

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

### ALTERSDEPRESSIONEN

Die Depressionen zählen inzwischen zu den häufigsten seelischen Störungen, ja Erkrankungen generell. Dabei spielt das Alter eine zunehmende Rolle (erhöhte Lebenserwartung) und damit die gefürchteten Altersdepressionen. Was muss man wissen, was Häufigkeit, Geschlecht, spezifisches Leidensbild, und zwar seelisch, geistig, körperlich, psychosomatisch interpretierbar und psychosozial anbelangt? Was ist häufiger und scheinbar seltener bei der Vielzahl der geklagten Beschwerden? Könnten auch noch andere, vor allem rein körperliche Ursachen eine Rolle spielen bzw. ein vergleichbares Leidensbild auslösen? Auf welche rein organischen Erkrankungen muss man hier besonders achten bzw. was kann aus dieser Sicht zu einer Altersdepression beitragen? Gibt es eine spezielle Erblast und konkrete körperliche oder medikamentöse Depressions-Ursachen? Und schließlich: Welche Möglichkeiten, aber auch Grenzen der rechtzeitigen Diagnose, gezielten Therapie, vielleicht sogar Vorbeugung und Rückfall-Prophylaxe werden diskutiert? Dazu eine kurz gefasste Übersicht.

#### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Altersdepression – Depression im höheren Lebensalter – depressive Episoden im höheren Lebensalter – Häufigkeit – Altersdepression beim Hausarzt – Altersdepression beim Facharzt – Altersdepression in Pflegeheimen – Altersdepression und Geschlecht – Altersdepression und Leidensbild – Altersdepression und Lebensqualität – Altersdepression und Mortalität – Altersdepression und organische Krankheitsbilder – Altersdepression und Suizidgefahr – Altersdepression und volkswirtschaftliche Kosten – Altersdepression und seelische Beschwerden – Altersdepression und körperliche Folgen – Altersdepression und geistige Einbußen – Altersdepression und Alzheimer-Krankheit – Altersdepression und Gedächtnis – Altersdepression und Demenz – Altersdepression und organische Ursachen – psychologische Aspekte der Altersdepression – psychosoziale Ursachen der Altersdepression – genetische Aspekte der

Altersdepression – erbliche Ursachen der Altersdepression – medikamentöse Ursachen der Altersdepression – Pharmakotherapie der Altersdepression – Psychotherapie der Altersdepression – Elektrokonvulsionstherapie der Altersdepression – u. a. m.

Depressionen zählen zu den häufigsten seelischen Störungen in unserer Zeit und Gesellschaft, und das über alle Altersstufen verteilt, nicht zuletzt im höheren Lebensalter. Eine Entwicklung, die uns zusehends beschäftigt wird, und zwar nicht nur bezüglich persönlichen Leids der Betroffenen und ihres näheren und sogar weiteren Umfelds (Pflegebedürftigkeit zu Hause), sondern auch volkswirtschaftlich. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht von Frau Dr. med. Dipl.-Psych. Forugh S. Dafsari und Professor Dr. Frank Jessen von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Köln in der Fachzeitschrift *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 86 (2018) 242. Im Einzelnen:

### **Definition**

Unter einer Altersdepression versteht man eine Depression, die jenseits des 60. bis 65. Lebensjahres ausbricht.

Wissenschaftlich unterscheidet man bei der Altersdepression (internationaler Fachbegriff: late life depression - LLD) den erstmaligen Ausbruch einer Depression im höheren Lebensalter (late onset depression - LOD), eine rezidivierende (mehrfach ausbrechende) depressive Störung mit frühem Beginn (early onset depression - EOD), depressive Episoden im hohen Lebensalter und eine depressive Episode bei bipolarer (manisch-depressiver) Störung.

Ätiologisch (Ursache) treten neben diesen Formen auch depressive Episoden im Rahmen spezifischer Erkrankungen auf, nicht zuletzt durch Einnahme entsprechender Medikamente.

Wichtig ist die Erkenntnis, dass sich Altersdepressionen hinsichtlich Ausprägung und Verlauf von depressiven Störungen jüngerer Patienten unterscheiden können. Dies betrifft sowohl Prävalenz (Häufigkeit) als auch Diagnose, Therapie und Rückfallprophylaxe, was dann zur besonders komplexen Aufgabe werden kann.

### **Häufigkeit**

Depressionen gehören neben den verschiedenen Demenz-Formen zu den häufigsten seelischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. Man spricht von einer Punktprävalenz (Häufigkeit zu einem bestimmten Zeitpunkt) depressiver

Episoden bei älteren Menschen über 75 Jahre von 7,2 % (wobei je nach Untersuchung zwischen 4,4 und 10,6 % gefunden wurden). Misst man mit so genannten Depressions-Skalen, kommt man auf über 17 % (0,7 bis 26,1 %). In der Klientel des Hausarztes und der am häufigsten in Anspruch genommenen Fachärzte findet man ein depressives Beschwerdebild bei älteren Menschen bis zu 37 %. In Pflegeheimen leiden schätzungsweise bis zur Hälfte der Bewohner an entsprechenden Beeinträchtigungen.

## **Geschlecht**

Das weibliche Geschlecht ist fast doppelt so oft betroffen wie das männliche.

## **Altersdepression – ein besonders schwerwiegendes Leidenbild**

Es ist also nicht nur die bestürzende Häufigkeit, die hier irritiert, es sind auch spezielle Aspekte, die besonders schwer ertragbar und schwierig zu behandeln sind. Was heißt das konkret?

