



I. Radman

Dr. med. Ivanka Radman, M.Sc.
Psychiatrie und Psychotherapie FMH
 Poststrasse 2
 8610 Uster
 iradman@sunrise.ch

■ Rev Med Suisse 2015; 11 : 290-1

■ Längst hat das Altern als eigener Lebensprozess mit neuen Herausforderungen, Entwicklungspotenzialen und Qualitäten das Interesse der Öffentlichkeit geweckt. Gerade im höheren Alter, mit dem angehäuften Schatz an Erfahrungen und Lebenspraxis, wird die Vielfältigkeit menschlicher Lebensvollzüge deutlich. So verschränkt sich beim Älterwerden Vergangenes, Gegenwärtiges und Zukünftiges in einer speziellen Art, die neben dem Gewinn für den Einzelnen auch von der Gesellschaft als Potenzial genutzt werden sollte. Der Körper ist spürbar konfrontiert damit, dass die Lebenszeit begrenzt ist. Körperlich «altern», seelisch aber «jünger» werden, bedeutet, dass im Menschen parallel zwei Prozesse ablaufen, die entgegengesetzt wirken.

ALTERN UND DEPRESSION

Altern bedeutet nicht zwangsläufig Inaktivität, Gebrechlichkeit, Depressivität, Angst, Demenz oder somatische Erkrankung. Auch wenn psychische Störungen bei Menschen ab dem 60. Lebensjahr und im höheren Lebensalter häufig sind, gehören sie nicht «typischerweise» zum Alter. Depressive Störungen im Alter werden oft als eine natürliche, als eine zu erwartende Antwort auf verschiedene Bedrohungen und Verluste verstanden und deshalb oft in ihrer Tragweite verkannt. Sie gehören zu den zweithäufigsten Erkrankungen im höheren Lebensalter, wobei der Alterungsprozess per se entgegen ursprünglichen Annahmen keineswegs mit der Entwicklung einer depressiven Symptomatik verbunden ist. Zusammenfassend lassen die Ergebnisse der zahlreichen epidemiologischen Studien zur Häufigkeit depressiver Störungen im höheren Lebensalter vermuten, dass schwere Depressionen mit zunehmendem Lebensalter abnehmen (Hautzinger, 1984), dagegen finden sich in Relation zum jüngeren Lebensalter häufiger so genannte sub-syndromale Depressionen (minor depres-

Depression im Alter

sion), Depressionen als Reaktion auf körperliche Erkrankungen sowie organisch bedingte depressive Störungen, z.B. infolge zerebrovaskulärer Erkrankungen. Die Prävalenzrate für Behandlungsbedürftige depressive Syndrome liegt in der Gruppe der über 60-jährigen bei ca. 10-25% (Gertz, 1990).

ZU DEN ENTSTEHUNGSBEDINGUNGEN

Ursächlich liegt den depressiven Störungen im höheren Lebensalter – ähnlich wie in anderen Altersabschnitten – eine multifaktorielle Ätiologie zugrunde, wobei genetische als auch psychologische und soziale Faktoren in unterschiedlichem Ausmass zur Entwicklung einer depressiven Störung beitragen. Gerade das Altern ist durch Häufigkeit von Verlusterlebnissen charakterisiert. Dabei spielen drohende, bevorstehende, eingetretene reale oder symbolische Verlusterlebnisse bei der Auslösung einer Altersdepression eine wichtige Rolle (Radebold, 1986). Verlust von wichtigen Bezugspersonen, das Ausscheiden aus dem Berufsleben, die Bewältigung körperlicher Einschränkungen, fehlender sozialer Rückhalt sowie schwindende Zukunftsperspektiven können zur Erschütterung der Lebenskonzepte führen und zur Auslösung einer Depression.

DAS KRANKHEITSBILD

Depression im Alter zeigt oft ein atypisches Erscheinungsbild: Sie ist selten von trauriger Verstimmtheit geprägt, sondern oft von diffusen körperlichen Beschwerden wie Schmerzen, die gerade bei mehrfach erkrankten Patienten so dominierend sein können, dass Monate vergehen, bis die Diagnose gestellt wird. Psychopathologisch dominieren häufig eine diffuse psychomotorische Unruhe, asthenische, anankastische und hypochondrische Züge, fluktuierende körperliche Beschwerden, wie Schwindel, Kopfschmerzen oder unspezifische Herzbeschwerden und das sind meistens jene Beschwerden, die den Patienten letztendlich zum Arztbesuch veranlassen. Oft beginnt die Depression mit den Störungen von Merkfähigkeit und Gedächtnis und diese Symptome können die differenzialdiagnostische Abgrenzung von einem be-

ginnenden demenziellen Syndrom mit sekundär depressiver Symptomatik erheblich erschweren.

