

Das unterschätzte Phänomen der Depression im Alter

Alexander Aschenbrenner, Mag.Dr.

**Klinischer- und Gesundheitspsychologe, Gerontopsychologe, Psychotherapeut,
Lehrpsychologe, Supervisor, Universitätslektor**

Gerontopsychologischer Fachdienst / Demenzberatung

Diakoniewerk Salzburg

Die 67-jährige verwitwete Frau Z. hat sich völlig zurückgezogen. Ihre zwei Kinder leben mit ihren Familien in anderen Städten. Sie beantwortet das Telefon kaum noch. Sie verlässt ihre Wohnung nur noch für den unbedingt nötigen Einkauf und das zu Zeiten, wo sie kaum anderen Leuten begegnet. Diese Einkäufe sind sehr anstrengend für sie und sie muss sich immer stundenlang dazu „aufraffen“. Sie schläft schlecht und liegt oft stundenlang wach. Auch hat sie vermehrt Schmerzen und klagt über Übelkeit und ein „dumpfes Gefühl“ im Kopf- und Brustbereich. Sie ernährt sich schlecht, da der Appetit fehlt. Sie ist erfüllt von Sorgen um die Zukunft und ihre Gesundheit, grübelt viel über ihr vermeintliches Versagen als Ehefrau und Mutter. Sie befürchtet, dass ihre Pension nicht ausreicht, wenn sie pflegebedürftig werden sollte, was sie für wahrscheinlich hält. Sie hat Angst zu verarmen. Oft hat sie Gedanken sich das Leben zu nehmen. Zum Sprechen hat sie niemanden und sie schämt sich auch, dass sie „so ist, wie sie zurzeit ist“.

Angelehnt an Hauzinger (2000).

Was ist Alter – Alt sein?

- Definition des Alters (nach der WHO)
 - 61-75: ältere
 - 76-90: alte
 - 91-100: sehr alte
 - 100+: langlebige

- Heterogenität/Variabilität

- Lebenserwartung bei Geburt in Jahren – Männer: 79,2 Jahre; Frauen: 84,0 Jahre; Insgesamt: 81,7 Jahre (EUROSTAT, OECD, 2014)

- Lebenserwartung steigt alle 5 Jahre um ein weiteres Jahr

Dimensionen des Alterns / Mehrperspektivität bei Depression

- Biologische Dimension (körperliche Veränderung, z.B. Gehirn, Nerven, Muskeln, etc.)
- Psychologische Dimension (subjektive Sicht des Alterns, kog. Leistungsfähigkeit, Persönlichkeit, Verhalten, Erleben, etc.)
- Soziale Dimension (Soziale Beziehungen, Rollen, etc.)
- Ökologischer Kontext (Wohnverhältnisse, Infrastruktur, materielle/finanzielle Situation, etc.)

Anthropologische Grundformel (Petzold, 2004)

- **Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen**
- **in einem sozialen**
- **und ökologischen Kontext**
- **im Kontinuum von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft**

Der MENSCH ist ein
KÖRPER-

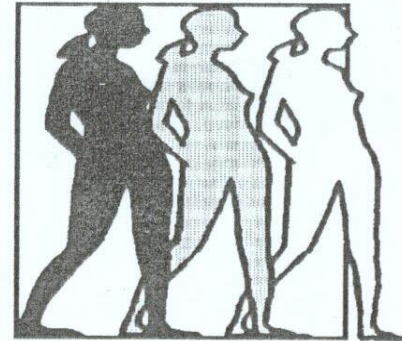
SEELE-

GEIST-

WESEN (= *Leib – Subjekt*) im

SOZIALEN und

ÖKOLOGISCHEN
KONTEXT UND KONTINUUM
(= *Lebenswelt*)



- Defizitmodelle (biologisch-medizinisch): Altern als bedingter genetischer Prozess
- Aktivitätstheorie: Hohe Korrelation zwischen hoher Aktivität und einem großem Ausmaß an Lebenszufriedenheit
 - Eindeutiger Zusammenhang zwischen geringer Rollenaktivität und stärkerer Unzufriedenheit
- Kognitive Alterstheorie: Altern wird nicht als Prozess physischer Abläufe betrachtet, sondern von einer subjektiven Seite her konzeptualisiert.
- Austauschtheorie: Soziale Interaktionen basieren auf ständigem Austausch von materiellen und nicht-materiellen Gütern.
- Kontinuitätstheorie: Die Erhaltung innerer und äußerer Strukturen stellt den sichersten Weg dar, den Übergang vom mittleren ins späte Erwachsenenalter zufrieden zu meistern.
Zufriedene Alterung, wenn der in früheren Phasen erworbene Lebensstil weitgehend beibehalten werden kann