Schon Depressionen in jedem Lebensalter können einerseits ein so vielfältiges Leidenbild auslösen, dass man erst einmal lange nicht auf die richtige diagnostische Spur kommt. Sie können sich aber auch durchaus „heimlich“ entwickeln, allerdings nur für das weitere und sogar nähere Umfeld, nicht für den Patienten selber. Das ist zwar charakteristisch für diese Krankheit, im höheren Lebensalter aber besonders oft unerkannt. Deshalb gelten sie auch als besonders häufig „unterdiagnostiziert“ und bisweilen über Jahre hinweg nicht ausreichend behandelt, wenn nicht gar völlig übersehen.

Dabei gehen Depressionen grundsätzlich mit einer reduzierten Lebensqualität und deutlichen Funktionseinschränkungen einher, wie es die Experten bezeichnen; und Altersdepressionen ganz besonders. Zudem sind sie mit einer erhöhten Morbidität verbunden, d. h. hier kommt eine Krankheit zur anderen. Damit auch mit einer erhöhten Mortalität (Sterberate), wobei einige Krankheitsbilder auffallend oft zu finden sind (z. B. Herz-Kreislauf, Diabetes mellitus, Krebs- und Infektionskrankheiten sowie hirnorganische Störungen). Dazu kommt die allseits bekannte, aber nicht immer rechtzeitig erkannte Suizidgefahr, damit erhöhte suizidale Mortalität. Letzteres vor allem bei älteren Männern, wobei auch das weibliche Geschlecht weit über der traurigen Norm liegt.

Inzwischen darf man sogar über die volkswirtschaftliche Belastung reden, die gerade hier nicht unerheblich ist. So geht die Altersdepression mit ihrer hohen Prävalenz und durchaus großen gesellschaftlichen Bedeutung auch mit erheblichen wirtschaftlichen Kosten einher. Konkret: Die ambulanten, stationären und Gesamtkosten bei Patienten mit Altersdepression liegen um ein Drittel höher als bei gesunden Senioren gleichen Alters.

## ZUR PSYCHOPATHOLOGIE DER ALTERSDEPRESSION

Einzelheiten zum depressiven Syndrom siehe der Kasten am Ende dieses Beitrags. Diese Vielfalt an seelischen, körperlichen, psychosomatisch interpretierbaren und psychosozialen Beeinträchtigungen sucht ihresgleichen, selbst in dem ohnehin weiten Symptom-Spektrum seelischer Störungen. Dabei gilt es jedoch noch Leidens-Schwerpunkte zu unterscheiden, nicht zuletzt altersbedingt. Bei jüngeren Patienten zeigt sich eine depressive Episode eher durch gedrückte Stimmung, Freud- und Interessenlosigkeit, Antriebsmangel, Gefühle von Wertlosigkeit, vor allem vermindertem Selbstwertgefühl. Diese Beeinträchtigungen finden sich zwar auch bei der Altersdepression. Es gibt jedoch altersspezifische Besonderheiten, auf die leider nur selten geachtet wird (Umfeld!), was aber auch mit der schwierigen gesamt-gesundheitlichen Situation zu tun hat.

So gelten beispielsweise für Altersdepressionen zwar ebenfalls die diagnostischen Haupt- und Nebenkriterien gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, Interesselosigkeit, Antriebsmangel, vermindertes Selbstwertgefühl und Gefühle von Wertlosigkeit.

Deutlich häufiger aber finden sich hier körperliche Beschwerden, insbesondere gastrointestinale (Magen-Darm-)Symptome, Schmerzbilder, Schwindel, allgemeine Schwäche und Schlafstörungen.

Diese Erkenntnis ist deshalb von Bedeutung, weil sich die (meisten?) Patienten im höheren Lebensalter erst oder generell mit körperlichen Beschwerden bei ihrem Hausarzt vorstellen. Geklagt, untersucht und bestätigt gemäß alters-typischer Befunde denkt man deshalb zuerst an die organischen Ursachen und interpretiert die seelischen Symptome als nachvollziehbare Folge der körperlichen Erkrankung, wenn nicht gar als „normalen“ physiologischen Altersprozess. Das mag alles nicht ganz falsch sein, aber im Rahmen einer Altersdepression ist es eben nicht der entscheidende Grund – und damit fehl-diagnostiziert und spezifisch unbehandelt.

Außerdem finden sich naturgemäß hier besonders ausgeprägte Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, fachlich „kognitive Defizite“ genannt, die nicht nur eine ziel-führende Symptom-Schilderung behindern (falls überhaupt), sondern auch noch das Gesamtbild nicht nur äußerlich, sondern ursächlich (Fachbegriff: pathophysiologisch) beeinträchtigen. Oder kurz: Nicht nur unzureichende Symptom-Konkretisierung, sondern auch alterstypisch verlangsamte und krankheits-bedingt zusätzlich beeinträchtigte Mitarbeit – nachvollziehbar, aber folgenreich mangelhaft, vor allem was rechtzeitige Diagnose und konkrete Handlungsschritte betrifft.

