

# NACHLESE

## Pseudodemenz

oder  
wenn die Depression das Kleid der Demenz  
anzieht

Workshop im Rahmen der  
MESSE integra

27. April 2016

Trainerin:  
Dr. Mair Petra  
Ärztin f. Allgemeinmedizin, Dipl. f. Palliativmedizin  
selbst. Aktivierungs – und Demenztrainerin  
Gedächtnistrainerin f. Senioren  
Multiplikatorin für HPCPH

## 1. Einleitung

PSEUDO kommt aus dem Griechischen (pseudein = belügen, täuschen) und bedeutet: eine Sache oder jemand ist nur dem Anschein nach etwas.

Pseudodemenz ist ein Symptom, an dem unter Depression Erkrankte leiden. Sie betrifft nicht nur alte Menschen.

Der Patient und seine Umgebung nehmen Symptome einer Demenz wie Konzentrationsschwäche, Gedächtnislücken, Sprachstörungen („Fischen nach Worten“) wahr, es liegt allerdings keine Demenz vor. Die Folge können Unsicherheit, ein Gefühl der Wertlosigkeit oder bei jungen Menschen Prüfungsangst sein.

Das eigene Gehirn scheint sich jedem Lernerfolg widersetzen zu wollen. Somit kann Pseudodemenz die Aneignung und das Abrufen von Wissen verhindern. Pseudodemenz täuscht einerseits mentale, kognitive Schwächen vor, kann gleichzeitig aber auch Ursache für Lernschwierigkeiten sein.

Im Rahmen einer Depression im Alter kann es zu einer Verschlechterung der Merkfähigkeit, einer Beeinträchtigung des Denkvermögens und vermehrter Vergesslichkeit verbunden mit Unruhe, ängstlicher Stimmung und Erschöpfung sowie Störung der Aufmerksamkeit und Konzentration kommen. Symptome und Beschwerden, die auch auf eine beginnende demenzielle Erkrankung hinweisen können.

Altersdepression ist allerdings im Unterschied zur Demenz keine unaufhaltsam fortschreitende, zum Tode führende Erkrankung, sondern behandelbar. Und Altersdepression ist auch keine Nebenerscheinung des Alters oder des Alterns. Von Altersdepression spricht man, wenn ein Mensch nach dem 60. Lebensjahr erstmals depressiv erkrankt.

## 2. Zahlen

Man geht davon aus, dass 7-10% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens an einer Depression leiden.

Bei > 65 Jährigen 25%.

30-40% davon werden nicht diagnostiziert und damit auch nicht behandelt.

Ältere Menschen in Heimen leiden häufiger an einer Depression.

10-15% der Betroffenen mit rezidivierenden depressiven Episoden sterben durch Suizid.

Etwa 40% aller Selbstmorde werden von >60 Jährigen begangen, bei Männern ist die Rate höher.

10% der Menschen mit demenziellem Syndrom leiden eigentlich an einer Pseudodemenz ( Dietmar Winkler, Uni Klinik f. Psychiatrie und Psychotherapie

### 3. mögliche Ursachen

Warum werden ältere Menschen depressiv?

Das Alter geht unbestritten mit Verlusten und Einschränkungen einher. Mit dem Rückzug aus dem Berufsleben oder dem Auszug der erwachsenen Kinder ist oft auch das Gefühl des Nicht-gebraucht-Werdens verbunden. Die zu leistenden Aufgaben scheinen weniger zu werden, dazu kommen belastende Lebensereignisse, Trennungen und Abschiede, Erkrankungen, abnehmende Bewegung und Mobilität, Umzug und sozialer Rückzug.

Jede körperliche Erkrankung oder Einschränkung der Sensorik und das Vorliegen von Hilfsbedürftigkeit erhöhen die Depressionsrate. Abgesehen von einer möglichen genetischen Disposition ( bei eineiigen Zwillingen 70% iges Risiko, wenn einer erkrankt ist; wenn beide Elternteile an einer Depression leiden liegt das Risiko der Kinder bei 30-40%) fehlt es den Betroffenen an angemessenen psychischen Bewältigungsstrategien für den Umgang mit altersbedingten Veränderungen und Einschränkungen. Laut W. Schöny (Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie) sind psychische und soziale Faktoren wichtiger für die Entwicklung einer depressiven Erkrankung als genetische.

