

AutArbIN



Autismus-Arbeit-Integration-Nord

gGmbH

Kieler Straße 53

24768 Rendsburg

04331 1359659

Sie haben alle Fragen richtig beantwortet.

Glückwunsch!

Jetzt geht es weiter mit dem nächsten Thema.

Basiswissen für Helferinnen

Dipl. Soz. Päd. (FH), Dipl. Soz.
Arbeiter (FH)

Volker Wenglowski

Geschäftsführer Autismus-Arbeit-
Integration-Nord g GmbH.

In Zusammenarbeit mit der:



Basiswissen für Helfer*innen

Gerontopsychiatrie – Verwirrung der Begriffe?

Die Gerontopsychiatrie ist die Seite der Medizin, die sich mit psychischen Erkrankungen im Alter beschäftigt (griech. Wortstamm „Geronto“ für Alter und „Psyche“ für Seele).

Gerontopsychiatrische Krankheitsbilder sind z.B.

- Demenzerkrankungen
- Depression im Alter
- Wahnerkrankungen im Alter
- Suchterkrankungen im Alter

Basiswissen für Helfer*innen

Gerontopsychiatrie – Begriffe?

Gültig/ richtig

demenzkrank
Alzheimer-Patient
gerontopsychiatrisch
erkrankt

SDAT (senile Demenz vom
Alzheimer Typ)

...

Veraltet/ falsch

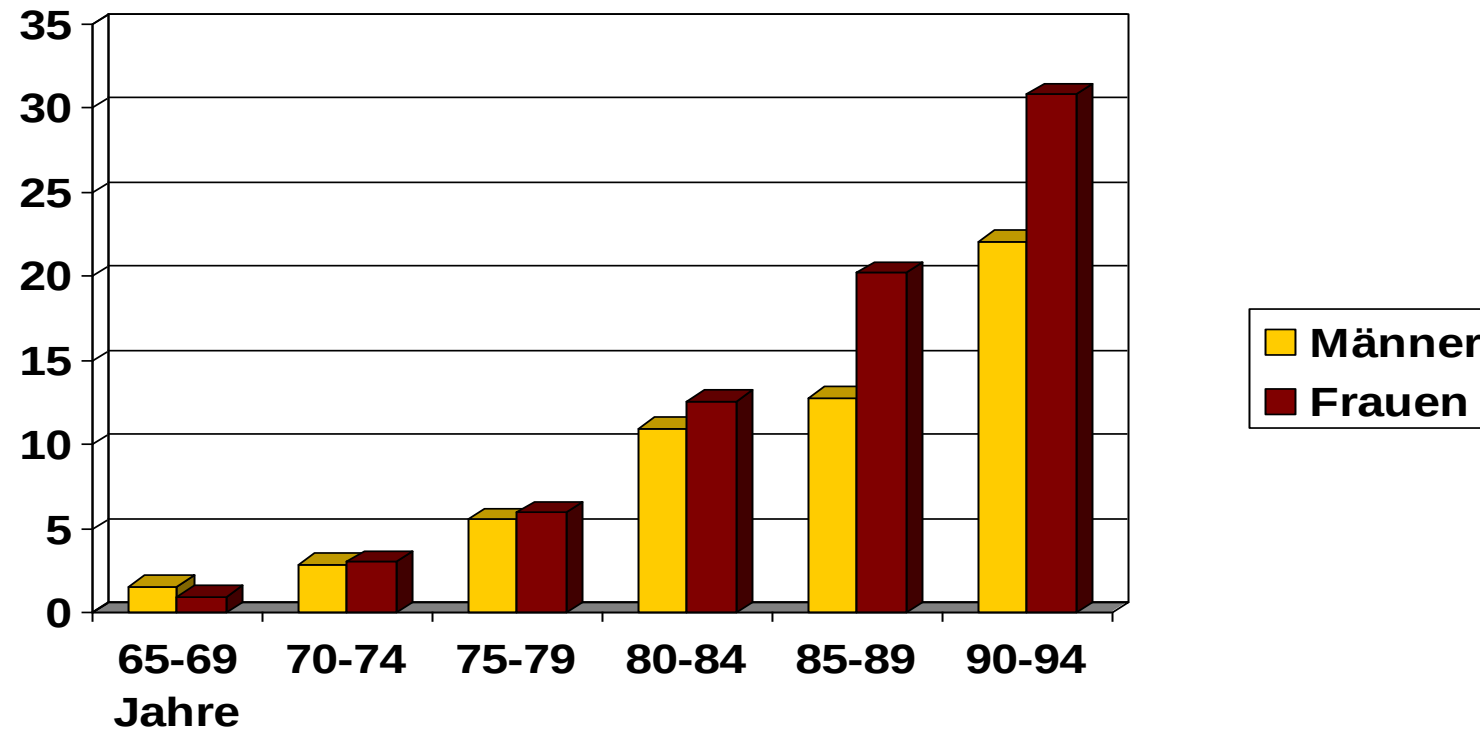
altersverwirrt
senil
psychisch verändert
verkalkt