Hier sei nur auf ein besonderes Phänomen verwiesen, das in der Fachsprache als „depressive Pseudodemenz“ bezeichnet wird, also eine dementielle Ent-

wicklung, die aber nur oder überwiegend auf die depressions-bedingten geistigen Defizite zurückgeht und sich nach Aufhellung der Schwermut wieder zurückbildet. Allerdings – auch das muss einkalkuliert werden – nicht in jedem Fall und insbesondere nicht wünschenswert ausreichend (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

Nebenbei bemerkt ist die „depressive Pseudodemenz“ kein exakter Fachbegriff und sollte vermieden werden, so die Experten. Er ist aber differential-diagnostisch (was könnte es sonst noch sein?) nicht zu unterschätzen. Außerdem kann er durchaus als Erklärungsmuster hilfreich sein, zumal der zutreffende Terminus „kognitive Störung bei Depression“ den Laien, vor allem den Erkrankten und sein Umfeld auch überfordern kann.

## **DIFFERENTIAL-DIAGNOSE – WAS KÖNNTE ES SONST NOCH SEIN?**

Es klang immer wieder an: Depressionen können zum einen so manches andere, nicht zuletzt körperliche Leidensbild nachahmen oder zusammen vorkommen, manchmal sich sogar wechselseitig auslösen. Es gilt also seitens der Ärzteschaft differential-diagnostisch aufzuspüren, was hier (noch) eine Rolle spielen könnte.

Das sind bei den erwähnten kognitiven Defiziten (nach dem Lateinischen cognoscere = erkennen) zum einen die leichten kognitiven Störungen sowie die Demenz bei neuro-degenerativen Erkrankungen.

Einzelheiten dazu siehe wiederum die entsprechenden Beiträge in dieser Serie. Dazu noch einige konkrete Differenzierungs-Möglichkeiten in Kurzform:

Affektive Störungen im Rahmen einer Altersdepression beginnen häufig zeitgleich mit der so genannten affektiven Symptomatik, sprich depressiver Gemütslage. Sie entsprechen im Wesentlichen den so genannten Exekutiv-Funktionen, d. h. schlussfolgerndes Denken, Entscheidungsfindung, vorausschauende und zielgerichtete Behandlungsplanung, Arbeitsgedächtnis, abstraktes Denkvermögen etc. Besonders beeinträchtigend sind auch entsprechende Einbußen bezüglich rascher bzw. früher gewohnter Reaktionsfähigkeit. Und es gibt Probleme beim so genannten „freien Abruf von gelerntem Material“, wenn auch das Wiedererkennen nicht eingeschränkt ist. Diese fachlichen Hinweise dienen dem Arzt dazu, kognitive Defizite neuropsychologisch von dem ggf. frühen Ausbruch einer Alzheimer-Krankheit zu unterscheiden. Dabei finden sich keine Orientierungs- oder Benenn-Störungen. Auch die so genannten visuo-konstruktiven Fähigkeiten (vom Lat.: visus = das Sehen, der Gesichtssinn) sind nicht eingeschränkt.

Ein weiteres Problem, das leider nicht so selten ist, sind mögliche „Misch-Zustände“ oder konkreter: Wie das eine das andere verstärken, wenn nicht gar

auslösen kann. Nicht nur Altersdepressionen gehen häufig mit kognitiven Defiziten einher, auch die Demenz kann von gemütsmäßigen Krankheitszeichen begleitet sein. Außerdem hat sich gezeigt, dass Patienten mit einer Depression auch ein erhöhtes Risiko eingehen, zusätzlich an einer Alzheimer-Demenz zu erkranken. Dies vor allem bei einer Altersdepression, insbesondere im Vorläuferstadium einer sich entwickelnden dementiellen Erkrankung. Und natürlich liegt auch bei Demenz-Patienten ein erhöhtes Risiko vor, in eine Schwermut zu verfallen. Oder kurz: Die so genannte neuro-psychologische Abgrenzung kann nicht selten erschwert sein. Dabei ist von anderen Leiden mit sonstigen Einschränkungen noch gar nicht die Rede, z. B. zerebro-vaskuläre (Gehirngefäß-bedingte) Erkrankungen und das Parkinson-Syndrom (auch hier: Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

Auf jeden Fall gilt es eines zu wissen und seitens der Betroffenen leider auch zu akzeptieren, nämlich: Eine Altersdepression ist mit einem erhöhten Risiko verbunden, auch eine Demenz zu entwickeln.

## **WAS KANN ZU EINER ALTERSDEPRESSION BEITRAGEN?**

Die Ätiologie (das Ursachen-Spektrum) einer Altersdepression ist multifaktoriell, wie das fachlich genannt wird, d. h. hat viele Gründe. Die können zusätzlich noch eine so genannte komplexe Interaktion von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren aufweisen, d. h. hier beeinflusst das eine auch das andere – und zwar negativ. Dies fassen die Experten zu einem biopsychosozialen Erklärungsmodell der Altersdepression zusammen, das eine Reihe körperlicher Risikofaktoren umfasst.

Beispiele: Chronische Nierenerkrankungen, Krebsleiden, Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), rheumatoide Arthritis (Gelenkentzündung), kardio-vaskuläre (Herz-Kreislauf-)Erkrankungen, z. B. Myokardinfarkt, ferner zerebro-vaskuläre (Gehirn-Gefäß-bedingte) Erkrankung (z. B. Schlaganfall), Schmerzstörungen, schließlich sogar Funktionseinschränkungen durch Seh- und Hörstörungen sowie Immobilität (krankheitsbedingte Bewegungseinschränkungen bis zur Bewegungsunfähigkeit).

