

Lebensqualität im Alter unter besonderer Berücksichtigung psychischer Erkrankungen

Vorlesungsreihe U3L „Soziale Gerontologie“
Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt
WS 2005/2006

Lebensqualität bei psychischen Erkrankungen im Alter

Dr. Adelheid Schulz-Hausgenoss

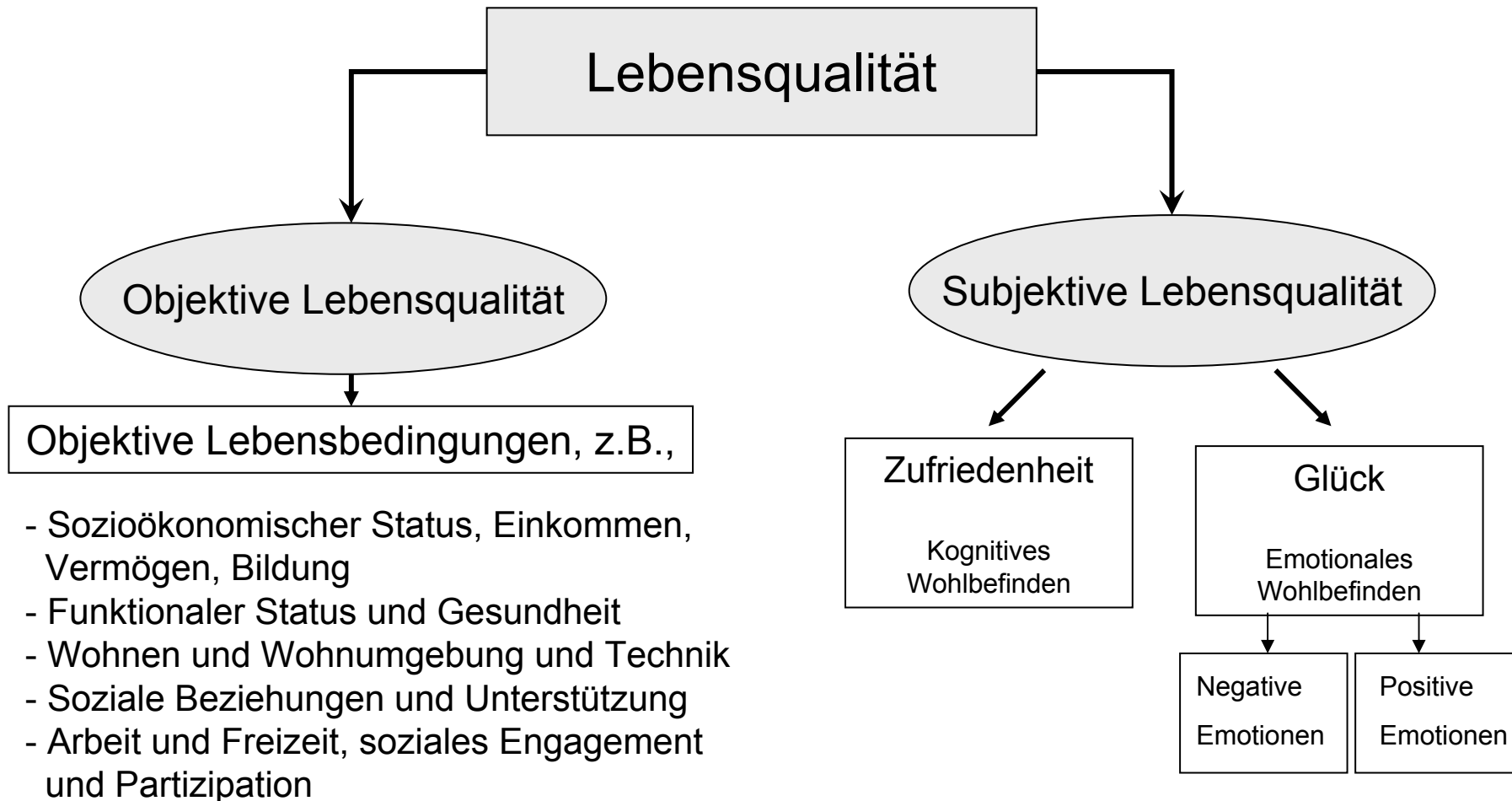


*Demenz Support Stuttgart
Zentrum für Informationstransfer*

Gliederung der Vorlesung

- 1. Psychisches Wohlbefinden**
 1. *Lebenszufriedenheit*
 2. *Lebenssinn*
 3. *Kontrolle*
- 2. Kontrollerleben als wichtige Determinante zur Bildung und Aufrechterhaltung von psychischem Wohlbefinden**
- 3. Häufigkeit und Art von psychischen Störungen**
- 4. Besonderheiten bei psychisch kranken alten Menschen**
- 5. Risikogruppen**
- 6. Ursachen psychischer Störungen im Alter**
- 7. Therapeutische Maßnahmen**
- 8. Depressionen im Alter**
- 9. Beeinträchtigungen der Lebensqualität bei psychischen Erkrankungen im Alter**
- 10. Psychische Erkrankungen bei Heimbewohnern/innen**
- 11. Empfehlungen Fremd- und Eigenverhalten**

