

Die Pflege depressiver alter Menschen

Depressionen in der geriatrischen Pflege: Formen, Verlauf und Symptome

Unter einer Depression versteht man grundsätzlich eine affektive Störung, was hier bedeutet, dass es sich um eine Erkrankung handelt, die mit einer starken Veränderung der Stimmung einhergeht. Bei der Depression steht zunächst eine niedergedrückte Stimmung im Vordergrund, die von vielen verschiedenen psychischen und physischen Veränderungen begleitet sein kann – ebenso sind psychosoziale Symptome (etwa die Veränderung bzw. Verringerung sozialer Kontakte) zu beobachten; typischerweise ist im Zusammenhang mit einer Depression auch der Antrieb eines Menschen deutlich reduziert.

Was die Stimmung betrifft: Depressionen sind nicht zu verwechseln mit „normaler“ Traurigkeit, sondern können das Empfinden, Erleben und Verhalten eines Menschen völlig verändern (und damit auch seine Selbstwahrnehmung und die Art, mit anderen zu interagieren). Depressionen werden unterschiedlich klassifiziert, häufig als multifaktorielles Geschehen betrachtet, können unterschiedlichen Verlauf und Ursachen haben und etwa mit manischen Phasen (eine Manie ist durch abnorm gesteigerten Antrieb und Stimmung gekennzeichnet) wechseln und sind dann Teil einer so genannten bipolaren Störung (auch: manisch-depressive Erkrankung oder bipolare affektive Störung); Sie können eine Reaktion auf belastende äußere Ereignisse bzw. Faktoren sein (Trennung, Verlust eines nahen Angehörigen, Krankheit u. Ä.), man spricht dann von einer reaktiven Depression; sie können aber auch ihre Ursachen in körperlichen Erkrankungen wie etwa Schilddrüsenfunktionsstörungen haben; es handelt sich also um organisch bedingte Depressionen; Sie können unbewusste, unbewältigte Konflikte bzw. überhaupt unterschiedliche psychische Probleme zur Ursache haben, was als neurotische bzw. psychogene Depression bezeichnet wird; oder in Zusammenhang mit



Depressive alte Menschen sollen gefördert, aber nicht überfordert werden.

anderen psychischen Erkrankungen, etwa Psychosen (das sind psychische Störungen, die mit Verlust des Realitätsbezuges verbunden sind) auftreten.

Außerdem können Depressionen

... von den Jahreszeiten abhängig sein, wobei dem Mangel an Licht Bedeutung beigemessen wird („Winterdepression“),
 ... in bestimmten Lebensphasen auftreten, etwa als Altersdepression (ein anderes Beispiel hierfür ist die so genannte Wochenbettdepression),
 ... oder im Gefolge lange andauernder starker Belastung entstehen, etwa in Form der Erschöpfungsdepression.

Larvierte (larviert bedeutet „maskiert“, „versteckt“) Depressionen sind oft nicht als solche erkennbar, da körperlich-vegetative Symptome (typischerweise frühes Erwachen, Ein- und Durchschlafstörungen, Störungen des Appetits, Störungen der Verdauung, der Libido, Schwitzen u. Ä.) neben anderen körperlichen Missempfindungen im Vordergrund stehen und damit die depressive Stimmung maskieren bzw. überlagern.

Trotz gehemmten Antriebs ist es möglich, dass die Betroffenen unter innerer

Unruhe leiden, was auch mit Angst verbunden sein kann. Es gibt allerdings auch Zustände motorischer Erregung, in denen der Erkrankte unruhig auf und ab läuft, rastlos wirkt, etwa abwechselnd seine Hände drückt usw. Liegen derlei Symptome vor, handelt es sich um eine agitierte Depression.

Symptome einer Depression können sein:

- Affektstörungen (etwa Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Freudlosigkeit und Bedrücktheit, das Gefühl, sich gar nicht zu „spüren“, Gereiztheit)
- Störungen des Antriebs (Mattigkeit, nicht erklärbare Müdigkeit, Passivität, der Verlust von Interessen, aber auch gesteigerter Antrieb im Sinne einer Agitiertheit mit Unruhe und Erregbarkeit; siehe oben)
- Störungen des Denkens (negative Selbstwahrnehmung, etwa Gefühle der Schuld oder der „Wertlosigkeit“, des „Überflüssigseins“, bis hin zur Wahnbildung; gestörte Konzentrations- bzw. Merkfähigkeit; es kann zum „Grübelzwang“ kommen, bei dem nur wenige, meist ängstigende oder bedrückende Gedanken im Vordergrund stehen)

¹ Mag. Esther Matolycz, Wien
 Arbeitsschwerpunkte: Aus-, Fort- und Weiterbildung, Berufspädagogik (v. A. des Gesundheitswesens), Geriatrische Pflege (Analyse, Konzeption, Beratung)

ckende Themen im Zentrum der Gedanken des Betroffenen stehen)

- das Gefühl des Sinnverlusts (bis hin zu Suizidgedanken oder Suizid) und andere Begleitstörungen wie Schlafstörungen, Ängste oder Veränderungen des Appetits
- und schließlich verschiedene körperliche Symptome (nach Nigg/Steidl 2005, S. 98 f.)