Es ist einleuchtend, dass schon jedes einzelne Leiden, geschweige denn eine gar nicht so seltene Kombination mehrerer körperlicher Beeinträchtigungen und dazu im höheren Lebensalter, das Gefühl von unkontrollierbarem Ausgeliefertsein provozieren können – bis hin zu entsprechenden Ängsten vor unheilbarer Krankheitslast oder gar Tod. Und damit ggf. nachvollziehbaren Reaktionen (Suizidgefahr?). Und dies vor allem dann, wenn der Patient bereits früher, und zwar unter weniger gesamthaft belastenden Bedingungen depressive Episoden durchstehen musste.

Hinzu kommen weitere Beeinträchtigungen, die nicht zuletzt das weibliche Geschlecht belasten (man denke an Ausbildung, Zivilstand, höheres Lebensalter und damit existentielle Fragen etc.). Beispiele: gering ausgebildetes soziales Netzwerk und damit Einsamkeit, Verlust der Autonomie, akute belastende Lebensereignisse (z. B. Verlust nahe stehender Personen), chronische Stressoren (z. B. Armut) u. a. m.

Die psychologischen Experten haben dazu noch weitere Faktoren ausgearbeitet, die ein alterstypisches Depressions-Risiko darstellen können. Beispielsweise (in Fachbegriffen): Gefühl der verminderten Selbstwirksamkeit (was kann ich selber noch ausrichten), bestimmte persönliche Eigenschaften (Stichwort „Neurotizismus“), mangelnde Flexibilität und Neigung zu rigiden (starrten) Vorstellungen, Wünschen, Einstellungen etc., hohe Ansprüche generell, Neigung zu Perfektionismus sowie Fatalismus und Misserfolgs-Orientierung („alles ohnehin umsonst, besonders was mich betrifft“) u. a.

Sie alle erschweren es zusätzlich, sich an die sich ständig verändernden Gegebenheiten und vor allem unveränderbaren seelischen, körperlichen und psychosozialen Entwicklungen des Alterns anzupassen. Wer das nicht zu akzeptieren vermag und an alten Ansprüchen festhält, ist natürlich besonders enttäuschungs-anfällig und gerät in eine riskante Hilflosigkeit – mit erhöhtem Depressions-Risiko.

Kurz: Gute, zumindest ausreichende soziale Beziehungen und eine entsprechende emotionale (gefühlso-orientierte) Unterstützung seitens des engeren und weiteren Umfeldes stellen protektive (Schutz-)Faktoren dar – sofern man sie hat.

### **Genetische, gefäßbedingte und strukturelle Aspekte**

Bei der pathogenetischen (Krankheits-Ursache) Entwicklung der Altersdepression wird auch der Einfluss genetischer (Erb-)Faktoren angenommen. Man geht davon aus, dass Altersdepressionen, übrigens auch die Depression im jüngeren oder mittleren Lebensalter, eine so genannte komplex-genetische Erkrankung darstellen, bei der multiple Vulnerabilitäts-Gene mit Umweltfaktoren zusammen wirken. Oder kurz: Erblast durch verschiedene angeborene „Schwachstellen“ und damit verstärkte Verwundbarkeit. Dies wird zwar wissenschaftlich kontrovers diskutiert und ist bisher nicht zur vollen Zufriedenheit beweisbar, bleibt aber im differential-diagnostischen Blickfeld der Experten. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur, was beispielsweise die so genannte HPA-Achse, die Inflammations- und Monoamin-Hypothesen sowie vaskuläre Faktoren betrifft.

Letzteres, nämlich der Einfluss gehirngefäß-bedingter Erkrankungen im höheren Lebensalter ist für das Depressions-Risiko besonders bedeutsam. So liegt die Häufigkeit einer Depression nach Schlaganfall bei über 30 %, wobei auch

depressive Symptome das Rehabilitations-Ergebnis beeinträchtigen können. Auch hier diskutiert man eine so genannte pathophysiologische Verbindung beider Erkrankungen mit Schädigung bestimmter Hirn-Regionen und schließlich der so genannten grauen und weißen Substanz. Das kann sich dann vor allem als Aufmerksamkeits-Defizit, psychomotorische (seelisch-körperliche) Verlangsamung und Affekt-(Gemüts-)Labilität ausdrücken.

Das (geschädigte) Gefäßsystem spielt also eine wichtige Rolle bei der Depression, was auch schon zu dem Konzept der so genannten „vaskulären Depression“ geführt hat, derzeit verstärkt in wissenschaftlicher Diskussion.

Eine besondere Bedeutung hat der Einsatz so genannter bildgebender Verfahren gewonnen, Stichwort: hirnstrukturelle Befunde und funktionelle Netzwerk-Veränderungen. Oder kurz: Was können neue Untersuchungsverfahren über den Einfluss bzw. dann die krankheits-bedingten Beeinträchtigungen bestimmter Hirnregionen beitragen. Das kann sich beispielsweise darin äußern, dass ältere depressive Patienten ein geringeres Hirnvolumen in entsprechenden Hirnregionen aufweisen als Gleichaltrige ohne entsprechenden Untersuchungsbefund.

Weitere Einzelheiten dazu siehe die Fachliteratur, die wenigstens mit einem Kernsatz angedeutet werden soll: Patienten mit Depression im höheren Lebensalter zeigen strukturelle und funktionelle Veränderungen in fronto- limbischen Hirnregionen, die beispielsweise zuständig sind für Emotionen (Gefühle) und Gedächtnis, und damit letztlich für Verhalten, Motivation, Anpassungsfähigkeit etc. Kein Wunder, dass hier nicht nur organische Aspekte (Blutdruck, innersekretorische Drüsenfunktionen u. a.), sondern auch seelische und damit psychosoziale Konsequenzen zu erwarten sind.

