

Demenz und Depression im Alter

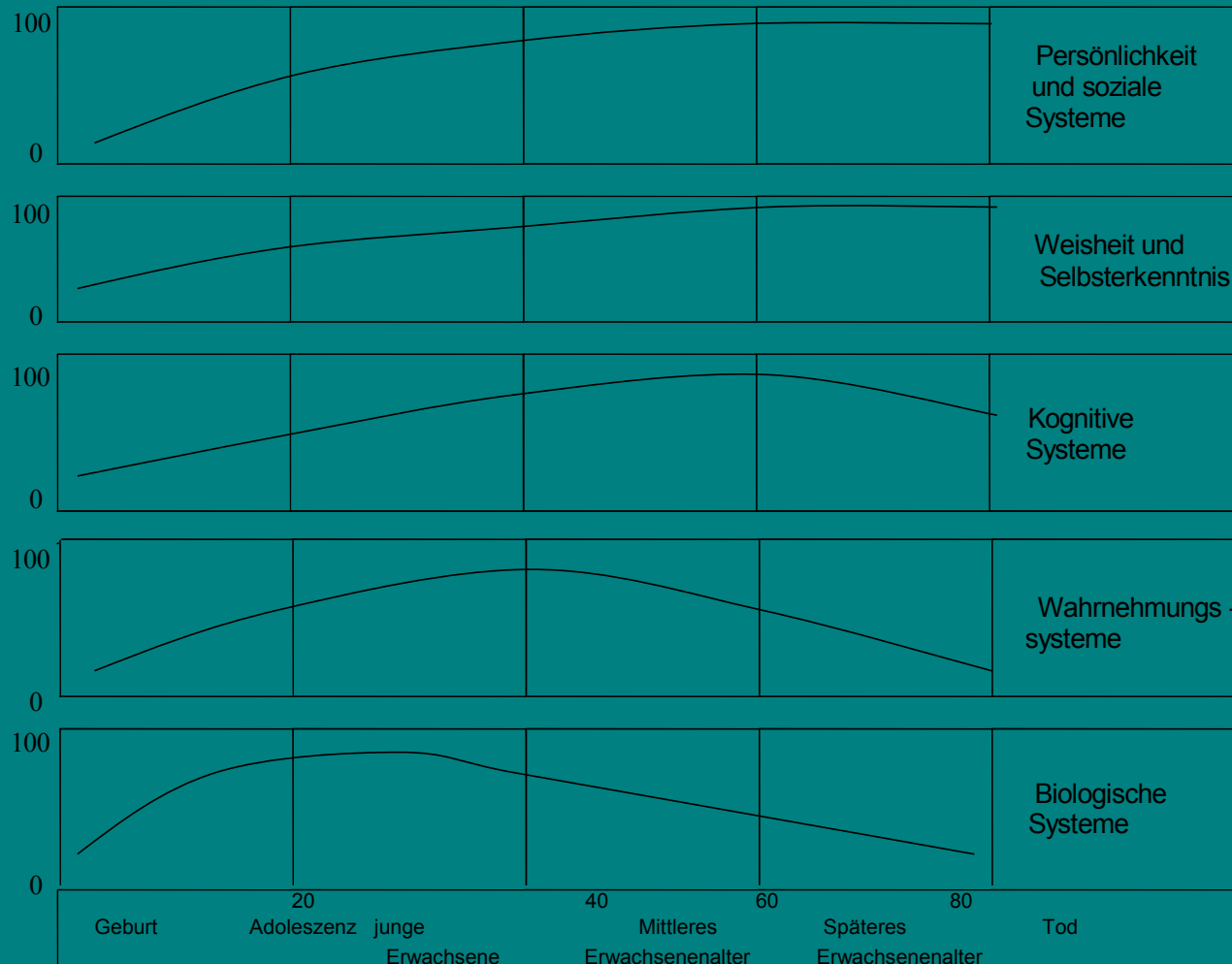
1. Tiroler Demenztagung

Prim. Univ.-Prof. Dr. Harald Schubert

Ärztlicher Direktor

Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol

Dimensionen der Entwicklung des Alters



Kriterien für eine Episode einer Major Depression (aus DSM-IV)

1. Depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages, vom Betroffenen selbst berichtet (z. B. fühlt sich traurig oder leer) oder von anderen beobachtet (z. B. erscheint den Tränen nahe)
3. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet).
5. Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät; oder Gewichtszunahme (mehr als 5 % des Körpergewichtes in einem Monat); oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen.
7. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen

Kriterien für eine Episode einer Major Depression

1. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen (durch andere beobachtbar, nicht nur das subjektive Gefühl von Rastlosigkeit oder Verlangsamung).
3. Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen
5. Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können) an fast allen Tagen (nicht nur Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle wegen des Krankseins)
7. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet)
9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizides.