...

Basiswissen für Helfer*innen

Altersspezifische Häufigkeit (Prävalenz) von Demenzerkrankungen (in %)*

*nach Lobo et al. in Robert Koch-Institut (Hrsg.) Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Heft 28. Altersdemenz. 2005



Basiswissen für Helfer*innen

Altersspezifische Häufigkeit (Prävalenz) von Demenzerkrankungen (in %)*

*vgl. Krämer: Alzheimer von A-Z. 1996 und Robert Koch-Institut (Hrsg.) Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Heft 28. Altersdemenz. 2005.

Primäre Demenzen

Degenerative Demenzen

Präsenil: Bis 65 J.
Senil: Ab 65 Jahre
z.B.

- Demenz vom Alzheimer Typ
- Frontotemporale Demenz

ca. 60-65%
aller Demenzen

Mischformen

vaskulär/
degenerativ

ca. 10-25%
aller Demenzen

Vaskuläre Demenzen

z.B.
Multiinfarkt-
Demenz

ca. 10-20%
aller Demenzen

Sekundäre Demenzen

Sekundäre Demenzen (evtl. reversibel/heilbar)

- mechanische Ursachen
(z.B. Schädel-Hirn-Trauma)
 - Toxische Ursachen
 - Mangelzustand
(z.B. Vitamin B12 oder Folsäure)
 - Psychische Ursachen, z.B.
Depression (Pseudo-Demenz)
 - Infektiöse Ursachen (z.B. AIDS)
- ca. 5%
aller Demenzen

Basiswissen für Helfer*innen

normale Vergesslichkeit

- Gelegentliches Vergessen unwichtiger Dinge oder Verlegen von kleinen Dingen wie Brille
- Verlegtes wird rasch wieder gefunden, meist an üblichen Plätzen
- Vergessen von eher unwichtigen Teilen von Erlebnissen
- Erinnern möglich
- Notizzettel und Merkhilfen werden genutzt
- Schriftlichen oder gesprochenen Anweisungen kann Folge geleistet werden.