### **Zur Diagnose organischer und medikamentöser Depressions-Ursachen**

Schon die bisherigen Ausführungen zeigen: Depression ist nicht gleich Depression und selbst eine Depression im höheren Lebensalter kann verschiedene Ursachen aufweisen. Das legt eine gründliche Anamnese-Erhebung (der Krankheits-Vorgeschichte) nahe, einschließlich Fremd- und Familienanamnese (von Angehörigen und deren Vorgeschichte). Schließlich die Erhebung des so genannten psychopathologischen Befundes, also des Leidensbildes nach außen und innen. Es ist die Grundlage aller Krankheiten, der Altersdepression aber ganz besonders.

Dabei gilt es – wie mehrfach erwähnt – auch organische Ursachen zu bedenken und im Verdachtsfall konkret zu sichern. Das heißt eine genaue körperliche, neurologische, labor-medizinische und apparative Diagnostik, einschließlich EKG, EEG (Hirnströme) und kraniales MRT (funktionelle Bildgebung des Gehirns).



Wichtig auch die Frage, die leider eher selten gestellt wird, dafür aber häufiger ursächlich beteiligt ist: Könnte die Depression durch die Einwirkung von Medikamenten oder gar Alkohol begründet oder verstärkt sein? Und natürlich – im höheren Alter doppelt – welche Medikamente wurden verordnet oder am Arzt vorbei bzw. frei verkäuflich eingenommen, teils zur Behandlung körperlicher Erkrankungen, teils in eigener Initiative („Gesundheits-Tropfen“).

Nachfolgend deshalb einige potentiell depressiogene (depressions-auslösende und -unterhaltende) Medikamente in Fachbegriffen. Einzelheiten siehe der behandelnde Arzt. Beispiele: Antihypertensiva, Digitalis-Präparate, Cortikosteroide, Immunsuppressiva, Zytostatika, Analgetika, Antiphlogistika, Antibiotika, Virostatika, Antimykotika, Levodopamin, Bromocriptin, Antiepileptika, Neuroleptika, Hormonpräparate u. a.m.

Warum so viele potentiell depressions-auslösende Arzneimittel? Weil auch degenerative (z. B. Wirbelsäule und Gelenke), vaskuläre (gefäß-bedingte), raumfordernde (z. B. Tumoren) und entzündliche Hirnerkrankungen sowie endokrinologische Leiden (Hypothyreose, Hyperthyreose, Cushing-Syndrom) sowie bösartige Neubildungen (einschließlich Gefäßsystem) zu Depressionen im höheren Lebensalter beitragen können.

Hilfreich zur Diagnosestellung sind dabei strukturierte klinische Interviews sowie zur Schwere-Beurteilung der depressiven Symptomatik entsprechende Fragebögen mit – wie es wissenschaftlich heißt – guter Sensitivität und hoher Spezifität zwischen depressiven und nicht depressiven älteren Menschen. Dabei gibt es Kurzformen mit vergleichbar guten psychometrischen Gütekriterien und Hilfen zur Fremd-Beurteilung depressiver Symptome. Das setzt allerdings eine gewisse Übung, Routine und natürlich die Kooperations-Fähigkeit und -Willigkeit des Patienten voraus. Das ist nicht immer einfach, wie die zuständigen Ärzte und Psychologen bestätigen können.

## MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER THERAPIE

Depressionen im Alter müssen behandelt werden und sind auch behandelbar. Man muss jedoch die Möglichkeiten kennen und die Grenzen respektieren lernen. Die wichtigsten Behandlungsformen sind psychopharmakologisch, psycho- und sozio-therapeutisch sowie weitere biologische Behandlungsformen (z. B. Elektrokonvulsionstherapie). Nachfolgend eine komprimierte Übersicht. Im Einzelnen:

- Eine **Pharmakotherapie** empfiehlt sich besonders bei mittelgradigen und vor allem schweren depressiven Episoden im höheren Lebensalter. Hier gilt es aber einige Besonderheiten zu respektieren. So weisen Patienten in dieser Altersstufe durch physiologische (also „normale“) Alterungsprozesse einen veränderten Metabolismus (Stoffwechsel) auf.

Außerdem gilt es im Rahmen möglicher Komorbiditäten (also wenn eine Krankheit zur anderen kommt) und der damit notwendig werdenden Polypharmazie (d. h. medikamentöser Mehrfachbehandlung) das Risiko so genannter Arzneimittel-Interaktionen (Wechselwirkungen) und unerwünschter Arzneimittelwirkungen zu kennen und möglichst zu reduzieren. Zwei beispielsweise risikoreiche Konsequenzen sind Sturzgefahr und arzneimittel-induziertes Delir.

Einzelheiten zu Antidepressiva (stimmungsaufhellende Psychopharmaka), Lithium (Rückfall-Vorbeugung), Neuroleptika (antipsychotisch wirksame Psychopharmaka, bei einer Untergruppe auch beruhigend und Schlaf bahnend) sowie Tranquilizern (Angst und Unruhe mindernde Beruhigungsmittel) sowie Hypnotika (Schlafmittel) siehe die entsprechende Fachliteratur.

