

# **Depression im Alter**

**Hausarbeit  
von  
Elke Rödner-Kraus**

**Trebur, im August 2004**

# **Depression im Alter**

## **Gliederung**

1. Einleitung
2. Historischer Überblick
3. Epidemiologie
4. Charakteristik der Altersdepression
5. Abgrenzung zur Trauerreaktion
6. Differentialdiagnose Demenz Depression
7. Symptome der Altersdepression
  - 7.1 psychische Symptome
  - 7.2 somatische Symptome
8. Diagnostik und Klassifikation
  - 8.1 psychogene Depression
  - 8.2 somatogene Depression
  - 8.3 endogene Depression
9. Ursachenforschung
10. Erklärungsmodelle
11. Behandlung
  - 11.1 Psychopharmaka
  - 11.2 Nichtmedikamentöse Verfahren
  - 11.3 Körperbezogene Verfahren
  - 11.4 Psychotherapie
12. Nachwort
13. Literaturverzeichnis

# 1. Einleitung

Infolge kultureller Veränderungen unserer Gesellschaft wächst in einem erheblichen Maße die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung. Es gibt immer mehr alte und hoch betagte Menschen.

Aber nicht alle Menschen über 65 Jahre sind gleich, man kann sie nicht in einen Topf werfen. Ein 70-jähriger kann sich fühlen, wie 120 Jahre oder auch wie 40 Jahre. Jeder Mensch wird mit steigendem Lebensalter individueller.

Die Einbindung älterer Menschen, die häufig über viel Lebenserfahrung verfügen, in die Gesellschaft stellt eine große Bereicherung und Ergänzung dar, ist aber nicht immer möglich. Es gibt große individuelle Schwankungen der psychischen, kognitiven und somatischen Fähigkeiten im Alter.

Im höheren Lebensalter muss man sich verstärkt mit Trennungs- und Verlusterlebnissen auseinandersetzen. Die Abwehrkräfte lassen nach, verschiedene altersbedingte Krankheiten treten auf, Isolation und Einsamkeit kommen noch verstärkt hinzu.

Die genannten Punkte führen oft zu schweren psychischen Krisen in dieser Altersgruppe, speziell zur sogenannten Altersdepression.

»Wenn man nicht mehr so kann wie man will, Krankheiten den Alltag einschränken, Verwandte und Freunde sterben, dann verliert das Leben doch seinen Sinn.«

Diese Aussage hört man oft von alten Menschen.

Aber ich glaube, man kann und sollte mit Senioren und Seniorinnen therapeutisch arbeiten, um eine positive Bilanz der zweiten Lebenshälfte zu erstellen, und damit eine Neu- und Umorientierung zu ermöglichen

Aus diesem Grund habe ich mich zu dieser Hausarbeit mit dem Thema "Altersdepression" entschlossen.

*Keine Kunst ist's, Alt zu werden;  
es ist Kunst, es zu ertragen.*

*Goethe*

## 2. Historischer Überblick

In den ägyptischen Papyri aus dem 1. Jahrtausend v. Chr. finden sich schon Beschreibungen über Melancholie, Geistesschwäche und Erregtheit. In den Philosophieschulen der griechischen und römischen Antike wurde schon über die Beschaffenheit der Seele diskutiert und über deren krankhafte Veränderungen. In den "*Hippokratischen Schriften*" (5. Jh. v. Chr.) stehen zahlreiche Schilderungen über Symptome der Manie, des Wahnsinns, der Hysterie und der Melancholie. Als Kennzeichen letzterer sind zum Beispiel genannt

« Den Betreffenden befällt Angst, er scheut das Licht und den Menschen und liebt das Dunkel.... Furcht beschleicht ihn... er ängstigt sich, sieht Schreckbilder, hat furchterregende Träume und sieht bereits Verstorbene. » (Payk, 2002, S.11)

Die Bezeichnung "Melancholie"(Schwarzgalligkeit) stammt aus der antiken Säftelehre (Humoralpathologie). Nach dieser Theorie führt ein Überschuss an schwarzer Galle zu Schwermut mit Furcht mit Verstimmtheit. Diese These findet ebenfalls in den hippokratischen Schriften erstmals Erwähnung. (Payk, 2002, S. 206)

Ein Verwandter von Aristoteles stellt die Behauptung auf, dass alle "außergewöhnlichen und überragenden Männer Melancholiker seien". Von da an bekam die Melancholie eine doppelte Bedeutung und wurde einerseits als Krankheit, andererseits aber auch als Voraussetzung für Genialität gesehen.

Den persischen Ärzten war der Umgang mit Geisteskrankheiten bestens bekannt, ihnen waren auch somatische Beschwerdebilder geläufig. *Avicenna* (980 -1037 n. Chr.) dessen "*Canon medicinae*" ein medizinisches Standardwerk seiner Zeit war, beschrieb schon damals unter anderem Syndrome der Depressivität und Manie sowie des Wahns und Schwachsinn. (Payk 2002, S. 12)

Im Mittelalter war die Psychiatrie geprägt von Besessenheits- und Dämonenwahn, medizinische und theologische Aspekte wurden vermischt. Psychisch Kranke wurden verfolgt, da ihre Andersartigkeit als ein Werk des Teufels betrachtet wurde. Depressive Verstimmungen wurden als "Trägheit des Herzens" (Walther, 1999, S. 17) verurteilt. Als Ursache wurde eine schlechte Lebensführung angenommen, die dazu führte, dass die Person nicht vollkommen im Glauben aufgehen konnte, was wiederum als Angriff auf die christliche Kirche gesehen wurde.

Im 18. und 19. Jahrhundert bestimmte der Geniekult das Verständnis von Melancholie. „Genie ist, wer sich melancholisch fühlt“. (Walther, 1999, S.24) Nach dieser Devise gehörte es zum guten Ton eines jeden Intellektuellen, Künstler oder Lebemann, sich hin und wieder melancholisch zu geben.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts versuchte man in der Psychopathologie einen einheitlichen Krankheitsbegriff zu finden. *Kraepelin* fasste 1899 in seiner Publikation "Die klinische Stellung der Melancholie" eine Vielzahl von Symptomatiken zusammen und prägte den Begriff des "manischmelancholischen Irreseins". (Marneros 1999, S. 6) *Kraepelin* versteht darunter "melancholische oder depressive Zustände mit trauriger oder ängstlicher Verstimmung sowie Erschwerung des Denkens und Handelns".