Prävalenz – Depression im Alter (vgl. Mühling et al., 2015)

- Depressionen zählen weltweit zu den häufigsten chronischen Erkrankungen
- Unter allen untersuchten Erkrankungen diejenige mit dem größten Verlust an Lebensqualität
- Bei Studien zu beachten: Auf das spätere Lebensalter bezogene Störungsdefinitionen (Die Depression im Alter hat oft ein „anderes Gesicht“).
- Kritik: Klassifikationssysteme (ICD 10; DSM 5) erfassen die alterstypischen Depressionssymptome zu „unscharf“ -> daher wenig Unterschied in den Prävalenzraten von jüngeren Menschen
- Lebenszeitprävalenz einer jemals diagnostizierten Depression (Deutschland): 11,6%

Berliner Altersstudie (eine der wenigen repräsentativen Studien; 70 – 100 Jahre)
(Lindenberger, Smith, Mayer & Baltes, 2010)

- Gesamt: 9%
- Major (schwere) Depression: 4-8%
- **Subsyndromale Depression: 27%; bei komorbiden gesundheitlichen Einschränkungen Anstieg auf 38%**

- Apoplex/ Schlaganfall und Depression: Komorbiditätsrate: zw. 30 – 40%
- Parkinson und Depression: „Psychologischer Parkinsoneneffekt“:
Komorbiditätsrate: 31 %

Symptome – Depression im Alter (vgl. Hautzinger, 2006, 2015)

„Wie fühlt es sich an, im Alter depressiv zu sein?“

Psychische Beschwerden:

- Gefühlsleben
- Leistungsfähigkeit/Kognitive Symptome („schlechtes Gedächtnis“).
- Pessimismus und Schuldgefühle
- Antrieb und Interesse
- Angst und somatoforme Befürchtungen

Körperliche Beschwerden (Stehen im Alter oft im Vordergrund; **Depression wird oft nicht erkannt**):

- Schlafstörungen
- Gastrointestinale Beschwerden, Appetitlosigkeit, diffuse körperliche Beschwerden
- Schmerzen
- Oft verschlimmern sich unter einer Depression bereits vorhandene leichte körperliche Beschwerden, z.B. Nacken-, Rückenschmerzen, Atembeschwerden, etc.

Wie entstehen Depression im Alter (Hauzinger, 2006)

Risikofaktoren – diese können z.T. ausgeglichen werden

- Eingeschränktes soziales Netzwerk
- Frühere depressive Episoden
- Nachlassen der körperlichen Funktionstüchtigkeit / Alltagsbewältigung
- Krankenhausaufenthalte
- Operationen
- Angst vor Autonomieverlust
- Wenige Interessen
- Gefühl zur Last zu fallen
- Starre Kognitionen
- Probleme in der Partnerschaft/ Familie

- **Bio-psycho-soziales Erklärungsmodell → heterogene Bedingungen und multiple Einflüsse (genetische, entwicklungspsychologische, kognitive, physiologische, ...)**

Risikofaktoren für Alterssuizidalität

Alte Menschen (60+): 38% der Gesamtsuizidmortalität !!!

- Männliches Geschlecht
- Psychische Störung wie **Depression**
- Sucht
- Beginnende dementielle Erkrankung
- Somatische Erkrankungen mit chronischem Verlauf, starken Schmerzen und geringer Heilungsaussicht
- Schlechte körperliche Verfassung
- Einsamkeit
- Schwerwiegende Lebensereignisse (z.B. Verlust des Partners)
- Interpersonelle Konflikte

- **Oft vermeidet man hier, darüber zu sprechen, das Risiko zu erkennen, Maßnahmen zu ergreifen und Hilfe anzunehmen.**

- Es gibt keine Hinweise darauf, dass im höheren Lebensalter die Prognose der affektiven Störungen grundsätzlich ungünstiger ist als in anderen Lebensabschnitten
- Etwas die Hälfte der älteren Patienten remittiert von der Depression völlig: Besitzen wieder gewohnte Leistungsfähigkeit und das alte Selbst tritt hervor, obwohl einzelne Beschwerden oft noch weiterbestehen.
- Bei ca. einem Viertel remittiert die Depression, doch bleiben deutliche Restsymptome bestehen
- Bei einem weiteren Viertel der depressiv Erkrankten findet sich kaum eine Besserung (= **Chronifizierung über die Lebensspanne**)

Daher:

***„Das unterschätzte Phänomen der
Depression im Alter“***

-> Auch Behandlungen / Interventionen notwendig!!!!!!!