Besonderheiten des depressiven Syndroms im Alter

1. Über Traurigkeit wird nicht geklagt, obwohl die Patienten Anderen depressiv erscheinen
3. Besonders starke Beschäftigung mit Gesundheit und körperlichen Problemen (Somatisierung)
5. Pat. scheint mehr durch Störungen seiner Gedächtnisleistungen als durch die Depression beeinträchtigt
7. Verlangsamung
9. Angst
11. Häufig mit körperlichen Erkrankungen einhergehend

Ursachen eines depressiven Syndroms

- 1. Seelische Ursachen** - Ergebnisse der Life-Event-Forschung
 - Trennung
 - akute körperliche Krankheit
 - Milieuwechsel
 - massive finanzielle Belastungen
 - negative Interaktionen mit Familien oder Freunden
 - Verlust von subjektiv bedeutenden Anderen (Familie, Freunde, Haustiere)
- 2. Chronischer Stress, Verlust der Gesundheit und der Mobilität**
 - Abhängigkeit durch Gebrechlichkeit
 - Hör- und Sehschwäche
 - Verlust des sozio-ökonomischen Status
 - Partnerkonflikte
 - Betreuung eines chronisch Kranken in der Familie
 - Soziale Isolation

Ursachen eines depressiven Syndroms

3. **Körperliche Erkrankungen, die besonders mit depressiven Verstimmungen einhergehen**
 - Endogene und metabolische Störungen
 - Störungen des zentralen Nervensystems
 - Okkulte Karzinome
 - Chronische Infektionen

4. **Medikamente**
 - Medikamente zur Behandlung des Hochdruckes
 - Herzmedikation, insbesondere Digitalis
 - Cortisonpräparate
 - Schmerzmedikamente
 - Antiparkinsonmedikamente
 - Andere Psychopharmaka

Der Problemkreis

Depression und Demenz

- 10 – 20 % der älteren Patienten zeigen deutlich kognitive Defizite (KAY et al. 1955)
- In zumindest der Hälfte der Fälle mit Verdacht auf Demenz lässt sich eine Depression diagnostizieren (MARSDEN, HARRISON 1972, GOOD 1981)
- 3 – 25 % der Patienten mit degenerativen Hirnerkrankungen entwickeln depressive Syndrome und sind im Vorfeld recht häufig (OPPENHEIM 1989, BURNS et al. 1990, FISCHER et al. 1990)
- Ein depressives Syndrom kann eine Demenz verdecken (KILOH 1981, MORSTYN et al 1990)
- Depressive Syndrome können die Leistung hirnorganisch Erkrankter reduzieren (ROBINSON et al 1986, RUBIN et al. 1991)

Die Pseudodemenz

1. Definition nach CAINE (1981):

- reversible intellektuelle Einbußen bei einer primär psychotischen Erkrankung ohne erkennbare neurologische Störung, die die Symptome einer degenerativen Erkrankung des ZNS imitieren.

2. Symptomatik:

- Psychomotorische Verlangsamung
- Abnahme der Interessen
- Abnahme der Konzentrationsfähigkeit
- Mühe, das Wesentliche zu erfassen
- Umständliches Denken
- Leistungsverringering

Die Pseudodemenz

3. Subjektive Beschwerden und uncharakteristische Symptome im Vorfeld der Depression oder der Demenz (BERGENER 1989)

- Potenzialeinbuße + Leistungsinsuffizienz → kognitive Störungen
- Neurasthenische Beschwerden
- Reizbarkeit
- Versagensängste
- Nachlassender Vigilanztonus
- Körperliche Beschwerden
- Schlafstörungen

Die Pseudodemenz

Zur Differentialdiagnose sollten herangezogen werden:

- **Blutchemie**
- **EEG**
- **Bildgebende Verfahren**
- **Neuropsychologische Untersuchungen werden jedoch kontroversiell beurteilt**
 - sie vermögen eine Unterscheidung dementer von pseudodementer Symptomatik nicht zu treffen (CUMMINGS und BENSON 1983)
 - Der Depressionseffekt auf die Testleistung ist nur mäßig stark ausgeprägt (BURT et al. 1995, REISCHIES 1993)
 - im Gegensatz zu vielen Dementen, die ihre Testleistung für besser halten als sie ist, schneiden Depressive bei der Objektivierung der Testleistungen überraschend gut ab (O'CONNOR et al. 1990)

CAVE!

