



Dokumentation

**10. Fortbildungsveranstaltung
für die in der Altenhilfe Tätigen**

Thema:

**„Multimodale Behandlungsmöglichkeiten bei psychisch
erkrankten alten Menschen“**

vom 17. November 2010

**in der Rheinhessen-Fachklinik Alzey,
-Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie
und Neurologie -
Dautenheimer Landstr. 66
55232 Alzey**

Vorwort

„Multimodale Behandlungsmöglichkeiten bei psychisch erkrankten alten Menschen“ so lautete der Titel der Gerontopsychiatrischen Fortbildung 2010. Gemeinsam mit der Rheinhessen-Fachklinik Alzey konnte die Koordinierungsstelle für Psychiatrie im Landkreis Alzey-Worms zum zehnten Mal vier Referenten für ein gefragtes Thema finden.

Im ersten theoretischen Teil referierten Dr. Wolfgang Gather, Leiter der Gerontopsychiatrischen Abteilung der Rheinhessen-Fachklinik Alzey und Prof. Dr. Georg Adler vom Institut für Studien zur Psychischen Gesundheit (ISPG) in Mannheim.

Den zweiten Teil bestückten Jens Werner, Dipl.-Sportlehrer aus Bad Kreuznach und Jochen Sattler, Musiktherapeut aus Frankenthal, anhand praktischer Beispiele. Alle Beiträge finden Sie in der vorliegenden Dokumentation.

Die Veranstaltung war sehr gut besucht und wurde überwiegend gut bewertet. Vor allem wird die Form als Halbtagsveranstaltung von der breiten Mehrheit gewünscht. Zeitlich wollen wir uns in Zukunft auf weniger Referate beschränken, damit den einzelnen Vorträgen mehr Raum zur Verfügung steht.

In Anlehnung an die Wünsche der Teilnehmer heißt unser Thema für 2011 „Psychisch stabil mit alten Menschen arbeiten“.

Anita Haas
Psychiatriekoordinatorin
Koordinierungsstelle für Psychiatrie
des Landkreises Alzey-Worms

Dr. Wolfgang Gather
Leitender Arzt
Rheinhessen-Fachklinik Alzey
Zentrum für Psychiatrie,
Psychotherapie und Neurologie



„Multimodale Behandlungsmöglichkeiten bei psychisch erkrankten alten Menschen“

**10. Gerontopsychiatrische Fortbildungsveranstaltung am
17. November 2010 in der Rhein-Hessen-Fachklinik Alzey ausgerichtet durch die
Koordinierungsstelle für Psychiatrie in Zusammenarbeit mit der Rhein-Hessen-Fachklinik
Alzey**

Programm

14:00 Uhr	Begrüßung Frau Anita Haas, Psychiatriekoordinatorin
14:05 - 14:30 Uhr	Einführung ins Thema: „Sinnvoller Einsatz von Psychopharmaka im Alter“ Dr. Wolfgang Gather, Leiter der Gerontopsychiatrischen Abteilung der Rhein-Hessen-Fachklinik Alzey
14:30 - 15:25 Uhr	„Psychotherapie bei alten Menschen“ Prof. Dr. Georg Adler, Institut für Studien zur Psychischen Ge- sundheit (ISPG)
15:25 - 15:55 Uhr	Kaffeepause
15:55 - 16:40 Uhr	„Bewegung für psychisch kranke Menschen im Alter“ Jens Werner, Dipl.-Sportlehrer, Bad Kreuznach Bewegungseinheit mit Jens Werner
16:40 - 17:25 Uhr	„Musiktherapie bei älteren Menschen“ Jochen Sattler, Musiktherapeut
ca. 17:30 Uhr	Veranstaltungsende

**Referentinnen/Referenten
der Gerontopsychiatrischen Fortbildungsveranstaltung
zum Thema „Multimodale Behandlungsmöglichkeiten bei
psychisch erkrankten alten Menschen“**

Moderation:

Herr
Dr. Wolfgang Gather
Rheinhessen-Fachklinik Alzey
Dautenheimer Landstr. 66
55232 Alzey

Frau
Anita Haas
Psychiatriekoordinatorin
Kreisverwaltung Alzey-Worms
Gesundheitsamt
An der Hexenbleiche 36
55232 Alzey

Herr
Prof. Dr. Georg Adler
Institut für Studien zur Psychischen
Gesundheit (ISPG)
Friedrichsplatz 12
68165 Mannheim

Herr
Jens Werner
Dipl.-Sportlehrer
Dr.-Karl-Aschoff-Str. 14
55543 Bad Kreuznach

Herr
Jochen Sattler
Dipl. Musiktherapeut (FH)
Cronberggasse 12
68526 Ladenburg

Vortrag

Dr. med. Wolfgang Gather

**„Sinnvoller Einsatz von
Psychopharmaka im Alter“**



Sinnvoller Einsatz von Psychopharmaka im Alter

Dr. med. Wolfgang Gather
Rheinessen-Fachklinik Alzey
Gerontopsychiatrie

Allgemeine Behandlungsmaßnahmen



- (Allgemein)-medizinische Basisversorgung
- (Psychiatrische) Krankenpflege
- Selbstständigkeitstraining
- Tag-Nacht-Rhythmisierung
- Mobilitätserhaltung/-verbesserung
- Sensorische Beeinträchtigungen verbessern
- Tagesstrukturierung
- Angehörigenberatung
- Psychopharmakologische Behandlung
- Psychotherapeutische Behandlung

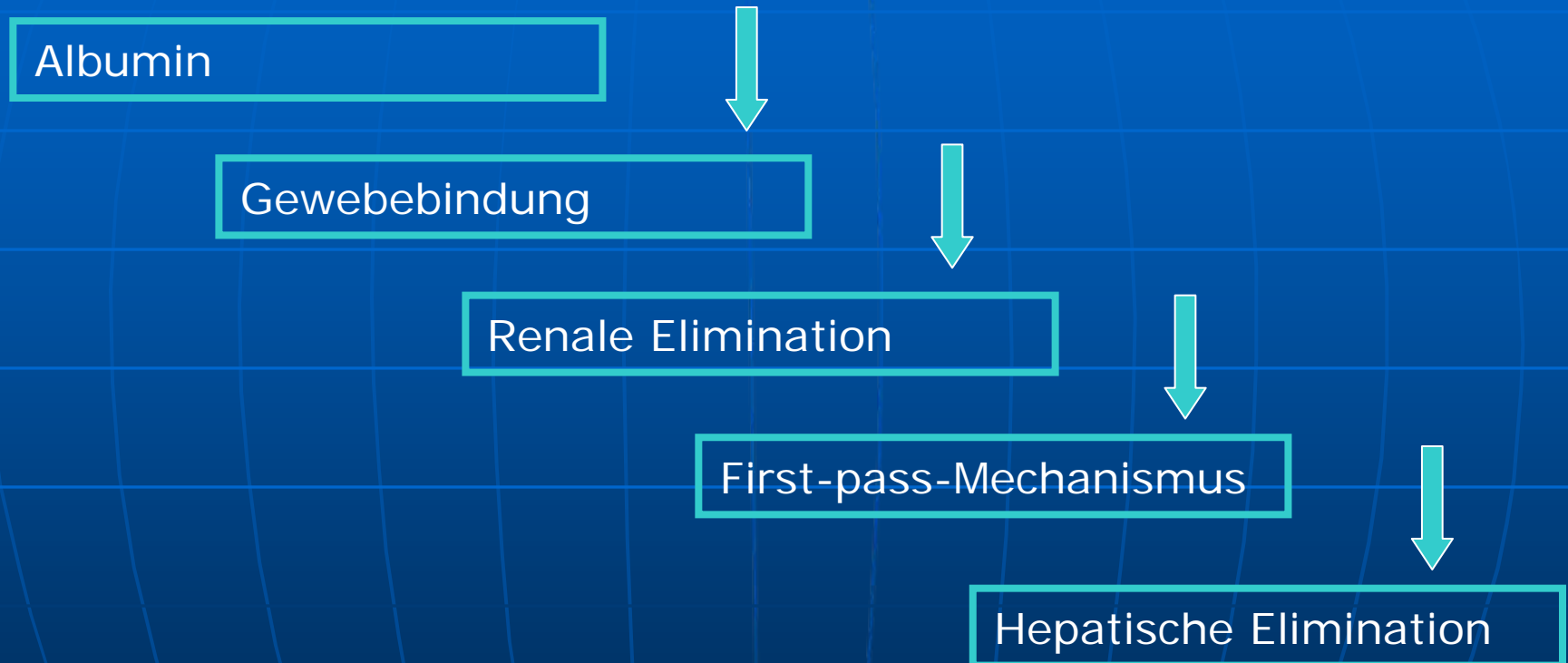
Die Disposition von Pharmaka beeinflussende Faktoren im höheren Alter