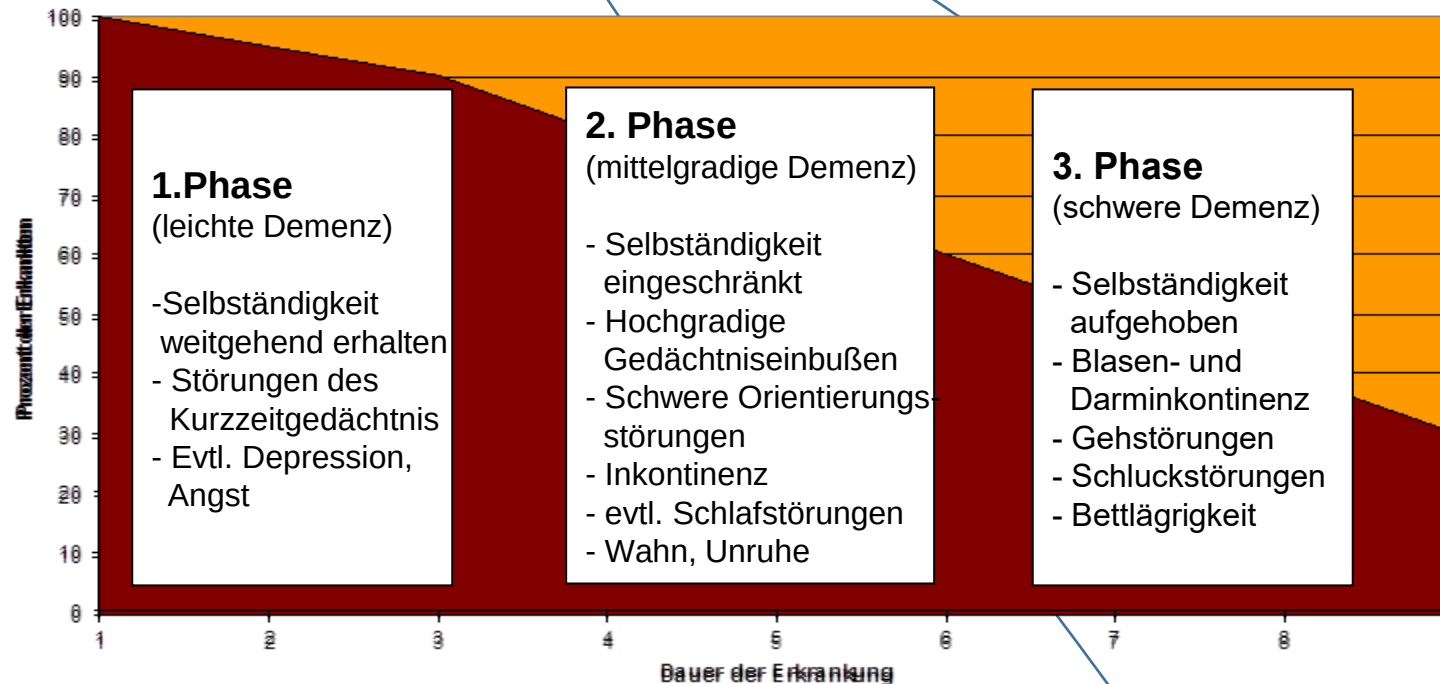
Demenz

- Häufiges Vergessen oder Verlegen wichtiger Gegenstände, z.B. Geldbeutel.
- große Mühe, Verlegtes wieder zu finden (oft an unüblichen Plätzen, z.B. Brille im Kühlschrank).
- Vergessen ganzer Erlebnisse.
- Nur selten später wieder Erinnern.
- Zunehmend nicht mehr in der Lage, Notizzettel und Merkhilfen zu nutzen.
- Kann gesprochenen bzw. schriftlichen Anweisungen zunehmend nicht mehr folgen.



