patienten an den Entscheidungen. Bei leichten bis allenfalls mittelgradigen Depressionen wird eher Abwarten empfohlen. Erst wenn nach ca. zwei Wochen keine Besserung oder sogar eine Verschlechterung eintritt, sollten psychotherapeutische/-pharmakologische Maßnahmen ergriffen werden [2 ▶].

Als allgemeine Grundsätze der Psychotherapie bei depressiven Patienten gelten:

- Offene therapeutische Haltung,
- Hoffnung vermitteln,
- ressourcenorientiertes Vorgehen,
- Störungs-(Krankheits-) und Therapiekonzept aufstellen,
- konkrete Ziele erarbeiten,
- positive Verstärkung nicht depressiver Verhaltensweisen,
- soziale Aktivitäten fördern,
- die Biografie erarbeiten,
- Wiedererkrankungszeichen vermitteln,
- Therapieprobleme in Patient-Therapeut-Beziehung beachten und
- Anzeichen v. Regression wahrnehmen [2 ▶].

Depression

Pharmakotherapie

Die Wirksamkeit von Antidepressiva ist auch für ältere Patienten belegt [2 ▶]. Ältere Patienten sollten daher in gleicher Weise behandelt werden wie jüngere. Im Vergleich zu jüngeren Patienten ist das Nebenwirkungsprofil bzw. die Verträglichkeit noch stärker zu beachten. Wirksamkeitsunterschiede bei den beiden großen Antidepressivagruppen Trizyklika (TZA) und Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI), aber auch bei anderen/neueren Antidepressiva (z. B. Moclobemid, Venlafaxin, Mirtazapin) bestehen nicht.

Nichtmedikamentöse Verfahren

Nach der S3-Leitlinie soll die **Elektrokrampfbehandlung** bei schweren, therapieresistenten Depressionen als Behandlungsalternative (Ultima Ratio) in Betracht gezogen werden.

Bei leichten/mittelschweren Depressionen, die saisonalen Mustern folgen, kann die **Lichttherapie** erwogen werden. Wird schnelles Ansprechen bzw. eine Begleittherapie gewünscht, kann die Wach- oder **Schlafentzugstherapie** eingesetzt werden.

Therapieresistente Depression

Dieser Begriff wird häufig verwendet, wenn es nach zahlreichen Therapieversuchen noch nicht zu einer erfolgreichen Behandlung gekommen ist. Die S3-Leitlinien empfehlen:

- Ursachen abklären durch Serumspiegelbestimmung,
- therapeutisches Drugmonitoring,
- Dosiserhöhung bei Trizyklika, Venlafaxin und Tranylcypromin (nicht bei SSRI!),

Einteilung der Antidepressiva in therapeutische Klassen

	initial sedierend	anti- cholinerg	adrenolytisch +chinidinartig
A Trizyklische Antidepressiva und Maprotilin			
- Amitriptylin (Laroxyl)	+++	+++	+
- Clomipramin (Anafranil)	++	++	+
- Desipramin (Pertofran)	-	+	+
- Dibenzepin (Noveril)	-	+	+
- Doxepin (Siquan)	+++	++	+
- Imipramin (Tofranil)	++	++	+
- Lofepramin (Gamonil)	-	+	+
- Maprotilin (Ludiomil)	++	+	+
- Nortriptylin (Nortrilen)	-	++	+
B Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)			
- Fluvoxamin (Floxyfral)	-	-	-
- Citalopram (Seropram)	-	-	-
- Fluoxetin (Fluctin)	-	-	-
- Paroxetin (Deroxat)	-	-	-
- Sertralin (Gladem, Zoloft)	-	-	-
C MAO-Hemmer			
Nicht selektive, irreversible MAO-Hemmer *			
- Tranycypromin (Parnate)	-	-	-
selektive, reversible MAO-A-Hemmer (RIMA)			
- Moclobemid (Aurorox)	-	-	-
D andere Antidepressiva			
- Mianserin (Tolvon)	+++	-	-
- Trazodon (Trittico)	+++	-	+/-

* Interaktion mit Tyramin: cheese effect, Blutdruckkrisen
 [] für alle Menschen besonders geeignet

Tab. 3

Typische Nebenwirkungsprofile von Antidepressiva (Auswahl)