Pharmakokinetische Parameter	Veränderte Physiologie	Ergebnis
Resorption	erhöhter Magensaft pH; reduzierte Durchblutung des GI-Traktes	Veränderte Resorptionsrate für bestimmte Substanzen
Verteilung	<i>Körperaufbau:</i> Verminderter Gesamt-Wassergehalt; Reduktion der Körpermasse/kg; vermehrtes Körperfett. Reduzierter Serumalbumingehalt	Höhere Konzentration von in Körperflüssigkeiten verteilten Substanzen; Längere Wirkungsdauer fettlöslicher Stoffe. Höhere freie Fraktionen proteingebundener Substanzen
Metabolismus	<i>Leberstoffwechsel:</i> Reduktion von Enzymaktivitäten, der Lebermasse und der Leberdurchblutung	Langsamere Biotransformation einzelner Substanzen infolge Umweltfaktoren und Erkrankungen
Elimination	<i>Nierenausscheidung:</i> Reduktion von glomerulärer Filtrationsrate, renalem Plasmaflow; veränderte Tubulusfunktion	Verzögerte Ausscheidung einzelner Substanzen; erhöhte Halbwertszeit von unverändert ausgeschiedenen Stoffen

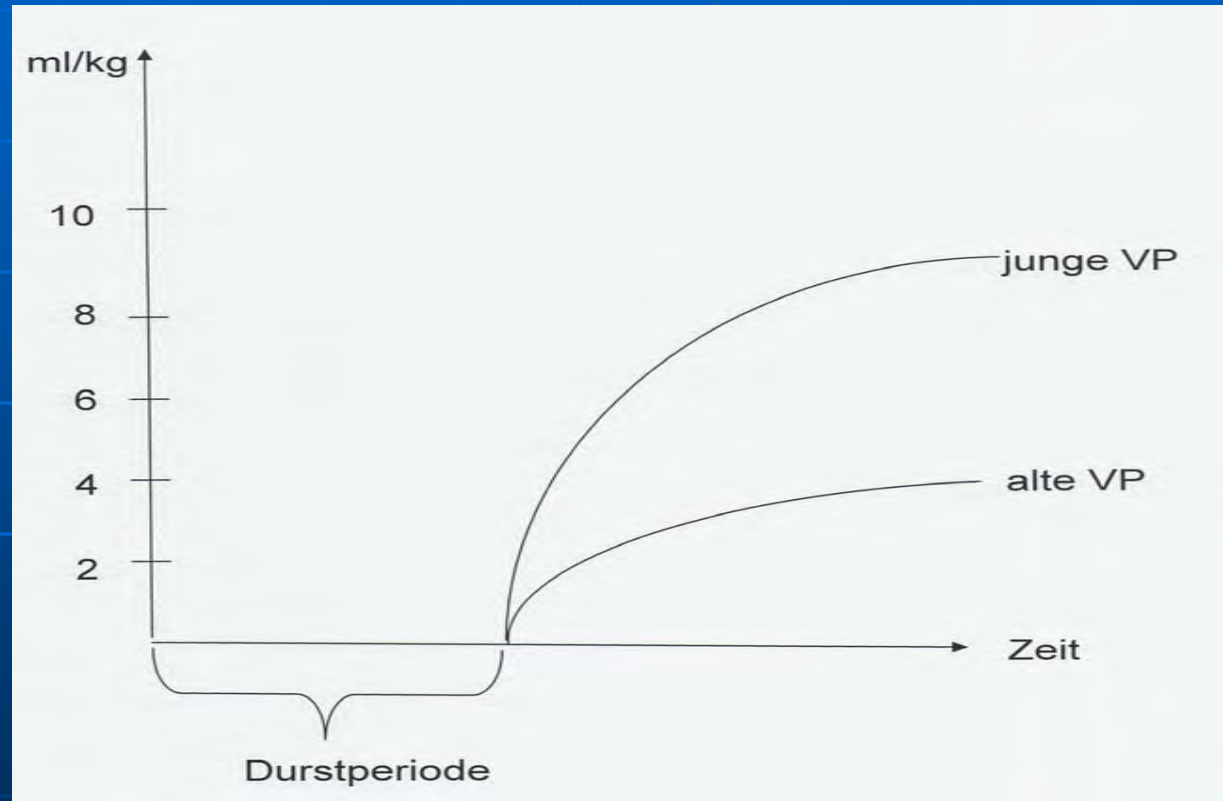
Hyp- bzw. Anazidität des Magens
 Physiologische und pathologische Umbauvorgänge des Herzens
 - Abnahme von Schlagvolumen
 - Verminderung der Organdurchblutung
 Abnahme der Plasmaproteine (Albumine)
 Abnahme des extrazellulären Flüssigkeitsvolumens
 Veränderte Aktivität der mikrosomalen Enzyme
 (verminderte Metabolisierung von AD in der Leber)

