

Demenz oder Depression?

So erkennen Sie den Unterschied — Verändert sich ein Mensch in seiner Psyche, kann es sehr schwierig sein, die richtige Diagnose zu stellen. Welche charakteristischen Eigenschaften weisen Demenz und Depression auf? Und wie kann eine Abgrenzung gelingen?

➤ Im Frühstadium psychischer Erkrankungen ist es oft schwer, zwischen normalen Alterserscheinungen und pathologischen Entwicklungen zu unterscheiden. Grundsätzlich gilt aber, dass es sowohl für die zu wählenden therapeutischen Interventionen als auch für die Betroffenen und Angehörigen von großer Bedeutung ist, eine sichere Diagnose zu haben.

Demenz

Bei Demenzerkrankungen handelt es sich in 90% der Fälle um so genannte primäre Demenzerkrankungen mit einer unmittelbaren Hirnschädigung. Hierzu zählen die „Degenerative Demenz“ (Demenz vom Alzheimer Typ), die „Vaskuläre Demenz“ (z. B. als Multi-Infarkt-Demenz) sowie Mischformen aus beiden Typen. Die restlichen 10% entfallen auf sekundäre Demenzerkrankungen. Pflegende sollten immer berücksichtigen, dass es sich bei Demenzen nicht um normale psychische Altersveränderungen handelt. Im Rahmen eines normalen Alterungsprozesses kommt es beispielsweise im Unterschied zu einer demenziellen Entwicklung nicht zu Formen der Desorientiertheit.

Depression

Die meisten Menschen, auch die älteren, kennen Zustände, in denen sie traurig sind oder sich lustlos fühlen. Diese Formen der Deprimiertheit sind abzugrenzen von klinisch relevanten Depressionen. Für Depressionen im Alter gilt, dass die Patienten häufig über körperliche Beschwerden klagen und auch hier eine differenzialdiagnostische Abklärung im Hinblick

auf somatische Erkrankungen erfolgen muss. Typisch für depressive Patienten ist ein morgendliches Stimmungstief. Im Gegensatz zu Depressionen bei jüngeren Menschen zeigen ältere Menschen neben Symptomen wie Niedergeschlagenheit, Lust- oder Antriebslosigkeit weitere Symptome, die eine Abgrenzung zu einer Demenz schwierig machen. So klagen ältere depressive Patienten häufig über Gedächtnisschwäche („Ich kann mir nichts mehr merken“) oder erhöhte Ablenkbarkeit („Ich kann mich auf nichts mehr konzentrieren“), also „neuropsychologische Symptome“ mit allgemeiner Leistungsschwäche, oft verbunden mit detaillierten Schilderungen der kognitiven Defizite.

Probleme der Abgrenzung

Wie aber kann die Demenz von der Depression abgegrenzt werden? Es gibt Symptome, die sprechen eher für eine Demenz und andere, die eher für eine Depression sprechen. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass Patienten sowohl eine Demenz, als auch eine Depression haben können. So entwickeln zum Beispiel viele Menschen mit einer Altersdemenz besonders in den Anfangsstadien auch noch eine Depression. Dies ist aber auch in späteren Stadien der Demenz nicht ausgeschlossen.

Erkrankungsdauer

Für eine Depression sprechen der rasche Beginn und eine Erkrankungsdauer von weniger als sechs Monaten und vergleichbare Phasen in der Vorgeschichte. Für eine Demenz spricht der eher langsame

Beginn. Erste Anzeichen liegen hier in der Regel länger als ein Jahr zurück. Hier ist es wichtig, im Rahmen der Informationssammlung auch Angehörige zu befragen.

