

Finanzielle Sorgen ohne Grund

Autor(en): **Schuhmann, Thomas**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Zenit**

Band (Jahr): - **(2011)**

Heft 3

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-820665>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Finanzielle Sorgen ohne Grund

Menschen, die eine depressive Episode durchleben, leiden oft auch an einem Verarmungswahn. Wie man wieder daraus herausfinden kann, schildert Thomas Schuhmann, Leitender Arzt, anhand eines konkreten Beispiels.

VON THOMAS SCHUHMAN

Herr M. (81 Jahre) kommt zum ersten stationären psychiatrischen Aufenthalt in unsere Klinik. Eingewiesen wird er durch den Hausarzt, welcher in einer vorherigen Anmeldung und einem Telefonat die Problematik des Patienten geschildert hat: Bei Herrn M. vermute er, so der Hausarzt, eine erstmalige depressive Episode im Alter, welche schon seit etlichen Wochen bestehe.

Der Patient zeige eine gedrückte Grundstimmung, habe das Gefühl, den Alltag nicht mehr bewältigen zu können, und äussere passive Todeswünsche («am liebsten wäre ich gar nicht mehr da»). Darüber hinaus zeigten sich Schlafstörungen sowie eine erhebliche Grübelneigung. In den letzten zwei Wochen hätten sich zudem «komische Ideen» entwickelt wie etwa der Gedanke, andere Menschen mit dem eigenen Körpergeruch zu belästigen. Vom Hausarzt liegt ein ausführlicher Bericht über die Vorgeschichte vor, aus dem hervorgeht, dass Herr M. ausser an einem Bluthochdruck an keiner körperlichen Erkrankung leide (für uns Alterspsychiater eine sehr wichtige Information).

Herr M. erscheint am Aufnahmetag pünktlich und auf freiwilliger Basis zum Gespräch. Er wird von seiner Tochter und seinem Sohn begleitet. Der verwitwete Herr M. gibt bereitwillig Auskunft über sein aktuelles Leiden.

Es sei für ihn ganz neu, in einer psychiatrischen Klinik stationär behandelt werden zu müssen. Das sei schon eine Belastung – zusätzlich zum derzeitigen schlechten Befinden. Er könne sich gar nicht erklären, warum dies so gekommen sei. Er sei nie psychisch krank gewesen, habe nie ein Stimmungstief gehabt. Nach dem Tod seiner Frau vor zwei Jahren habe er natürlich um sie getrauert,

sei jedoch insgesamt «recht aufgestellt» gewesen, habe seinen Haushalt versorgen können, die Gartenarbeiten und Einkäufe erledigt. In den letzten Monaten sei es jedoch – wie aus heiterem Himmel – zunehmend schlechter gegangen. Zunächst habe er nicht mehr schlafen können, dann habe er bemerkt, dass er morgens gar keine Lust mehr habe, verschiedene Dinge zu erledigen, die er doch sonst so gerne gemacht habe. Ursprüngliche Hobbys und Interessen, wie z.B. kleinere Holzarbeiten in seiner Werkstatt zu machen, habe er nahezu gänzlich aufgegeben.

Er sehe seinen eigenen Wert nicht mehr. Darüber hinaus muss er ständig über gewisse Themen aus der Vergangenheit wie auch jetzt grübeln. Am liebsten wäre er manchmal gar nicht mehr da, sich etwas antun wolle er aber nicht, da er doch eine gewisse Hoffnung hege, dass alles wieder besser werde. Ein beherrschender Gedanke in seinem Kopf sei jedoch, dass er – und das sei ihm peinlich zu erwähnen – den Eindruck habe, übel zu riechen.

Dieser Gedanke sei ihm etwa vor zwei Wochen gekommen. Deshalb meide er Kontakt zu anderen und habe sich gänzlich zurückgezogen. Er schäme sich deswegen. Der üble Körpergeruch bewirke, dass er zur Belästigung und zur Last für andere werde. Zudem habe er den Eindruck, dass aufgrund dieses üblen Geruchs der Hausbesitzer, in dessen Wohnung er zur Miete lebe, mittlerweile sicher geplant habe, Luftreinigungsgeräte aufzustellen, um den durch ihn verursachten Geruch zu neutralisieren. Seine grosse Befürchtung sei nun, dass das erhebliche Kosten verursache und er daher einen grossen finanziellen Verlust erleide. Das alles könne er sicher nicht bezahlen und er wisse keinen Ausweg. Er werde seine Familie mit den sicher daraus entstehenden Schulden ins Unglück stürzen.