Etwa zur gleichen Zeit (1913) definierte *Jaspers* den Kern der Depression als eine "tiefe Traurigkeit" und eine "Hemmung allen seelischen Geschehens". *Bleuler* (1916) nannte wegweisend "Drei-Gruppen-Symptome"(depressive Trias), nämlich die "depressive Verstimmung", die "Hemmung des Gedankenganges" und die "Hemmung der zentrifugalen Funktion des Entschließens, Handelns, inklusive den psychischen Teilen der Motilität". (Möller, Laux, 2001, S.75) Im weiteren Verlauf des 20. Jahrhundert setzte sich zunehmend die Bezeichnung "manisch-depressive Psychose" oder "manisch-depressive Krankheit" durch, synonym wurde der Begriff Zykllothymie (*K. Schneider*) verwendet. (Möller, Laux 2001, S. 75)

Heutzutage hat sich überwiegend der Begriff "affektive Psychose" durchgesetzt, einige Autoren sprechen jedoch auch von "affektiven Störungen", zu denen sie auch Angststörungen zählen. (Tölle 2002, S. 237)

*Das Alter ist nicht trübe, weil darin unsere Freuden,  
Sondern weil unsere Hoffnungen aufhören*

*Jean Paul*

### 3. Epidemiologie

Die verschiedenen Formen depressiver Erkrankungen stellen die häufigsten psychischen Störungen dar. Etwa 5 - 10 % der deutschen Bevölkerung leiden an behandlungsbedürftigen Depressionen. (Möller, Laux, 2001, S. 76) Frauen sind häufiger betroffen als Männer, bei den monopolen Formen beträgt die Relation 7:3, bei den bipolaren Psychosen ist es ausgeglichen. (Machleidt 1999, S. 270)

Die Mehrzahl der depressiven Störungen beginnt zwischen dem 3 und 4.

Lebensjahrzehnt. Ein zweiter Erstmanifestationsgipfel findet sich in der 6 und 7.

Lebensdekade. Diese Erkrankung wird als Altersdepression oder Depression im Senium bezeichnet. Es findet sich außerdem der Begriff der Involutionen depression, dieser wird in einigen Lehrbüchern für den Eintritt der Störung nach dem 45. Lebensjahr benutzt.

(Dilling, Reimer, 2000, S. 121)

Bei über 65-jährigen ist die Altersdepression die häufigste psychische Erkrankung. Sie wird definiert als "melancholische Zustände und depressive Verstimmungen nach dem 65. Lebensjahr" (Ärzteweche 15 Jg. Nr. 20, 2001). Experten schätzen, dass 15 bis 20 % aller alten Menschen, die einen niedergelassenen Arzt aufsuchen, an einer depressiven Erkrankung leiden. In Alten- und Pflegeheimen liegt der Prozentsatz bei 30 bis 40 %, manche Studien sprechen von über 50 %.

In den meisten Fällen liegt eine unipolare Störung vor, bipolare affektive Psychosen treten im Alter eher selten auf. (Marneros, 1999, S. 515)

Etwa die Hälfte der Altersdepressionen wird nicht diagnostiziert und demzufolge auch nicht richtig behandelt. Es ist von großer Wichtigkeit und Notwendigkeit die Krankheit früh zu erkennen, da ein hohes Suizidrisiko vorliegt

Die Suizidalität nimmt einen hohen Stellenwert in der Altersdepression ein. Experten sehen einen kausalen Zusammenhang zwischen Altersdepression und Selbstmorden. 1999 nahmen sich 3278 Menschen über 65 Jahren das Leben, dies entspricht einem Anteil von 30 % der Selbsttötungen, wobei der Anteil an über 65jährigen in der Gesamtbevölkerung bei 16 % liegt (statistisches Bundesamt 2000). Besonders alte Männer sind suizidgefährdet. Frauen verüben eher einen "stillen Suizid" im Sinne von "Sich - Aufgeben".

*Wer im Gedächtnis seiner Lieben lebt, ist ja nicht TOT,  
er ist nur fern! – TOT nur ist wer vergessen wird.*

*Freiherr von Zedlitz*

## 4. Charakteristik der Altersdepression

Obwohl man davon ausgehen kann, dass die Depression des höheren Lebensalters im großen und ganzen dieselbe ist, wie die Depression des jüngeren Alters, bestehen einige altersbedingt pathoplastische Charakteristika. (Marneros, 1999, S. 511) Vor allem das Vorhandensein von körperlichen Erkrankungen oder unspezifischen somatischen Symptomen kann das Bild verfälschen oder komplizieren. Der fortschreitende körperliche und geistige Abbau macht vielen Senioren zu schaffen, chronische Schmerzen und damit einher gehende Behinderungen erschweren das Leben. Die gewohnten Aktivitäten fallen immer schwerer, durch einen eventuell notwendigen Umzug in eine Einrichtung macht sich eine soziale Isolierung bemerkbar. Die Kontakte zu alten Freunden, Nachbarn werden schwieriger oder können gar nicht mehr aufrechterhalten werden. Die Lebensperspektive verändert sich, es werden kaum noch positive Veränderungen erwartet, dafür aber neue Verluste und Einschränkungen, die mit dem Älterwerden einher gehen.

Hinzu kommt noch der Rollenverlust und das Gefühl nicht mehr gebraucht zu werden.

Die Reaktion eines alten Menschen, der sich immer mehr in die eigenen Räume zurückzieht und den Veränderungen in seinem Leben nachtrauert, ist daher für Nahestehende meist verständlich und nachvollziehbar. Deshalb ist es für Ärzte und Angehörige schwierig zu erkennen, ob "nur" eine Auseinandersetzung mit dem Alterungsprozess vorliegt, oder eine Altersdepression.

