

Gerontopsychiatrie

- Organische Psychosen
- Demenz
- Delir
- Affektive Störungen
- Schizophrenie und wahnhafte Störungen
- Mißbrauch- und Abhängigkeit
- Suizidalität

Prof. Dr. med. Markus Jüptner
Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Wallstr. 3, 45468 Mülheim
Mail: Markus@JueptnerMH.de
Internet: www.JueptnerMH.de

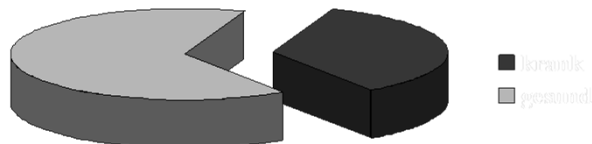


Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Gerontopsychiatrie

Epidemiologie

25-35% der älteren Menschen
(>65 Jahre) sind psychisch krank.



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Organische Psychosen

Psychose = eine schwerwiegende psychische Krankheit mit ausgeprägten Störungen des

- Denkens
- Fühlens und
- Handelns.

Führt zu einem Verlust des Realitätsbezuges und zur Unfähigkeit, den üblichen Lebensanforderungen zu genügen.



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Organische Psychosen

- Folge einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt
- Beginn meist im mittleren bis späteren Erwachsenenalter



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Organische Psychosen

Psychopathologischer Befund

Organische
Psychosen

- Bewußtseinsstörungen
- Orientierungsstörungen
- Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- Formale Denkstörungen

Endogene
Psychosen

- Befürchtungen und Zwänge
- Wahn
- Sinnestäuschungen
- Ich-Störungen
- Störungen der Affektivität
- Antriebs- und psychomotorische Störungen
- andere Störungen
 - Krankheitseinsicht
 - Behandlungswilligkeit
 - Suizidalität



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Organische Psychosen

Voraussetzung für die Diagnose

- Nachweis eines relevanten, pathologischen körperlichen Befundes
- eindeutiger Zusammenhang zwischen dem organischen Faktor und der psychischen Störung (zeitliche Latenz <1 Jahr)
- Fehlen alternativer Ursachen, inkl. familiärer Belastung



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Organische Psychosen

Häufige Ursachen:

- zerebrovaskuläre Erkrankungen führen zu depressiven und demenziellen Syndromen
- Endokrinopathien im Alter
 - Schilddrüsenerkrankungen und Diabetes mellitus: Prävalenz 2-4% in der Bevölkerung, 10-20% bei den >60-Jährigen
 - als Ursache von Demenzerkrankungen, affektiven Störungen und Angsterkrankungen



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Organische Psychosen

Häufige Ursachen:

- Hypoglykämie => Unruhe, Verwirrtheit, ängstlich-depressiv
- Hyperthyreose => psychomotorische Unruhe, Schlafstörungen, Verwirrheitszuständen
- Hypothyreose => sekundäre Demenz, depressives Syndrom
- Störungen der Sensorik, v.a. Seh- und Hörminderungen: häufige Ursache depressiver Syndrome, paranoid-halluzinatorischer Syndrome, von Mißtrauen, sozialem Rückzug und Suizidalität



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Organische Psychosen

Diagnostik:

- Anamnese und psychiatrische Befunderhebung
- körperliche Untersuchung (neurologisch, internistisch)
- Labor (BSG, BB, BZ, Leber-, Nierenwerte, TSH)
- EEG
- Bildgebung
- Liquoruntersuchung bei V.a. entzündliche ZNS-Erkrankung

Therapie

- Behandlung der Grunderkrankung



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Delir

Häufigkeit

- 10-15% der chirurgischen Patienten
- 15-25% der internistischen Patienten
- 30-40% der Patienten >65 Jahre



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Delir

Leitsymptome

- quantitative Bewußtseinsstörung (Somnolenz, Sopor, Koma)
- Auffassungs- und Konzentrationsstörungen
- Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen
- Orientierungsstörungen
- formale Denkstörungen (Inkohärenz)
- psychomotorische Störungen (Hyper-, Hypoaktivität)
- Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus
- affektive Störungen (ratlos, ängstlich, dysphrorisch-gereizt, unkritisch-euphorisch)
- vegetative Symptome (Sympathikusaktivierung)