Objektive Merkmale und subjektive Bewertung der Lebenssituation



Subjektive Lebensqualität – ausgewählte Konzeptionen

Subjektive Lebensqualität als

„psychologisches/psychisches

Wohlbefinden“ (Ansatz nach Carol Ryff)



*Demenz Support Stuttgart
Zentrum für Informationstransfer*

Psychisches Wohlbefinden

Eine Person ist dann psychisch gesund, wenn sie in der Lage ist, das eigene Leben **für sich selbst befriedigend** und **sozial verantwortlich** und **autonom** zu gestalten, Belastungen zu bewältigen und - soweit es die somatischen und ökologischen Bedingungen zulassen - psychisches Wohlbefinden zu erleben.
(Stephan, 1983, zitiert nach Tönnies, 1996, S. 14)

Psychologisches Wohlbefinden (nach Ryff)

Selbst- akzeptanz	z.B. positive Einstellung gegenüber dem eigenen Selbst und der eigenen Vergangenheit, Akzeptanz sowohl positiver als auch negativer Seiten der eigenen Person;
Soziale Beziehungen	z.B. das Vorhandensein zufrieden stellender sozialer Beziehungen, Fähigkeit zur Empathie, Emotionalität, Intimität und Reziprozität
Autonomie	z.B. Fähigkeit zur Selbstbestimmung in der Lebensgestaltung, Autonomie im Denken und Handeln, Entwicklung intrinsischer Motivation;
Fähigkeit zur Umwelt- gestaltung	z.B. interne Kontrollüberzeugung , die Fähigkeit, externe Ressourcen und Chancen zu eigenen Bedürfnisbefriedigung nutzen zu können, Gestaltung der Umwelt den eigenen Normen und Werten entsprechend;
Lebenssinn	z.B. das Vorhandensein von Lebenszielen, das Erleben von Sinn sowohl im alltäglichen als auch im vergangenen Leben;
Personelles Wachstum	z.B. das Gefühl einer kontinuierlichen Entwicklung. Offenheit für neue Erfahrungen, Verwirklichung eigener Potentiale