Häufig sind die depressiven Beschwerden überlagert durch vielfältige psychisch verursachte körperliche Symptome. Die Senioren klagen über Schmerzen, Übelkeit, Herzklopfen, Schwindel- und Schwitzeanfälle, Schlafstörungen und Abgeschlagenheit. Typisch ist, dass in diesem Fall auch bei einer gründlichen Untersuchung keine körperliche Grunderkrankung als Ursache festgestellt werden kann. Meist ist es jedoch nicht so einfach eine Diagnose zu stellen, da ältere Menschen oft sehr viele Krankheiten (Multimorbidität) mitbringen. So ist auch immer an Wechsel- und Nebenwirkungen bedingt durch verschiedene Medikamente zu denken, die ebenfalls eine depressive Verstimmung auslösen können.

Lit.: [www.ipsis.de](http://www.ipsis.de) \_\_ [www.infoline.at](http://www.infoline.at)

*Das Alter verklärt oder versteinert*

*Marie von Ebner-Eschenbach*

## 5. Abgrenzung zur Trauerreaktion

Da es im Alter häufig zu Verlusterlebnissen kommt, ist es wichtig zu unterscheiden, ob eine normale Trauerreaktion der Person vorliegt, oder ob es sich um eine depressive Störung handelt.

Trauer nach dem Verlust einer geliebten Person ist eine der grundlegenden menschlichen Reaktionsweisen. (Marnero, 1999, S. 65) Die Grenze zwischen normaler Trauer und pathologischer Trauer oder Altersdepression ist durchlässig. Eine aus der Trauer entstehende Depression ist eine Störung der Trauerbewältigung. Schwierigkeiten bei der Verlustverarbeitung haben besonders Menschen, die gelernt haben Trauer zu verdrängen bzw. abzulenken, ebenso trifft es auf Personen zu, die keinen Gesprächspartner haben, mit dem sie über Probleme reden können.

Wenn die Trauersymptome nach einem halben Jahr noch in voller Intensität vorhanden sind, wird eine depressive Störung angenommen. (Marnero, 1999, S. 66)

Die Trauerreaktion hat mit der Depression viele Symptome gemeinsam, charakteristisch sind Rückzugstendenzen, Interesselosigkeit, gedrückte Stimmung, Schlafstörungen, Schuldgefühle gegenüber dem Verstorbenen und möglicherweise Erschöpfungszustände. Wenn sich der Trauernde aber wert- und hoffnungslos fühlt, das Gefühl hat für andere nur noch eine Belastung zu sein, er sich Gedanken über das Ende seines Lebens macht, kann man davon ausgehen, dass die normale Trauerreaktion in eine Depression über gegangen ist. (Katschnig, Fartacek, Nindl, 2001, S. 25ff)

Trauerreaktion	Depression
Fühlt sich leistungsfähig Entscheidungsfähig Begrenzte Dauer der Trauer Neue Ziele und neuen Sinn Finden Erleichterung im Gespräch Suchen Kontakte Trauern über etwas/jemanden Leere nur in der ersten Trauerphase	fühlt sich arbeitsunfähig, elend entscheidungsunfähig länger andauernde Verstimmung hoffnungslos, ohne Perspektiven verdrängen, unverarbeitete Trauer Rückzug leiden unter etwas/jemanden Leere mit Gefühlsverlust

Lit.: Katschnig, Fartacek, Nindl, 2001, S. 40

*Mit den Flügeln der Zeit fliegt die Traurigkeit davon*

*Jean de Lafontaine*



## 6. Differentialdiagnose Demenz versus Depression

Klagen über kognitive Defizite stehen bei älteren Menschen neben Appetitlosigkeit, Schlafstörungen und Antriebsverlust häufig im Vordergrund, deshalb ist es für viele Ärzte schwierig eine Altersdepression von einer Demenz zu unterscheiden. Da auch depressive Verstimmungen in der Anfangsphase einer Demenz sehr häufig zu beobachten sind.

Erschwerend wirkt sich noch aus, dass durch die Häufigkeit der beiden Erkrankungen im Alter, besonders hochbetagte Menschen, an beiden Störungen erkrankt sein können.

Idealtypische Gegenüberstellung von Befunden zur Differenzierung Demenz / Depression (Möller, Laux, 2001, S 195, Machleidt, 1991, S. 283 u. S. 367)

<b>Demenz</b>	<b>Spätdepression</b>
meist schleichender unklarer Beginn	schneller, erkennbarer Beginn
Progression langsam	schnell
Dauer länger 6 Monate	kürzer als 6 Monate
Patient versucht Defizite zu verbergen	Patient stellt Defizite heraus
Orientierungsstörungen ja	nein
Leistungstief abends	Stimmungstief morgens
Depression in der Anamnese nein	ja
Alltagskompetenz eingeschränkt	erhalten
soziale Aufgeschlossenheit erhalten	eingeschränkt
Bemühen um Kompensation von Leistungseinbußen	keine
angenährt richtige Antworten	"ich weiß nicht"
Sprache zunehmend zerfallend	langsam
Antidepressiva verbessern nur kurz oder verschlechtern die Beschwerden	verbessern die Beschwerden
Schlafentzug Verschlechterung	Verbesserung
keine Wahnvorstellungen	Bestehlungswahn Schuld- u. Krankheitswahn

## 7. Symptome der Altersdepression

### 7.1 Psychische Symptome einer Altersdepression:

Affektstörungen: Die Stimmung ist unglücklich, niedergeschlagen, bedrückt, verzweifelt, resigniert.

Es kann sein, dass Jemand bei jeder Kleinigkeit in Tränen ausbricht. Oder aber, dass er sich tief bedrückt und verzweifelt erlebt, aber geradezu daran leidet nicht weinen zu können. Die Bandbreite normalen emotionalen Erlebens ist sehr eingeschränkt. Ein schwer depressiver Mensch kann sich über positive Ereignisse nicht freuen. Viele depressive Menschen beschreiben ein "Gefühl der Gefühllosigkeit". (Machleidt, 1999, S. 276) Sie leiden daran, kein Gefühl der Liebe mehr empfinden zu können und äußern, dass alles leer, stumpf und abgetötet sei.