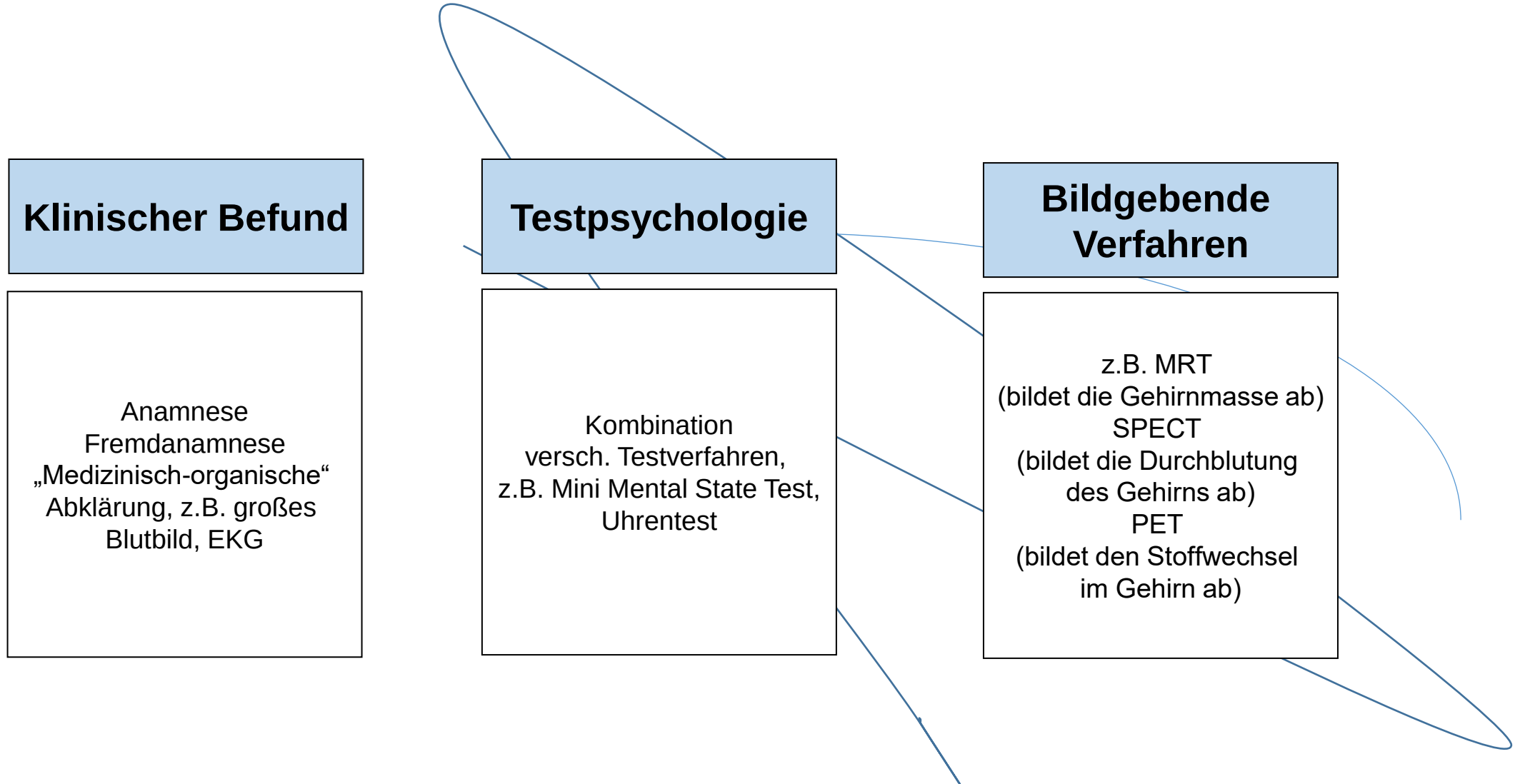
Basiswissen für Helfer*innen

Dauer und Verlauf der Alzheimer Krankheit



Basiswissen für Helfer*innen

Diagnostik bei Demenzerkrankungen



Basiswissen für Helfer*innen

Bewältigungsstrategien demenzkranker Menschen

„Abwehrmechanismen sind Ich-Leistungen, die das Individuum für seine psychische Entwicklung und sein psychisches Fortbestehen benötigt.“ (W. Baumann, Fachlexikon der sozialen Arbeit, 1997)