Entscheidend, siehe bereits KRAEPELIN 1896, ist die Verlaufsbeobachtung zur Diagnosestellung

Klinische Abgrenzung zwischen depressiver Pseudodemenz und Demenz

- Angehörige erkennen Störung

- Angehörige erkennen Störungen und ihr Ausmaß oft nicht

- Beginn kann recht genau festgelegt werden

- Datierung des Beginns nur vage

- Relativ kurze Dauer der Symptome bis zum Arztkontakt

- Normalerweise lange Symptombdauer vor Hilfesuche

- Anfänglich schnelles Voranschreiten der Störungen

- Schleichende Zunahme der Symptome über gesamte Krankheitsdauer

- Anamnestisch evtl. ähnliche Krankheitsperioden

- Psychiatrische Anamnese meist leer

Klinische Abgrenzung zwischen depressiver Pseudodemenz und Demenz

- Patient klagt über kognitive Einschränkungen

- Klagen über diese Einschränkungen sind detailliert

- Starke subjektive Betonung des Unvermögens

- Auch bei einfachen Aufgaben keine Bemühung

- Patient versucht nicht, leistungsfähig zu bleiben

- Bedrückte oder gequälte Stimmung

- Selbstabwertung

- Normalerweise keine Klagen über kognitive Einschränkungen

- Wenn, dann nur sehr vage Klagen über die kognitiven Störungen

- Das Unvermögen wird eher vertuscht

- Freude an der Bewältigung auch trivialer Aufgaben

- Versucht Defizite z.B. mit Erinnerungshilfen (Notizen) auszugleichen

- Stimmung oft gleichmütig

- Eher Selbstüberschätzung (oft als Kompensation)

Klinische Abgrenzung zwischen depressiver Pseudodemenz und Demenz

- **Affektveränderung anhaltend**

- **Affekt schwankend und flach**

- **Verlust sozialer Aufgeschlossenheit oft früh und auffällig**

- **Soziale Aufgeschlossenheit oft unbeeinträchtigt**

- **Verhalten stimmt nicht im Ausmaß der kognitiven Einschränkungen überein**

- **Meist Übereinstimmung zwischen Verhaltensstörung und kognitiver Einschränkung**

- **Nächtliche Zunahme der Störungen selten**

- **Nächtliche Zunahme der Störungen häufig**

Klinische Abgrenzung zwischen depressiver Pseudodemenz und Demenz

<ul style="list-style-type: none">• Aufmerksamkeit und Konzentration oft gut erhalten	<ul style="list-style-type: none">• Aufmerksamkeit und Konzentration normalerweise gestört
<ul style="list-style-type: none">• „Ich-weiß-nicht“-Antworten typisch	<ul style="list-style-type: none">• Beinahe-richtig-Antworten häufig
<ul style="list-style-type: none">• Erinnerungsschwäche für frische und weit zurückliegende Ereignisse gleich ausgeprägt	<ul style="list-style-type: none">• Erinnerungsschwäche für frische Ereignisse ausgeprägter als für weit zurückliegende
<ul style="list-style-type: none">• Erinnerungslücken für spezielle Zeiträume und Ereignisse häufig	<ul style="list-style-type: none">• Erinnerungslücken für bestimmte Perioden und Ereignisse ungewöhnlich
<ul style="list-style-type: none">• Auffällige Leistungsschwankungen bei Aufgaben gleichen Schwierigkeitsgrades	<ul style="list-style-type: none">• Etwa gleichmäßige Leistungsminderung bei Aufgaben gleichen Schwierigkeitsgrades

Psychopathologie OPS + Demenz

	OPS	DEMENZ
• Allgemeine Intelligenz	weniger gestört	deutlich gestört
• Orientierungsstörung	wechselnd	dauernd
• Gedächtnis	weniger betroffen	stark betroffen
• Produktive Symptomatik	deutlich	rudimentär
• Stimmung	eher depressiv	dys-euphorisch
• Affizierbarkeit	labil	flach
• Tag-Nacht-Rhythmus	wenig gestört	deutlich gestört
• Antrieb	wechselhaft	konstant
• Hirnwerkzeugstörungen	ausgeprägt	gering