Pharmakokinetik im Alter





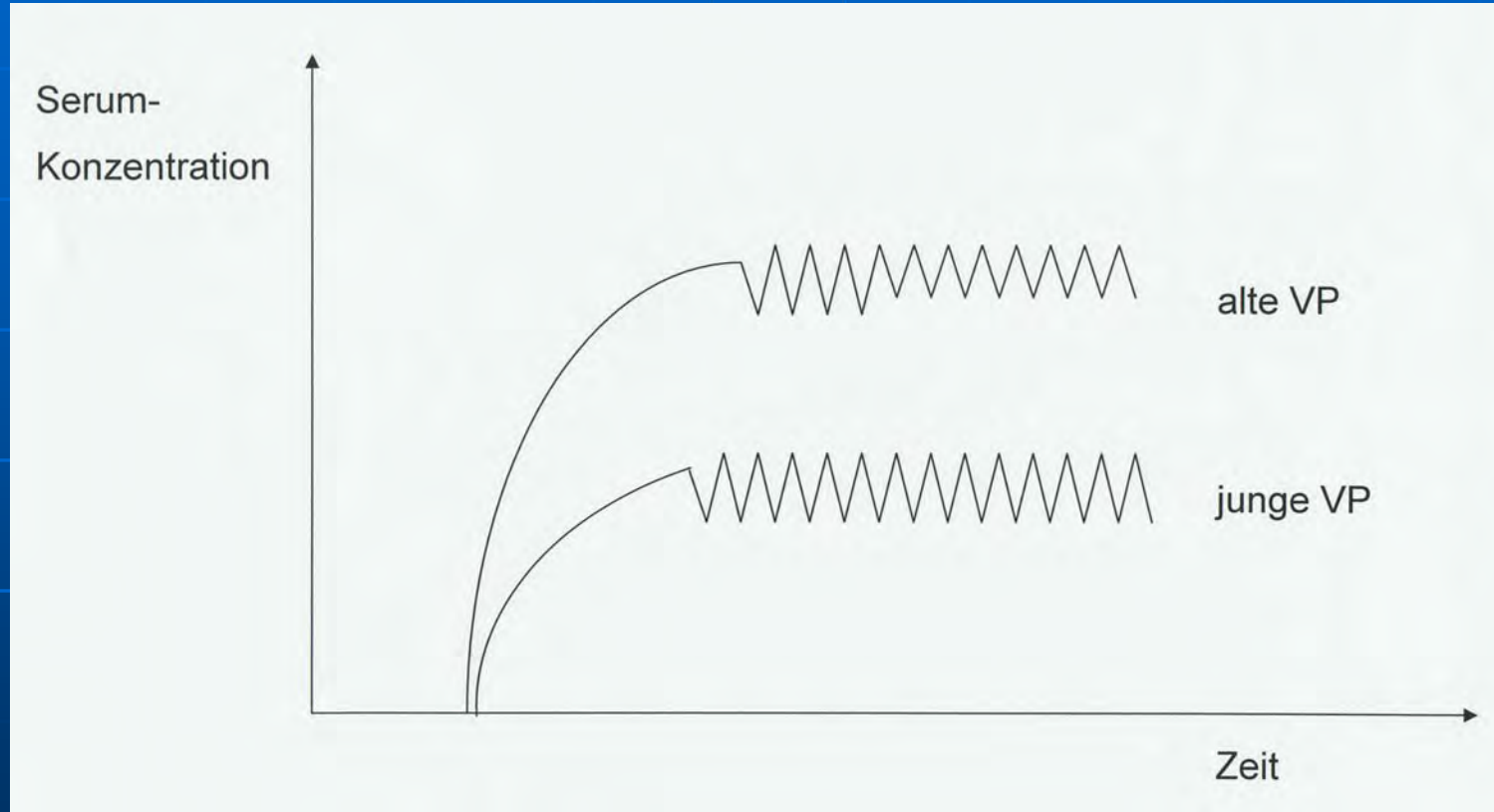
Wasseraufnahme nach Durstversuch



stark schematisiert nach Staehelin, H. 2001



Pharmakokinetik im Alter



Verdoppelung der Eliminations-Halbwertzeit führt zur Verdoppelung der Plasma-Spiegel

stark schematisiert nach Müller, W. 2001

Entlassungsrezept aus einer psychiatrischen Klinik



Rezept des Monats (Eingereicht von Dr. med. Herbert Langer, Hundsangen)

Patientin: 86-jährige Frau

Diagnosen: Paranoid-manisch gefärbtes dementielles Syndrom
Arterielle Hypertonie; Zustand nach Aortenklappenersatz; Glaukom

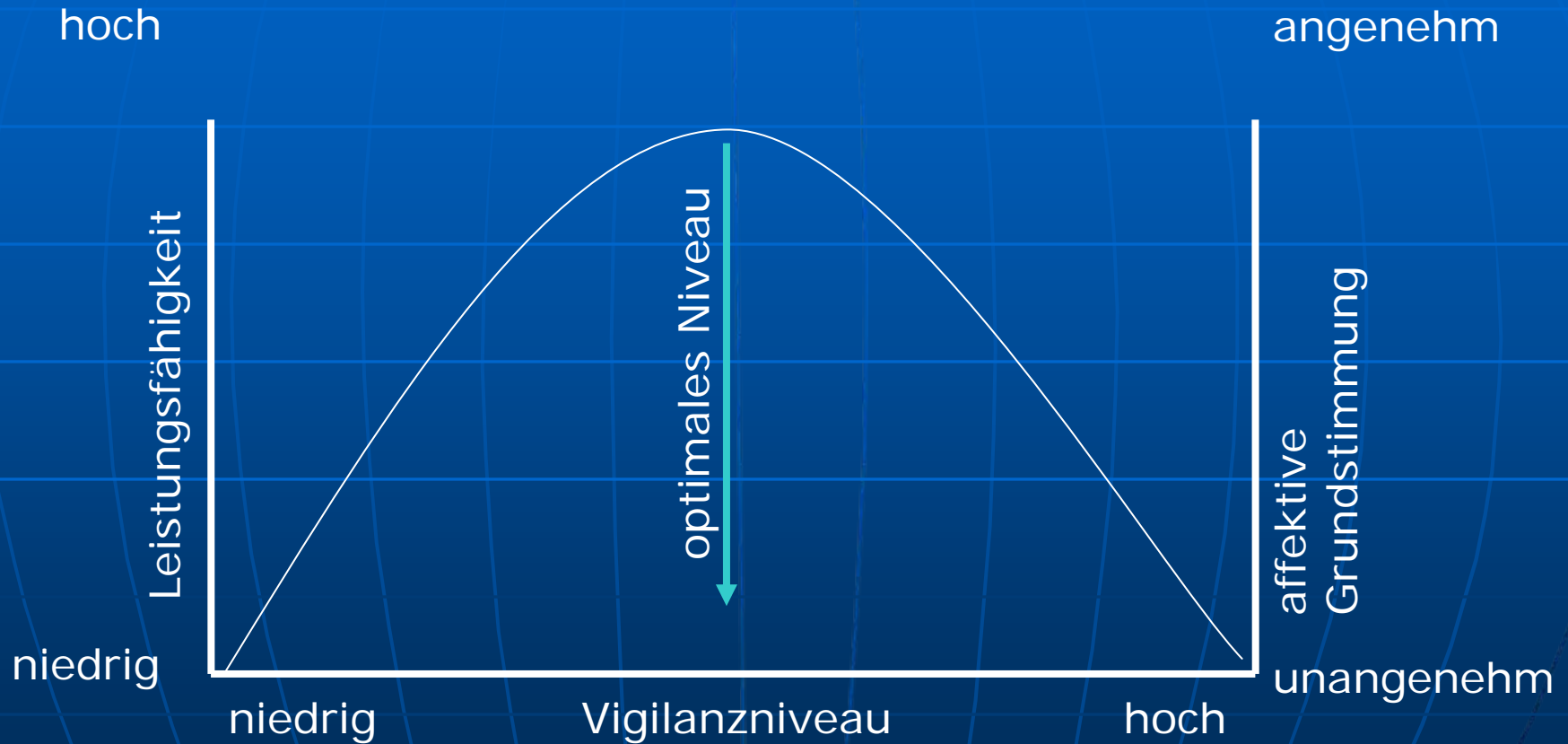
Entlassungsverordnung (Tabletten mörsern!):

Medikation	Form	8:00	12:00	18:00	20:00
Vitamin E 400 g	Kps	1	2	2	0
ASS 100 mg	Tbl	0	1	0	0
Inzelloval®	Drg	1	1	1	0
Antra® 20 mg	Drg.	0	0,5	0	0
Lopirin® 25 mg	Tbl	0,5	0	0	0
Risperdal® 1 mg	Tbl	0,5	0	0,5	0
Tavor® 1 mg	Tbl	0	0	0	1
Dominal® 40 forte	Drg	0	0	0	1
ACC® long Brause	Tbl	1	0	0	0
Bifiteral®	ml	10	10	10	0
Multibionta®	Tr	15	15	15	0
Ciatyl-Z®	Tr	5	3	3	0
Distraneurin® Mixtur	ml	4	4	8	10
Dipiperon® Saft	ml	5	5	10	0
Axura®	Tr	20	20	0	0

Anmerkung der Redaktion: Südtiroler Bergbauern – bekannt für ihre raue, aber herzliche Derbheit – würden sagen:

"Ein Gesunder hält´s aus und um einen Kranken ist´s net schade".

Hypothetische Beziehung zwischen Vigilanzniveau, Leistungsfähigkeit und affektiver Grundstimmung (n. HARRE 1970: zit. aus Schalling et al. 1975)



DELIR



- A) Reduzierte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit gegenüber äußeren Reizen aufrechtzuerhalten und auf neue äußere Reize zu verlagern
- B) Denkstörungen, wie z. B. Weitschweifigkeit, irrelevante oder inkohärente Sprache
- C) Mindestens zwei folgende Merkmale:
 - 1. Bewusstseinsintrübung
 - 2. Wahrnehmungsstörungen (z. B. Illusionen und Halluzinationen)
 - 3. Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
 - 4. Gesteigerte oder verminderte psychomotorische Aktivität
 - 5. Desorientiertheit zu Zeit, Ort oder Person
 - 6. Gedächtnisstörungen
- D) Die klinischen Merkmale entwickeln sich innerhalb einer kurzen Zeitspanne und fluktuieren gewöhnlich im Laufe des Tages