Wirksubstanz	ACh ¹	ZNS ²	Kardiovaskulär:		GI ⁵	Gewicht ⁶	Sexuell ⁷
			RR ³	EKG ⁴			
SSRI							
Citalopram	0	↑	0	0	++	0	+
Escitalopram	0	↑	0	0	++	0	+
Fluoxetin	0	↑↑	0	0	++	0	++
Fluvoxamin	0	↑	0	0	++	0	+
Paroxetin	0	↑	0	0	++	+	++
Sertralin	0	↑	0	0	++	0	++
SNRI							
Milnacipran	0	↑	0	0	+	0	0
Venlafaxin	0	0	↑	0	++	0	++
NaSSA							
Mirtazepin	0	↓↓	0	0	0	++	0
NARI							
Reboxetin	+	↑	0	0	0	0	0
SARI							
Trazodon	0	↓↓	↓	0	+	+	0
MAO-A-Hemmer							
Moclobemid	0	↑	0	0	0	0	0
TCA z.B.							
Amitriptylin	+++	↓↓↓	↓↓↓	++	0	+++	+
Clomipramin	+++	↓↓ oder ↑	↓	++	+	+++	++

¹ Anticholinerge Nebenwirkungen: Mundtrockenheit, Akkommodationsstörungen, Harnverhalt, Obstipation, (Verwirrtheit)

² Zentrale Nebenwirkungen: ↓ geringe Sedierung; ↓↓ moderate Sedierung; ↓↓↓ starke Sedierung

↑ Agitation, Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerzen (gering); ↑↑ moderat

³ Blutdruck (Riva-Rocci): ↓ Hypotonie (orthostatisch) (gering); ↓↓ moderat; ↓↓↓ stark; ↑ Hypertonie (gering)

⁴ EKG-Veränderungen: Herzreizleitungsstörungen, wie QT-Verlängerung

⁵ Gastrointestinale Nebenwirkungen wie Nausea, Emesis, Diarrhoe

⁶ Gewichtszunahme

⁷ Sexuelle Funktionsstörungen, wie erektile Dysfunktion, Ejakulationsstörungen, Libidoverlust

Depression und Angst

Angst im Alter: Oft nicht erkannt

Der Berliner Altersstudie zufolge litten 14% der Untersuchten an Demenz, knapp 2% an einer Angststörung [5 ▶].

Auch bei Angstzuständen im Alter gilt die depressive Störung als wichtigste psychische Komorbidität (s. o.) [8 ▶]. Die beiden Syndrome überlappen sich in einem großen Bereich. Eine Unterscheidung ist oft nicht

Tabelle 2 Differenzialdiagnosen bei Angstsyndromen

Endokrine Angstsyndrome	Hyper-/Hypothyreose, Hyperparathyreoidismus, Thyreotoxikose, Phäochromozytom, Cushing-Syndrom, Karzinoid-Syndrom
Metabolische Angstsyndrome	Hypoglykämie, Hypokaliämie
Herz-Angst-Syndrome	Koronare Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Postkardiotomiesyndrom
Zerebrale Angstsyndrome	Zerebrales Anfallsleiden, AIDS, Encephalitis disseminata, vestibuläre Störungen, M. Parkinson, demenzielle Erkrankungen, Chorea Huntington, zerebrale Vaskulitiden, M. Wilson
Pulmonale Angstsyndrome	Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Pneumothorax, Lungenembolie, Lungenödem

Nach M. Berger (Hrsg.): *Psychiatrie, Urban & Fischer, 2009*

Depression – Delir - Demenz

In der nachfolgenden Tabelle werden die wichtigsten Kriterien der Beobachtung von **Demenz, Delir und Depression** einander gegenübergestellt.

Kriterium der Begutachtung	Demenz	Delir	Depression
Krankheitsentwicklung	meist langsam progredient	schneller Beginn (Stunden bis Tage)	Tage bis Wochen
Merkfähigkeit	geht zunehmend stark verloren	gestört bis nicht vorhanden (retrograde Amnesie)	nicht gestört, vielleicht verlangsamt
Grundstimmung	positiv bis depressiv	ängstlich, schwankend	herabgestimmt (negativ)
Konzentration	nimmt ständig ab	unkonzentriert und fahrig	herabgesetzt
Suizidalität	kaum erhöhtes Risiko	nicht gefährdet	stark in Äußerung und Tat
Mimik/Gestik	normal lebhaft bis gesteigert	ängstlich, schwankend	starr verstimmt, abweisend
Erkennen, Erfassen von Bedeutung	geht zunehmend verloren (Agnosie)	geht zunehmend verloren (Agnosie)	nicht eingeschränkt
Urteilsvermögen	geht zunehmend verloren (Assessmentstörung)	geht verloren	nicht eingeschränkt, meistens negative Sicht
Schlaf	Tag/Nacht-Umkehr	gestört, ohne Regel	Ein- und Durchschlafstörungen
Motorik	normal bis erhöht	anfänglich erhöht, später reduziert	meistens gehemmt, manchmal gesteigert
Krankheitswahrnehmung	eingeschränkt, später nicht mehr erkennbar	nicht vorhanden	leidet oft unter der Last der Erkrankung
Denken	verzerrt, zerfahren	zerfahren, verlangsamt	verlangsamt, haftend
Selbstwahrnehmung	gestört	geht verloren	erhalten bis erhöht
Koordination	geht im Verlauf verloren (Apraxie)	geht im Verlauf schnell verloren (Apraxie)	keine Einschränkungen