Thomas Schuhmann,
Leitender Arzt
Stationäre Dienste
Luzerner
Psychiatrie
St. Urban

Foto: Martin Glaesner



Trotz gegensätzlicher Darstellung der Angehörigen sei er gewiss, dass er recht habe. Eine kritische Realitätsprüfung gelingt Herrn M. also nicht. Auch die Argumentation der Ärzte, dass solche Gedanken durchaus einer depressiven Grunderkrankung entspringen könnten, kann Herr M. im Augenblick der Aufnahme nicht sehen. Er wisse zwar nicht, wie ihm Ärzte aus der Psychiatrie dabei helfen könnten, aus dieser Krise zu kommen, vielmehr müsse er sich doch jetzt bemühen, an die nötigen finanziellen Mittel zu kommen, um die aufgestellten Luftreinigungsgeräte zu bezahlen. Auf die Argumentation der Kollegen, dass man seine schlechte Stimmung, die im Rahmen der Sorgen bestehende Beunruhigung wie auch die dabei entstehende innere Anspannung gut behandeln könne, kann er sich einlassen. Er willigt in einen freiwilligen Verbleib in unserer Klinik ein.

Wir haben bei Herrn M. die Diagnose einer depressiven Episode mit wahnhafter Symptomatik gestellt. Wir erklären dem Patienten und den Angehörigen dann genau unsere Therapie sowie unsere diagnostischen und therapeutischen Strategien.

„ Der Patient befürchtete, dass er einen grossen finanziellen Verlust erleiden würde. ”

Als Anmerkung sei hier noch erwähnt, dass gerade und insbesondere in einer psychiatrischen Klinik körperliche Untersuchungen erfolgen (ärztliche körperliche Untersuchung, EKG und Labor-Kontrollen), um insbesondere eine somatische Ursache der depressiven Verstimmung auszuschliessen. Darüber hinaus erheben wir klinische und weitere apparative Befunde (Befragung des Patienten, Befragung von Angehörigen hinsichtlich einer etwaigen Gedächtnisleistungsstörung, sogenannte neuropsychologische Tests), die im Falle von Herrn M.

weitestgehend unauffällig waren und den Schluss nahelegten, dass eine Demenz als Ursache der Depression nahezu ausgeschlossen ist.

Es finden in den weiteren Wochen regelmässige ärztlich-therapeutische Gespräche statt, wobei der Patient vom Oberarzt der Station mindestens einmal pro Woche, vom Assistenzarzt etwa zweimal pro Woche und zusätzlich – in seinem Falle – von der ärztlichen Psychotherapeutin Einzelgespräche erhält. Somit kann man auch den Verlauf der Befindlichkeit gut beobachten, dann etwa auch entsprechende Therapieanpassungen vornehmen. Zusätzlich erhält Herr M. aktivierungstherapeutische Mass-

Infopoint.

Immer gut beraten. In SBB RailCity Luzern finden Sie alles für Gesundheit und Wohlbefinden. Von frühmorgens bis spätabends, immer das passende Angebot. SBB RailCity – 9 x in der Schweiz.

www.sbb.ch/railcity

RailCity Luzern

**SBB RailCity Luzern.
Shopping im Bahnhof.**

nahmen zur Förderung von Alltagskompetenzen, des Weiteren stehen auch auf einer gerontopsychiatrischen Station sport- und bewegungstherapeutische Möglichkeiten zur Verfügung. Wir planen darüber hinaus mindestens ein Angehörigengespräch im Verlaufe des etwa sechs- bis achtwöchigen stationären Aufenthalts (Durchschnittsverweildauer der Patienten mit diesen oder ähnlichen Erkrankungen), indem wir Angehörige über Diagnose, therapeutische Möglichkeiten und Möglichkeiten der ambulanten Weiterbetreuung aufklären.

Eine Erfolgsgeschichte

Als Basis der stationären Therapie gilt jedoch zunächst die Psychopharmako-Therapie, bei der es insbesondere bei älteren Menschen wichtig ist, das geeignete Präparat (möglichst wirksam und möglichst nebenwirkungsfrei) auszuwählen.