Medikamente als Auslöser von Delir/akutem Verwirrtheitszustand

→Analgetika	Opiate, Salicylate
→Anticholinergika	Atropin, Scopolamin etc.
→Antiarrhythmika	Lidocain, Mexiletin, Chinidin, Procainamid
→Antibiotika	Cephalosporine, Penizilline, Sulfonamide, Isoniazid, Rifampicin, Amphotericin B, Metronidazol, Gyrase-Hemmer
→Antihistaminika	H1/H2-Blocker
→Antihypertensiva	Clonidin, α -Methyldopa, ACE-Hemmer
→Antikonvulsivum	Phenobarbital, Phenytoin, Valproat
→Antiphlogistika	Ibuprofen, Phenylbutazon
→Parkinson-Therapeutika	Amantadin, Biperiden, Dopa-Präparate, Dopa-Agonisten, MAO-B-Hemmer (?), Anticholinergika im Allgemeinen
→Kardiaka	Glykoside
→Hormone	Glucocorticoide
→Virustatika	Acyclovir etc.
→Zytostatika	5-Fluoronracil etc.
→Psychopharmaka	-Benzodiazepine -niederpotente Neuroleptika, (bes. Levomepromazin) -Antidepressiva (bes. solche mit hoher anticholinenger Potenz) -Clozapin, Olanzapin

Psycho-organische Faktoren als mögliche Ursachen für ein Delir (akuter Verwirrheitszustand)



- Mit cerebraler Minderperfusion einhergehende kardiale Erkrankungen (Infarkt, Herzinsuffizienz, brady- und tachykarde Rhythmusstörungen)
- Hypertensive Krise
- Respiratorische Insuffizienz
- Nieren-/Leberinsuffizienz
- Akute endokrinologische und Stoffwechselerkrankungen (z. B. Hyper-/Hypoglykämie, Hyperthyreose)
- Vitamin-Mangelzustände (z. B. Wernicke-Encephalopathie)
- Entgleisung des Wasser- und Elektrolythaushaltes (bes. Exsikkose!)
- Infektionen (Sepsis, Pneumonie etc.)
- Sekundäre Erkrankungen des ZNS (Blutung, Infarkt, Infektion, Traumata, Anfallsstatus etc.)
- Intoxikationen mit (Psycho-)Pharmaka
- Primäre ZNS-Erkrankung (SDAT, vaskuläre Demenzen, Parkinson-Syndrom etc.)
- Psychische Faktoren (allgemeiner Stress, Ortswechsel!)

Demenz-assoziierte nicht-kognitive Störungen



- ➔ Angst
- ➔ Unruhe
- ➔ Depressivität
- ➔ Schlafstörungen
- ➔ Paranoid(-halluzinatorisches) Erleben
- ➔ Wesensänderung – Affektinstabilität
- ➔ Aggressivität



Antidementiva

Cholinesterase Hemmer:

Exelon (= Rivastigmin)*
Reminyl (= Galantamin)
Aricept (= Donepezil)

wirken auch auf demenzassoziierte Verhaltensstörungen und stellen somit die psychopharmakologische Basistherapie bei M. Alzheimer dar

* spezielle Zulassung auch bei dementiellem Syndrom im Rahmen eines primären Parkinsonsyndroms

PSYCHOPHARMAKOLOGISCHE BEHANDLUNG ALTER UND/ODER HIRNORGANISCH VERÄNDERTER PATIENTEN (TAGESDOSEN)



Syndrom	Mittel der 1. Wahl	Mittel der 2. Wahl	Evtl. Kombination mit
Organische ängstliche gefärbte Unruhezustände	Tiaprid (100 – 600 mg) Pregabalin (75 – 600 mg)	Pipamperon (40 – 240 mg) andere niederpotente NL	Tranquilizer Trimipramin (25 – 100 mg) SSRI/NSRI
Organisch bedingte aggressive Durchbrüche	Risperidon (1 – 2 mg)	Olanzapin (2,5 – 5 mg) Quetiapin (50 – 200 mg) Haloperidol (3 – 15 mg)	Tiaprid (100 – 600 mg) Pipamperon (40 – 240 mg)
Organische Wesensänderung mit Affektdurchbrüchen	Risperidon (1 – 2 mg) Kombination mit SSRI	Niedrig dosiert Pipamperon Olanzapin (2,5 – 5 mg)	Tranquilizer
Organische Schlafstörungen	Clomethiazol (0,25 – 0,75 mg) (vorübergehend)	Pipamperon (20 – 60 mg) Zolpidem (10 – 20 mg) Clonazepam (0,5 – 2 mg)	Niederpotente NL + Tranquilizer oder Zolpidem Trimipramin (25 – 50 mg)
Depressives Syndrom	Venlafaxin (75 – 150 mg) Mirtazapin (15 – 45 mg) Escitalopram (10 – 20 mg) Trimipramin (25 – 150 mg)	Clomipramin Imipramin Maprotilin (50 – 150 mg) Bupropion (150 – 300 mg) Reboxetin (4 mg)	Tranquilizer Niederpotente NL Hochpotente NL Bes. Atypika zur Augmentierung Affektstabilisierung
Organisches Apathiesyndrom	Amantadin (100 – 400 mg)	Risperidon (1 – 2 mg)	
Delirantes Syndrom	Clomethiazol (0,5 – 4 g) Lorazepam (2 – 4 mg)	Haloperidol (5 – 15 mg)	Pipamperon (40 – 240 mg)
Paranoid-halluzinatorisches Syndrom	Haloperidol (3 – 15 mg) Risperidon (1 – 2 mg) Olanzapin (2,5 – 20 mg)	Quetiapin (50 – 200 mg) Olanzapin (2,5 – 15 mg) Clozapin (25 – 150 mg) Aripiprazol (5 – 20 mg)	Niederpotente NL Tranquilizer

Tranquilizer: Immer Lorazepam, Oxazepam oder Clonazepam
 Cave: Diazepam (wegen Interaktionen, Metaboliten, Kumulationsgefahr!)
 Keine Kombination verschiedener hoch- und niederpotenter Neuroleptika
 Kombination verschiedener Thymoleptika möglich

Medikamentenbedingte hypokinetische/hyperkinetische Syndrome



Klinisches Syndrom	Auslösendes Medikamente	Bevorzugt Altersgruppe	Häufigkeit	Auftreten nach Therapiebeginn	Wir wirkt ein Absetzen des Medikamentes?	Behandlung, besonders unter Berücksichtigung hirnorg. Kranker
Tremor	Trizykl. AD Lithium, Valproinsäure Neuroleptika	jede	Dosisabhängig um 36 %	rasch	schwindet rasch	Absetzen, evtl. Beta-Rezeptoren-Blocker
Parkinsonismus	Flunarizin, Reserpin, Neuroleptika	jede, besonders hirnorg. Kranke	Dosisabhängig um 50 – 70 %(?)	Schrittweise während der ersten Monate	Schwindet langsam	cave Biperiden, Dosisreduktion, Absetzen, Amantadine
Pisa-Syndrom	Neuroleptika	Nahezu Ausschließlich hirnorg. Kranke	?	innerhalb von Tagen	schwindet rasch	Absetzen, Amantadine
Akute Dystonie	Neuroleptika	Kinder und junge Erwachsene	Niedrig 2 %	akut innerhalb Von Stunden /Tagen	schwindet	Absetzen, Benzodiazepine
Akathisie	Neuroleptika	jede	mäßig bis häufig	allmählich, innerhalb der ersten Monate	schwindet	Dosisreduktion, Absetzen, Benzodiazepine, Tiaprid cave Biperiden
Rabbit-Syndrom	Neuroleptika	alte Patienten	?	innerhalb von Tagen/Wochen	Schwindet langsam	Absetzen, Tiaprid
Tardive Dyskinesie	Neuroleptika	höheres Alter	Hoch um 20-40%	verzögert nach Monaten oder Jahren	persistiert in ca. 40 %, kann Noch zunehmen	Absetzen, Tiaprid, Clozapin

Zusammenfassung



1. einschleichend niedrig dosieren
2. nebenwirkungsarme Medikamente einsetzen
3. Interaktionen mit anderen Pharmaka beachten
4. anticholinerge Nebenwirkungen vermeiden
5. Nebenwirkungen nicht mit „Gegenmitteln“ behandeln
6. Notwendigkeit und Dosierung ständig überprüfen
7. Bedarfsmedikation vermeiden, festes Therapieregime anstreben
8. Compliance-Probleme beachten und gegensteuern
9. Multimedikation auf das wirklich Notwendige reduzieren
10. Medikation erst nach ausreichender Beobachtungszeit wechseln
11. ggf. „drug-holidays“ einlegen, cave: M. Parkinson
12. Kombination gleichklassiger Medikation vermeiden, da sonst Wirkungen und Nebenwirkungen schwer zuzuordnen