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Delir

Risikofaktoren

- Alter ("Greise oder Kleinkinder")
- Delir in der Anamnese
- vorbestehende Hirnschädigung (vaskuläre Läsionen, u.a.)
- Medikamenten-, Drogenmißbrauch (-abhängigkeit)
- Schmerzmedikamente
- Digitalispräparate
- anticholinerge + sedierende Medikamente
- Elektrolystörungen (K^+ , Ca^{++} , Na^+)
- Anämie
- Schilddrüsenerkrankungen
- Diabetes mellitus
- Hypovolämie
- Karzinome



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Delir

Häufige Ursachen / Trigger

- Alkohol-Entzugsdelir
- Fieber, Infektionen
- Operationen
- Schädel-Hirn-Trauma
- Epilepsie
- Enzephalitis
- Hirntumor
- kardiopulmonale Erkrankungen
- metabolische Störungen



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Therapie des Delirs

- Therapie der Grunderkrankung
- symptomatisch bei Halluzinationen,
Wahn, Agitation, Aggressivität:
Haloperidol (5-10 mg/d)



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Verhalten beim Delir

Patientenkontakt

- freundlich beruhigend auf Patient einwirken
- Situation in einfachen Worten erklären
- Fachjargon vermeiden
- kurze klare Sätze
- Erklärungen ggfls. mehrfach wiederholen
- Umgebung sollte nicht zu unruhig aber auch nicht zu reizarm sein
- ggfls Gabe von Medikamenten (Clomethiazol, Haloperidol)
- stationäre Krankenhausbehandlung



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Affektive Störungen

- Prävalenz leichter depressiver Symptome: 20%
- Prävalenz schwerer Depressionen: 0,5 - 4%
- Erstmanifestation schwerer affektiver Störungen nach dem 65. Lebensjahr ist selten
- Geschlechtsverteilung F:M = 2:1
- Krankheitsdauer ohne Behandlung \geq 6 Monate



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Klinik

Kernsymptome

- gedrückte Stimmung
- Interessenverlust und Freudlosigkeit
- Verminderung des Antriebs

Weitere Symptome

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Klinik

Kernsymptome

- gedrückte Stimmung
- Interessenverlust und Freudlosigkeit
- Verminderung des Antriebs

Weitere Symptome

- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

leichte depressive Episode

mittelschwere depressive Episode

schwere depressive Episode

3 Kernsymptome
≥ 5 weitere Symptome

Voraussetzungen für die Diagnose:

- Die Symptome ändern sich wenig von Tag zu Tag
- Dauer der Symptome mind. 2 Wochen
- Normale Aktivitäten können nur mit Schwierigkeiten oder gar nicht fortgesetzt werden



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Klinik

„Wie stumpfsinnig, alles ganz anders. Ich fühl' mich gar nicht mehr ... Ich kann gar nichts mehr schaffen. Ich weiß gar nicht, wie mir ist ... Das, was man zum Leben, zum Schaffen, zum Arbeiten braucht, fehlt mir. Oder der Instinkt fehlt mir ... Was ich seh' und hör', empfinde ich gar nicht mehr. Mein Kopf ist gar nicht mehr normal, mit dem Geist stimmt etwas nicht, der Geist hat mich verlassen ... Der Geist ist nicht mehr da, der sagt, was ich sagen oder tun muss...“



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Klinik

„Helfen sie mir doch bitte, bitte Herr Doktor, dass mein Kopf und Gemüt wieder fühlt, sich regt und ich doch auch wieder teilnehmen kann am Leben ... dass ich mich wieder regen und bewegen und arbeiten kann. Nehmen sie die fürchterliche Krankheit und Nichtmehrfühlenkönnen weg von mir ... aber mein Kopf kann nichts mehr aufnehmen, er ist tot. Jede Minute ist eine Qual.“



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Klinik

Besonderheiten im Alter

- oft atypisches Bild mit
 - Dominanz von Schmerzen, Wahngedanken
 - gehäuft kognitive Störungen (Konzentration, Merkfähigkeit)
- Verlauf längerfristiger als bei Jüngeren
- 15% ohne Remission
- nur bei 1/3 vollständige Heilung möglich



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Manie: Klinik

- abnorm gehobene Stimmung, > 1 Woche anhaltend
- gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit
- gesteigerte Gesprächigkeit ("Rededrang")
- Ideenflucht, Gedankenrasen
- Verlust normaler sozialer Hemmungen
- vermindertes Schlafbedürfnis