Psychomotorische Störungen: Tatendrang, Entschluß, Wille und Handlungsvermögen sind wie gelähmt. Der Wille zu Aktivitäten kann durchaus vorhanden sein, aber der Betreffende erlebt sich in hohem Maße lustlos, antriebslos, schwach und kraftlos, ohne Schwung und Initiative. Die Hemmung von Antrieb und Psychomotorik kann sich bis zum depressiven Stupor steigern. (Möller, Laux, 2001, S. 83)

Bei der agitierten Form der Depression besteht eine innere ängstliche Getriebenheit und Ziellosigkeit. Es kann zu einem hektischen Beschäftigungsdrang kommen, vieles wird angefangen, jedoch ohne die Tätigkeit zu einem sinnvollen Ende führen zu können. Die betroffenen Personen laufen verzweifelt herum, wiederholen stereotyp ihre Klagen (Jammerdepression)

Denkstörungen:

Typisch für eine Depression ist das grüblerische Denken (Grübelzwang). Die Gedanken bewegen sich im Kreis, die immer gleichen Denkinhalte drängen sich auf. Es treten Wahnsyndrome auf, häufige Wahnthemen sind Schuld, Verarmung, hypochondrischer und nihilistischer Wahn. Zu den Inhalten depressiven Denkens gehören außer Selbstvorwürfen, Schuldgefühlen und Pessimismus, auch sehr häufig Selbstmordgedanken. (Tölle, 2002, S. 239)

Aufmerksamkeit und Konzentration:

Die Konzentration ist meist beeinträchtigt. Eine längere konzentrierte Beschäftigung mit einer Sache wird unmöglich. Es kommt zu erheblichen kognitiven Einbußen, die auch als solche wahrgenommen werden. Wahrnehmungsstörungen sind meist nur leicht ausgeprägt. "Ich höre alles aus weiter Ferne".

Selbstwert:

In einer Depression erscheint der Betroffene sehr dünnhäutig. Er ist sehr sensibel gegenüber Kritik und fühlt sich rasch angegriffen. Er neigt unter Umständen dazu Schuldgefühle zu entwickeln, wo es nicht um eigenes Verschulden geht. Die eigene Person, die Umwelt und die Zukunft werden negativ gesehen (kognitive Triade nach Beck 1967)

### Soziale Symptome:

Der depressive Mensch tritt einen Rückzug an, igelt sich ein und sagt häufig unter Vorwänden Verabredungen ab. Der Rückzug von der Umwelt hat zur Folge, dass auch Bezugspersonen sich abwenden und ihr Interesse an der klagsamen, gereiztaggressiven oder hypochondrisch-selbstbezogenen Person verlieren. Im Berufsleben entsteht zunächst ein Gefühl ständiger Überforderung. Arbeiten dauern länger als sonst, schließlich kommt es zu einem objektierbaren Leistungsabfall, dieser führt häufig zur Kündigung. Dies wird dann wieder im Sinne eines negativen Selbstkonzeptes verarbeitet, hierdurch beschleunigt sich die Abwärtsspirale depressiven Erlebens.

## **7.2 Somatische Symptome:**

Schlafstörungen - es können Einschlafstörungen auftreten, häufiger sind jedoch Durchschlafstörungen. Auf dem Höhepunkt einer schweren Depression erwacht der Betroffene nach ein oder zwei Stunden wieder und kann für längere Zeit nicht mehr einschlafen. Oder der Schlaf bleibt nach dem ersten Aufwachen oberflächlich und ist durch Wachphasen gestört. Morgens fühlt man sich wie gerädert, so, als habe man überhaupt nicht geschlafen.

Appetit - schwere Depression gehen häufig mit Appetitlosigkeit und starkem Gewichtsverlust einher, die Betroffenen befürchten dann, an einem Tumor erkrankt zu sein. In anderen Fällen kommt es zu Heißhunger und folglich zu einer Gewichtszunahme.

Kopfdruck - Typisch für die Depression ist ein diffuser Druck im ganzen Kopf. Depressive Menschen beschreiben dies, als ein Gefühl ständig einen Helm zu tragen, oder als sei der Kopf in einen Schraubstock eingespannt

Atmung - Enge im Brustkorb, Druck auf der Brust, "Atemkorsett", flache Atmung, Globusgefühl.

Herz- Kreislaufbeschwerden, - Herzklopfen, Herzrasen, Stechen und Brennen in der Herzgegend, Herzrhythmusstörungen, Kollapsneigung, Schwindel

Vegetatives System - Hitzewallungen und Kälteschauer, Zittern, Temperaturüberempfindlichkeit, Blutdruckschwankungen, Schweißausbrüche, Mundtrockenheit

Magen- und Darmtrakt - Übelkeit, Brechreiz und Erbrechen, Obstipation, Völlegefühl und Meteorismus, Sodbrennen.

Hinzu kommen noch eine zunehmende Ungepflegtheit und Nachlässigkeit in der körperlichen Hygiene.

Lit.: Machleidt 1999, Möller, Laux 2001, Tölle 2002

## 8. Diagnostik und Klassifikation

Im folgenden wird zur Beurteilung der diagnostischen Kriterien auf ICD-10 zurückgegriffen.

Zunächst stellt sich die Frage, ob es sich bei der vorliegenden depressiven Verstimmung um eine solche mit Krankheitswert, um vorübergehende Stimmungsschwankungen oder eine Trauerreaktion handelt.

Nach Erhebung der Anamnese, sowie gründlicher körperlicher-neurologischer Untersuchung durch einen Arzt erfolgt eine "Abschätzung des Schweregrades der Depression". Das ICD-10 unterteilt die depressive Störung in drei Schweregrade. Außerdem werden drei Haupt- und sieben Zusatzsymptome unterschieden. Die Hauptsymptome sind depressive Stimmung, Antriebshemmung und Interesse/Freudlosigkeit. Die Zusatzsymptome beinhalten Schlafstörungen, Appetit/Gewichtsverlust, Denk-/Konzentrationsstörungen (Grübeln), innere Unruhe, Angst und Hoffnungslosigkeit, Todes-/Suizidgedanken, Verlust von Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen.