Leistungsschwankungen

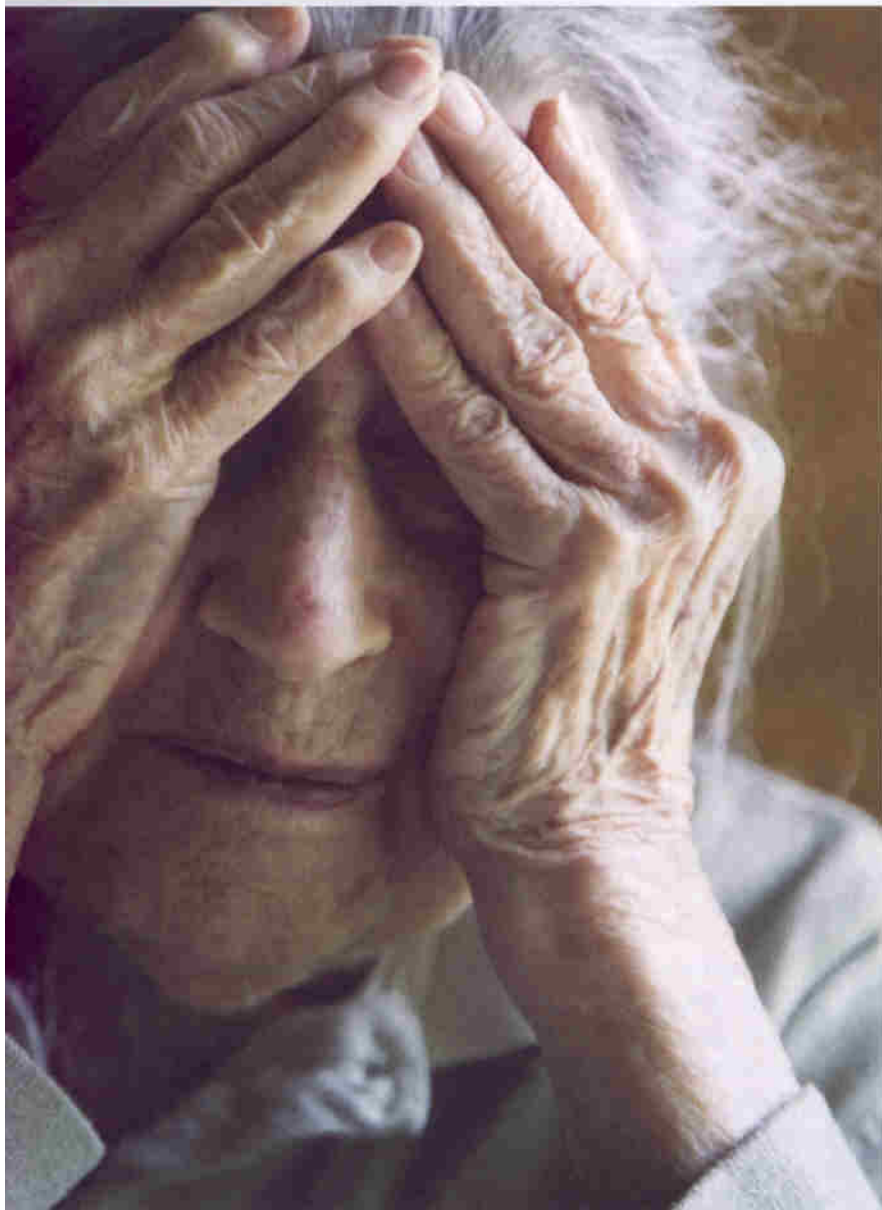
Die von einer Depression Betroffenen zeigen oft auffällige Leistungsschwankungen bei Aufgaben gleichen Schweregrades. Im pflegerischen Umgang könnte sich das zum Beispiel zeigen, wenn sich die Patienten an einem Tag selbstständig ankleiden können, am nächsten Tag aber nach Hilfe verlangen. Bei einer demenziellen Entwicklung dagegen sind eine gleichmäßige Leistungsminderung und deutlich weniger Schwankungen zu beobachten.

Nächtliches Verhalten

Auch die pflegerische Krankenbeobachtung während der Nacht kann Hinweise auf die richtige Diagnose geben. So leiden depressive ältere Menschen häufig unter Schlaflosigkeit, liegen dabei aber ruhig im Bett. Zu den Symptomen einer Demenz hingegen zählt die nächtliche Unruhe.