Allgemeines Wohlbefinden nach Perrig-Chiello

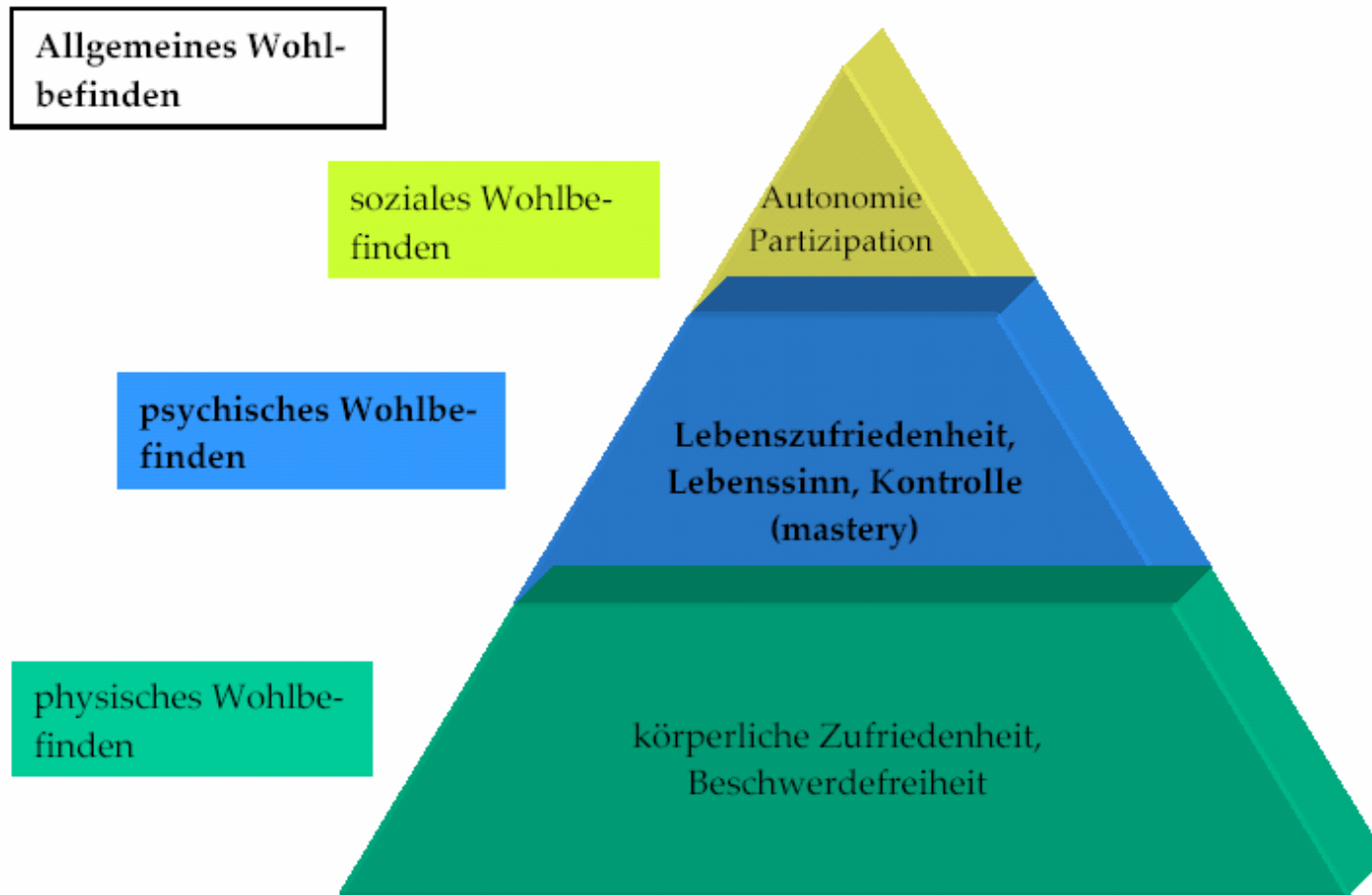


Abb. 1: Allgemeines Wohlbefinden, nach Perrig-Chiello, 1997, S.115-117

Psychisches Wohlbefinden (nach Perrig-Chiello, 1997)

- **Lebenszufriedenheit**
- **Lebenssinn**
- **Kontrolle /mastery**

Lebenszufriedenheit: *Wie zufrieden sind alte Menschen mit ihrem Leben?*

Lebenszufriedenheit basiert auf einer persönlichen Einschätzung des eigenen Lebens, die sich sowohl an externen und internen Normen orientiert und eine Bilanzierung von Positivem und Negativem beinhaltet.

In der gerontologischen Wohlbefindensforschung gilt die Lebenszufriedenheit deshalb als hauptsächlich kognitiver Faktor.



Lebenssinn: *Welchen Sinn sehen alte Menschen in ihrem Leben?*

Jedes Individuum mit positiver Befindlichkeit hat Ziele, Aufgaben und sucht Herausforderungen. Das trägt zu einem Gefühl der subjektiven Bedeutsamkeit bei.

Den theoretischen Hintergrund dazu bezieht Perrig-Chiello (1997) aus der klinischen Psychologie (Frankl, 1976), aus der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne (Buhler, 1935) und der modernen Gerontologie (Ryff, 1989).