- Angesichts der zwar zumeist unumgänglichen, aber eben auch nicht risikolosen Medikamenten-Wirkungen wird der Wert **psychotherapeutischer Maßnahmen** zur Behandlung der Altersdepression besonders deutlich. Psychotherapeutische Interventionen gelten als grundsätzlich sinnvoll, nützlich und im begrenzten Rahmen auch erfolgreich. Dies obgleich die Anzahl qualitativ hochwertiger Wirksamkeits-Studien zur Psychotherapie bei Älteren deutlich geringer ist als bei jüngeren Patienten gleicher Diagnose. Der Vergleich verschiedener psychotherapeutischer Maßnahmen (z. B. kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie in Einzel- oder Gruppentherapie u. a.) und des so genannten Behandlungs-Settings (spezifische Umstände, Vereinbarungen, Rahmenbedingungen) ergab nach bisherigen Erkenntnissen keine relevanten Unterschiede.

Der höchste Evidenzgrad (Aussagekraft nach entsprechenden Kriterien) aus den Resultaten so genannter Metaanalysen (systematische Auswertung der vorhandenen Literatur zur Gesamteinschätzung der untersuchten Effekte) liegt dabei für kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen vor. Weniger eindeutig sind die Befunde zu anderen Therapieformen wie interpersonelle Therapie, Reminiszenz- und Life-Review-Interventionen, supportive Therapie u. a. (Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur).

Bei schweren depressiven Episoden im höheren Lebensalter wird auch hier eine Kombinationsbehandlung aus antidepressiver Medikation (s. o.) und Psychotherapie empfohlen. Bei mittelgradiger depressiver Belastung kann man es zuerst mit der einen oder anderen Behandlungsform versuchen. Leichte depressive Episoden sollten zunächst mit alleiniger Psychotherapie behandelt werden.

Auf jeden Fall ist in der Therapie einer Altersdepression auf die drei Belastungs-Faktoren eingeschränkte Mobilität (Bewegungs-Aktivitäten), sensorische Beeinträchtigungen (vor allem Sehen und Hören) sowie somatische Komorbiditäten (zusätzliche körperliche Erkrankungen) zu achten. Dafür gibt es

spezielle Manuale, z. B. kognitive verhaltenstherapeutische Gruppenprogramme für Depressionen im höheren Alter, um vor allem die Handlungsspielräume älterer Depressiver zu erweitern, nicht zuletzt was Ansprüche, Wünsche, Ressourcen (Hilfsquellen) und eben auch mögliche Defizite beim Erlernen entsprechender Lösungsstrategien betrifft.

- Schließlich soll noch die so genannte **Elektrokonvulsionstherapie (EKT)**, volkstümlich „Elektrokrampfbehandlung“ oder gar „Elektroschock“, kurz gestreift werden. Sie mobilisiert sicher die meisten Aversionen, stellt aber im höheren Lebensalter eine durchaus wirksame Behandlungsform dar, selbstredend unter Beachtung der notwendigen Kontraindikationen (s. u.). Dies vor allem bei therapieresistenten (also ohne jeglichen Behandlungserfolg) wahnhaften depressiven Episoden und beim depressiven Stupor (seelisch-körperliche „Erstarrung“). Hier hat sie tatsächlich die höchste therapeutische Wirksamkeit, setzt vor allem schneller ein als unter medikamentöser Therapie.

Allerdings sind hier besonders die Kontraindikationen (Gegenanzeigen) zu beachten, z. B. Hirnschlag und Herzinfarkt in den letzten Monaten, erhöhter Hirndruck etc. Auch ist ggf. mit mehr Herz-Kreislauf-Komplikationen und delirartigen Folgen zu rechnen, was danach engmaschig überwacht werden muss. Die häufigsten Einwände, nämlich Gedächtnisstörungen, sind meist nur vorübergehend und nicht so schwerwiegend, wie befürchtet, vor allem bei einer rechtsseitigen unilateralen (einseitigen) Elektroden-Positionierung am Kopf und so genannter Kurzpuls-Technik.

## **ANHANG: DEPRESSIVES SYNDROM**

### **Psychopathologische Störungsbereiche, Syndrom-Schwerpunkte und Akzentuierungen der depressiven Symptomatik im höheren Lebensalter\***

- **Symptome einer depressiven Episode gemäß ICD-10:**
  - Hauptsymptome: gedrückte Stimmung und Freudlosigkeit, Interessenverlust, Verminderung des Antriebs mit rascher Ermüdbarkeit
  - Andere häufigere Symptome: verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, reduziertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Gedanken oder erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen, Schlafstörungen, verminderter Appetit.
  - In seelischer und psychosomatischer (vegetativer) Hinsicht folgende Symptome: Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise ange-

nehmen Aktivitäten. Mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung und günstige Ereignisse emotional zu reagieren. – Fröhmorgendliches Er-  
wachen (2 oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit). Morgentief. Der ob-  
jektivierete Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit.  
Deutlicher Appetitverlust. Gewichtsverlust (häufig mehr als 5 % des Körper-  
gewichts im vergangenen Monat). Deutlicher Libido-Verlust.