Orientiertheit

Besondere Bedeutung kommt der pflegerischen Krankenbeobachtung im Hinblick auf die Orientierung zu: Während demente Entwicklungen charakteristischer Weise mit Orientierungsstörungen einhergehen, gilt dies nicht für depressive Verläufe im Alter. Ein depressiver Patient beispielsweise bittet die pflegerische Bezugsperson, seine Ehefrau anzurufen, um den geplanten nachmittäglichen Besuch abzusagen. Dies ist eine komplexe Funktionsleistung, die vom Patienten



© iStockphoto.com/Chris Wedel
 Fotografiert von

erbracht wurde. Ein Mensch mit einer dementen Entwicklung fragt eher nach dem Besuch der Ehefrau, die aber schon seit einiger Zeit verstorben ist.

■ Körperpflege

Auch im Rahmen der Körperpflege lassen sich differenzialdiagnostische Hinweise beobachten. So weiß ein depressiver Patient, der sich nicht anzieht, dass er sich nicht anziehen will beziehungsweise dass er es nicht schafft, sich anzuziehen. Ein dementer Mensch dagegen kann sich aufgrund seiner kognitiven Defizite nicht anziehen, unternimmt aber Versuche sich anzuziehen, zum Beispiel indem er Kleidungsstücke in der falschen Reihenfolge anzieht. Im Kontakt beobachten wir bei depressiven Menschen zudem eher Äußerungen der Selbstabwertung („Ich kann das nicht mehr“, „Ich bin nichts

mehr wert“, „es hat keinen Sinn mehr“). Demente Patienten hingegen bagatellisieren Gedächtnisverluste oder suchen nach Strategien, diese zu kompensieren. Auch kommt es vor, dass sie sich in ihrer Leistungsfähigkeit überschätzen.

Differenzierte Auswahl pflegerischer Interventionen

In der pflegerischen Interaktion ist es sowohl bei der Demenz als auch bei der Depression von großer Bedeutung, dass wir die Menschen nicht überfordern. Sätze wie „Kopf hoch, dass schaffen Sie schon“ sind unangebracht.

Bei älteren Menschen mit Depression führen das geringe Selbstvertrauen und das angeschlagene Selbstwertgefühl dazu, dass sie den Kontakt zu pflegerischem Personal eher nicht suchen. Vielmehr haben sie das Gefühl, jegliche Form der

Hilfe stünde ihnen nicht zu. Von daher gilt es aus pflegerischer Sicht, diese Menschen aktiv anzusprechen und notwendige Unterstützung anzubieten. Dabei ist es wichtig, dass die Menschen sich nicht in die Enge getrieben fühlen. In der pflegerischen Beziehungsgestaltung gilt es, den Menschen und seine negative Einstellung zu akzeptieren. Dabei erreicht Pflege durch eine Grundhaltung der Akzeptanz eine Steigerung des Selbstwertgefühls des Patienten. Um Akzeptanz vermitteln zu können, muss allerdings Zeit mit dem Patienten verbracht werden. Dabei kann die pflegerische Bezugsperson dem Patienten helfen, seine Stärken und Leistungen zu erkennen und sich auf diese zu konzentrieren.

Manchmal geht es auch darum, jemand zu trösten. Die Prognose ist günstig: durch psychotherapeutische Ansätze, durch längerfristige stabile Beziehungsangebote der Pflege, aber auch durch medikamentöse Therapien kann erfolgreich interveniert werden. Dabei sollte aber die Gefahr eines Suizides nicht in Vergessenheit geraten.

Im Gegensatz dazu ist die Demenz durch einen fortschreitenden Verlauf gekennzeichnet, wobei sich die Symptomatik permanent verändert. Daraus folgt, dass pflegerische Strategien, die heute passen, in ein paar Wochen vielleicht nicht mehr funktionieren. Die pflegerische Annäherung erfolgt zum Beispiel über Validationstechniken, ausgehend von der Überlegung, dass nicht beachtete Gefühle sich im inneren der Person verstärken. Fachlich adäquate pflegerische Interventionen beziehen aber auch weiter therapeutische Techniken ein, so zum Beispiel die Milieuthherapie oder das kognitive Realitäts-Orientierungs-Training (ROT). ■

■ Dr. rer. medic. Michael Schulz
 Rüdiger Noelle
 ■ Klinik für Psychiatrie und
 Psychotherapie in Bethel
 Remterweg 69/71, 33617 Bielefeld
 ■ Daniela Händler-Schuster
 ■ ZAG Zürich
 ■ Email: Michael.Schulz@evkb.de