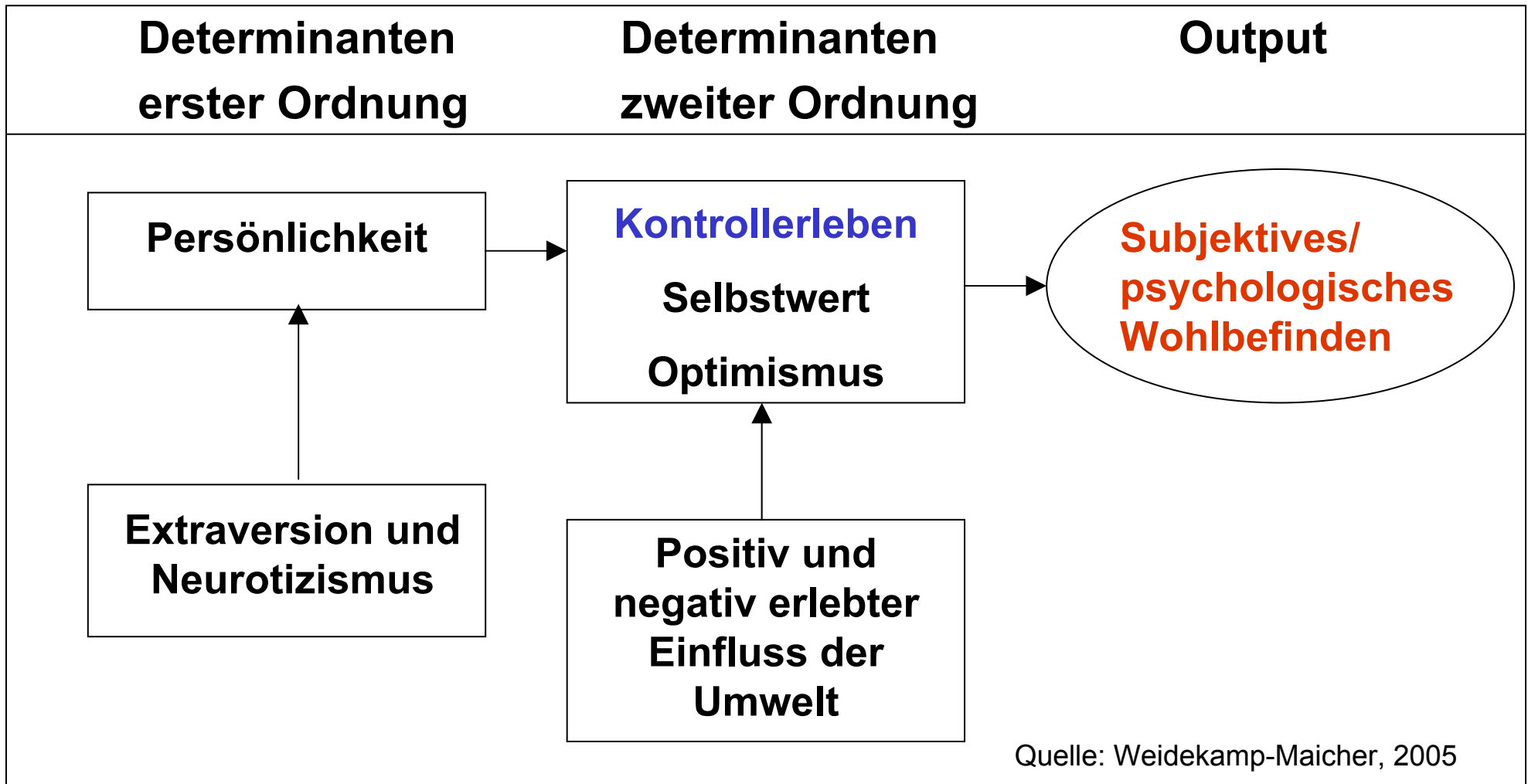
Kontrolle (mastery): *Wie kontrollierbar erscheint alten Menschen ihr Leben?*

Das Gefühl von Kontrolle über die Umwelt, die Fähigkeit, einen Lebenskontext zu schaffen, der den eigenen Bedürfnissen entspricht, und das eigenständige Denken und Handeln sind wichtige Komponenten des psychischen Wohlbefindens. Perrig-Chiello (1997) stützt sich auf Theorien von Ryff (1989) und Jahoda (1958), die **Selbstbestimmung** als **Hauptkriterium** für **psychisches Wohlbefinden** darlegen. *„Der Mensch strebt nach Autonomie und Kontrollmöglichkeiten. Er braucht ein Minimum an Kontrolle, um sich mit der Umwelt erfolgreich und zufrieden stellend auseinander zu setzen.“* (Perrig-Chiello, 1997, S. 50).

Fragebogen zum „psychischen Wohlbefinden“ (nach Perrig-Chiello, 1997)

1. Wenn ich auf mein Leben zurückschaue, bin ich zufrieden	Stimmt Lebenszufriedenheit	Stimmt zum Teil	Stimmt nicht
2. Ich grübele oft über mein bisheriges Leben nach	Stimmt Lebenssinn	Stimmt zum Teil	Stimmt nicht
3. Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, würde ich vieles anders machen.	Stimmt Lebenszufriedenheit	Stimmt zum Teil	Stimmt nicht
4. Verglichen mit Gleichaltrigen geht es mir recht gut.	Stimmt Lebenszufriedenheit	Stimmt zum Teil	Stimmt nicht
5. Es kommt immer häufiger vor, dass ich mich langweile.	Stimmt Lebenssinn	Stimmt zum Teil	Stimmt nicht
6. Ich weiß genau, was gut für mich ist und was nicht und richte mich danach.	Stimmt Kontrolle	Stimmt zum Teil	Stimmt nicht
7. Um meine Zukunft mache ich mir Sorgen.	Stimmt Lebenssinn	Stimmt zum Teil	Stimmt nicht
8. Die Frage nach dem Sinn des Lebens stellt sich mir immer mehr.	Stimmt Lebenssinn	Stimmt zum Teil	Stimmt nicht
9. Meiner Zukunft schaue ich getrost entgegen, da ich für alles vorgesorgt habe.	Stimmt Kontrolle	Stimmt zum Teil	Stimmt nicht

Bildung und Aufrechterhaltung von psychischem Wohlbefinden



Kontrollüberzeugungen (I)