Zur Befragung dieser Thematiken haben sich sogenannte Rating-Skalen bewährt, z.B. die "Hamilton-Depressions-Skala".

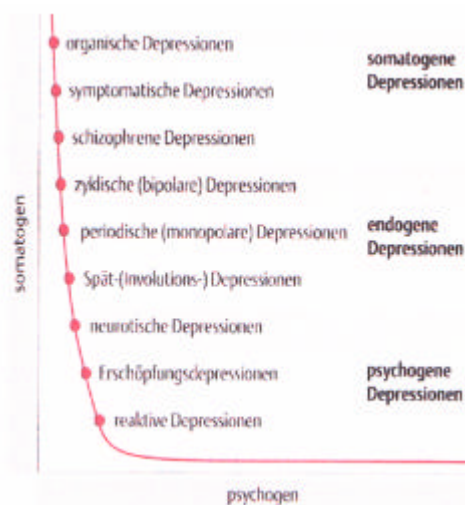
Die Feststellung des Schweregrades der Depression richtet sich nach Vorkommen der Symptome und der Dauer. Bei einer leichten Episode müssen jeweils zwei Haupt- und Zusatzsymptome, bei einer mittelgradigen Episode zwei Haupt- und drei oder vier Zusatzsymptome, bei einer schweren Episode alle drei Haupt-, sowie mindestens vier Zusatzsymptome über einen Zeitraum von zwei Wochen feststellbar sein. (Marneros, 1999, S. 83)

In den neuen Ausführungen der Klassifikationssysteme wurde die alte, an Ursachen geknüpfte Aufteilung aufgegeben. Da bei der Altersdepression wichtig ist, zu überlegen, was möglicherweise Auslöser der depressiven Störung sein könnte, möchte ich nochmals kurz auf die frühere Unterteilung eingehen.

Affektive Störungen wurden in drei Großgruppen unterteilt:

Zur Verdeutlichung: zweidimensionales nosologisches Schema der Depression nach Kielholz

Machleidt 1999, S.269



## **8.1 psychogene Depressionen**

Auslöser dieser Depression sind psychosoziale Faktoren, wie zum Beispiel Trauerreaktion, Belastungsreaktion oder eine schlimme Krankheit. Die depressive Störung ist also aus der Biographie der Person ableitbar. Eine Form der reaktiven Depression ist die neurotische Depression oder Dysthymie. Hier wird die Depression zwar durch ein aktuelles Ereignis ausgelöst, die Ursache ist aber letztendlich eine seit langem anhaltende Konfliktsituation oder verdrängte traumatische Erlebnisse. Dies trifft häufig auf Menschen mit Altersdepression zu.

## **8.2 somatogene Depression**

Ursache für die Störung ist hier eine körperliche Erkrankung (organisch oder körperlich begründbar). Spezielle Alterserkrankungen, die eine Depression bedingen können sind Morbus Parkinson, Demenz vom Alzheimer Typ und vaskuläre Demenz.

## **8.3 endogene Depression (Melancholie).**

Hier ist nicht geklärt, was die eigentliche Ursache der affektiven Störung ist. Man nimmt an, dass verschiedene Aspekte zusammenwirken und zum Ausbruch einer Depression führen. Verschiedene Autoren vermuteten eine genetische Disposition, oder eine Neurotransmitterstörung, andere gehen von psychosozialen Faktoren aus, die ebenfalls eine Rolle spielen. (Maineros, 1999, S.67 f)

*Nur der Denkende erlebt sein Leben, an Gedankenlosen  
Zieht es vorbei*

*Marie Ebner-Eschenbach*

## 9. Ursachenforschung

Die meisten Ärzte und Psychologen gehen heute davon aus, dass bei der Entstehung einer affektiven Erkrankung multifaktorielle Komponenten eine Rolle spielen. "Die depressiogene Wirkung eines Lebensereignisses wird offenbar vor allem durch die individuelle Disposition des Einzelnen bestimmt". (Möller, Laux, 2001, S.78)

Speziell bei Senioren können folgende Faktoren eine Depression auslösen:

### Neurobiologische Ursachen:

Es liegt eine Neurotransmitterstörung vor, es wird heute diskutiert über eine "Dysbalance verschiedener Neurotransmitter". (Möller, Laux, 2001, S. 80)  
Betroffen sind vor allem Noradrenalin und / oder Serotonin, sowie eine Veränderung der Dichte und Empfindlichkeit der Rezeptoren.

Genetische Faktoren: Genetische Einflüsse können die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken erhöhen. Allerdings spielt eine familiäre Prädisposition im Alter eine geringere Rolle als bei Depressionen im früheren Lebensalter.

Komorbidität: Chronische Schmerzen und Behinderungen beeinträchtigen die Zufriedenheit und das Selbstwertgefühl von Senioren

Medikamente: Manche Arzneimittel können als Nebenwirkung eine Depression auslösen. Dies sind einige Blutdrucksenker, manche Cortisonpräparate und Hormone.

Alterskrankheiten: Morbus Parkinson und Alzheimer Demenz können von depressiven Symptomen begleitet werden.

Lit.: Machleidt, 1999, S. 272 und Möller, Laux 2001, S. 80ff)

Die Hauptursachen liegen aber sicherlich im psychosozialen und gesellschaftlichen Bereich.

Die Realisierung, dass körperliche und geistige Fähigkeiten nachlassen und die damit verbundenen Einschränkungen in der Selbstständigkeit haben negative Auswirkungen auf die Zufriedenheit und die Lebensqualität der Senioren. Der Rollenverlust weckt in den Betroffenen das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, sie haben keine Aufgabe mehr, fühlen sich nutz- und perspektivlos. Sie haben Angst von Anderen abhängig zu werden und ihnen zur Last zu fallen. Ein wichtiger Faktor ist die Isolation und der Rückzug, der Verlust von sozialen Kontakten und der vertrauten Umgebung (Tod/Krankheit nahestehender Personen, Umzug in Einrichtung), das Fehlen von Aktivität oder eine generelle Inaktivität. Manchmal spielen auch Krankheits- und Zukunftsängste eine Rolle, oder die Furcht vor finanziellen Problemen.