Häufig lässt sich – gerade in Zusammenhang mit dem typischerweise herabgesetzten Antrieb – kaum Mimik beobachten, die Betroffenen wirken müde, der Gesichtsausdruck kann erstarrt und die Bewegung verlangsamt sein. Bei schwerem Verlauf der Erkrankung kann es zum depressiven Stupor kommen (Stupor = Zustand der Starrheit, bei dem keine körperlichen oder psychischen Aktivitäten erkennbar sind, wobei Umgebungsreize aufgenommen werden und das Bewusstsein wach ist), was bedeutet, dass der Klient dann in allen Lebensaktivitäten Unterstützung benötigt.

Weiters kann es (siehe auch oben) bei schweren Depressionen zum Auftreten psychotischer Symptome (wie etwa Wahn) kommen, wobei der Inhalt dieses Wahns oft mit Gefühlen der Schuld oder der Verarmung zu tun haben kann. Ebenso sind hypochondrische Motive möglich (jemand ist fälschlicherweise davon überzeugt, an einer bestimmten Krankheit zu leiden, und ist von dieser Idee nicht abzubringen), was häufig das negative Selbsterleben des Depressiven widerspiegelt.

Behandelt werden Depressionen – je nach Ursache, Verlauf und Typ – medikamentös, mittels Wach- oder Lichttherapie, Psychotherapie oder der so genannten Elektrokrampftherapie.

Bei alten Menschen treten Depressionen besonders häufig auf, werden allerdings nicht immer erkannt, da viele der Symptome dem Prozess des Alterns zugeschrieben werden.

Die Entstehung von Depressionen im Alter wird durch verschiedene Faktoren begünstigt. Beispielsweise spielen die belastenden Lebensereignisse eine Rolle, die in Zusammenhang mit steigendem Lebensalter zunehmen können und mit Verlusten in vielerlei Hinsicht einhergehen können (Verlust naher Angehöriger und Freunde, Verlust der „Jugend“, Einbußen hinsichtlich der Unabhängigkeit, erhöhter Bedarf an Unterstützung u.v.m.).

- Depressionen sind oft schwer zu diagnostizieren, da bei alten Menschen meist die eben genannten Faktoren ne-

Buchempfehlung

 SpringerWienNewYork



Pflege von alten Menschen

Esther Matolyecz

1st Edition., 2011, 286 S. Softcover,
ISBN 978-3-211-99676-8
Preis: 24,27 Euro

Das vorliegende Lehrbuch orientiert sich am österreichischen Curriculum für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege. In 33 Kapiteln, die nach neun größeren Themenkomplexen geordnet sind, behandelt es die wesentlichen Themenschwerpunkte des Unterrichtsfachs „Pflege von alten Menschen“.

ben anderen – etwa somatischen (d. h. körperlichen) oder innerpsychischen – auftreten und mitunter nicht leicht von demenziellen Erkrankungen abzugrenzen sind.

- Häufig werden in Zusammenhang mit einer Depression vorwiegend die körperlichen Beschwerden angegeben, was man als Somatisierungstendenz bezeichnet.
- Auch spielen Einflüsse aus dem psychosozialen Bereich eine tragende Rolle, was etwa mit zunehmender Angst vor Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit, dem Verlust von Kontrolle, sozialer Isolation u.v.m. zu tun haben kann.
- Grundsätzlich kann die Altersdepression aber viele verschiedene Ursachen haben.