- Ausschluss körperlicher Erkrankungen (Fehlfunktion d. Schilddrüse etc.)
- Einwirkung von Medikamenten, Drogen, Alkohol klären
- Differentialdiagnose – Demenz: Für depressive Störung sprechen:
 - Depressive Episoden in der Vorgeschichte
 - Unauffällige neurologische Symptomatik
 - Ständige dysphorische-depressive bzw. ängstlich-hilflose Stimmung
 - Klagsame Haltung
 - Bei Tests variierende Leistungen
 - Unauffällige Aufmerksamkeit, Auffassung und Orientierung
 - Fröhlich-morgendliches Erwachen mit Grübeln
 - Gefühlsschwankungen über den Tag
 - Antriebsminderung
 - Appetitstörung
 - Selbstmordgedanken

**Medikamentöse und
psychologische/psychotherapeutische Behandlung**

Ziele

- Ressourcen und Kompetenzen zu schaffen und zugänglich zu machen
- Neue Ziele und Interessen entwickeln
- Soziale Unterstützung und Kontakte zu optimieren
- Weiterhin kontrollierbare Lebensbereiche zu selektieren

Themen therapeutischer Gespräche mit alten depressiven Menschen:

- Beendigung der Erwerbstätigkeit
- Multimorbidität
- Vereinsamung
- Nähe zum Tod

Fehler im Umgang mit alten depressiven Menschen:

- Vermeidung der Themen Alter, Krankheit, Tod
- Vermeidung der subjektiven Fragen nach dem Sinn des weiteren Lebens
- Vermeidung religiöser Fragen
- Missachtung der gewordenen Persönlichkeit
- Akzeptanz von Depression im Alter
- Rasche Erwartungen von Veränderungen, Zeitdruck, falsche Aktivierung

Gruppenprogramm „Depression im Alter“

Nach Hautzinger (2000):

- 1. Einführung, Depressionsspirale, Verständnis der Depression, Wichtigkeit von Gedanken, Verhalten und Stimmung**
2. Problem- und Zielanalyse, Stimmungs- und Tagesplan
3. Puffersitzung: Vertiefung, Weiterführung der Problem- und Zielanalyse
- 4. Angenehme Tätigkeiten und ihre Auswirkungen auf die Stimmung**
5. Planung angenehmer Tätigkeiten, Wochenplan, Neustrukturierung
6. Angenehme Tätigkeiten, Kontrolle über Befinden, Tätigkeitsprotokoll
7. Puffersitzung: Fortführung der Tagesstruktur, Wochenplan
- 8. Negative und positive Gedanken beeinflussen die Stimmung**
9. Gedankenkontrollen: Techniken zur Reduktion negativer Gedanken
10. Ereignisbewertendes Gedanken-Gefühl-Schema, Umstrukturierung und Puffersitzung: Vertiefung und Fortführung der kognitiven Methoden
- 11. Soziales Verhalten und Befinden, soziale Kompetenz im Alltag**
12. Lernen von Selbstsicherheit und sozialen Fertigkeiten
13. Neue Kontakte knüpfen, Beziehungen gestalten
14. Puffersitzung: Fortführung der Übungen, Rollenspiele, Alltagsübungen
15. Beibehalten der Fortschritte, Erfolgssicherung, Krisen- und Notfallplan

Fazit / Zusammenfassung

- Depression im Alter hat ein „anderes Gesicht“ / „Das Phänomen der Depression im Alter“
- Es gibt zahlreiche altersassoziierte Risikofaktoren für Depression im Alter
- Die Diagnosekriterien erfassen Depression im Alter oft nicht / subsyndromale Depression im Alter
- Depression im Alter wird daher oft nicht erkannt
- Aber auch subsyndromale Depression beeinflusst die Lebensqualität im Alter massiv
- Es gibt einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Altersdepression und Alterssuizid
- Die Altersdepression gehört behandelt, aber viele Betroffene bekommen keine adäquate Behandlung
- Auch die Angehörigen von depressiven alten Menschen müssen begleitet und gestützt werden

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Bild: www.psychotipps.com

Kontakt:

Mag.Dr. Alexander Aschenbrenner

Diakoniewerk Salzburg – Seniorenarbeit

Gerontopsychologischer Fachdienst / Demenzberatung

A-5026 Salzburg, Guggenbichlerstr. 20,

Tel.: 0662 / 63 85 - 944

E-mail: alexander.aschenbrenner@diakoniewerk.at