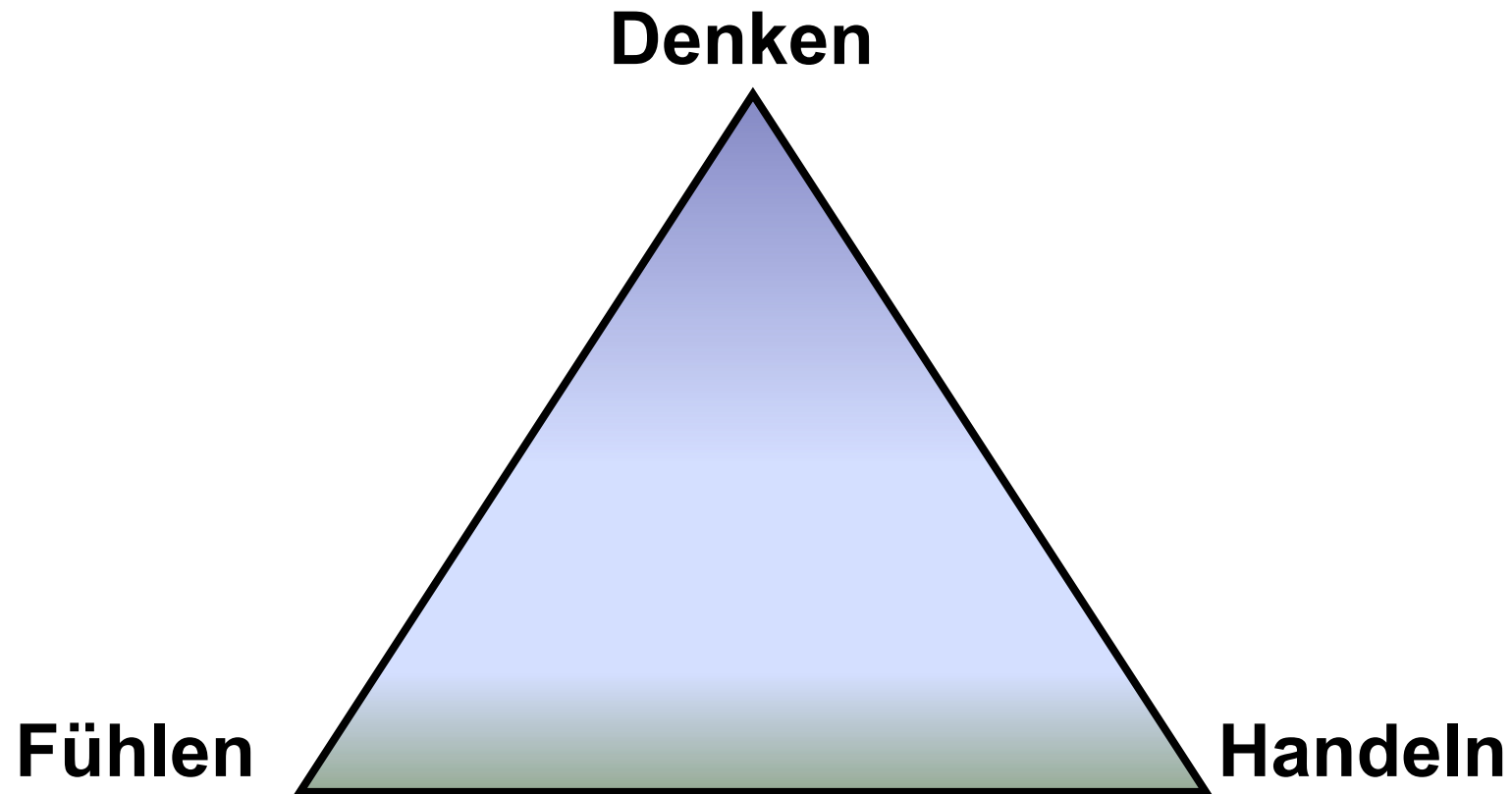
BOLSA (Fisseni, 1987)

- für subjektives Wohlbefinden ist niedrige Externalität vorteilhaft
- internale Kontrollüberzeugungen fördern Gesundheit (Eigenverantwortlichkeit, Gesundheitsverhalten, Immunsystem gestärkt)
- externale Kontrollüberzeugungen: mehr Beschwerden, die als unabänderlich und zum Altern gehörend wahrgenommen werden,

BASE (Mayer & Baltes, 1996)

- soziale Externalität nimmt bei 75 – 103-Jährigen zu, durch zunehmende sensumotorische Einschränkungen teilweise Aufgabe von Selbständigkeit
- Zunahme der externalen Kontrollüberzeugungen ist aber kein Nachteil: Kontrolle abzugeben, setzt andere Ressourcen frei
- Unselbständigkeit bringt Sozialkontakte („Krankheitsgewinn“)