Pflegeinterventionen und Praxistipps

Was in der Pflege depressiver alter Menschen zu beachten ist:

- Die Versorgung und Begleitung depressiver Betagter gehört zu den anspruchsvollsten und zugleich beanspruchendsten Pflegesituationen überhaupt, da die bedrückte Stimmung, der herabgesetzte Antrieb und die Passivität bzw. Gereiztheit, fallweise auch Aggression, belastend sind.
- Die Erkrankung kann dazu führen, dass der Betagte seinen Körper vernachlässigt, zu wenig isst und trinkt und nur unzureichend schlafen kann. Unterstützung ist, je nach Ausprägtheit dieser Situation, für die einzelnen Lebensaktivitäten teilweise nötig – oder sie müssen (zumindest zeitweilig) ganz übernommen werden.
- Depressive Betagte sind meist nicht in der Lage, sich sinnvoll zu beschäftigen

– was mit der Stimmungslage, mangelndem Antrieb, Grübelzwang und negativen Gedanken begründet ist, denen die gesamte Aufmerksamkeit des Betroffenen gilt. Auch im Fall innerer Unruhe bzw. Agitiertheit ist das nicht möglich.

- Werden Beschäftigungsangebote gegeben, muss bedacht werden, dass der Klient zwar einerseits gefördert werden muss, andererseits aber auch nicht überfordert werden darf, da dies die Klienten in ihrer negativen und abwertenden Weise, sich selbst wahrzunehmen, bestärken und in der Folge zum Rückzug führen kann.
- Es ist möglich, dass Pflegenden aufgrund der Antriebs- und Entscheidungsschwäche das Gefühl bekommen können, der depressive Klient wolle nichts an seiner Situation ändern bzw. sei im Grunde genommen sogar zufrieden damit. Tatsache ist, dass es grundsätzlich zwar durchaus Krankheitsgewinn gibt, das Erleben in Zusammenhang mit Depression dies aber nicht zulässt: Der depressive Mensch leidet in jedem Fall stärker unter seiner Erkrankung, als ihm die Versorgung bzw. Pflege „Benefit“ ist. Antriebschwäche ist nicht mit Bequemlichkeit zu verwechseln, weshalb Aufforderungen, sich „zusammenzureißen“, nichts bringen – denn genau das kann der Betroffene nicht; auch Angehörige müssen hierüber informiert sein.
- Umgekehrt dürfen Pflegenden auch nicht erwarten, durch freundliche, einfühlsame Gespräche die Depression zu bessern oder die Niedergedrücktheit zu verringern (was nicht bedeutet, dass diese Art der Zuwendung nicht trotzdem wichtig und richtig ist – wesentlich ist nur, dass man sich dabei keinen falschen Hoffnungen/Erwartungen

hingibt). Auch hier gilt, dass es gut ist, wenn die Angehörigen diesbezüglich informiert sind.

- Haben Depressive übersteigerte, in keinem Verhältnis zur Realität stehende Schuldgefühle, Verarmungs-ideen oder (hypochondrische) Krankheitsängste, können diese ebenfalls nicht „ausgeredet“ werden, im Gegenteil: Das kann den Eindruck verstärken, nicht verstanden zu werden.
- Zuzuhören und den Betroffenen über sein Erleben und Befinden zu befragen, ist hilfreich. Ebenso kann es helfen zu erklären, dass Schuld-, Angst-, Trauer- oder Minderwertigkeitsgefühle zum Krankheitsbild gehören und auch andere Betroffene dies so empfinden. Wichtig ist zu betonen, dass der unangenehme Zustand vorübergehend und Symptom einer Erkrankung ist.
- Es ist nicht zu empfehlen, dem Klienten einreden zu wollen, dass es ihm „schon viel besser“ gehe oder Ähnliches, da ihn dies – im Gegenteil – unter Druck setzen kann. Fragen sollten so formuliert werden, dass der Betroffene über eine evtl. empfundene Besserung selbst berichten kann.
- Dem depressiven Betagten soll die Möglichkeit geboten werden, Erfolge zu haben. Kleine Schritte zur Motivation sollten versucht werden: kurze

Zeit mit anderen zu verbringen (zumindest in Anwesenheit anderer), kleine Aufgaben zu übernehmen und Schritt für Schritt wieder mehr für sich selbst zu sorgen und sich an der Körperpflege u. Ä. zu beteiligen.

- Reizüberflutung und Überforderung können die Situation verschlimmern, während Erfolgserlebnisse gut tun; wenn möglich, kann sich der Betagte an der Pflegeplanung beteiligen.
- Bewegung und Umgebungswechsel können gut tun – es ist sinnvoll, immer wieder einmal zu versuchen, den Betagten dazu zu motivieren; besonders Schlafen am Vormittag fördert Ein- und Durchschlafstörungen. Typisch ist allerdings bei vielen Depressiven ein starkes Stimmungs- und Antriebstief am Morgen.
- Abends sind Einschlafrituale hilfreich: warme Getränke, evtl. Entspannungstechniken oder Rituale zur Vorbereitung des Schlafs, denen eine ruhige Phase vorausgegangen ist.
- Es ist gut, depressiven Klienten möglichst viel Möglichkeit zur Kontrolle der eigenen Belange einzuräumen. Ebenso positiv kann es sein, sie über alles zu informieren, was therapeutisch (etwa Medikamenteneinnahme) oder pflegerisch (etwa Anleitung zur Körperpflege – ohne sie ganz zu übernehmen, ob-

wohl dem Klienten das vielleicht angenehmer wäre) unternommen wird.