- **Psychologische Akzentuierung der depressiven Symptomatik im höhe-  
ren Lebensalter:**

- Depressive Herabgestimmtheit häufig eher im Hintergrund, mehr seelisch-  
körperliche Erstarrtheit (muss konkret nachgefragt werden). Gefühl der Ge-  
fühllosigkeit, Freudlosigkeit (oft nicht angesprochen weil: „was soll mich im  
Alter noch freuen“).
- Neigung zur ängstlicher Klagsamkeit (bis hin zur andauernden „Jammer-  
Depression“), aber auch apathischer Rückzug.
- Häufig körperbezogene Klagen (mit Überbewertung von vorhandenen Be-  
schwerden bzw. der dadurch bewirkten Einschränkung im Sinne einer Hypo-  
chondrie). Aber auch somatoforme Störungen, d. h. körperliche Störungen  
auf seelischer Grundlage, früher als „larvierte Depression“ bezeichnet.
- Vermehrt episodens-überdauernde Rest-Symptomatik und Befindlichkeitsstö-  
rungen. Am ehesten Antrieb und Stimmung betreffend, aber auch psycho-  
vegetativ wie Schwindel, Schlafstörungen, Spannungszustände.
- Häufiger depressiver Wahn bei Ersterkrankung im höheren Lebensalter:  
ungeklärt, ob zutreffend; nicht selten psychodynamisch ableitbare Schuld-  
und Verarmungs-Wahnhalte; stimmungskongruente paranoide (wahnhaftige)  
Ideen bzw. akustische Halluzinationen, z. B. Stimme des verstorbenen Part-  
ners, der ins Grab ruft oder zur Lebensbewältigung hilft u. a.
- Vermehrt direkt oder indirekt destruktives Verhalten, z. B. erhöhte Suizidrate  
im Alter, „stiller Suizid“, „Lebensverweigerung“, Regressionsneigung und  
Rückzug, damit oft unzureichende Compliance (Therapietreue).
- Mischung mit dementieller Symptomatik sowie Pseudodemenz (wichtig: Dif-  
ferential-Diagnose!).

- **Spezielle Aspekte zur Diagnose:**

- Depressive im höheren Lebensalter klagen nur selten konkret über depres-  
sive Verstimmungen, Ältere geben mehr körperliche Symptome an. Sie ha-

ben auch mehr komorbid internistische Erkrankungen, die manche ihrer seelisch bedingten Symptome erklären könnten.

- Die häufigsten körperlichen Beschwerden auf seelischer Grundlage im höheren Lebensalter sind Energieverlust, Appetit- und Schlafstörungen sowie Schmerzen.
- Spezifische Symptome für eine Depression im Alter in differential-diagnostischer Abgrenzung von Beschwerden bei körperlichen Erkrankungen sind Verlust von Interesse und Freude, Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeits-Ideen, Schuldgefühle und Suizidgedanken.
- Wichtig zur differential-diagnostischen Beurteilung sind Trauer-Reaktion, späte Erkrankungen, Ko-Morbidität körperlicher Leiden, z. B. Schlaganfall u. a.
- **Auslösende Bedingungen / Faktoren einer Depression im höheren Lebensalter:**
  - Beendigung der Erwerbstätigkeit (altersentsprechend oder gar vorzeitig): Verlust von Kontaktmöglichkeiten und damit Selbst- und Fremdbestätigung bis hin zum Selbstwertverlust
  - Einengung auf nicht-nützliche und nicht-sinnvolle „Hobbys“
  - Zwang zur verstärkten Beziehungs-Aufnahme mit Partner, Familie und Umgebung
  - Einengung des Lebensbereichs auf Familie und Freizeit
  - Akute Erkrankungen bis zur Lebensbedrohung: Einschränkung von Lebensbezügen, Angewiesen-Sein auf Verständnis und Unterstützung, Hilfe, Pflege etc.
  - Vereinsamung: objektives oder auch „nur“ subjektiv empfundenes Allein-Sein, Witwenstatus, auf jeden Fall „verlassen“, „einsam“, „trotzloser Alltag allein“ u. a.
  - Verlust und Verlassen werden von wichtigen Bezugspersonen (z. B. Gefahr unzureichender Trauerarbeit)
  - Verlust von Verwandten-, Bekannten- und Freundeskreis, aber auch Nachbarn, Arbeitskollegen u. a. (z. B. durch Wegsterben, durch Umzug ins Heim usw.: innere und/oder objektive Vereinsamung)
  - Verlust von Gewohntem in Haushalt, Wohnen, Arbeit, Freizeit, Umfeld (z. B. Umzug ins Heim, insbesondere wenn erzwungen)

- Abschiednehmen-Müssen von Lebenskonzepten und -phantasien, vom mittleren Lebensabschnitt („Rentnerbankrott“, „Pensionsschock“)
- Nachlassen und/oder Verlust körperlicher Funktionstüchtigkeit und Selbstverfügbarkeit, z. B. Angst vor Funktionseinschränkungen durch Rheuma, Seh- und Hörstörungen u. a. („Alter als Siechtum“)
- Angst vor „alt werden/alt sein“ als Angst vor Autonomie-Verlust, Abhängigkeit, vor dem letzten Lebensabschnitt
- Nachweisbare materielle Probleme, Wohnungs- und Transport-Probleme
- Beziehungs-Probleme im höheren Lebensalter, z. B. mit Partner (pflegebedürftiger Partner), Rollenwechsel, Überforderung (z. B. Kinder, Enkel)
- Nähe zum Tod: Erwartung des Sterbe-Prozesses als Siechtum, Angst vor Tod des Partners, aber auch im mehr theoretischen Sinne „Kinder und Enkel als Zeichen eigenen Alterns“, nicht zuletzt die Erkenntnis: „Nach jedem Lebens-Abschnitt kommt der nächste, im Senium aber droht definitiv der Tod“.