Kontrollüberzeugungen (II)



Quelle: Hautzinger, 2000

Häufigkeit und Art von psychischen Störungen (I)

Berliner Altersstudie: 56 % psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung bei den über 70Jährigen

Prävalenzraten:

65 – 69 Jahre: 1,2 %

70 – 74 Jahre: 2,8 %

75 – 79 Jahre: 13,3 %

85 – 89 Jahre: 23,9 %

Über 90 Jahre und älter: 34,6 %

(Bickel, 2000)

Häufigkeit und Art von psychischen Störungen (II)

Aber:

Trotz altersabhängiger Zunahme von Demenzerkrankungen ⇒
psychiatrische Gesamtmorbidität mit ca. 25 % in Gruppe der 65-
Jährigen und älteren Menschen nicht höher als in jüngeren
Altersgruppen

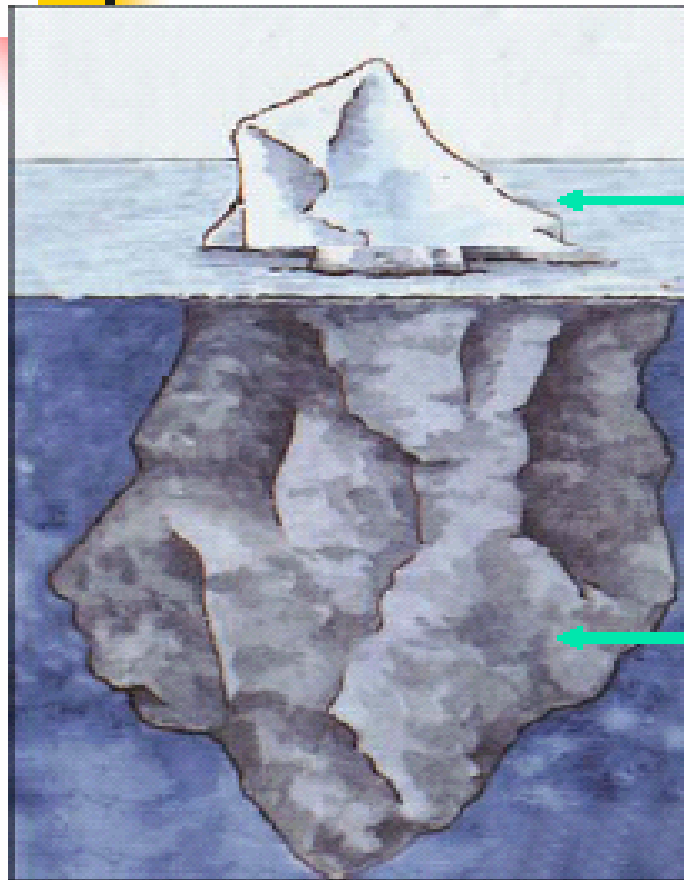
Depressionen weisen keine Altersabhängigkeit auf!

(Kruse, 2001)

Häufigkeit und Art von psychischen Störungen (III)

Diagnosen	Prozentangaben
Demenzen Nur mittelschwere bis schwere Demenzen Alle inkl. leichte Demenzen Davon: Alzheimer-Demenz Vaskuläre Demenz	4-8 % 10-14 % 64-72 % 16-19 %
Depression Nur schwer Mittel bis schwer Alle inkl. leicht	1-5 % 8-16 % 10-25 %
Angststörungen Phobien Panikstörungen Zwangsstörungen Generalisierte Angststörung	5-10,2 % 5-9 % 0,1-0,4 % 0,8-0,9 % 0,7-7,1 %
Paranoid-halluzinatorische Syndrome	1-2,5 %
Abhängigkeitserkrankungen Alkoholmissbrauch (über 60-Jährige, m/w) Alkoholabhängigkeit (über 60- Jährige, m/w) Regelmäßige Einnahme von Hypnotika/Sedativa	10-20 / 1-10 % 2-3 / 0,5-1 % 5-50 %
	Quelle: Helmchen & Kanowski, 2000

„Eisberg“-Phänomen



- diagnostizierte Patienten mit psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung und in der ärztlichen Praxis

- unerkannte Patienten mit psychischen Störungen

Hager

Langeoog, 2005

nach B. Ahrens

3

Besonderheiten bei psychisch kranken alten Menschen

Von besonderer Bedeutung sind:

- erhöhte soziale Vulnerabilität
- veränderte Fähigkeit zur Adaptation
- veränderte körperliche Gegebenheiten
- Multimorbidität
- Neigung zur Chronizität
- verzögerte Rekonvaleszenz
- Veränderung der Pharmakokinetik sowie -dynamik

Risikogruppen

Besonders gefährdet für psychische Veränderungen im Alter sind:

- allein stehende alte Menschen (ca. 30-40 % der über 60jährigen, meist Frauen)
- multimorbide Kranke
- alte Menschen in schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen (Altersarmut)
- alte Menschen in Krisensituationen (Tod des Partners, fortschreitende körperliche Gebrechen, stationäre Versorgung nach Unfällen, etc.)