Insulte, Mb. Parkinson, eine demenzielle Erkrankung oder Schilddrüsenerkrankungen können ebenso Ursache sein wie Medikamente, Drogen und chronische Schmerzen. Auch unverarbeitete Trauer kann im Alter zu einem depressiven Syndrom führen. Als Risikofaktoren gelten auch überhöhte Ansprüche an sich und seine Umgebung, ein negativer Lebensrückblick sowie frühere depressive Episoden in jungen Jahren.

### 4. Symptome einer Altersdepression und Differentialdiagnose Demenz

Depression ist keine vorübergehende Verstimmung oder Niedergeschlagenheit. Depression ist eine schwere psychische Erkrankung, die den Menschen in seiner Gesamtheit erfasst, das heißt betroffen ist

- das körperliche Befinden
- das Denken
- das Fühlen
- die Beziehung zu sich selbst, zur eigenen Person und zu anderen Menschen
- die Sicht auf die Zukunft

Depression kann dazu führen, dass der Betroffene nicht mehr fähig ist, sein Leben zu meistern. Er kann nicht mehr seinen Verpflichtungen nachkommen. Er kann den Alltag nicht mehr bewältigen.

Depression kann jeden treffen.

Depression ist eine Krankheit und keine persönliche Schwäche, Schwächlichkeit oder einzelnes Versagen.

Beim alten Menschen präsentiert sich eine Depression anders als bei jungen. Hier steht nicht so sehr die depressive Verstimmung, die Traurigkeit im Vordergrund. Es treten vielmehr Störungen im körperlichen und vegetativen Bereich auf, die auf den ersten Blick oft nicht in Zusammenhang mit einer bestehenden Depression gebracht werden. Die Betroffenen klagen über körperliche Symptome, die weder von ihnen noch vom Arzt einer Depression zugeordnet werden.

Mögliche **Symptome** einer Altersdepression:

- Gelenk - , Rücken - und Kopfschmerzen
- Brust- , Arm- und Beinschmerzen
- Bauchschmerzen
- Herzbeschwerden
- Verhaltensstörungen
- ruheloses Umherlaufen
- Schwindel, Tinnitus
- Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme
- Übelkeit, Brechreiz
- Obstipation, Diarrhoe
- Angst
- Zungenbrennen
- Schlafprobleme
- Erschöpftsein, Müdigkeit
- Antriebslosigkeit, Antriebsstörungen
- Konzentrations – und Aufmerksamkeitsschwäche
- verändertes Denken, Wahngedanken (Fehlbeurteilung der Realität)
- Beeinträchtigung der kognitiven Flexibilität (z. Bsp. Wortflüssigkeit)
- veränderte Vigilanz und Reaktionsgeschwindigkeit
- Aggression

Multimorbidität und Depression verstärken sich gegenseitig. So ist es möglich, dass alte depressive Menschen sich vernachlässigen, weniger essen und sich weniger bewegen und sich so auch eine vorbestehende Herz Kreislauf Erkrankung weiter verschlechtern kann.

Gleichzeitig sinkt das Selbstwertgefühl und macht Schuldgefühlen, einem Gefühl der Wertlosigkeit und negativen und pessimistischen Zukunftsvorstellungen Platz.

## **Wie kann ich unterscheiden zwischen einer beginnenden demenziellen Erkrankung und einer Pseudodemenz, oder besser Altersdepression?**

Grundsätzlich versuchen Menschen mit beginnender demenzieller Beeinträchtigung anfangs eher zu bagatellisieren. Sie versuchen, sich keine Probleme anmerken zu lassen, beschwichtigen und negieren ihre Defizite.

Der Depressive beklagt und übertreibt seine Defizite oder Probleme.

Für eine **Depression** sprechen weiters:

- ausgeprägtes Morgentief
- anhaltende depressive Verstimmung über den ganzen Tag
- weniger oder keine Orientierungsstörungen
- das Denken eher gehemmt, verlangsamt (nicht „durcheinander“)
- akuter Beginn (möglich) zu einem Zeitpunkt, Anlass
- der Betroffene nimmt die Störung sehr stark wahr
- der Betroffene stellt sein Nicht – Wissen in den Vordergrund
- die Störungen nehmen rasch zu, meist innerhalb weniger Wochen
- auch Störungen des Langzeitgedächtnisses
- der Betroffene hatte früher schon psychische Störungen
- die Störungen verschwinden nach Besserung der Depression

