



Wie kann Medizin bei Krisen helfen?

Fachtag 27.09.2016

„ALTER, TRAUMA UND DEMENZ“

Caritas-Krankenhaus St. Josef

Regensburg

SEGA e.V.



„Seelische Krisen im Alter“

Vortrag von
Dr. med. Klaus Gebel



Krise



Genese

- Eine innere/äußere Belastung gefährdet das seelische + psychosoziale Gleichgewicht eines Individuum
- Viele psychische Energie wird in der Bewältigung dieser Krise gebunden
- Zunächst Unbehagen + Anspannung
- Falls keine Lösung gelingt → ggf. Krankheitssymptome



Krisenformen

- Entwicklungskrise
- Belastungskrisen (Krankheit, psychosozialer Stress)
- Veränderungskrisen
- Chronische Krisen
- Notfall: spezieller Fall einer Krise akut → sofortiger Handlungsbedarf



Risikofaktoren für Krisen

- Lebensgeschichte
- Körperliche Störung
- Psychische Störung
- Soziale Belastung
- Wechsel grundlegender sozialer Lebensbedingungen
- Beziehungsmangel, -störung



Krisen

- sind vielfältig/ vielgestaltig
- Schlüsselsituationen
→ oberstes Maxime
- Gefahr erkennen, aber auch:
- Chance erkennen und nutzen
(Beispiel griechische Tragödien)



Kriseninterventionstherapie

a.)

- Medikamentös
- Neuroleptika, Haldol i. v. Seroquel 200mg
- Antidepressiva
- Benzodiazepine
- Varia (Clomethiazol)



Kriseninterventionstherapie

b.)

- nicht medikamentös
- Psychotherapie, v.a. Krisenintervention
- Änderung der Umgebungssituation
- Akute psychosoziale Intervention
- Stationäre Therapie
- Ergotherapie / Physiotherapie
- Sozialarbeit

Psycho Dynamik – akute seelische Not



- Einengung der Wahrnehmung auf Kränkung und Verlust
- Schwarz-Weiß-Denken
- Depressiv und aggressiv – misstrauische Stimmung
- Affektlabilität
- Starres Rollenverhalten (Patientenrolle)
- Unflexibles Problemlöseverhalten
- Hyperarousal
- Sozialer Rückzug
- Interne Kommunikationsstörung

Grundlagen der Beziehungsgestaltung

- Anpassung an Krisen- bzw. erkrankungsbedingte Beeinträchtigung des Erlebens und der Kommunikation
 - Qualitativ
 - Quantitativ
- Örtlichkeit der Krisenintervention auszuwählen
- Anordnung Stühle / Blickrichtung
- Umgebung auf Sicherheit zu prüfen
 - Fluchtweg
 - gefährlich
 - Gegenstände
- Ausreichendes Zeitmanagement
- Erstziel: sich über die nächsten Stunden zu bringen
nicht Lösung der Krise / Konflikte
- Roger Kriterien, im weiteren Verlauf direkter
- Sprache: Klar, verständlich, Wiederholungen, Zusammenfassungen (Intellekt angepasst)
- Bezugspartner ggf. involvieren



Explorationstechniken

1. Holen Sie den Patienten dort ab, wo er ist
2. Versuchen Sie ihn wirklich zu verstehen
3. Zirkuläre und suggestive Techniken
4. Vom Gesunden ins Pathologische explorieren
5. Bedeutungszusammenhänge aus der Sicht des Betroffenen erfragen
6. Keine Interpretation oder Deutung
7. Beachtung der Körpersprache
8. Beachtung / Bearbeitung des Affektes
9. Auf Verständlichkeit achten



Allgemeine Regeln I

- Zeit gewinnen, zu weiteren Gesprächen einladen, Interesse wecken
 - Auftrag für nächste Sitzung (Für/Wider-Liste)
 - Entstreuerung



Allgemeine Regeln II

- Brücken bauen, Zukunftsanker setzen, Selbstverpflichtungen – Verträge
 - Verpflichtet sich, bis zum nächsten Termin auf sein Leben aufzupassen (gemäß gemeinsamen Krisenplan)



Allgemeine Regeln III

- Direktes Ansprechen von Sorgen und Bitten
 - Von Seiten des Therapeuten sollten direkt angesprochen werden (z.B. bitte treten Sie vom Fenster zurück)