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Manie: Klinik

- überhöhte Selbsteinschätzung oder Größenwahn
- Ablenkbarkeit, andauernder Wechsel von Aktivitäten oder Plänen
- tollkühnes oder leichtsinniges Verhalten, dessen Risiken die Betroffenen nicht erkennen
- gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeit

- im Alter fast ausschließlich i.R. einer bipolaren Psychose



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Pathophysiologie

Genetik

- Konkordanzrate bei monozygoten Zwillingen
 - unipolare Depression 50%
 - bipolare Störungen 80%
- Konkordanzrate bei dizygoten Zwillingen
 - unipolare Depression 15-20%
- verantwortliche Gene ??



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Pathophysiologie

Biologische Faktoren

- Abnahme der Konzentration von Noradrenalin und Serotonin im Gehirn älterer Menschen
- hohe Komorbidität mit zerebrovaskulären Erkrankungen
 - 40% der Schlaganfallpatienten leiden unter depressiver Verstimmung
 - 20% der Schlaganfallpatienten sind schwer depressiv
 - häufigste Lokalisation: links-frontale Läsionen



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Pathophysiologie

Psychosoziale Faktoren

- Aufgabe des Berufs, Berentung
- Trennung von Kindern, Verwandten
- Tod des Partners, von Freunden
- finanzielle Einbußen (Rente u.a.)
- eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit (Hören↓, Sehen↓)
- eingeschränkte soziale Kontakte durch Immobilität u.a.



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Pathophysiologie

Serotonin

- Schlaf↑
- Wohlbefinden↑
- Schmerz↓
- Streß (CRH)↓

Noradrenalin

- Reaktionsvermögen↑
- Konzentration↑
- Streß (CRH)↓



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Diagnostik

- Anamnese: Eigen-A., Fremd-A., Familien-A., Alltagsaktivitäten, Hobbies, Biographie, psychosoziale Situation
- Untersuchung: psychiatrisch, neurologisch, internistisch
- Labor: BZ, Elektrolyte, BB, TSH, Vitamin B₁₂, Folsäure
- Testpsychometrie: HAM-D, BDI, von Zerssen
- EEG: bei V.a. epileptische Anfälle, zur DD bei Stupor
- Liquordiagnostik: bei V.a. entzündliche ZNS-Erkrankungen
- Bildgebung: CCT oder MRT



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression

Klassifikation depressiver Störungen

- F32.x (erstmalige) depressive Episode
- F33.x rezidivierende depressive Episode (unipolar)
- F31.x bipolare affektive Störung
- anhaltende affektive Störungen
 - F34.1 Dysthymie
 - F34.0 Zylothymie
- F38.x sonstige affektive Störungen



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Differenzialdiagnose

- (virale) Infektionskrankheiten
- kardiopulmonale Erkrankungen
 - Herzinsuffizienz
 - Arrhythmien
 - COPD
 - Schlafapnoe-Syndrom
- Neoplasien
 - Hirntumoren
 - Leukämien
- Endokrinopathien
 - Hypo-, Hyperthyreose
 - Diabetes mellitus
 - Cushing-Syndrom
 - Hypo-, Hyperparathyreoidismus
- Anämie
- metabolische Störungen
 - Vit. B12-, Folsäure-Mangel
 - Leber-, Niereninsuffizienz
- gastrointestinale Erkrankungen
 - Pankreatitis
 - entzündl. Darmerkrankungen
- Kollagenosen
- Alkohol-(entzug)
- Drogen-(entzug)
- Medikamente
- Hirnerkrankungen
 - Alzheimer-Demenz, M. Parkinson
 - Schlaganfall, MS
 - Epilepsie



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Therapie

- Pharmakotherapie
- Lichttherapie
- Schlafentzug
- Elektrokonvulsionstherapie
- psychodynamische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- kognitive Psychotherapie
- interpersonelle Psychotherapie
- Gruppentherapie



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Therapie

- Akuttherapie
- Erhaltungstherapie
- Phasenprophylaxe
- Langzeittherapie



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Therapie depressiver Störungen