Ursachen psychischer Störungen im Alter

1. Erhöhtes Krankheitsrisiko im höheren Lebensalter und Krankheitsdauer
2. Verlustsituationen des höheren Lebensalters
3. Sonstige Situationsbedingungen, die im Alter häufig vorkommen

Erhöhtes Krankheitsrisiko im höheren Lebensalter und Krankheitsdauer

- ⇒ **Höheres Lebensalter häufig mit erhöhtem Krankheitsrisiko verbunden**
 - ⇒ Psychische Störungen aufgrund von körperlichen Erkrankungen, Stoffwechsellentgleisungen, Multimorbidität, Nebenwirkungen von Medikamenten

Verlustsituationen des höheren Lebensalters

1. Verlust der körperlichen Unversehrtheit
2. Austritt aus dem Berufsleben
3. Verlust von Bezugspersonen
4. Verlust von Zielvorstellungen und Zukunftserwartungen

Sonstige Situationsbedingungen, die im Alter häufig vorkommen

- **Ungünstige Wohnsituation (oft in Verbindung mit schlechter Verkehrsanbindung)**
 - Schlechtere Kontakt- und Freizeitgelegenheiten
 - Begünstigung von sozialer Isolation (bei älteren Frauen auch in Verbindung mit schlechten ökonomischen Verhältnissen)
- **Fehlen von lebenslänglichen Trainingsmöglichkeiten intellektueller Fähigkeiten (früher nicht in dem Maße wie heute vorhanden)**
 - Symptomausprägung und Verlauf einiger psychischer Störungen hängen auch vom kognitiven Ausgangsniveau ab

Voraussetzung für Erhaltung oder für Wiedererlangung von

- **Selbständigkeit und Selbstverantwortung**
- **Kontrolle**
- **Lebenszufriedenheit / Lebensqualität**

sind

- a) **frühzeitige Erfassung psychischer Störungen**
- b) **Differentialdiagnostik dieser Störungen**
- c) **rechtzeitige Einleitung therapeutischer Maßnahmen**

Gefahr: kein rechtzeitiges Erkennen vorliegender psychischer Störungen
aufgrund

- Überlagerung durch körperliche Krankheiten
- fehlerhaften Annahme, psychische Störung sei Ausdruck „normalen Alterns“

Mit 80 Jahren zur Psychotherapie?

Häufigste Therapie der Wahl ⇒ Medikamente

⇒ Gefahr: *massive Nebenwirkungen*

Psychotherapie?:

⇒ **therapeutischer Nihilismus:**

Annahme: *fehlende Plastizität des Erlebens und Verhaltens im Alter*

Probleme bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote

▪ auf Patientenseite

- kritische Haltung gegenüber Psychotherapie
- Angst, für verrückt gehalten zu werden
- Zuschreibung zu körperlichen Ursachen, Medikamente bevorzugt
- allgemein zu wenig Informationen

▪ auf Therapeutenseite

- Allgemeinpraktiker überweisen nicht oder verschreiben vor allem Medikamente
- nur geringe Spezialisierung in Gerontopsychologie
- alte Menschen werden als ‚therapieresistent‘ betrachtet

▪ praktische Probleme

- keine Deckung durch Krankenkasse
- Transportprobleme
- körperliche Beeinträchtigungen
- evtl. kulturelle und familiäre Widerstände

Kriterien für den Erfolg einer therapeutischen Intervention (I)

- Ist der Patient mit der Behandlung zufrieden?
- Was hat ihm geholfen, was war weniger wichtig? Was hat langfristig seine Lebensqualität erhöht?
- Wurde die Lebensqualität, also die objektiven und subjektiven Bedingungskonstellationen des Lebens des Patienten zum Zeitpunkt der Erkrankung beachtet? Wurde seine Lebensqualität von beiden Seiten erfasst?
- Erhielt der Patient durch die Behandlung die entsprechenden Hilfen, um das durch die Erkrankung unterbrochene Leben wieder in den Griff zu kriegen?
- Konnte dem Patienten in den entscheidenden Bereichen der Lebensqualität geholfen werden?