Allgemeine Regeln IV

- Problem/lösungsorientierte Verfahren im Hier und Jetzt
- Aus Zukunft heraus, wenn Problem nicht mehr besteht
- Oder Zukunft vorstellen ohne Problem



Allgemeine Regeln V

- Perspektivenwechsel
 - Folgen des Suicids für sich und Angehörige



Prinzipien der Notfallintervention

- Zeit nehmen
- Ziel anstreben: Gefahr eingrenzen + Chance erkennen
- Aktiv eingreifen und Ablauf moderieren
- Auftragslage klären und benennen
- von Schlüsselsyndromen ausgehen
- Aufgabe auf Lösbarkeit eingrenzen und Prioritäten setzen
- Setting prognostisch definieren
- Kommunikationskompetenz beachten
- Vernetzen
- Alle verfügbaren Ressourcen einsetzen
- Methodisch vorgehen



Therapeutische Haltung

- Intervention ist nicht Manipulation
- Akute Seelennot kann bei Helfern emotional vieles auslösen
- Empathie und Abgrenzung
- Therapeutische Chancen nutzen
- Vorsichtig vor ungünstigen Auswirkungen aktiver Einflussnahme (Idealisierung, Dependenz etc.)
- Humor bedeutet Fähigkeit zur Perspektivenwechsel und innerer Distanzzunahme



Allgemeine Richtlinien der Krisenintervention

1. Setting schaffen
 - Vorstellung (Namen, Auftrag, Rolle)
 - Ziel der Intervention erklären
 - Information über den vorgesehenen Interventionsablauf
2. Patient und Angehörige aktivieren
 - Tee machen lassen, Fragen zur Person stellen, nach Haustier fragen, interessierte Bemerkungen zur Person oder deren Umgebung



Allgemeine Richtlinien der Krisenintervention

3. Gesprächsführung

Beginn: zuhören und offene Fragen stellen und zunächst keine Stellung beziehen.

offen, echt, empathisch und abgegrenzt
und Destruktivem Grenzen setzen

4. Nach und nach Stellung beziehen

Allgemeine Richtlinien der Krisenintervention



5. Abklärung

- Notfallanlass
- Gegenwart / Lebenssituation
 - soziales Netz
 - psychosoziale Kompetenz
 - destruktive Momente
 - Belastungen – Ressourcen
- Zukunft
 - Befürchtungen / Hoffnungen

6. Beurteilung + Hilfsstrategie

- psychisch-körperliche Gefährdung
- psychosoziale Gefährdung (Kommunikationsfähigkeit (Suizidalität))
- Hilfsstrategie



Gründe für Krisen im Alter

- psychosoziale Schwellensituationen
- Verlust sozialer
Unterstützungsstrukturen
- Comorbidität
- Polypharmazie
- Abnehmende kognitive Fähigkeiten
- Im Alter ist Gesundheit die Ausnahme

Besonderheiten von Alterkrisen



- manche kommen nicht/selten vor (Drogenintoxikation/ bestimmte Persönlichkeitsstörung- Borderline)
 - Spezielle Alterkrisen: verwirrt- benommen
 - Eingeschränkte Mobilität/grobe Kraft
 - Eingeschränkte kognitive Fertigkeiten
 - Eingeschränkte Kommunikation
 - Eingeschränkte Wahrnehmung
- aber:
- erhöhte Abgeklärtheit (nicht 1. Krise)
 - erhöhter Wissensschatz
 - erhöhte Leistungs-/ Konfliktbewältigungsmöglichkeiten
 - Lebenserfahrung/ Weisheit
 - Gedächtnisstörung (vergisst eher)



Schlüsselsymptome von Alterskrisen

- Benommen, verwirrt (Intoxikation, Delir, Demenz)
- Unruhig, chronisch wahnhaft (Psychosen)
- Verzweifelt, suizidal (Depression)
- Angst, Panik (Angstsyndrome)

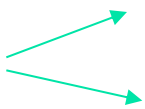


Demenz – allgemeine Aspekte

- Ca. 1,2 Mill. Demente in Deutschland
- Jede Dekade fast Verdoppelung der Prävalenz (65J. Ca. 5%, 90J. Ca. 40%)
- Zunahme in nächsten Jahrzehnten
- Keine Durchblutungsstörungen, sondern Proteinopathie
- Pathogenese multifaktorelle, aber im Wesentlichen „Prion-ähnlicher Mechanismus“