Viele Senioren fühlen sich durch den "Jugendkult" in unserer Gesellschaft ausgegrenzt und überflüssig. In vielen Bereichen erfährt das "Alter" eine geringe Wertschätzung, dies kann bei den Betroffenen zu einer depressiven Verstimmung führen.

## 10. Erklärungsmodelle der Depression

Psychodynamisch-psychoanalytische Modelle

Diese Konzepte beziehen sich auf triebpsychologische, wie auch auf Objektbeziehungstheorien der Ich-Psychologie. (Machleidt, 1999, S. 272)  
*Freud und Abraham* (1916) gehen aus von der "Trauerarbeit" als Reaktion auf den Verlust eines geliebten Objektes. Das Erlebnis des Objektverlustes wird durch Einverleibung (Introjektion) abgewehrt und so auf das eigene Ich gerichtet. Aggressive Impulse, die dem verlorengegangenen Objekt in gleicher Weise gelten wie libidinöse werden so auf das eigene Ich gerichtet und erklären die in der Depression zutage tretende Autoaggressivität. Als entscheidend gilt die Störung der Mutterbeziehung in der oralen Entwicklungsstufe. (Möller, Laux; 2001 S. 81)

Ähnlich wird von *Bowlby* (1969, 1977) die Depression als Reaktion auf die Trennung von einem wichtigen Beziehungsobjekt gesehen. Unter Berücksichtigung von Erkenntnissen aus der Entwicklungspsychologie, Neurophysiologie und Verhaltensbiologie geht *Bowlby* davon aus, dass Menschen ein starkes Bedürfnis haben, enge Bindungen mit Anderen einzugehen. Nach seiner Ansicht kommt es zu intensiven emotionalen Reaktionen, wenn diese Bindungen bedroht sind. Seiner Meinung nach gibt es einen Zusammenhang zwischen gestörtem Bindungsverhalten zur Mutter in der frühen Kindheit und problematischen Beziehungen oder psychischen Störungen im Erwachsenenalter.

Nach *Tellenbach* (1961), der den Typus melancholicus beschrieb, ist eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur zur endogenen Depression oder Melancholie prädisponiert. Die Ordentlichkeit ist nach *Tellenbach*, ein wesentlicher Wesenszug des melancholischen Typus. Dies ist eine akzentuierte Form von Ordnung in allen Lebensbereichen. Alles was die Ordnung bedroht, sei dann in der Lage das Krankheitsbild Melancholie oder endogene Depression in Gang zu setzen. (Marneros, 1999, S. 377 ff)  
*Tellenbach* nahm an, dass der von ihm beschriebene Typus melancholicus die charakteristische Persönlichkeitsstruktur der unipolar depressiven Personen darstellt.

Das soziologische Depressionsmodell von *Brown* (1973) konzentriert sich auf drei Faktoren, die nach seiner Theorie für eine depressive Strörung verantwortlich sind. Zum einen beschreibt er Vulnerabilitätsfaktoren, deren Ausprägung festlegen, ob aversive Ereignisse eine Depression auslösen. Zu den auslösenden Faktoren gehören traumatische Lebensereignisse und langanhaltende Belastungen, die bestimmen wann eine Depression ausbricht. Symptom formende Faktoren, wie z.B. das Alter oder frühere affektive Störungen bestimmen die Intensität und den Ausprägungsgrad der Depression.

Ein verhaltenstherapeutischer Erklärungsansatz ist das Konzept der "gelernten Hilflosigkeit" nach *Seligmann* (1975). Experimentelle Versuche haben gezeigt, das die Konfrontation mit einem nicht veränderbaren negativen Stimulus zu Hilflosigkeit mit Rückzugsverhalten, eingeschränkter Lernfähigkeit, Verschlechterung der Befindlichkeit und psychosomatischen Störungen führt. Typisch für betroffene Personen ist ein depressiver Attributionsstil.

Die Verstärkerverlust-Theorie von *Lewinsohn (1974)* basiert auf der Grundlage des operanten Lernens und sieht falsche Verstärkerprozesse als Ursache. Depressive unterschätzen die Anzahl positiver Verstärker und haben überhöhte Kriterien für die Selbstbewertung und neigen zur Selbstbestrafung. (Marneros, 1999, S. 270)

Nach *Lazarus (1974)* wird die Depression als Ausdruck des Verlustes von Verstärkern verstanden, der wiederum zusätzlich unterhalten wird durch die Belohnungen der Krankenrolle. (Machleidt, 1999, S. 273)

Die kognitive Theorie von *Beck (1967 und 1974)* sieht depressive Erkrankungen als Folge überwiegend negativer Erfahrungen, die zu einer Hoffnungslosigkeit führen. Der Betroffene denkt "einseitig, willkürlich, selektiv und übertrieben negativ". Die sogenannte "kognitive Triade" ist gekennzeichnet durch negative Wahrnehmung der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft. Diese depressions-typischen Kognitionen (Denkmuster) werden durch Stress aktiviert.

Aus den verhaltenstherapeutischen/lerntherapeutischen und kognitiven Konzepten entwickelte *Hautzinger (1997)* ein multifaktorielles Modell. *Hautzinger* sieht die Ursache einer Depression im Zusammentreffen von kognitiven Störungen und falschen Verstärkern. (Marneros, 1999, S. 390 ff)

Auf die biologischen Erklärungsmodelle, die allein organische, hormonelle und genetische Faktoren als ursächlich für Depressionen ansehen, möchte ich nicht näher eingehen.

Lit.: [www.infoline.at](http://www.infoline.at)

*Die Melancholie ist das Los der tiefen Seelen und der starken  
Intelligenzen*

*Alexandre Vinet*



## **11. Behandlung**

Die Therapie depressiver Symptome erfolgt nach einem Gesamtbehandlungsplan. Die jeweiligen Maßnahmen haben einen unterschiedlichen Stellenwert, je nach Ursache und Erscheinungsbild der vorliegenden Störung.

Die Behandlung einer Altersdepression basiert auf mehreren Säulen, diese bestehen aus pharmakotherapeutischer Behandlung, körperbezogener Behandlung und psychotherapeutischen Verfahren. Die Erfahrung hat gezeigt, dass es sinnvoll ist eine kombinierte Therapie durchzuführen.