Vielen Dank

Dr. med. Wolfgang Gather
Rheinhessen-Fachklinik Alzey
Gerontopsychiatrie

Vortrag

Prof. Dr. Georg Adler

**„Psychotherapie bei alten
Menschen“**

Psychotherapie bei alten Menschen



*Institut für Studien zur
Psychischen Gesundheit*
Friedrichsplatz 12
68165 Mannheim
www.ispg-mannheim.de

Prof. Dr. Georg Adler
adler@ispg-mannheim.de

Alzey, 17.11.2010



*Allgemeine Bedingungen
der Psychotherapie
im Alter*

Unterversorgung

- Psychotherapie findet bei älteren Menschen kaum statt:
 - Die Bevölkerung über 60 macht etwa 20 % der Gesamtbevölkerung aus, erhält aber nur 2 % der im Antragsverfahren bewilligten Psychotherapien.
- Einschränkungen seitens der Patienten:
 - Vorbehalte gegenüber Psychiatrie und Psychotherapie
 - einseitig somatisches Krankheitsverständnis
 - vorrangige Beschäftigung mit körperlichen Beschwerden
 - kognitive Einschränkungen (dysexekutives Syndrom, Konzentrationsschwierigkeiten, Gedächtnisprobleme)
- Einschränkungen seitens der Psychotherapeuten:
 - Behandlungsbedürftigkeit wird oft nicht gesehen.
 - Vorbehalte gegenüber älteren Patienten („wenig flexibel“)
 - Übertragungsphänomene
 - Mangel an geeigneten, spezifischen Behandlungsverfahren

Spezifische Themen

- **im „3. Lebensalter“ (etwa 60 bis 75 Jahre)**
 - altersspezifischer Rollenwechsel im Vordergrund
- **im „4. Lebensalter“ (etwa ab dem 75. Lebensjahr)**
 - Belastung durch körperliche Erkrankungen im Vordergrund
- **durchgehende Themen**
 - Verluste, insbesondere des Partners
 - Ausdünnung der Sozialkontakte
 - Nachlassen der Leistungsfähigkeit
 - verminderte Aktivitäts- und Freizeitmöglichkeiten
 - Wohnungswechsel, insbesondere in betreute Wohnformen

Lebenszufriedenheit im Alter

Erhebung der Münchner Lebensqualitäts-Dimensionenliste (MLDL) bei 116 depressiven Patienten, die zur Behandlung in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik aufgenommen wurden.

Kritische Bereiche (Mittlerer Wert < 5,5):

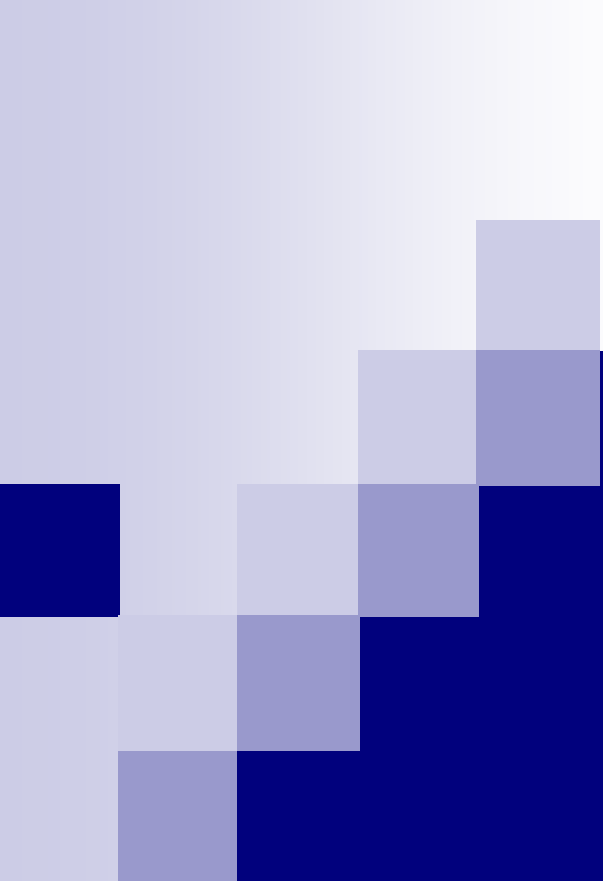
- persönliches Wohlbefinden (3,76)
- gesundheitliche Verfassung (3,77)
- Selbstwertgefühl (3,95)
- körperliche Leistungsfähigkeit (4,12)
- Entspannungsfähigkeit (4,14)
- Umgang mit meiner Krankheit (4,23)
- geistige Leistungsfähigkeit (4,94)
- Erfolg und Anerkennung (5,21)
- Selbständigkeit im Alltag (5,32)

(Adler G et al. (2003) Die soziale Situation von Patienten mit Altersdepressionen. PSYCHIATRISCHE PRAXIS 30:207-211)

Struktur der Lebenszufriedenheit im Alter

- Faktor 1 (erklärte Varianz: 43,5 %):
 - *Zufriedenheit mit körperlicher Leistungsfähigkeit, geistiger Leistungsfähigkeit, Entspannungsfähigkeit, Selbstwertgefühl, Selbständigkeit im Alltag, persönlichem Wohlbefinden, Erfolg und Anerkennung*
 - **Zufriedenheit mit eigenen körperliche und geistige Ressourcen**
- Faktor 2 (erklärte Varianz: 11,1 %):
 - *Zufriedenheit mit Familienleben, Wohnsituation, Freundschaften und Bekanntschaften, Freizeit, Finanzen, medizinischer Behandlung*
 - **Zufriedenheit mit der Infrastruktur**
- Faktor 3 (erklärte Varianz: 6,0 %):
 - *Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt, der gesundheitlichen Verfassung und dem Umgang mit meiner Krankheit*
 - **allgemeine Zufriedenheit**

(Adler G et al. (2003) Die soziale Situation von Patienten mit Altersdepressionen. PSYCHIATRISCHE PRAXIS 30:207-211)



***Eine Besonderheiten älterer
Patienten für die Psychotherapie:
kognitive Einschränkungen***

Häufigkeit kognitiver Beeinträchtigungen bei älteren depressiven Patienten

- eine leichte kognitive Beeinträchtigung ist im Alter etwa doppelt so häufig wie eine Depression
(Maule et al. Mental illness and physical health in older people. Age Ageing 1984;13:349-356)
- überzufällig häufig kognitive Beeinträchtigungen bei depressiven Patienten (in verschiedenen Studien zwischen 20 und 80 %)
(Alexopoulos et al. „Vascular depression“ hypothesis. Archives of General Psychiatry 1997;54:915-922)
- bei 2/3 der teilstationär behandelten depressiven Patienten „leichte kognitive Beeinträchtigung“ (SIDAM)
(Adler et al. Leichte kognitive Beeinträchtigung bei älteren depressiven Patienten. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 1999;12:97-105)

Ursachen für kognitive Beeinträchtigungen bei älteren depressiven Patienten

- psychopathologisches Begleitsymptom der Depression
- Komorbidität mit degenerativer Demenzerkrankung
 - gemeinsame Risikofaktoren
- Komorbidität mit vaskulären Hirnläsionen
 - gemeinsame Risikofaktoren
- Mischungen

Zusammenhänge zwischen vaskulären Läsionen, kognitiven Defiziten und Depressionen im Alter



- Alexopoulos et al. (1997) **The Vascular Depression Hypothesis**. Archives of General Psychiatry 54: 915-922
- Alexopoulos (2001). The Depression-Executive Dysfunction Syndrome of Late Life. A Specific Target for D3 Agonists? American Journal of Geriatric Psychiatry 9: 22-29.
- Alexopoulos et al. (2002). Clinical Presentation of the „Depression-Executive Dysfunction Syndrome“ of Late Life. American Journal of Geriatric Psychiatry 10: 98-106.