Demenz-Formen

- SDAT
- Vasculäre Demenz, v. a. subcorticale arteriosklerotische Encephalopathie
- Lewy-body-disease/Parkinsondemenz
- Frontale Demenz 
 - Verhaltensvariante
 - primär progressive Aphasien
- Demenz bei M. Huntington, extrapyramidalmotorische Erkrankungen
- Demenz bei Autoimmunopathien
- Sekundäre Demenzformen
(Vit.B12,Hyperthyreose,Normaldruckhydrocephalus etc.)

Stadieneinteilung des Verlaufes der Demenzen

- Stadium I : Asymptomatische Amyloidosis
 - Amyloid PET positiv
 - niedrige Liquorkonzentration Amyloid 42
- Stadium II : Amyloidose + Neurodegeneration
 - Neuronale Dysfunktion im FDG-PET / fMRI
 - Hohes Liquor Tan /p Tan
 - corticales Thinning /Hippocampusatrophie im NMR
- Stadium III : Amyloidose + Neurodegeneration + leichte kognitive Beeinträchtigung
 - Nachweis der kognitiven Abnahme vom Basislevel
 - noch keine MCI
- Stadium IV : subjektive kognitive Beeinträchtigung (SCI)
- Stadium V : Milde kognitive Beeinträchtigung (MCI)
- Stadium VI : Demenz



DD Delir / Demenz

Delir

Akuter Beginn

**Fluktuierender, schnell
wechselnder Verlauf**

Dauer < 6 Monate

v. a. Konzentration / Vigilanz

Quantitatives Bewusstsein

**Sehr suggestibel und reagibel
auf externe Reize**

Demenz

Gradueller langsamer Beginn

Nur langsame Änderungen

Dauer > 6 Monate

Gedächtnis, Sprache, Verhalten

**Durch äußere Trigger wenig
beeinflussbar**



DD MCI / Demenz

MCI

**Subjektive Klagen über
Gedächtnisstörungen /**

**kognitives Abnehmen
Nachweis der Abnahme in mind.
1 kognitiven Test**

**Fremdanamnestic Hinweise
auf kognitiven Abbau**

Keine Alltagsbeeinträchtigung

Demenz

**Subjektive Klagen über
Gedächtnisstörungen /**

**kognitives Abnehmen
Nachweis der Abnahme in mind.
1 kognitiven Test**

**Fremdanamnestic Hinweise
auf kognitiven Abbau**

**Durch kognitive Defizite im
Alltag beeinträchtigt – braucht
Hilfe / Unterstützung Dritter**

Benommen/Verwirrt = Delir

Quantitativ

→ Lebensgefahr

Somnolent/schläfrig
soporos
komatös
benommen

Qualitativ

delirant

hyperaktiv
hyopaktiv

dissoziiert

desorientiert

psychomotorischer Status



Delirium – Phänomenologie

- globale kognitive Beeinträchtigung
 - Verwirrtheit
 - Desorientierung
 - Bewusstseinsstörung
 - Aufmerksamkeitsstörung
 - Gedächtnisstörung
 - Konfabulation
 - Halluzination/Wahn
- Wahrnehmungsstörung
- gestörter Schlaf- und Wachrhythmus
- Fluktuierendes Bild



Auslöser/Ursachen eines Delirs

- meist grundlegende Ursachen
 - Einschränkung/Abnahme der neurokognitiven Fähigkeiten
 - z. B. MCI, beginnende Demenz
- von außen längere Einwirkung, eine akute Belastung
 - Ortswechsel
 - Sens. Unter-/Überstimulationen
 - Flüssigkeit- bzw. Volumenmangel
 - Medikamente
 - Operationen
 - cardiopulmonale Einschränkung
 - akute Erkrankung/ Infektion
 - Nierenschwäche
 - Durchfall/Erbrechen