Sedierung: hoch		fehlend	
Amitriptylin	Clomipramin	Citalopram	Tranlycypromin
Amitriptylinoxid	Imipramin	Desipramin	
Dosulepin	Lofepramin	Dibenzepin	
Doxepin	Maprotilin	Fluoxetin	
Mianserin	Nefazodon	Fluvoxamin	
Mirtazapin		Hypericum	
Trazodon		Moclobemid	
Trimipramin		Nortriptylin	
		Paroxetin	
		Reboxetin	
		Sertralin	
		Venlafaxin	

Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Therapie depressiver Störungen

Nebenwirkungen bei Blockade postsynaptischer Rezeptoren

- ACh: Akkomodation↓, Obstipation, Sinustachykardie, Miktion↓, kognitive Defizite, Verwirrtheit, Mundtrockenheit
- H1: Müdigkeit, Gewicht↑, Verwirrtheit
- 5-HT₂: Gewicht↑, Anxiolyse, Sedierung
- α₁: Orthostase-Reaktion, Schwindel, Müdigkeit, Reflextachykardie



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Akuttherapie depressiver Störungen

Adjuvante Medikation:

- Benzodiazepine (v.a. bei Angst, Stupor)
- Neuroleptika (nur bei Wahn, Halluzinationen!)



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Akuttherapie depressiver Störungen

Auswahl des Antidepressivums abhängig von:

- depressive Symptome (agitiert vs. antriebsarm)
- (somatische) Komorbidität
- Unverträglichkeiten (anamnestisch)
- Nebenwirkungen
- Kontraindikationen
- frühere Erfahrungen des Patienten



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Akuttherapie depressiver Störungen

Vorgehen bei Therapieversagen:

- Überprüfung der Compliance Hausarzt
- Plasmaspiegelkontrolle, Dosisanpassung
- Wechsel des Antidepressivums Facharzt
- Augmentierung (Li, Schilddrüsenhormone)
- Kombination von Antidepressiva Klinik
- (teil)-stationäre Behandlung



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Pharmakotherapie depressiver Störungen

- Akuttherapie
- Erhaltungstherapie
- Phasenprophylaxe
- Langzeittherapie



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Erhaltungstherapie depressiver Störungen

Rezidivierende unipolare Depression

- bei ≥ 2 depressiven Episoden innerhalb von 5 Jahren
- Antidepressiva (Dosierung wie in der Akutphase)
- Neuroleptika (nur bei Wahn, Halluzinationen!)



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Phasenprophylaxe depressiver Störungen

Bipolare Depression

- bei leichter Ausprägung nur Phasenprophylaxe
- cave: Provokation manischer Phasen durch Antidepressiva
- Lithium (Carbamazepin, Valproat, Lamotrigin)
- atypische Neuroleptika (Olanzapin, Risperidon)



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Therapie

- Pharmakotherapie
- Lichttherapie
- Schlafentzug
- Elektrokonvulsionstherapie
- psychodynamische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- kognitive Psychotherapie
- interpersonelle Psychotherapie
- Gruppentherapie



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Schlafentzug bei depressiven Störungen

- hohe Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls in der Nacht nach dem totalen Schlafentzug
- Indikationen: Überbrückung der Zeitspanne bis zum Einsetzen der Antidepressiva-Wirkung, Verstärkung einer (medikamentös induzierten) Teilremission
- partieller Schlafentzug in der 2. Nachthälfte kann mehrfach wiederholt werden und ist auch antidepressiv wirksam
- Schlaf am Nachmittag und in den ersten Nachtstunden wirkt deutlich weniger depressiogen => Schlafentzug mit Schlafvorverlagerung kombinieren



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Therapie

- Pharmakotherapie
- Lichttherapie
- Schlafentzug
- Elektrokonvulsionstherapie
- psychodynamische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- kognitive Psychotherapie
- interpersonelle Psychotherapie
- Gruppentherapie



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Verhaltenstherapie

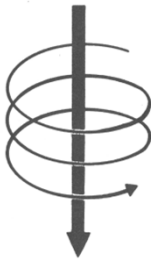
Wie entsteht eine Depression?