\* Modifiziert nach M. Wolfersdorf und M. Schüler: *Depressionen im Alter*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2005

## LITERATUR

Grundlage vorliegender Ausführungen ist der Weiterbildungsartikel von Dr. med. Dipl.-Psych. Forugh S. Dafsari und Prof. Dr. med. F. Jessen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Köln: Depression im Alter – Diagnostik, Pathophysiologie und therapeutische Strategien. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 86 (2018) 242.

Weiterführende deutschsprachige Fachbücher und Artikel sind beispielsweise:

**Benkert, U., H. Hippus: Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie.** Springer-Verlag, Heidelberg 2014

**Busch, M. A. u. Mitarb: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland.** *Gesundheitsblatt* 56 (2013) 733

*Erlemeier, N.:* **Suizid und Suizidprävention im Alter.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2001

*DGPPN u. a. (Hrsg.):* **Leitliniengruppe Unipolare Depression.** S 3-Leitlinie/ Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression. Version 4; 2015. Internet: [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de)

*Haag, G., J. C. Brengelmann (Hrsg.):* **Alte Menschen. Ansätze psychosozialer Hilfe.** Röttger-Verlag, München 1991

*Habermann, C., C. Wittnershaus (Hrsg.):* **Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie.** Thieme-Verlag, Stuttgart 2005

*Häfner, H.:* **Psychische Gesundheit im Alter.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart 1986

*Hamberger, M.:* **Musiktherapie im Alter.** Laubsänger-Verlag, Freising 2008

*Hautzinger, M.:* **Depression im Alter.** Psychotherapeutische Behandlung für das Einzel- und Gruppensetting. Beltz-Verlag, Weinheim 2016

*Hautzinger, M. u. Mitarb.:* **Allgemeine Depressionsskala: Manual.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2012

*Hautzinger, M.:* **Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen.** Beltz-Verlag, Weinheim 2013

*Hautzinger, M.:* **Depression im Alter. Psychotherapeutische Behandlung für Einzel- und Gruppensetting.** Beltz-Verlag, Weinheim 2016

*Hautzinger, M.:* **Wenn Ältere schwermütig werden.** Beltz-Verlag, Weinheim 2006

*Helmchen, H. u. Mitarb.:* **Psychische Erkrankungen im Alter.** In: K. U. Mayer, P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Akademie-Verlag, Berlin 1996

*Hirsch, R.D.:* **Psychische Krankheit im Alter.** Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte 2000

*Horstmeier, S., A. Maercker:* **Probleme des Alterns.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2008

*Kipp, J., G. Jüngling:* **Einführung in die praktische Gerontopsychiatrie.** Ernst Reinhardt-Verlag, München 2007

*Kruse, A.:* **Psychosoziale Gerontologie.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 1998

*Laux, G.:* **Depressive Störungen.** In: H. J. Möller u. Mitarb. (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Springer-Verlag, Heidelberg 2016

*Lehr, U., H. Thoma:* **Formen seelischen Alterns.** Enke-Verlag, Stuttgart 1987

*Maercker, H. (Hrsg.):* **Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie.** Springer-Verlag, Heidelberg 2015

*Mayer, K. U., P. B. Baltes:* **Die Berliner Altersstudie.** Akademie-Verlag, Berlin 1996

*McCullough, J. P.:* **Psychotherapie chronischer Depression.** Elsevier-Verlag, München 2006

*Möller, H. J., A. Rohde (Hrsg.):* **Psychische Krankheiten im Alter.** Springer-Verlag, Heidelberg 1993

*Petrak, F.:* **Ältere Menschen mit Diabetes und Depression.** Springer-Verlag, Berlin 2017

*Pitschel-Walz, G. u. Mitarb.:* **Psychoedukation Depression.** Verlag Urban & Fischer, München 2013

*Radebold, H.:* **Altern und Psychotherapie. Angewandte Alterskunde.** Huber-Verlag, Bern 1994

*Schaub, A. u. Mitarb.:* **Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2013.

*Statistisches Bundesamt:* **Todesursachen-Statistik.** 2015

*Staudinger, U. M., H. Häfner:* **Was ist Alter(n)? Neue Antworten auf eine scheinbar einfache Frage.** Springer-Verlag, Heidelberg 2008

*Staudinger, W.:* **Das Leben ist wie ein Regenbogen – Musiktherapie mit alten Menschen.** In: W. Kraus (Hrsg.): Heilkraft der Musik. Verlag C. H. Beck, München 2002

*Stoppe, G.:* **Depressionen im Alter.** Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51, 2008

*Stoppe, G.:* **Prävention psychischer Störungen im Alter.** In: W. Rössler, V. Ajdacic-Gross (Hrsg.): Prävention psychischer Störungen. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2015



*Teising, N.:* **Alt und Lebensmüde.** Reinhardt-Verlag, München 1992

*Wedler, H. u. Mitarb.:* **Ethische Aspekte der Suizidprävention.** In: R. Lindner u. Mitarb. (Hrsg.): Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Springer-Verlag, Berlin 2014

*Wolfersdorf, M., M. Schüler:* **Depression im Alter.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2005.

*Wolfersdorf, M., E. Etzersdorfer:* **Suizid und Suizidprävention.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2011

*Wolfersdorf, M. u. Mitarb.:* **Suizidalität.** In: R. Mahlberg, H. Gutzmann (Hrsg.): Demenzerkrankungen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2009

*Wosch, T.:* **Musik und Alter in Therapie und Pflege.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2011