Prognose kognitiver Beeinträchtigungen bei älteren depressiven Patienten

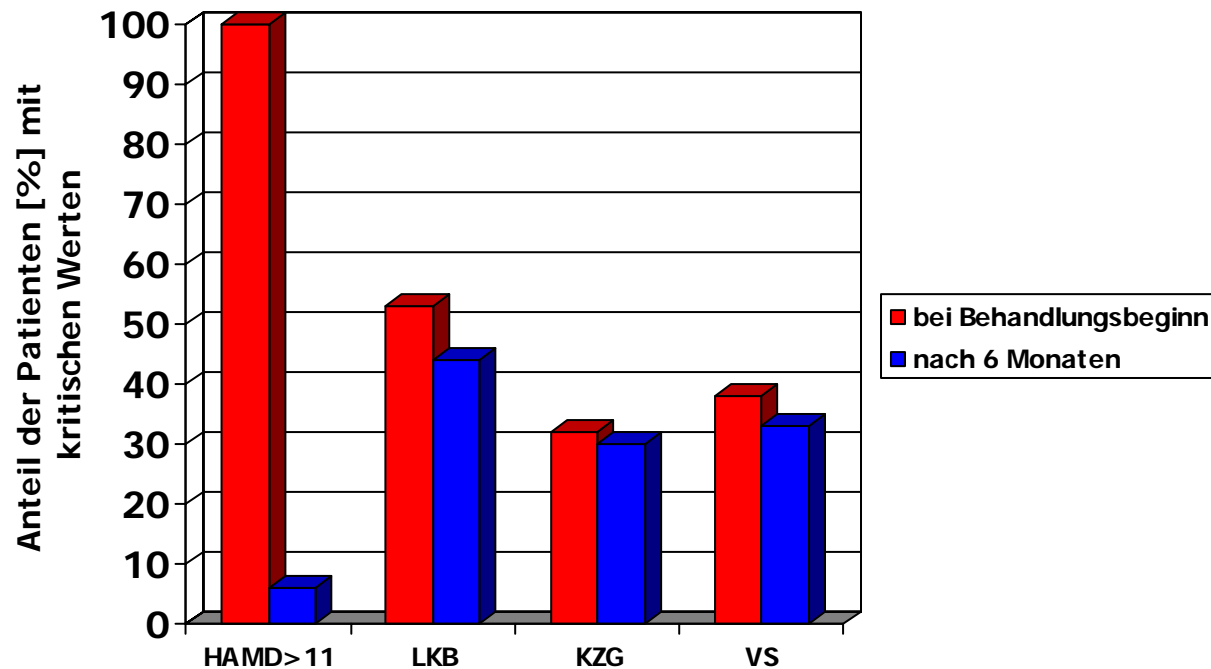
- Es kommt mit der Rückbildung der Depression zu einer Zunahme der kognitiven Leistungsfähigkeit, insbesondere in den Bereichen Aufmerksamkeit und Geschwindigkeit.
- Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit, die sich bereits in wenig sensitiven Demenztests manifestieren (MMS, SIDAM) bleiben allerdings auch nach Rückbildung der depressiven Symptomatik anhaltend bestehen.

Adler et al. Leichte kognitive Beeinträchtigung bei älteren depressiven Patienten. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 1999;12:97-105

Adler et al. Six-month course of mild cognitive impairment and affective symptoms in late-life depression. European Psychiatry 2004;19:502-50

Butters et al. Changes in cognitive functioning following treatment of late-life depression. American Journal of Psychiatry 2000;157:1949-1954

Verlauf von Depressivität und kognitiver Leistungsfähigkeit bei 34 älteren Patienten



HAMD: Hamilton-Depressions-Skala
LKB: Leichte kognitive Beeinträchtigung

KZG: Kurzzeitgedächtnis
VS: visuospatiale Fähigkeiten

Adler et al. Six-month course of mild cognitive impairment and affective symptoms in late-life depression. European Psychiatry 2004;19:502-505



Das dysexekutive Syndrom

Exekutive Funktionen (1)

- sind mentale kognitive Prozesse „höherer Ordnung“, die das Individuum zu effektivem und auf den Kontext angepasstem Verhalten befähigen.
- im Einzelnen:
 - Handlungsinitiierung
 - Handlungsplanung
 - Handlungskontrolle
 - Hemmung unangemessener Verhaltensweisen

Exekutive Funktionen (2)

- Hypothesengenerierung
- Kognitive Flexibilität
- Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit
- Nutzbarmachung von Rückmeldungen
- Selbstbeobachtung und Selbstkorrektur

Dysexekutives Syndrom (DES)

- Beeinträchtigung der exekutiven Funktionen
- Symptome :
 - Planungsstörung
 - Störung der Impulskontrolle
 - Ablenkbarkeit
 - gestörte Reaktionshemmung
 - Perseverationen
 - Apathie

Leitsymptome des dysexekutiven Syndroms

- Das Verhalten ist der Steuerung durch Umweltreize ausgeliefert. Wenn diese rasch wechseln, wird das Verhalten **unbeständig**. Aktionen werden *vorschnell abgebrochen, andere angefangen* und auch *nicht zu Ende geführt*.
- *Einmal aktivierte Schemata* hemmen alle Alternativen und werden *fortgesetzt*, auch wenn sie nicht mehr zur Situation passen und nicht zum Ziel führen. Das Verhalten ist **starr und unflexibel**, einmal begonnene Aktionen werden *perseveriert*.

Auswirkungen des dysexekutiven Syndroms

- Nichterkennen von Problemsituationen
- Haften an einmal eingeschlagenen Lösungswegen
- mangelnde Flexibilität bei Problemlösungen
- Behinderung des Planens und des längerfristigen Verfolgens von Zielen
- mangelnde Umsetzung von Verhaltensregeln und -hinweisen
- Regelverletzungen
- Umweltabhängigkeit, Sprunghaftigkeit (externe Stimuli)
- Inkonstanz, Impulsivität (interne Stimuli)
- mangelnde Selbstkontrolle
- Störung der Sozialkontakte (mangelnde Konstanz und Empathie)
- mangelnde Lernfähigkeit

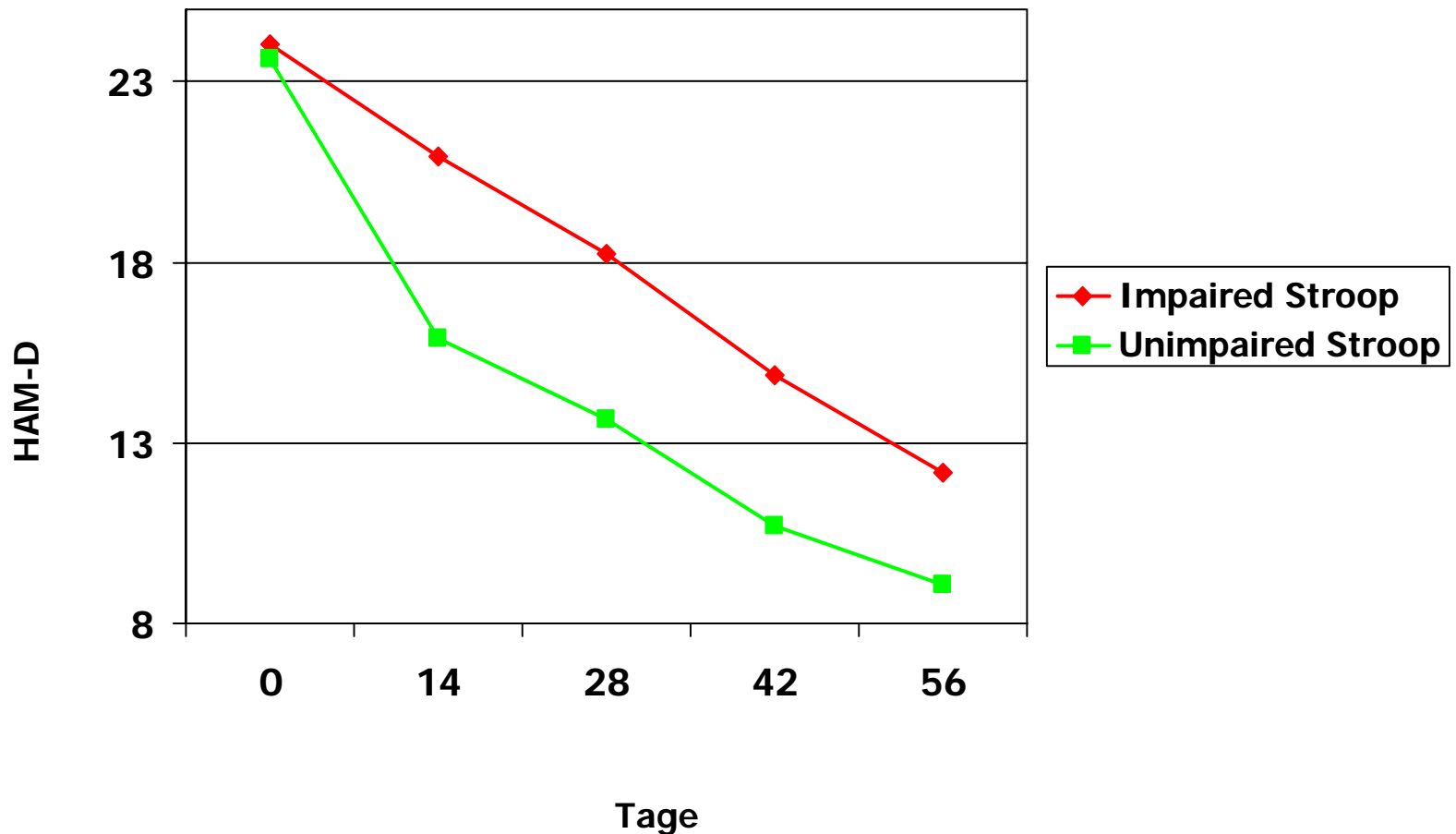
Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen bei DES und Depression im Alter (1)