Für eine **Demenz** sprechen:

- von Beginn an Orientierungsstörungen möglich
- das Denken „durcheinander“
- langsamer Beginn
- keine Einsicht, der Betroffene versucht Störungen zu verstecken
- zu Beginn langsamer, sich verschlechternder Verlauf
- Störungen des Kurzzeitgedächtnisses
- Affektlabilität
- die Störungen bilden sich nicht zurück
- der Betroffene sucht oft erst sehr spät nach Hilfe

Der **TFDD** (Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung) ermöglicht im Sinne einer Vorsorgeuntersuchung die Feststellung kognitiver Einschränkungen mit Abgrenzung zu depressiven Störungen. Es werden alltagsrelevante Wissensfragen und Aufgaben gestellt, zusätzlich erfolgt eine Einschätzung der Stimmungslage. Er dauert etwa 10-15 Minuten.

Ein weiteres Assessmentinstrument, das Hinweise auf eine bestehende Altersdepression oder depressive Verstimmung geben kann ist die **GDS** (geriatrische Depressions Skala). Der Patient füllt einen Fragebogen mit 15 Fragen aus. Der Test ist auch geeignet für Menschen mit milder bis moderater kognitiver Einschränkung.

Manchmal klärt erst das Ansprechen auf die antidepressive Therapie die Diagnose.

## 5. Therapiemöglichkeiten

Grundsätzlich lässt sich die Therapie in 3 Phasen einteilen:

1. *Akuttherapie*: die aktuellen Beschwerden sollen möglichst rasch und gut gelindert werden
2. *Erhaltungstherapie*: der gebesserte Zustand soll stabilisiert werden, ein Rückfall vermieden, nach Abklingen der Symptome muss die medikamentöse und psychotherapeutische Therapie noch über Monate beibehalten werden
3. *Rezidivprophylaxe*: wenn schon mehrere Rückfälle in der Anamnese

Die **Behandlung** setzt sich zusammen aus einer

### **Medikamentösen Therapie**

Antidepressiva entwickeln ihre stimmungsaufhellende Wirkung erst nach etwa 2 Wochen. Die Nebenwirkungen und die Antriebssteigerung können allerdings sehr rasch auftreten (Suizidgefahr!). Die Aufdosierung muss langsam erfolgen ( Beginn 1/4-1/3 der Erwachsenendosis). Eine mehrmonatige Erhaltungsdosis ist nach Abklingen der Symptome unbedingt notwendig.

Eine medikamentöse Behandlung alter Menschen stellt eine große Herausforderung dar. Oft liegen mehrere Erkrankungen vor, es werden zahlreiche Medikamente genommen, vermehrt treten unerwünschte Wechsel – und Nebenwirkungen auf und die Verstoffwechslung der Medikamente ist verändert.

### **Psychotherapie und psychologische Behandlung**

Diese soll unter anderem dem Betroffenen helfen, seine soziale Kompetenz, seine Beziehungsfähigkeit und Kommunikationsfähigkeit zu verbessern. Der Patient soll lernen, seine Denk - und Verhaltensmuster um zu bewerten.

### **Biologische Therapieverfahren**

Ein Schlafentzug kann zu einer Stimmungsaufhellung führen.

Lichttherapie wird bei saisonal abhängiger Depression angewendet.

Die EKT (Elektrokonvulsive Therapie) wird bei lebensbedrohlichen Depressionen

eingesetzt. Unter Vollnarkose wird mittels elektrischem Strom ein kurzer epileptischer Anfall provoziert.

### **Körperlichem Training**

**Milieutherapeutischen Maßnahmen** (z. Bsp. Haustiere)

**Soziotherapie** (soziale Kontakte fördern)

**sinnvolle Beschäftigung und Aktivierung**

Nicht zu vergessen : oft ist nicht nur der Betroffene betroffen, sondern auch sein soziales Umfeld. Depressionen haben auch erhebliche Auswirkungen auf das Umfeld, Angehörige sind ratlos und verunsichert. Das bedeutet, dass oft auch die Familie in die Betreuung, Beratung und Behandlung miteinbezogen werden muss.