Die Geschichte von Herrn M. ist eine Erfolgsgeschichte und ist jetzt relativ schnell erzählt: Nachdem es gelungen ist, mittels einer geeigneten Kombinationstherapie aus Antidepressivum und Antipsychotikum (Medikament zur Distanzierung von [depressiven] Wahngedanken und/oder überwertigen Ideen) Herrn M. von seiner akuten Symptomatik zu befreien, war es Herrn M. gegen Ende des stationären Aufenthalts wieder möglich zu lachen, sich am Stationsleben zu beteiligen, Kontakte zu Mitpatienten zu knüpfen, in Wochenendurlaube seine Gartenarbeiten zu erledigen, sich seines Selbstwertes und seiner Fähigkeiten bewusst zu sein und insbesondere von den ihm jetzt auch selbst abstrus vorkommenden Gedanken Abstand zu nehmen: «Da hat mir mein Kopf wohl einen Streich gespielt.»

Die Behandlung hier in der Klinik habe ihm sehr geholfen, insbesondere die ärztlichen und die psychotherapeutischen Gespräche (in denen er zusätzlich gelernt habe, von seinen Gedanken etwas Abstand zu nehmen) wie auch alle aktivierungstherapeutischen Massnahmen. Wir konnten Herrn M. in gut gebessertem Zustand in die weitere ambulante Behandlung entlassen, wobei wir den Kollegen detaillierte Empfehlungen zur Pharmako- wie auch zur Psychotherapie mitgegeben haben. Dieses Beispiel zeigt relativ klar, inwieweit finanzielle Aspekte Einzug in die Krankheit gefunden haben.

Depressive Episoden im Alter sind eine der häufigsten Erkrankungen und treten nicht selten mit begleitender Wahnsymptomatik auf, wie bei Herrn M. festzustellen. Dabei machen wir oft die Erfahrung, dass in der Erkrankung (wobei meist die Stimmungsverschlechterung zu Beginn steht) finanzielle Probleme aus dem früheren Leben in die aktuelle Wahndynamik mit einfließen, ohne ursächlich miteinander in Verbindung ste-

hen zu müssen. Dennoch nehmen solche Gedanken (wie bei Herrn M., dass eine Schuldenproblematik aufgrund der Installierung von Geräten zur Geruchsneutralisierung entstehe) eine derartige Gewissheit an, dass sie Patienten und Angehörige erheblich belasten.

In der neueren Literatur wird auf diese Problematik, gerade im Zusammenhang mit depressiven Episoden im Alter, aufmerksam gemacht; die wahnhaften Symptome scheinen – zumindest am Anfang der Erkrankung – als vermehrte Sorge, z.B. um finanzielle Belange*, in einem gewissen Prozentsatz der Patienten aufzutreten und sehr hartnäckig zu sein. Dabei ist es für uns als Therapeuten besonders wichtig, zumindest zu versuchen, den Patien-

„ Am Ende des stationären Aufenthalts war es dem Patienten wieder möglich, zu lachen und neue Kontakte zu knüpfen.“

ten speziell über seine Symptome der Depression aufzuklären und unseren Therapieansatz aufzuzeigen, was zunächst verständlicherweise oft nicht so gesehen werden kann. Wir machen im klinischen Alltag auch die Erfahrung, dass besonders die wahnhaften Symptome, die um finanzielle Angelegenheiten kreisen (Verarmungswahn) nur sehr hartnäckig zu therapieren sind und oft ausserordentliche Geduld des Patienten, des Therapeuten wie auch der Familie bedürfen. Eine Studie konnte z.B. aufzeigen, dass es – im Gegensatz zur antidepressiven Behandlung jüngerer Menschen – einer bis zu, z.T. mehr als vierwöchigen Wartezeit bedarf, um beurteilen zu können, ob Psychopharmaka, insbesondere Antidepressiva, bei älteren Menschen wirken oder nicht**.

Wie gesagt, die Geschichte von Herrn M. ist eine Erfolgsgeschichte. Wenn auch mit noch so hartnäckiger Symptomatik behaftet, gehen wir als Ärzte und Therapeuten bei einer Altersdepression immer von einer grundsätzlich heilbaren Erkrankung aus, unabhängig von Ausmass und Intensität der Symptomatik. Wenn gleich das subjektive Leiden auch hoch ist, sollte diese Geschichte den Betroffenen und Angehörigen zumindest Mut machen und berechtigte Aussicht auf guten Erfolg liefern.

*de la Cámara et al., Depression in the elderly community: I. Prevalence by different diagnostic criteria and clinical profile, Eur. J. Psychiat. 22 (3) 2008

**Tedeschini et al., Antidepressant drug trials last at least four weeks, J Clin Psychiatry 2/2010