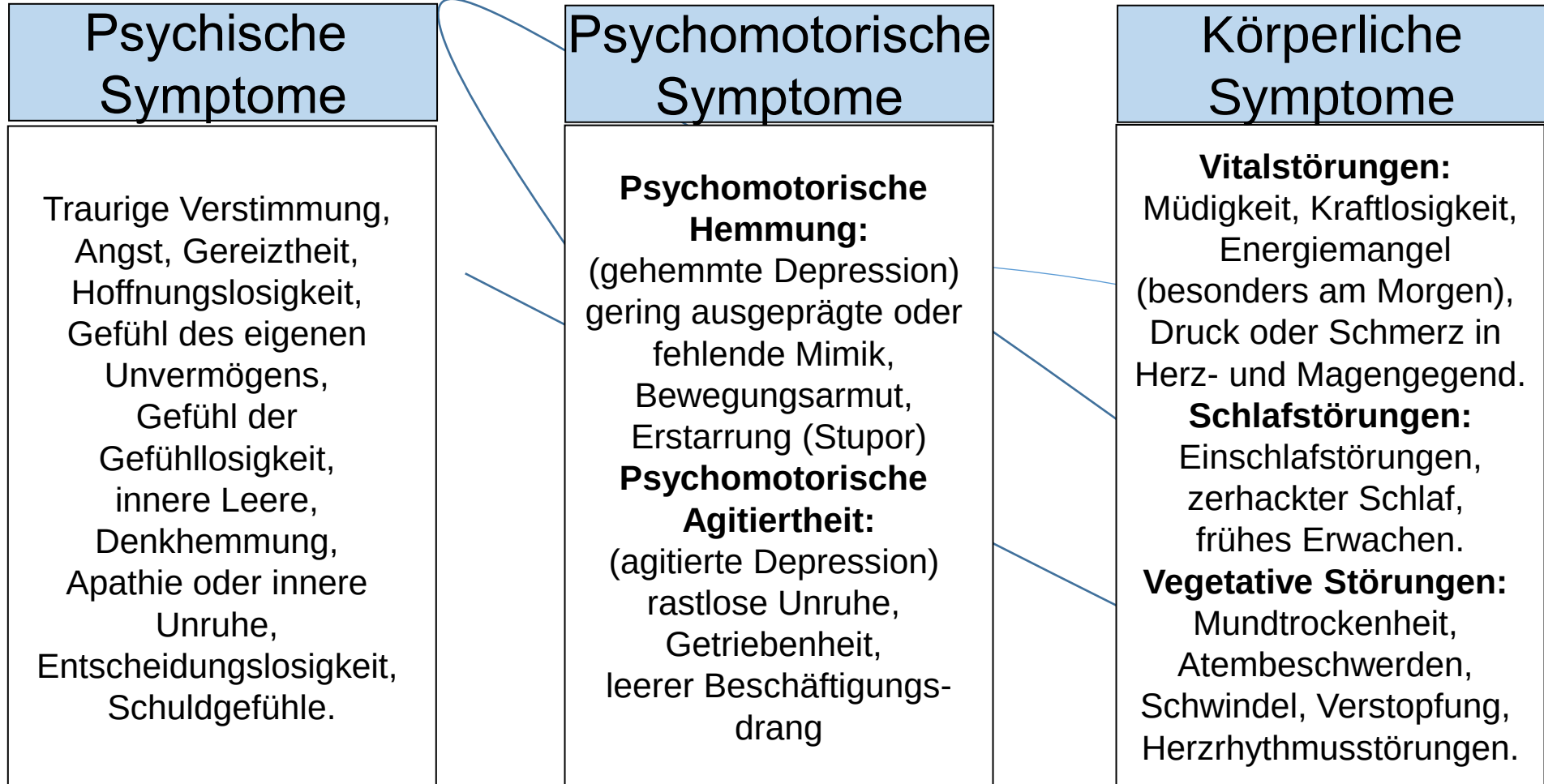
- Bagatellisieren („Das kann doch jedem mal passieren.“ Mit Humor überspielen)
- Rationalisieren (geschickte und in sich oft logische „Ausreden“)
- Fassadenverhalten und „Prüfungsverhalten“ (allgemeingültige Floskeln, höhere Leistungsfähigkeit, wenn Fremde dabei sind)
- Vermeidungsverhalten (Rückzug, Apathie)
- Projektion auf die Umwelt („Du hast mein Geld gestohlen!“)
- Kompensation (überall Merktettel, nichts mehr wegwerfen)

Basiswissen für Helfer*innen

Depression im Alter

- Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter.
- 10% aller über 65-Jährigen leiden an einer depressiven Störung.
- 2% der über 65-Jährigen leiden an einer schweren depressiven Erkrankung.
- Frauen leiden doppelt so häufig an einer Depression wie Männer.

Basiswissen für Helfer*innen



Basiswissen für Helfer*innen

Besonderheiten bei Depression im Alter

1. Verminderung des Antriebs und gedrückte Stimmung stehen eher im Hintergrund.
2. Häufig Somatisierung, d.h. vegetative Störungen wie Schlafstörungen, Atembeschwerden, Obstipation, Kopf- oder Herzschmerzen (sog. larvierte Depression).
3. Wahnhafte Symptomatik (sog. schizoaffektive Erkrankung).
4. Verhaltensstörungen
5. Störung der kognitiven Leistungsfähigkeit, d.h. verringerte Orientierungs- und Merkfähigkeit, Einschränkungen im abstrakten Denken (in ausgeprägten Fällen sog. ‚Pseudodemenz‘).
6. Neigung zu Substanzmissbrauch und Sucht.
7. Suizidgefahr.