**Therapie ist das eine, aber wie gehe ich mit depressiven Menschen um, ohne den Betroffenen weiter zu verunsichern und ohne meine Möglichkeiten zu überschätzen?**

Der Umgang mit Betroffenen sollte durch Zuwendung, Zeit, Geduld, Wertschätzung und Akzeptanz geprägt sein. Ziel sind Verbesserung des Selbstwertgefühles, die Möglichkeit des Erkrankten, sich selbst zu akzeptieren und die Vermittlung von Hoffnung, dass die Krankheit behandelbar ist.

Vermieden werden sollten „gut gemeinte Ratschläge“ oder Patentrezepte:

- reiß dich zusammen
- komm endlich in die Gänge
- das wird schon wieder
- führ dich nicht so auf
- andere sind weit schlechter dran
- sei nicht so undankbar, dir geht's doch gut
- es könnt noch viel schlechter sein

Das Anbieten vorschneller Lösungen oder die Aufforderung, doch endlich wieder Mut zu fassen und fröhlich zu sein oder die kleinen Freuden des Lebens zu sehen kann den Betroffenen irritieren, ja sogar „quälen“.

Der Betroffene darf nicht angelogen werden, um ihm zum Beispiel schlecht Nachrichten zu ersparen, es gelten Offenheit und Ehrlichkeit.

Streit und Diskussionen darum, wer in einer bestimmten Situation Recht hat, sind zu vermeiden.

Eine Verharmlosung der Situation schadet ebenso, wie übertriebene Fürsorge, die den Kranken in noch größere Hilflosigkeit treiben kann.

Eine zu frühe Aktivierung (Überforderung) ist genauso wenig anzustreben, wie eine zu lange Schonhaltung.

Der Angehörige oder Begleitende muss sich auf jeden Fall seiner Unzulänglichkeiten und Grenzen bewusst sein. Bei Suizidgefahr muss professionelle Hilfe gesucht werden.

Auch der Angehörige „darf“ professionelle Hilfe annehmen!  
Ziel ist auch, als Angehöriger nicht zu resignieren.

( siehe „Depressionen im Alter“, Schneider u. Nessler)

## 6. Prävention

Kann ich die Entwicklung einer Depression im Alter verhindern?

Dass wir altern ist eine Tatsache, aber w i e wir altern ist beeinflussbar.

Ziel muss sein

- weiterhin einen Sinn im Leben sehen
- Erhalt von Kompetenzen
- Erhalt von Selbständigkeit und Selbstwertgefühl
- körperlich und geistig in Bewegung bleiben
- eigene Ressourcen erkennen und aktivieren
- in Kommunikation, Austausch und Kontakt bleiben
- bereit sein, Neues zu lernen
- ein versöhnlicher Rückblick

Anders ausgedrückt:

**DIE 5 Ls:**            LEBEN  
                          LIEBEN  
                          LAUFEN  
                          LERNEN  
                          LACHEN

Erfolgslebnisse wirken antidepressiv.....

Genuss wirkt antidepressiv.....





## GDS Geriatriische Depressionsskala

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J of Psych Res 1983; 17: 37-49.

Untersucher:

Datum:

- |   | JA                       | NEIN                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?                                      | <input type="radio"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/>    |
| 3. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer?  | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/>    |
| 4. Ist Ihnen oft langweilig?  | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/>    |
| 5. Sind Sie meistens guter Laune?   | <input type="radio"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 6. Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustossen wird?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/>    |
| 7. Sind Sie meistens zufrieden?   | <input type="radio"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 8. Fühlen Sie sich oft hilflos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/>    |
| 9. Sind Sie lieber zu Hause, statt auszugehen und etwas zu unternehmen?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/>    |
| 10. Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute? | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/>    |
| 11. Finden Sie, es sei wunderbar, jetzt zu leben?   | <input type="radio"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fühlen Sie sich so, wie Sie jetzt sind eher wertlos?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/>    |
| 13. Fühlen Sie sich energiegeladen?   | <input type="radio"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 14. Finden Sie, Ihre Lage sei hoffnungslos?   | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/>    |
| 15. Glauben Sie, die meisten anderen Leute haben es besser wie Sie?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/>    |

Total GDS

Gezählt wird die Anzahl Kreuze in . Das Maximum beträgt somit 15 Punkte. Von den Autoren wurden zur Bedeutung der Punktezahlen folgende Angaben gemacht (Yesavage, 1987):

0 – 5  
5 – 10  
11 – 15

Punkte: normal  
Punkte: leichte bis mässige Depression  
Punkte: schwere Depression