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Verhaltenstherapie

Depressionsspirale (Krankheitsentwicklung)

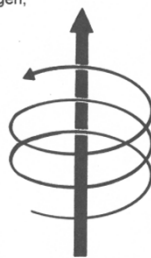
- 
1. Sie fühlen sich niedergeschlagen und haben keine richtige Lust etwas zu tun
 2. Sie haben im Alltag keine positiven Erlebnisse
 3. Ihre Stimmung wird schlechter, und Sie tun nur noch das Nötigste
 4. Sie haben überhaupt nichts mehr, an dem Sie sich freuen können
 5. Ihre Stimmung ist auf dem Nullpunkt und Ihnen ist alles zuviel



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Depression: Verhaltenstherapie

Depressionsspirale (Therapie)

- 
1. Ihre Stimmung ist auf dem Nullpunkt und Ihnen ist alles zuviel
 2. Sie raffen sich auf und machen das, was Sie schon lange tun wollten
 3. Sie freuen sich über Ihren Erfolg und Ihre Laune wird besser
 4. Heute tun Sie außer Ihren Pflichten noch etwas, was Ihnen Spaß macht
 5. Ihre Stimmung wird immer besser, und Sie planen weitere Unternehmungen, die Ihnen Freude machen



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Zehn Regeln für depressive Patienten

- Medikamente genau nach ärztlicher Verordnung einnehmen
- Jeden Tag vorausplanen (Stundenplan)
- Täglicher Fahrplan mit Routineabläufen, angenehme Unternehmungen einplanen
- Kleine, durchführbare Ziele setzen
- Kleine Erfolge sehen, Misserfolge aus der Depression verstehen
- Depressive Gedanken der Krankheit zuordnen
- Sich nicht zurückziehen, dem Zustand angepasste soziale Kontakte aufrechterhalten
- Nicht im Bett bleiben, körperliche Aktivitäten pflegen (Sport)
- Regelmäßig leichte Nahrung zu sich nehmen, kein Alkohol!
- Stimmungstagebuch führen, wellenförmige Besserung ist die Regel



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Schizophrenie im Alter

Schizophrenie ist eine endogene Psychose.
Sie ist gekennzeichnet durch:

1. Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen,
2. formale Denkstörungen, Affektstörungen und psychomotorische Störungen.

Typisches Erkrankungsalter = 20.-30. Lebensjahr



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Psychotische Symptome im Alter

- ca. 5% der >65 Jährigen leiden unter Wahn/Halluzinationen
- 3/4 dieser Pat. leiden unter Sehstörungen, 50% unter Hörstörungen



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Schizophrenie im Alter

- Ersterkrankungen an Schizophrenie >65 Jahre sind selten
- meist alt gewordene schizophrene Patienten
- Abnahme produktiver Symptome
- vermehrte Minussymptome
- Subtypen der Schizophrenie kaum mehr abgrenzbar



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Suchterkrankungen im Alter

Mißbrauch

- Substanzgebrauch verantwortlich für körperliche oder psychische Probleme, inkl.
 - eingeschränkte Urteilsfähigkeit
 - gestörtes Verhalten
 - negative Konsequenzen in zwischenmenschlichen Beziehungen
- Gebrauchsmuster besteht mindestens seit einem Monat oder trat wiederholt in den letzten zwölf Monaten auf



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Suchterkrankungen im Alter

Abhängigkeit

3 oder mehr Kriterien für die Dauer 1 Monats in den letzten 12 Monaten:

- starkes Verlangen oder Zwang, die Substanz zu konsumieren
- Kontrollverlust (über Beginn, Beendigung, Menge des Konsums)
- Entzugssyndrom (bei Reduktion oder Absetzen)
- Toleranzentwicklung
- Einengung auf Substanzgebrauch
- anhaltender Gebrauch trotz schädlicher Folgen



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Suchterkrankungen im Alter

Epidemiologie

- 2-6% der >65-Jährigen alkoholabhängig, v.a. Männer
- 1/3 dieser Patienten = "Späterkrankte"
- Zahlen zu Medikamentenmißbrauch und Abhängigkeit im Alter ?
- Psychopharmakagebrauch steigt exponentiell mit dem Alter
- davon Benzodiazepine ca. 50%
- 35% der Patienten begannen im Alter von 51 bis 60 Jahren mit dem Mißbrauch
- wesentlicher Faktor: iatrogene Exposition



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Suizidalität

- 8-15.000 Suizidote/Jahr in Deutschland
- in allen Altersgruppen Männer > Frauen
- bei Männern exponentieller Anstieg der Suizidrate mit dem Alter
- Suizidversuche in der Altersgruppe 15-30 Jahre am höchsten
- Männer: Erhängen, Erschießen, Schneiden, Stechen
- Frauen: Medikamente
- bei älteren Menschen oft Bilanzsuizid
- CAVE: Suizidankündigungen älterer Menschen!