Delir – Stresstest fürs Gehirn

- → 1. therapeutische Maßnahmen
 - Ursache(n) klären und evaluieren



Interventionen bei Delir

- Desorientierung: häufige Reorientierung, Gedächtnishilfen (Kalender und Familienfotos)
- Umgebungsablenkung: stabile, ruhige, bekannte Umgebung
- Unbekannte Umgebung: vertrautes Pflegepersonal, familiäre Pflege, Erklärung aller Verrichtungen, Patienten immer wieder Beruhigen und reorientieren.
- Sensorische Defizite: Korrektur mit Hilfen



Behandlung des Delirs

- Sicherstellung adäquater Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Kontrolle von Vitalzeichen, Labordaten und körperliche Untersuchung zur Evaluierung der Ätiologie
- Erklären sie alle Geschehnisse für den Patienten, seinen Verständnis und Vermögen entsprechend
- Versorgung mit vertrauten Gesichtern/Objekten
- Personalwechsel minimieren
- Reorientiere häufig, mind. 2x täglich
- Reorientierung zum Verlassen des Krankenhauses, falls möglich
- Wenn möglich, Medikamente reduzieren
- Monitoring Stuhl/Harnfunktionen
- Kontrolle des Fiebers
- Vermeide sensorische Unter-/Überstimulation



Allgemeine Maßnahmen zur Vermeidung/Behandlung eines Delirs

- Reduktion sensorischer Reize
- Vermeiden sensorischer Unter- und Überstimulationen
- Vertraute Reize anbieten
- Vertraute Umgebung vermitteln
- Helligkeit herstellen
- Ablenkung und Sicherheit vermitteln
- Klare, kurze, eindeutige Handlungsanweisungen
- Ankündigungen und Erklärungen einzelner Handlungsschritte
- Keine Fixierungen
- Sensomotorische Defizite ausgleichen (Brille, Hörapparat)
- Normaler Schlaf- und Wachrhythmus
- Mindestens zwei Mal täglich Orientierung zur Zeit/Ort/Situation
- Behandlungs- /Beziehungsperson konstant halten
- Zeigen vertrauter Fotos/Gegenstände/Reduktion/ Check der Medikamente
- Kontrolle Urin- und Stuhlfrequenz
- Adäquate Essens- und Flüssigkeitsaufnahme/-kontrolle

Krisensituation:

Unruhig, komisch, wahnhaft

- (Schizophrenie, wahnhafte Störung, organische wahnhafte Störung)
- produktiv psychotische Symptomatik nimmt mit dem Alter ab
- aber: durch kognitive Einschränkung kann organische wahnhafte Störung antworten



Krisensituation

c) allgemein

- taktvolles Vorgehen
- Initiative ergreifen und roten Faden behalten
- Gesprächstil: direkt, einfach, im Klartext
- Gesprächsinhalt sind v. a. Mitteilungen (was im Moment gerade geschickt) möglichst begründendes Argumentatieren vermeiden
- Kommunikation durch Handeln (gemeinsam)
- Eingehen auf den Wahn (das zum Wahn gehörende Gefühl vorsichtig benennen)
andere Sichtweisen darlegen (Individualität)



Risikoabschätzung für gewalttätiges Verhalten

a.) statische Risikofaktoren

- Vorgeschichte gewalttätigen Verhaltens
- Muster früheren gewalttätigen Verhaltens
- Gewalttätigkeit in Herkunftsfamilie
- Substanzmissbrauch
- Anzahl früher Hospitalisierungen (>10)
- Militärvorgeschichte
- Arbeitsvorgeschichte
- Vorgeschichte sexueller Gewalttätigkeit



Risikoabschätzung für gewalttätiges Verhalten

b.) dynamische Risikofaktoren

- Waffen
- Soziale Unterstützung
- Lebensumstände
- Psychiatrischer Status
- Noncompliance



Umgang mit agitierten/gewalttätigen Probanden

- oberste Priorität: eigene Sicherheit
- Informationen über den Patienten durch eigene Beobachtung
 - Wer ist der Patient mit Hauptcharakteristika und Hauptbeschwerden?
 - Ist der Patient außer sich wegen eines besonderen Anlasses oder psychotischen Verhaltens oder ist er desorganisiert?
 - Wie verhält sich der Patient (schreit/wirft um sich/stoßt spezifische Drohungen aus)
 - Gibt es Indikatoren für die Ursache des Verhaltens (Verletzungen/Erkrankungen/Alkohol)
- Festlegung der Umgebung /Bedingungen für die Untersuchung des Patienten (Beisein von Personal etc.)
- Interaktionsbeginn mit direktem Hinweis auf Erregungszustand des Patienten
- Hilfe anbieten, ggf. auch medikamentös
- Auf zunehmende Eskalationszeichen achten (Faust ballen, Atemfrequenzzunahme, Unruhe)
- ggf. die Interaktion abrechen falls die Sicherheit gefährdet ist