- Besonders wichtig im Umgang mit depressiven Betagten ist ehrliches, echtes Auftreten. Pflegende können durchaus auch einmal zum Ausdruck bringen, was die Situation für sie schwierig macht; insgesamt wird diese Echtheit besser ertragen als überfreundliches, besonders überschwängliches Verhalten. ■

Quelle: Esther Matolycz: Pflege von alten Menschen, Springer WienNewYork 2011, 286 S. ISBN 978-3-211-99676-8, mit freundlicher Genehmigung der Autorin

Korrespondenz: Mag. Esther Matolycz
E-Mail: nachricht@esther-matolycz.at

LITERATUR

- Grond E** (2003) Pflege Demenzkranker. Brigitte Kunz Verlag, Hannover
Köther I (Hg) (2005) Altenpflege. Zeitgemäß und zukunftsweisend. Thieme, Stuttgart
Menche N (Hg) (2004) Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. Elsevier, Urban & Fischer, München, 3., vollständig überarbeitete Auflage
Nigg B, Steidl S (2005) Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Facultas, Wien

SpringerMedizin.at

Weitere Informationen unter:
www.SpringerMedizin.at/

Im Gesundheitswesen geht sehr viel schief

Mit Teammanagement lassen sich Fehler reduzieren und Schäden vermeiden

Etwa 60 Prozent der Schadensfälle in einem Krankenhaus werden im OP verursacht. Ein gut eingespieltes Team und der Einsatz einer Checkliste reduzieren laut einer WHO-Studie aus dem Jahr 2009 Komplikationen in diesem Bereich um etwa 30 Prozent. Allerdings: Diese Ergebnisse wurden in der Folge nicht besonders breit diskutiert und eine flächendeckende Umsetzung in den Alltag ist ausgeblieben. Die Rolle des Teams in Sachen Patientensicherheit stand kürzlich im Mittelpunkt des 20. ABBOTT Medical Circle in Wien.

„Wie wir wissen, geht im Gesundheitswesen sehr viel schief“, erklärte Patientenmanagement sprecher Dr. Gerald Bachinger. Neben Fehlern im OP geht es dabei auch um die Medikamentensicherheit und die Versorgungsqualität, sowohl im Spital als auch im

niedergelassenen Bereich. „Einer Studie aus Salzburg aus 2009 zufolge“, so Bachinger, „kommen 50 Prozent der Patienten über 60 Jahren wegen schlechter Versorgungsqualität ins Krankenhaus.“ Die Verschreibung von zu vielen Medikamenten oder Medikamenten, die ihre Wirkung gegenseitig negativ beeinflussen, könnten mit dem Instrument der E-Medikation deutlich reduziert werden. Derzeit gibt es jedoch vor allem von Seiten der Ärzte Vorbehalte.

Die Konsequenzen aus Fehlmedikationen sind allerdings glücklicherweise meist weniger dramatisch: Nur in fünf Prozent dieser Fehler komme es, so Univ.-Prof. Dr. Norbert Pateisky, Leiter der Abteilung für klinisches Risikomanagement und Patientensicherheit an der Universitätsfrauenklinik Wien, zu einem Schaden. Alle Fehler kann man nie vermeiden, meinte Pateisky, das Ziel von Risikomanagement

ist aber, keinen Schaden zu erzeugen, indem Fehler im Ansatz erkannt, beendet und möglichst behoben werden. Dies sei nachgewiesermaßen in einem guten Teamklima wesentlich besser möglich, als bei Spannungen im Team. Daher ist das gemeinsame Training des Teams von großer Bedeutung, auch um den gemeinsamen Umgang mit der Checkliste zu üben.

„Anordnen von oben nützt nichts“, so Pateisky. „Das wichtigste ist, dass das Team zum Team wird. Dazu benötigt es Training und Schulung.“ Es gehe dabei, so Bachinger, ebenso um die emotionale Ebene und eine offene Fehlerkultur – auch gegenüber dem Patienten. ■

ki

Quelle: 20. ABBOTT Medical Circle Jubiläumsveranstaltung – Gesprächsrunde, ‚Medical Team Training‘ – der Golden Standard in Sachen Patientensicherheit?, 20. Juni 2011, Wien