Tabelle 4: Demenz, Delir und Depression im Vergleich
(Perrar, K.M.: Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe (2007) S. 128: Tab. 8.5)

Kriterium der Begutachtung	Demenz	Delir	Depression
Bewegung	bei kortikalen Demenzen meist lange erhalten	Einschränkung, Tremor	verlangsamt, seltener erhöht
Wahrnehmung	verändert, Wahn und Halluzination sind möglich	v.a. Halluzination (z.B. Mikropsie)	sekundäre Wahnbildung
Rechnen, Lesen, Schreiben	gehen verloren (Akalkulie, Alexie, Agraphie)	gehen verloren	nicht eingeschränkt, Fähigkeiten werden seltener genutzt
soziales Verhalten	verändert, wenig Distanz	Übergriffe möglich	in sich gekehrt, zurückgezogen (Isolation)
Behandlung	nur symptomatisch behandelbar	i.d.R. gut mit Rückbildung der Symptome	Behandlung durch Psychotherapie und Medikamente, Spontanheilung möglich

Depression – Haltung und Haltung

Hinweise auf eine Demenz

- **Typische Symptome der beginnenden Demenz:**

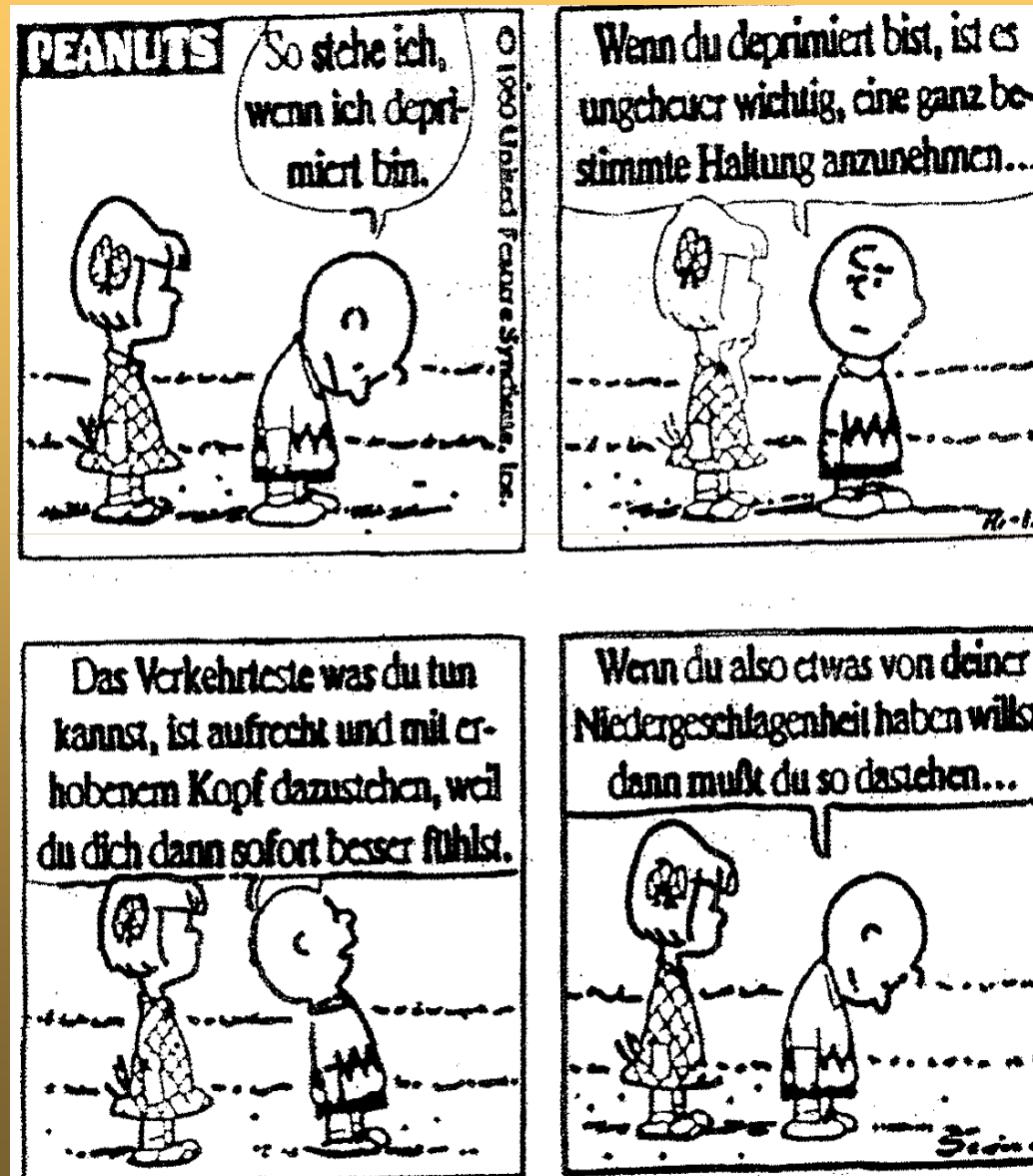
- Konzentrationsstörungen
- Überforderungsgefühl
- Rasche Erschöpfbarkeit
- Depressivität
- Antriebsarmut
- Interesselosigkeit
- Diffuse Ängste