### **11.1 Psychopharmaka**

Die zur Behandlung depressiver Symptome eingesetzten Pharmaka zeigen kein einheitliches Wirkungsprofil. Eine klare Indikationsstellung und gründliche Kenntnisse über die Wirkung des verordneten Präparates seitens des Arztes ist unbedingt notwendig. Wegen der Multimorbidität und der damit verbundenen Vielzahl an Medikamenten, die alte Menschen einnehmen, ist die Gefahr unter Wechsel- und Nebenwirkungen zu leiden bei Senioren nochmals erhöht und genau zu beobachten.

Thymoleptika (Antidepressiva) werden vorwiegend zur Behandlung von depressiven Störungen eingesetzt. Antidepressiva wirken stimmungsaufhellend und antriebssteigernd und es besteht kein Abhängigkeitsrisiko. Gerade bei alten Menschen sollte die Dosierung einschleichend und sparsam erfolgen. Die Behandlungsdauer muß mindestens drei Wochen betragen, da erst nach ein bis zwei Wochen mit dem Einsetzen des antidepressiven Effektes zu rechnen ist. Da die antriebssteigernde Wirkung zuerst auftritt, ist die Gefahr eines Suizids in den ersten Wochen erhöht. Die Person ist noch niedergedrückt, aber nicht mehr so passiv.

Lit.: Möller, Laux, 2001, S 472 ff, Machleidt, 1999, S 291, Tölle 2002, S. 255.

### **11.2 Nichtmedikamentöse Verfahren**

Wachtherapie (Schlafentzug) verbessert bei Altersdepression relativ schnell Stimmung, Antrieb und Denken der Senioren. Bei etwa der Hälfte der endogen Depressiven kommt es am Tag nach dem Schlafentzug zu einer spürbaren Stimmungsaufhellung. Die einfache und ungefährliche Behandlung wird 1- 2 mal/Woche durchgeführt, meist in Kombination mit Antidepressiva.

Lichttherapie wird vorwiegend bei saisonalen Depressionen (Herbst/Winter) eingesetzt. Der Patient hält sich ein bis zwei Stunden/Tag in einem Raum mit einer Speziallampe auf. Der antidepressive Effekt wird meist nach drei bis vier Tagen erreicht. Die Dauer der Behandlung beträgt meist eine Woche.

Elektrokrampftherapie (EKT) war früher unter dem Namen Elektroschock verbreitet. Dieses Verfahren wird bei schwersten Depressionen eingesetzt, wenn alle anderen Behandlungsformen keinen Erfolg zeigen. Absolute Kontraindikationen sind: frischer Herzinfarkt, organische Hirnerkrankungen und Zustände erhöhten Hirndrucks. Bei der EKT wird unter Narkose ein Krampfanfall im Gehirn ausgelöst und dadurch in den Hirnstoffwechsel eingegriffen

### **11.3 Körperbezogene Behandlung**

Bewegungstherapie:

Da die Passivität und die fehlende körperliche Betätigung des depressiven älteren Menschen negative Auswirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem, den Stoffwechsel, die Atmung hat und es durch Muskelabbau vermehrt zu Haltungsanomalien kommt, ist eine Bewegungstherapie sehr sinnvoll. Unter Berücksichtigung der körperlichen Fähigkeiten der einzelnen Senioren bieten sich Sitztänze zu Musik, kleine Spaziergänge oder rhythmische Übungen mit Bällen, Reifen und Stäben an. Die aktive Bewegungstherapie umfasst ein breites Spektrum über einfache Dehn- und Streckübungen bis hin zum Ausdauersport. Die sportliche Betätigung hat positive Auswirkungen auf die Körperwahrnehmung, den Kreislauf und die Selbstsicherheit der Personen. Die Senioren bewegen sich in der Gruppe, es werden Kontakte gepflegt und das gemeinsame Erleben hilft die Isolation zu überwinden. (Bojack, 2003, S. 141)

Entspannungsverfahren:

Für ältere Menschen sind besonders das Autogene Training nach Schulz und die Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen geeignet. Entgegen früheren Annahmen, sind Entspannungsverfahren sehr gut anwendbar bei Senioren, sie verbessern die Wahrnehmung des Körpers und können problemlos erlernt und auch eigenständig praktiziert werden. (Hirsch 1994 S. 93 fff) Bei beiden Verfahren ist das Ziel eine Ausbreitung der Entspannung über den ganzen Körper zu erreichen, darüber hinaus eine psychische Entspannung anzustreben, die auf Dauer zu mehr Gelassenheit führt. Dies führt bei Depressiven zu einer "günstigen Beeinflussung der leiblichen Gestimmtheit, vor allem aber auch zu einer Steigerung der psychischen Resonanzfähigkeit, so dass es zu einem positiveren Erlebnis der Welt kommt". (Völkel 1962, 1965)

Beschäftigungstherapie:

Bei diesem Verfahren geht es darum, das Vergnügen oder die Freude zu fördern, etwas zu erstellen oder zu bearbeiten. Wichtig ist hierbei, dass die Angebote Spass machen, möglicherweise neue Interessen geweckt werden, aber kein Leistungsdruck entsteht. Bei dieser Betätigung werden motorische und sensorische Fähigkeiten trainiert und die Konzentrations- und Merkfähigkeit gefördert. Durch diese Maßnahme wird die depressive Körperhaltung aufgelockert und durch Arbeit in der Gruppe steht das gesellige Zusammensein im Mittelpunkt. (Bojack, 2003, S.161)

## 11.4 Psychotherapie bei Altersdepression

Leider ist die psychotherapeutische Versorgung von Menschen über 65 Jahren in Deutschland noch immer mangelhaft. Dies hat verschiedene Ursachen, zum einen wurde es Jahrzehnte lang als unnötig oder gar als unsinnig erachtet, dass Senioren eine langfristige Therapie oder gar eine Psychoanalyse in Anspruch nehmen. Wenn man heute davon ausgeht, dass eine sechzigjährige Frau in Deutschland statistisch gesehen noch 23,3 Jahre und ein sechzigjähriger Mann noch 19,01 Lebensjahre vor sich hat, ist es sicherlich erstrebenswert die Lebensqualität zu erhalten und ein eventuelles psychisches Leiden therapeutisch zu mindern. Bei einer organischen Erkrankung ist es selbstverständlich, dass getan wird was möglich ist.