Generelle Regeln für die Interaktion mit agitierten Personen

- 1. Verantwortung übernehmen und einen Plan machen
- 2. Bewahre einen sicheren Abstand
- 3. Sorge gelegentlich für Sicherheitspersonal
- 4. Sorge für einen einfachen, überschaubaren Ausgang
- 5. Gebe klare Instruktionen
- 6. nicht medikamentöse Interventionen
 - ruhige, rationale und nachvollziehbare Sprache
 - seine Bedürfnisse soweit wie möglich aussprechen
 - spezifische Anweisungen geben, damit Patient sein Verhalten ändern kann
 - ggf. in ruhigere, weniger, visitierende Umgebung wechseln
 - über weitere Schritte und Vorgehensweisen aufklären/ informieren
- weitere Interventionen:
 - Medikamente
 - Fixierungen
 - Absonderung in spezifischer Umgebung
 - geschlossene Abteilung



Deeskalation bei Gewalt/ Aggressionssituationen

- mit milder, adäquater Stimme sprechen
- zeigen sie ihre Hände
- vergrößern sie Distanz durch Rückwärtsbewegung
- wenn sie groß sind, machen sie sich kleiner (z. B. hinsetzen)
- vermeiden sie alle provozierenden, bedrohlichen oder herabsetzenden Verhaltensweisen
- geben sie dem Patienten Raum, geben sie dem Patienten die Gelegenheit „to rant“



Krise: verzweifelt, suizidal

- Diagnose: „Depressionen“ im Alter
 - Depressionen im Alter häufiger (bei 70 Jährigen ca. 9,1%)
 - Depressionen im Alter erhöhen das Risiko von
 - Cardiovasculärer Events
 - metabolischen Störungen
 - komplizierten Comorbiditäten
- 14-42% in Altenheimen depressiv
- viele vegetative und kognitive Symptome, weniger Klagen über Dysphorie
- mehrere subdepressive Symptome ~ 23%
- höhere Suizidrate (bei 75% Jährigen ca. 30%)



Biologische Therapieformen bei Depressionen im Alter

a) Medikamentös

- Antidepressiva
- Atypischer Neuroleptika
- Augmentationsstrategien

b) Psychotherapie

- CBT
- Interpersonale Therapie

c) Chronobiologische Methoden

- Lichttherapie
- Schlafentzug

Allgemeintherapeutische Maßnahmen



- Prinzip stellvertretender Hoffnung
- Empathische Teilhabe
- Aktivierung psychosozialer Teilhabe
- Aufbau positiver Aktivitäten
- Sportliche Aktivität
- Wunderfrage
- Nicht ausreden
- Keine Bagatellisierung
- Keine Appelle



Angst und Alter

- Prävalenz im Alter 4,5%-17,1%
- v.a. generalisierte Angststörung und Phobien
- weniger Panikstörungen
- Zwangsstörung 0,5%/0,6%-3,2%
- Bei 25% zusätzlich depressive Episode
- Angst sowohl im Frühstadium als auch im Verlauf der Demenz häufig
- Vulnerabilitätsfaktoren
 - Kriegserfahrungen, externale Kontrollüberbewegung, Frauen, verminderter IQ, kürzliche Verlusterlebnisse, körperliche KH



Angst und Alter

- 2x häufiger als Demenz
 - 4-8x häufiger als Depression
 - schwierig abzugrenzen vom physischen und psychischen Comobiditäten
- 6 Monate Prävalenz
- GAD 2-11,5%
 - Phobie 3-12% (80% Agoraphobie)
 - Soziale Phobie 0,2-1,6%
 - Panikstörung 0,3-1,7%
 - PTSD 0,5%
 - Zwangsstörung 0,4-1,6%



Angst/Panik:

- Notfallsituation: Panikstörung oft Notfalleinlieferung wegen V.a. Lungenembolie, Herzinfarkt, Schlaganfall, etc.
- Patient berichten nur über körperliche Symptome (Herzrasen, Beklemmungsgefühl und Luftnot, Schwindel, Hitze-/Kältegefühl/Schweißausbrüche, Zittern, Unruhe)
- → aktiv nach Angst nachfragen
- Angst umzufallen/sterben zu müssen/Herzinfarkt/Schlaganfall/verrückt zu werden
- CAVE: oft unterliegende körperliche Erkrankung.