- **Typische Symptome einer fortschreitenden Demenz:**

- Auffällige Gedächtnisstörungen
- Gestörte Orientierung in Raum und Zeit
- Fehlende Motivation zur Versorgung des Haushaltes
- Vernachlässigung der Körperpflege
- Gestörtes Sozialverhalten (Reizbarkeit)
- Gangunsicherheit

Depression – Haltung und Haltung



Ärzte Zeitung, 17.11.2011 05:00

Depressionen davon laufen

Laufen, was das Zeug hält: das kann auch Patienten mit Depressionen helfen - wenn sie vorher in die Therapieentscheidung mit einbezogen werden.

Der Depression weglaufen:

Bewegungstipps

**Bewegung und Sport wirken nachweislich "antidepressiv".
Während Medikamente ("Antidepressiva") meist zwei bis drei Wochen benötigen, um einen spürbaren Effekt zu entwickeln, fühlen sich die meisten Depressiven schon nach dem ersten Training wohler.**

Trotz Unlust anfangen

Vernünftig loslaufen und pausieren (Intervallprinzip)

Dem Herz folgen (Belastungsintensität 130 Schläge)

Depression und Alter – erste Zusammenfassung?

Aber wird die Depression im Alter erkannt oder ist es normal, wenn alte Menschen über Hoffnungslosigkeit klagen??

Worin liegt der Unterschied zu der normalen Trauer??

Woran erkennt man besonders schwere Depressionen?

Kennen sie die “Jammerdepression”, die “Smilie-Depression” oder andere...?

Woran ist der Unterschied zu einer Demenz zu erkennen?

Welche Möglichkeiten der Behandlung gibt es?

Was kann jeder gegen Depression machen?

Wie gehen wir mit Menschen um, die Depressionen haben?

WinWin

Eine KlangReise durch Klezmer, Tango, Jazz & Folk



Hinweis in eigener Sache

Am 8.9. bin ich
21:00 in der Remise
mit meinem Duo
WIN WIN zu hören

Das Duo **WinWin** widmet sich den Bereichen zwischen Klezmer, Tango, Jazz und Folk. Dabei spielen **Martin Hamborg** (Querflöte, Saxophone, Bassklarinette) und **Stefan Goreiski** (chromatisches Knopfakkordeon, Percussion) frisch auf, interpretieren bekannte wie unbekanntere Titel dieser Genres. Manchmal frech, gelegentlich feinsinnig gehen sie zu Werke, schaffen sich immer wieder improvisatorische Freiräume. Beide verbindet sie die jahrelange Erfahrung in der Straßenmusik mit ihren stilübergreifenden Fusionen und einer expressiven Spielfreude.

Kontakt: Stefan Goreiski Hamburg +49(0)15253387348 Stefan.Goreiski@web.de
www.stefan-goreiski.de/winwin

9.8.2015 21:00 Café-Bistro-Weinbar Remise, Dingstätte
27, 25421 Pinneberg