- Depression im Alter sind oft mit Einschränkungen der Alltagsfunktionen verbunden.
- Kognitive Beeinträchtigungen tragen zu Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen bei.
- Vor allem Patienten mit Depressionen und Störungen der exekutiven Funktionen sind bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) beeinträchtigt.

Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen bei DES und Depression im Alter (2)

- Bei der detaillierten Untersuchung, in welchen Bereichen der IADL diese Patienten Beeinträchtigungen aufwiesen, waren es :
 - einen Ort mit Verkehrsmitteln erreichen
 - Lebensmittel einkaufen
 - Essenszubereitung
 - Medikamenteneinnahme

DES wirkt sich ungünstig auf den Verlauf einer Depression im Alter aus



Langsamere Rückbildung der Depression unter Behandlung mit Citalopram bei Patienten mit kritischen Werten auf der Skala Initiation/Perseveration (Alexopoulos et al. 2005)

Auswirkungen eines DES auf eine verhaltenstherapeutische Behandlung

- weniger Ressourcen auf Seiten des Patienten
- geringere Krankheitseinsicht
- weniger Compliance
- Schwierigkeiten, mit dem Behandler abgesprochene Maßnahmen umzusetzen.
- längere Übungsdauer und größerer Bedarf an Hilfeleistungen und Anleitungen
 - erfordern mehr Ausdauer und Geduld auf Seiten des Therapeuten



***Psychotherapie
von Depressionen im
höheren Lebensalter***

Relevante Aspekte für die Behandlung von Depressionen im Alter

Optimierung der Behandlung
körperlicher Begleiterkrankungen
(Funktion, Schmerzen)

Anpassung der
Wohnverhältnisse
(Lage, Treppen, Ausstattung, Erreichbarkeit)

Pharmakotherapie

Optimierung der
kognitiven Leistungsfähigkeit
(anticholinerge Medik., Benzodiazepine)

Förderung von
Sozialkontakten
(Seniorentagesstätten, Gesangsvereine, Kirchgemeinden)

Psychotherapie

Entwicklung eines Psychotherapie-Programms: Zielvorgaben

- Einzelpsychotherapieprogramm für ältere depressive Patienten
- auf der Grundlage der kognitiven Verhaltenstherapie
- durchführbar von Ärzten oder Psychologen
- unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnissen und Voraussetzungen älterer Patienten.
- individuell an spezifische Probleme und Situationen anpassbar (mehrarmig)

Entwicklung eines Psychotherapie-Programms: Zielgruppe

- ältere Patienten mit depressiver Symptomatik
- insbesondere: depressive Patienten, bei denen Ängste, körperliche Beschwerden oder Inaktivität im Vordergrund der Beschwerden stehen
- insbesondere: depressive Patienten mit charakteristischen psychosozialen Belastungen des höheren Lebensalters wie Verlust des Partners oder Umzug ins Heim
- nicht: Patienten mit ausgeprägten kognitiven oder mnestischen Störungen, paranoiden Symptomen oder unauflösbarer Funktionalität der Beschwerden

Georg Adler

Verhaltens-Einzels psychotherapie von Depressionen im Alter (VEDIA)

Ein standardisiertes
Programm

Mit einem Geleitwort
von Heinz Häfner



 Schattauer

allgemeine Merkmale von VEDIA

- Einzeltherapieprogramm
- zeitlicher Umfang:
 - 12 Sitzungen á 45 Minuten
- empfohlene Behandlungsfrequenz:
 - stationär/teilstationär: 2 Sitzungen/Woche (Dauer: 6 Wochen)
 - ambulant: 1 Sitzung/Woche (Dauer: 12 Wochen)
- standardisiert, aber der individuellen Problematik und Lebenssituation anpassbar (durch mehrarmiges Design)
- zentrales Merkmal: **Aktivierung!**

Ablauf von VEDIA

Einführung
(3 h)

Diagnostik
Therapieplanung
Beziehungsbildung

Block A
(4 h)

Angst
oder
Körperliche Beschwerden
oder
Inaktivität

Block B
(4 h)

Partnerverlust
oder
Wohnungswechsel
oder
Rollenwechsel

Abschluss
(1 h)

Ausblick
Beurteilung des Therapieerfolgs
Vereinbarung der Katamnese

der Wochenplan ...

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Mögliche Aktivitäten
06.00								Spaziergehen
09.00								Agathe anrufen
10.00	Tagesstätte		Tagesstätte			Wäsche waschen		ins Kino gehen
11.00	Tagesstätte		Tagesstätte			Wohnung putzen		ins Café gehen
12.00	Tagesstätte		Tagesstätte		Enkel hüten		Mittagessen bei Tochter	Essen gehen
13.00	Tagesstätte		Tagesstätte		Enkel hüten			
14.00	Tagesstätte	Senioren-gymnastik	Tagesstätte		Enkel hüten			
15.00	Tagesstätte		Tagesstätte			Bügeln		
16.00								
17.00								
18.00				Gesangsverein				
20.00								
								Nachuntersuchungstermin: Dienstag, 11. November 2005, 14.00

Wochenplan für die Zeit nach Therapieende (Beispiel)

Vortrag

Jens Werner, Dipl.-Sportlehrer

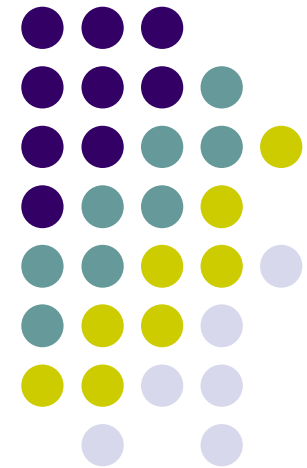
**„Bewegung für psychisch
kranke Menschen im Alter“**

Vortrag

Jochen Sattler, Musiktherapeut

**„Musiktherapie bei älteren
Menschen“**

Musiktherapie bei älteren Menschen



Jochen Sattler, Dipl. Musiktherapeut, Klinik im Metznerpark, Frankenthal

Musiktherapie in der Klinik im Metznerpark / Stadtklinik Frankenthal



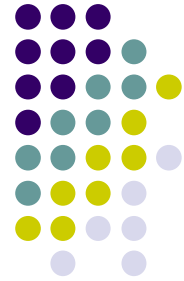
Wir bieten mit unserem Musiktherapiekonzept und einem außergewöhnlichen Instrumentarium eine dem individuellen Auftrag des Patienten entsprechende musiktherapeutische Behandlung an.