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Suizidalität

Leitsymptome

- Suizidgedanken und -phantasien
- Einengung der Wahrnehmung und des Denkens (auf negative Inhalte)
- Reduzierung zwischenmenschlicher Beziehungen (sozialer Rückzug)
- Aggressionsstau, Wendung der Aggression gegen die eigene Person
- Suizidhandlungen



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Suizidalität

Häufige Ursachen

- Lebenskrise
- Schizophrenie
- Depression
- Suchterkrankungen
- neurotische Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Mehrfacherkrankungen
- Risikofaktoren: hohes Alter, chronische Erkrankung, soziale Vereinsamung, psychosoziale Belastung



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

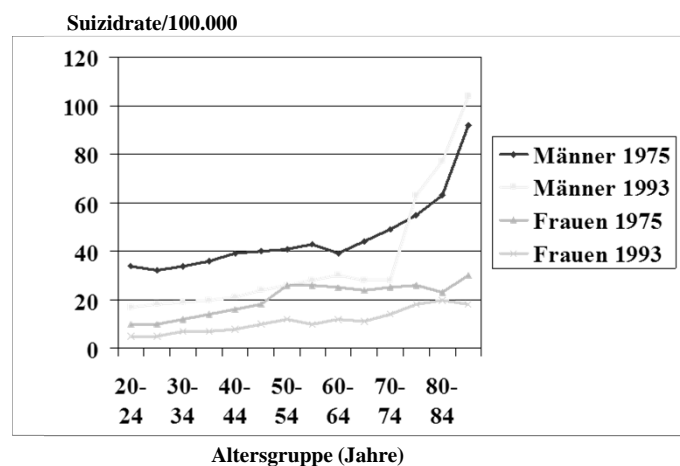
Epidemiologie suizidalen Verhaltens

- Lebenszeitprävalenz für Suizidversuche = 2%
- Suizid = zweithäufigste Todesursache bei 15-35-Jährigen
- bei Suiziden M:W = 2:1
- bei Suizidversuchen W>M
- Verhältnis Suizidversuche zu Suizid = 10 (-15) : 1
- 75% der Suizidhandlungen werden angekündigt
- 50% der Suizidenten suchten im Monat vor dem Suizid einen Arzt auf



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Epidemiologie suizidalen Verhaltens



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Was tun bei Suizidalität ?

Patientenkontakt

- Kontaktaufnahme
- Problem/Lebenssituation des Patienten erfassen
- Suizidalität ansprechen (gestaffelte Fragen)
- Art und Ausmaß der Suizidgedanken klären
- konkrete Pläne (was, wann, wie, wo?)
- Motiv für Suizidabsicht klären
- Hilfe anbieten, Patient nicht bedrängen
- Lösungsweg mit Patient erarbeiten
- nach dem Befinden des Patienten fragen
- ggfls Gabe von Medikamenten, z.B. Lorazepam
- stationäre Krankenhausbehandlung



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Was tun bei Suizidalität ?

Patientenkontakt: typische Fehler

- mangelnde Zeit
- Suizidalität nicht ansprechen
- Suizidalität bagatellisieren
- den Patienten nicht zu Wort kommen lassen
- sich vom Patienten provozieren lassen
- Aggressionen und Ärger vom Patienten "persönlich nehmen"
- direkte oder provozierende Fragen stellen
- den Patienten bedrängen, vermeintliche Lösungen für Probleme "aufdrängen"
- Überforderung durch zu hoch gesteckte Therapieziele
- den Patienten nach dem Gespräch allein lassen



Prof. Dr. M. Jüptner
2010

Gerontopsychiatrie

- Organische Psychosen
- Demenz
- Delir
- Affektive Störungen
- Schizophrenie und wahnhafte Störungen
- Mißbrauch- und Abhängigkeit
- Suizidalität

Prof. Dr. med. Markus Jüptner
Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Wallstr. 3, 45468 Mülheim
Mail: Markus@JueptnerMH.de
Internet: www.JueptnerMH.de



Prof. Dr. M. Jüptner
2010