Quelle: Heuer & Schön, 2004



*Demenz Support Stuttgart
Zentrum für Informationstransfer*

Kriterien für den Erfolg einer therapeutischen Intervention (II)

- ⇒ **Stärkung der internalen Handlungskontrolle**
- ⇒ **Verringerung der externalen
Kontrollüberzeugungen**

Depressionen im Alter

▪ „Seit dem Tod meines Mannes habe ich gar keine Lebensfreude mehr. Alles, was mich früher interessiert hat, kommt mir jetzt irgendwie sinnlos vor.“

Verlust des Lebenssinns

▪ „Immer habe ich diesen Druck im Kopf und auf dem Herzen. Und angeblich finden die Ärzte nicht, woher das kommt.“

Verlust der Zufriedenheit mit der subjektiven Gesundheit

▪ „Wozu muss ich denn so alt werden? Man fällt doch nur zur Last.“

Verlust der internalen Kontrollüberzeugung



Depressionen im Alter sind häufig. 40 Prozent aller Suizide werden von über 60jährigen verübt. Foto: dpa

Besonderheiten der Depressionen im Alter

- ausgeprägte Fluktuation in der Symptomatik
- Abnahme der Major Depression, Zunahme subsyndromaler Depressionen
- Überlagerung der depressiven Symptomatik durch kognitive Störungen
- Dominanz somatischer Erkrankungen

Psychische Symptome einer Altersdepression

- Affektstörungen
- Psychomotorische Störungen
- Denkstörungen
- Aufmerksamkeit und Konzentration
- Selbstwert
- Soziale Symptome

Somatische Symptome einer Altersdepression

- Schlafstörungen
- Appetit
- Kopfdruck
- Atmung
- Herz- Kreislaufbeschwerden
- Vegetatives System
- Magen- und Darmtrakt

Beeinträchtigung der Lebensqualität bei psychischer Erkrankung im Alter

- Erhöhung der Häufigkeit von Heim- oder Klinikeinweisungen (v. a. bei Unruhe)
- Verringerung der Selbsthilfefähigkeit
- Erhöhung der Pflegebedürftigkeit
- Erhöhung des Medikamentenverbrauchs

Psychische Erkrankungen bei Heimbewohnern/innen (I)

**65 Prozent der untersuchten Bewohner sind
psychisch krank**

(KDA, 2004)



*Demenz Support Stuttgart
Zentrum für Informationstransfer*

Psychische Erkrankungen bei Heimbewohnern/innen (II)

Untersuchung von 1.120 Bewohnern in 37 Heimen ergab:

- Bei ca. 2/3 muss von einer psychischen Erkrankung ausgegangen werden
- Heimpflege und –betreuung müssen im gleichen Maße somatisch und psychiatrisch ausgerichtet sein.
- Während die ärztliche Grundversorgung stimmt, ist die fachärztliche gerontopsychiatrische Versorgung nicht ausreichend.
- Wenig spezifische Fürsorge erhalten Bewohner, die eine psychische Störung, aber keine Demenz haben.

(KDA, 2004)



*Demenz Support Stuttgart
Zentrum für Informationstransfer*

Was soll man tun?

- Zuhören
- Bedingungsfrei akzeptieren
- Positive Verhaltensweisen und Äußerungen verstärken
- Oberflächlich wirkende Versprechungen vermeiden
- Ausreichendes Maß an Anforderungen / Aufgaben organisieren und festlegen
- Gemeinsam ein therapeutisches Ziel setzen / Positives Denken verstärken
- Bewegung / Mobilisation / Aktivität
- Unterstützende Therapie einleiten und betreuen

Was soll man nicht tun?

- Auffordern, sich zusammenzureißen und aktiv zu sein
- Überreden in fröhliche Gesellschaft zu gehen
- In die Ferien oder Kuraufenthalt schicken
- Lebenswichtige Entscheidungen treffen lassen
- Zu frühe Aktivierung durch (kreative) Ergotherapie oder Bewegungstherapie, Forderung nach Kreativität
- Suizidgedanken und Suizidimpulse tabuisieren
- Behaupten, es gehe dem Betroffenen schon besser
- Wahnideen auszureden versuchen

Was kann der Betroffene für sich selbst tun?

- Sich wertschätzen
- Sich als depressiv zu akzeptieren
- Sich Entlastung gönnen
- Sich bewegen / Gymnastik betreiben
- Soziale Kontakte beibehalten und aufbauen
- Verantwortung für sich übernehmen
- Sich ärztliche u. therapeutische Hilfe holen
- Geduldig sein
- Aktiv werden statt abwarten
- Probleme an- und aussprechen
- Nicht nur andere machen lassen
- Offener auf andere Menschen zugehen
- Freundschaft erhalten
- Auch mal nein sagen

Ziele:

Steigerung der

Lebenszufriedenheit

Wiedererlangung des

Lebenssinns

Wiedererlangung der

**Kontrolle /
Autonomie**



**Verbesserung der
subjektiven Lebensqualität**