Musiktherapiekonzept der Klinik im Metznerpark /Stadtklinik Frankenthal

Auftrag	Behandlung von Krankheitsursachen	Behandlung von Krankheitsfolgen	Förderung von Ressourcen
setting	<ul style="list-style-type: none"> - Gongtherapie -Tischtrommelkonferenz 	<ul style="list-style-type: none"> -Musiktherapie auf der Akutstation -Offene Musiktherapiegruppen -Freitags-Musiktherapiegruppe -Märchen & Musik -Morgen-Musik 	<ul style="list-style-type: none"> -Morgen-Musik -Trommel-Gruppe -Instrumentenbau -Förderung des Instrumentalspiels (Didgeridoo, Gitarre , Trommeln...)
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> •Verständnis für die Erkrankung gewinnen •Herausarbeiten von Vulnerabilitätsfaktoren •Entschlüsselung pathologisch wirkender innerpsychischer Systeme •Trauma - Bearbeitung •„Korrigierende Erfahrungen“ •Reinstallierung innerer Grenzen 	<ul style="list-style-type: none"> •Loslösung aus der Isolation •Zurückkommen in das Hier & Jetzt •Schaffung einer angstfreien Beziehungsebene •Aufbau basaler Beziehungsstrukturen •Reflexion der Eigen- und Fremdwahrnehmung •Entwicklung von Verhaltensalternativen 	<ul style="list-style-type: none"> •Entdeckung von Ressourcen •Kreativitätsförderung •Spielfreude

Musik in der Frühgeschichte der Menschheit



- **Musik hatte schon in der Frühgeschichte der Menschheit eine zentrale Bedeutung, Abb.: Schwanenknochenflöte, ca 35.000 Jahre alt**
- **Das Medium Musik taucht in fast allen Schöpfungsmythen früher Hochkulturen auf**
- **„Musik“ hatte bedeutsame Funktionen: Bei der Nachrichtenübermittlung, bei der Medizinausübung, bei kultischen Handlungen: Kontakt zu den Ahnen, Evozierung von Ekstase...**
- **Von entscheidender Bedeutung : Vernetzende Funktion der Musik**

Soziale Funktion der Musik in frühen Kulturen



**„Als das Lausen als sozialer Kitt nicht mehr ausreichte,
übernahm die Musik diese Funktion“**

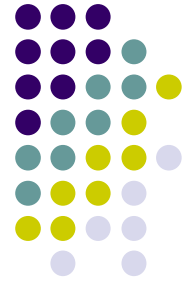


Pränatales Klangerleben



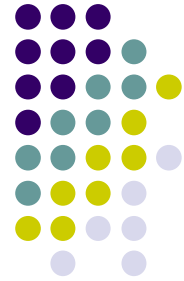
Bereits ab der 18. Schwangerschaftswoche sind beim Fötus die Voraussetzungen für prägende Klangerfahrungen geschaffen

Musik und Gehirnentwicklung



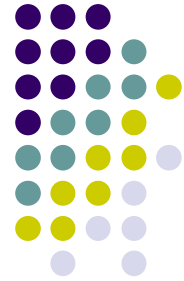
- **Vorgeburtlich Beziehungserfahrung über das auditiv-vibratonisches System**
- **Frontalhirnfunktionen werden gebahnt und gefestigt (Handlung, Planung, Impulskontrolle, Frustrationstoleranz, Selbstwirksamkeitskonzept, Motivation...)**
- **Soziale und emotionale Kompetenzen werden durch gemeinsames Musizieren gestärkt (Resonanzphänomene)**

Heilsame Wirkung von Musik auf das Gehirn



- **Harmonisierung und Synchronisierung von neuronalen Aktivitätsmustern in verschiedenen Regionen**
 - Je angenehmer das Musikerlebnis...
 - ...Desto größer der Harmonisierungseffekt auf die Steuerung integrativer Regelsysteme
 - ...Um so effektiver die Wiederherstellung gestörter Funktionen (durch Anspannung, Unruhe und Stress)
 - Positive Wirkung auf das kardiovaskuläre, neuroendokrine, vegetative und Immun-System
 - Effekt ist umso nachhaltiger, je länger der Nachklang (Erlebnisbild oder gespielte Melodie)

Heilsame Wirkung von Musik auf das Gehirn (2)



- **Durch Musik Reaktivierung unterdrückter, früh angelegter Erregungsmuster in assoziativen und emotionalen Zentren**
 - Gefühle, Vorstellungen und Wünsche werden reaktiviert und können auch umgesetzt werden
 - Aktivierung des Aufmerksamkeits-, Antriebs- und Belohnungssystems
- **Aktivierung subkortikaler emotionaler Netzwerke und Zentren im Gehirn**
 - Vermehrte Ausschüttung von Botenstoffen, die zur Stärkung von Nervenzellverschaltungen beitragen



Auch noch im hohen Alter finden bei entsprechender Stimulierung die o.g. Aktivierungen und Neuerschaltungen von Nervenzellen statt !



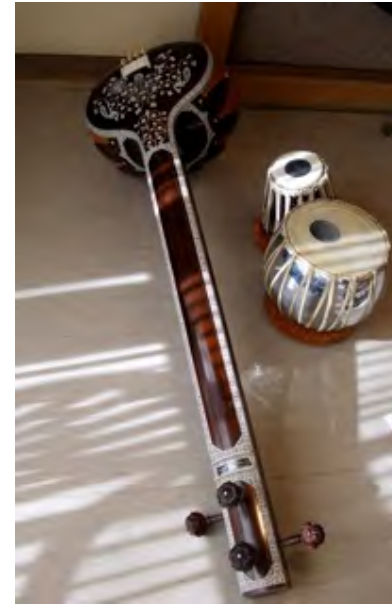
Formen der Musiktherapie

- **Aktiv**
 - Pädagogisch orientiert
 - Ressourcenorientiert
 - Themen-/ Konfliktzentriert
 - Analytisch
 - Systemisch
- **Rezeptiv**
 - Hören komponierter Musikstücke (Entspannungsmusik, GIM)
 - Hören improvisierter Musik („Klangreisen“)
 - Klangwirkung auf den Körper (z.B. Klangschalen, Klangliege, Didgeridoo...)
 - Ritualisierte Klangtrance

Musiktherapie bei älteren Menschen: Geeignete Instrumente



- Gitarre
- Didgeridoo
- Trommel
- Gesang
- Tampura
- Monochord
- Körpermonochord
- Klangstuhl
- Ocean-Drum
- Sansula
- Klangschalen
- Kleinpercussionsinstrumente



...alle Instrumente, die dem Therapeuten nahe stehen!

Ressourcenorientierte Musiktherapie bei älteren Menschen



Spezifische Eigenschaften von Musik:

- Musik ist emotionalisierend
- Musik ist strukturierend, bietet Orientierung
- Musik weckt Erinnerungen
- Musik fördert die Bewegung
- Musik weckt & fördert Kreativität
- Musik bewirkt soziale Vernetzungen

Potenziale, die freigesetzt werden:

- ➔ Erhalten und Reaktivieren emotionaler Fähigkeiten;
- ➔ Synchronisation von Handlungen, Koordinierung von Reizen, Abläufe erfassen;
- ➔ Reaktivierung des Alt-Gedächtnisses, Zugang zu emotional positiv besetzten biografischen Episoden; Identitätsfindung;
- ➔ Lust auf Bewegung (z.B. Tanzen) Den Körper als Kraftquelle erleben, Erlaubnis für Körperkontakt;
- ➔ Zugang zum „freien Kind“, Lust am Spielen;
- ➔ Erleben von Zugehörigkeit, Sich verstanden fühlen;



Einige Rahmenbedingungen...

- Positive Grundeinstellung zur Musiktherapie seitens der Institution, der mitbehandelnden Therapeuten, Pfleger...
- Kontinuität & Regelmäßigkeit
- Mehrgenerationengruppen bieten viele Vorteile!
- Auftragsklärung
- Entsprechend des Auftrages: Therapeut muss ausgebildet sein!!





**Die Musik drückt aus, was nicht gesagt
werden kann
und worüber zu Schweigen unmöglich ist.**

Victor Hugo