Basiswissen für Helfer*innen

Therapie der Depression

1. Medikamentöse Therapie mit Antidepressiva:

- kann dämpfend, depressionslösend bzw. stimmungsaufhellend oder aktivierend bzw. antriebssteigernd wirken.
- wirkt erst nach einer Einnahmezeit von zwei Wochen.
- kann folgende Nebenwirkungen haben: Mundtrockenheit, Verschwommensehen, Störungen beim Wasserlassen, Erhöhung des Augeninnendrucks, Herzrhythmusstörungen.
- macht **nicht** abhängig und verändert **nicht** die Persönlichkeit.
- **Achtung:** Antriebssteigernde Medikamente erhöhen die Suizidgefahr, da die stimmungsaufhellende Wirkung meist erst verzögert eintritt!

2. Weitere Therapieformen:

- Lichttherapie, Schlafentzug, Elektrokrampftherapie (nur bei therapieresistenten Depressionen)

3. Psychotherapeutische Behandlung

Basiswissen für Helfer*innen

Hinweise auf eine Suizidgefahr

- Schwere depressive Verstimmung.
- vorangegangene Suizidversuche.
- direkte oder indirekte Suiziddrohungen.
- konkrete Vorstellungen über Durchführung und Vorbereitung.
- gelegentlich rasche unerwartete Besserung einer Depression und scheinbare Beseitigung suizidaler Tendenzen.

Basiswissen für Helfer*innen

Wahn und Halluzination im Alter

Wahn

- Falsche persönliche Überzeugung aufgrund unrichtiger Schlussfolgerungen über die Realität. Wird fest beibehalten trotz abweichender Ansichten trotz aller klaren Beweise des Gegenteils.
- Diese Überzeugung wird nicht von Angehörigen derselben Kultur oder Subkultur des Betreffenden geteilt (ist also z.B. kein religiöser Glaubensinhalt).

Halluzination

- Sinneswahrnehmungen des Betroffenen, die ohne reale Reizquelle existieren: Man hört Stimmen (obwohl keine Stimmen vorhanden sind), sieht, riecht oder schmeckt nicht vorhandene Dinge.
- auch Sinneseindrücke aus dem eigenen Körper, etwa Schmerzen, Hitze oder Kälte. Für den Betroffenen sind diese Sinneseindrücke genauso real wie echte Wahrnehmungen.

Basiswissen für Helfer*innen

Wahn und Halluzination bei Demenz

- Aufgrund der kognitiven Verluste und veränderten Sinneswahrnehmung (z.B. verändertes räumliches Sehen) entwickeln demenzkranke Menschen häufig Wahnsymptome und Halluzinationen.
- **Beispiele:**
 - Bestehlungswahn.
 - Wahrnehmung von Spiegelbildern oder der Spiegelung in dunklen Fensterscheiben als wirkliche Personen. Löst oft Angst oder Aggression aus.
 - Wahrnehmung von Szenen im Fernsehen als wirkliche Personen.
 - Es werden Menschen im Zimmer gesehen, obwohl niemand da ist.

Basiswissen für Helfer*innen

Abhängigkeitserkrankungen im Alter*

- Ca. 35.000 Bundesbürger sterben jährlich an den Folgen von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch.
- Die Zahl der Alkoholabhängigen im Alter nimmt eher ab, die der Medikamentenabhängigen eher zu.
- Von den 60 – 69-jährigen konsumieren über 50 % regelmäßig Alkohol.
- Von den 70-jährigen 80 % der Männer und 60 % der Frauen.
- Vermutlich rund 1,2 Mio. Menschen abhängig von Benzodiazepinen, etwa weitere 300.000 von anderen Arzneimitteln.
- Mehr als 20 % der über 60-jährigen Männer und Frauen werden als abhängig oder stark abhängigkeitsgefährdet durch Medikamente klassifiziert.

*Quellen: Lothar Schmidt u. Lutz G. Schmid in Jochen Denzin (Hrsg.), Sucht und Alter, 14. Symposium der FU Berlin, Tagungsdokumentation, 1999; Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation der Bundesregierung, BMfFSJ (Hrsg.)