Besonders ernst zu nehmen in Zusammenhang mit der Depression im Alter ist Suizidalität, wenn man das Verhältnis von Suizidversuchen und gelungenen Suiziden bei alten Menschen bedenkt. Während in den jüngeren Altersgruppen das Verhältnis von Suizid zu Suizidversuchen mit 1 : 10 angegeben wird, erreicht es in der Altersgruppe über 60 Jahren nur noch eine Relation von 1:2 (Kreitmann, 1980). Dies ist nicht wie häufig vermutet, eine Bilanzziehung, sondern ebenso eine Affekthandlung subjektiver und affektiver Störungen mit komplexer Begründung, wie in der Psychodynamik bei jüngeren Menschen. Die bisherigen Studien über Suizidalität besagen, dass insbesondere über 65-jährige Menschen, vereinsamte Menschen nach Partnerverlust, Rollenverlust oder bei Polymorbidität eine Risikogruppe darstellen (Wolfersdorf, 1991).

Fast 40% Depressionen im höheren Lebensalter werden aufgrund ihrer phänomenologischen Charakteristika in vielen Fällen nicht erkannt und damit auch nicht angemessen behandelt (Welz, 1994). Lediglich ein kleiner Prozentsatz der Patienten erfährt eine angemessene antidepressive Therapie im Sinne spezifischer psychotherapeutischer und pharmakologischer Interventionen.

DIFFERENZIELLE THERAPIEINDIKATION

Eine effektive Depressionsbehandlung beinhaltet eine Kombination aus Psychotherapie und Psychopharmakotherapie, wobei ein individuelles Vorgehen immer notwendig ist. Das Vorurteil Freuds, dass alte Menschen nicht mehr psychotherapeutisch behandelt werden können, ist längst durch zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen widerlegt worden. Es gibt Studien, die zeigen, dass ältere Menschen von Psychotherapie mehr profitieren als jüngere. Dabei spielt die Beziehung zum Therapeuten eine grössere Rolle, als die gewählte Methode. Die Auswahl eines Antidepressivums orientiert sich neben dem vorliegenden psychopathologischen Syndrom in erster Linie an dem Nebenwirkungsprofil der Substanz und den individuellen Risikofaktoren des Pa-



tienten. Die neue Generation von Antidepressiva bietet aufgrund der geringen kardiovaskulären Beeinträchtigungen, der grossen therapeutischen Breite und der weitgehend fehlenden anticholinergen Begleiteffekte grosse Vorteile. Für die psychotherapeutische Behandlung depressiver Störungen im höheren Lebensalter wurden spezielle Verfahren entwickelt, z.B. die Erinnerungstherapie, eine modifizierte Version der interpersonellen Psychotherapie sowie die kognitive Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch orientierte, auf die Probleme älterer Menschen fokussierende Verfahren. Im Hinblick auf die Psychotherapieansätze gelten für Ältere grösstenteils ähnliche Zielsetzungen wie für Jüngere (Hirsch, 1986). Dabei sollen altersspezifische Fragestellungen wie die Bearbeitung der Verlustthematik, die Auseinandersetzung mit Alter, Sterben und Tod, die Förderung der ver-

bleibenden Selbständigkeit, das Erarbeiten praktischer Lösungen und das Fördern des Gegenwartsbezugs mitberücksichtigt werden.

SCHLUSSFOLGERUNG

Die Folgen einer unerkannten bzw. nicht behandelten Depression im höheren Lebensalter sind gravierend und umfassen

nicht nur einen Verlust der Lebensqualität, sondern führen häufig zu sozialer Isolation, erhöhter Mortalität und Vulnerabilität gegenüber somatischen Erkrankungen infolge eines veränderten Gesundheitsverhaltens und einer verminderten Immunabwehr, zu einer unnötigen Aufnahme in einem Pflegeheim sowie zu erheblichen Mehrkosten im Gesundheitssystem. ■

Bibliographie

- Gertz HJ. Zur Epidemiologie depressiver Erkrankungen im Alter. *Gerontopsychologie-Psychiatrie* 1990;3:S225-9.
- Hautzinger M. Sind alte Menschen wirklich depressiver? Vortrag, Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, 20.-22. Sept. 1984 in Frankfurt am Main.
- Hirsch RD. Psychotherapie im Alter. Bern: Huber, 1986.
- Kreitmann N. Die Epidemiologie von Suicid und Parasuicid. *Nervenarzt* 1980;51:S131-8.
- Radebold H. Formen und Möglichkeiten der Psychotherapie im Alter. *Psychother Med Psychol* 1986;36:337-43.
- Welz R. Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie in Duderstadt, Regensburg, 1994.
- Wofersdorf M. Depression und Suizidalität im Alter. In: H. Hippius, M. Ordner, E. Rütger (Hg), *Psychiatrische Erkrankungen in der ärztlichen Praxis*. Berlin/Heidelberg/New York, 1991.