Akuttherapie Panikstörung

- a) medikamentös: akut Benzodiazepine v. a. Tavor
 expidet
 langfristig: SSRI
 - b) Psychotherapie: CBT
 - c) Allgemein
 - Lippenbremse
- 4-Stufen-Akutintervention
1. Ich weiß, was es ist.
 2. Mir kann nichts lebensbedrohliches passieren.
 3. Es geht wieder vorbei.
 4. Ablenkung: serielle Subtraktion von 7 von 1061



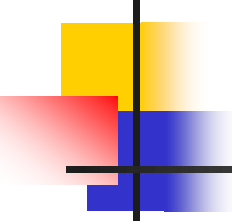
Take home message

- Krisen im Alter sind häufig
- Treten in unterschiedlichen Bildern auf
- Meist multifaktorielle Genese → mehr dimensionale Intervention notwendig
- Meist multiprofessionelles Team erforderlich
- (Doktor, Altenpflege, Krankenschwester, Psychologe, Sozialarbeiter, Ergotherapeut, Physiotherapeut) → dauern meist lange und können lebensbedrohlich sein (Suizid/Delir)
- beste Therapie: Prophylaxe und frühe Intervention



Notfall

- psychischer Notfall ist auch immer ein psychosozialer Notfall
- Notfallintervention bei psychischen Krisen ist eine interdisziplinäre Aufgabenstellung



Voraussetzung für erfolgreiche Krisenbewältigung („good copers“)

- Comprehensibility: Fähigkeit, die Krise in ihren Elementen zu beschreiben, erfassen.
- Manageability: Fähigkeit, sich in der Krise zielgerecht aktiv um deren Bewältigung zu bemühen (intend locus of control Seligman-Theorie)
- Meaningfulness: Fähigkeit, der Krise Sinn zu geben



Stadien der psychischen Intervention

- Notfallintervention (Gefährdung beheben, Ressourcen bewahren)
- Krisenintervention psychisch stabilisieren/ Rückfälle bewältigen und sozial vernetzen
- Kurztherapie
- Langzeittherapie



Krisensituation

a) medikamentös

- Neuroleptika
- Benzodiazepine

b) allgemeine psychotherapeutische Maßnahmen

- allenfalls verhaltenstherapeutische Elemente
- psychosoziale Intervention
- Edukationsprogramme



Suizidalität

- immer nach Suizidideen fragen
 - immer ernst nehmen und direkt ansprechen
- empfohlene Fragen
- Was war der Anlass der Verzweiflung?
 - Wie haben sie sich vorgestellt, es durchzuführen?
 - Welche Vorbereitungen haben sie getroffen?
 - Früher SMV-Gedanken oder Versuche?
 - Kennen sie Menschen, die sich das Leben genommen haben?
 - Wie waren die Auswirkungen einer Selbstdrohung?
 - Was hat sie bisher vom SMV abgehalten?
 - Wie haben sie bisher gemacht, mit der Verzweiflung fertig zu werden?

Kategorien von Misshandlung im Alter



- körperliche Misshandlung
- psychologische/emotionale Misshandlung
- finanzielle Ausbeutung /Ausnutzung
- Vernachlässigung
- Verlassen
- Sexueller Missbrauch
- Selbstvernachlässigung
- Varia (Medikamentöse Misshandlung, Verletzung von Persönlichkeitsrechten, Verletzung der Würde und Autonomie älterer Menschen)



Demenz-Therapie

- Keine causale Therapie verfügbar
- Krankheitsmodulierende Therapie vermutlich nur im präsymptomatischen Status möglich
- Symptomatische Therapien
 - Acetylcholinesterasehemmer und oder Memantin
 - Symptomatisch bei Verhaltensproblemen
- Healthy life style / diet
- Rule of the thirties: sozial / physisch / kognitiv