Basiswissen für Helfer*innen

Probleme in der Erkennung von Abhängigkeit im

Alter*

- Nachlassende Toleranz; durch physiologische Veränderungen schwere Rauschzustände auch nach Einnahme geringer Mengen der Suchtsubstanz.
- Vernachlässigung von Interessen und Hobbys ist nur schwer von einem altersbedingten Rückzug zu trennen.
- Soziale Folgeschäden (Arbeitsplatzverlust, Trennung des Partners) sind im Alter ohnehin oft gegeben und werden nicht mit einer Abhängigkeitserkrankung in Verbindung gebracht.
- Alte Alkoholranke verhalten sich in der Öffentlichkeit sozial angepasst und zeigen kein desorganisiertes Verhalten.
- Verleugnungstendenzen bei Betroffenen sind besonders groß, da Abhängigkeit als Charakterschwäche und Versagen aufgefasst wird.
- Gesundheitliche Probleme wie chronische Schmerzen werden als Grund für exzessives Trinken oder Medikamenteneinnahme gesehen. Der Substanzgebrauch wird als Therapie interpretiert.
- Medizinisches und pflegerisches Personal haben die Einstellung, dass im Alter eine Therapie nicht erfolgreich ist und übersehen deshalb die Hinweise auf eine Abhängigkeitserkrankung.

*Quelle: Lutz G. Schmid in Jochen Denzin (Hrsg.), Sucht und Alter, 14. Symposium der FU Berlin, Tagungsdokumentation, 1999

Basiswissen für Helfer*innen

Hinweise auf Alkoholabhängigkeit im Alter

- Häufige Stürze, Hämatome, verbrannte Finger
- häufige Aufnahme in Erste-Hilfe-Stationen
- gerötetes Gesicht, Hautveränderungen
- Ernährungsstörungen
- erhöhte Infektanfälligkeit
- auffällige Schlafgewohnheiten, Schlafstörungen
- Ängste, Panikattacken, Depressionen, Suizidalität
- Konzentrationsstörungen, Gedächtnisprobleme
- internistische Probleme, Störungen des Magen-Darm-Traktes, instabiler Diabetes mellitus, ...

Basiswissen für Helfer*innen

Hinweise auf Medikamentenabhängigkeit im Alter

- Dosissteigerung (nicht immer zu beobachten)
- Einnahme ohne medizinische Indikation
- auffallendes Insistieren auf nicht ärztlich begründeten Verschreibungen
- Rezeptbeschaffung über Dritte, mehrere Ärzte oder über Fälschungen
- auffallende Verhaltensänderungen in Abhängigkeit von Intoxikation und Entzug
- auffällige Wesensänderungen (meist Verlangsamung, Zunahme von Interesselosigkeit), seltener Wahn oder Halluzinationen
- häufige Krankenhausaufnahme in intoxikiertem Zustand oder nach Suizidversuchen

Basiswissen für Helfer*innen

Medikamente, die ältere Menschen häufig einnehmen*

- **Tranquilizer:** Beruhigungsmittel mit Suchtpotential, sind in zahlreichen Kombinationsmitteln enthalten und weisen unterschiedlich schnelle Gewöhnungstendenzen in ihren Wirkungsqualitäten auf. Wird das Medikament plötzlich abgesetzt, kann es zu Entzugssymptomen kommen wie Schlaflosigkeit, Agitiertheit und Angst (Rebound-Effekt). Diese Symptome werden irrtümlich als Krankheitszeichen gedeutet, wogegen ursprünglich das Medikament eingesetzt wurde.
- **Analgetika:** Schmerzstillende Mittel, werden sehr häufig gegen chronische Schmerzen eingenommen. Problematisch sind Kombinationspräparate, wenn diese Substanzen enthalten, die keine Schmerzen stillen wie z.B. Koffein. Diese können zu rascher körperlicher Abhängigkeit führen und bei plötzlichem Absetzen kann der oft beschriebene Koffein-Entzugskopfschmerz auftreten, was zu erneuter Einnahme führt.
- **Laxanzien:** Wirken abführend durch unterschiedliche Wirkprinzipien. Sie werden oft als Selbstmedikation eingenommen. Die längerfristige Einnahme führt bei einigen Präparaten zu Elektrolytstoffwechselstörungen, besonders Kaliumverlust, der wiederum die Obstipation (Verstopfung) verstärkt.

*Quelle: Elisabeth Höwler, Gerontopsychiatrische Pflege, 2000

AutArbIN



Autismus-Arbeit-Integration-Nord

gGmbH

Kieler Straße 53

24768 Rendsburg

04331 1359659

So einen großen Teil haben Sie schon bewältigt. Nach der Bearbeitung von ein paar leichten Fragen werden Sie sofort in den nächsten Arbeitskomplex weitergeleitet.