Für viele ältere Menschen - besonders Männer - ist der Gang zu Psychotherapeuten gänzlich unvorstellbar, denn sie sind mit der Devise aufgewachsen: "Was soll ich reden, ich muß die Zähne zusammenbeißen und alleine klar kommen". (Ärzteweche, 16 Jg. Nr. 20 2002) Die größte Hürde ist aber sicherlich, der Altersunterschied zwischen den Menschen über fünfundsechzig und ihren potentiellen Therapeuten. Selbst bei einer fünfzigjährigen Therapeutin wirkt es sich noch aus, wenn eine achtzigjährige Dame sagt: "Kommen Sie erst mal in mein Alter". Wie schwer fällt es dann erst einer Dreißigjährigen, sich in die Probleme und Situationen von Älteren einzufühlen und einzulassen.

"Für Psychotherapeuten ist die Arbeit mit Älteren eine Chance sich mit der eigenen Gerontophobie, aber auch Gerontophilie zu stellen und diesbezügliche Konfliktpotentiale zu klären" sagte Prof. Dr. Dr. Rolf Hirsch Gerontopsychiater Rheinische Kliniken Bonn im Juli 2002 auf dem Welt-Psychotherapiekongress in Wien.

Man wird im Alter eher stützend, supportiv, problem- und klärungsorientiert arbeiten und weniger aufdeckend analytisch. Bewährt haben sich Einzel-, aber auch Paar- und Familientherapeutische Verfahren. (Ärzteweche 16. Jg. Nr 31. 2002)

Sehr gute Erfolge erzielt der Tübinger Psychologe Martin *Hautzinger* mit seiner kognitiven Verhaltenstherapie gegen Altersdepression. Es finden wöchentliche Gruppensitzungen über drei Monate mit sechs bis acht Betroffenen statt. Dort bekommen sie konkrete Hilfestellungen, wie sie ihren Alltag gestalten können, die Gruppenmitglieder bekommen zusätzliche Aufgaben gestellt, der tägliche Ablauf muß genau dokumentiert werden. "Die älteren Menschen müssen sich vor allem von alten Ansprüchen und Gewohnheiten lösen", meint Martin *Hautzinger*. (Bild der Wissenschaft, 08.03.1999)

Bei der kognitiven Verhaltenstherapie stehen fehlgeleitete Denkprozesse im Mittelpunkt. Diese haben Auswirkungen auf die Gefühle und das Verhalten einer Person und bedingen und verstärken sich gegenseitig. Ziel ist die "kognitive Umstrukturierung von Gedankenmustern" (Hautzinger 1999)

Diese hat positive Auswirkungen auf die Gefühle der Person, was wiederum das Verhalten entsprechend verändert und somit den Teufelskreis von negativen Gedanken und Gefühlen, sowie entsprechendem Verhalten unterbricht.

Lit.: [www.neurogeriatrie.de](http://www.neurogeriatrie.de)

Die günstigsten Voraussetzungen für eine Therapie sind gegeben, wenn motivierte, selbst Behandlung suchende, in Teilbereichen auf eine befriedigende Entwicklung zurückblickende Erwachsene einen Therapeuten aufsuchen. Umgekehrt haben "geschickte" und gering motivierte Erwachsene mit langjährig chronifizierter Symptomatik ohne Interesse an Introspektion sicher eine geringere Behandlungschance. (Radebold und Hirsch, 1994, S. 31)

Die klassischen Themen der Psychotherapie im Alter

- Akzeptieren des Älterwerdens und des Abbaus von körperlichen Fähigkeiten
- Loslassen und Erkennen eigener Grenzen
- Annahme des Verlustes von Selbstständigkeit und Angewiesensein auf fremde Hilfe
- Bewältigung von Einsamkeit
- Tod und Trauer
- Erarbeitung neuer Lebensperspektiven und sinngebender Aktivitäten

Bei der psychotherapeutischen Arbeit mit älteren Menschen, muß einem klar sein, dass seitens des Klienten viel Skepsis herrscht, ob ihm "Gespräche" bei der Bewältigung seiner Sorgen und Nöte überhaupt helfen. Er möchte seine Beschwerden und Ängste möglichst schnell, schmerzlos und ohne großen eigenen Einsatz abgenommen bekommen. Es ist nun Aufgabe des Therapeuten gemeinsam mit dem Klienten eine vertrauensvolle Basis zu finden und die Ziele der Therapie zu definieren.

Der Therapeut schafft den erforderlichen therapeutischen Rahmen durch die Realisierung der klientenzentrierten therapeutischen Grundhaltungen. Echtheit, Akzeptanz und empathisches Verstehen sind die Prinzipien der Gesprächstherapie nach *Rogers* (1977). Charakteristisch für klientenzentrierte Gesprächstherapie ist ihr Verständnis von Psychotherapie als wechselseitigem dialogischem Prozeß. *Finke* (1991) hat 5 Aspekte herausgearbeitet, die für einen Krankheitsbegriff in der Gesprächspsychotherapie stehen.

1. Stagnation des psychischen Entwicklungsprozesses
2. Verschlossensein bzw. unfreies Offensein (fehlende bzw. nicht integrierbare "Offenheit für Erfahrungen")
3. Einschränkung personaler Freiheit (u. a. Abhängigkeit)
4. Beziehungsstörungen (u. a. Isolation)
5. Inkongruenz ( unzureichendes Selbstkonzept)

Lit.: Hirsch, 1994

Entwicklung und Älterwerden sind nach *Rogers* (1980) synonym. Sofern der älter werdende Mensch die körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen bewußt wahrnehmen und ihre persönliche Bedeutung für sich erfassen kann, kommt es nicht zur Stagnation des psychischen Entwicklungsprozesses.

Gelingt dies dem älteren Menschen nicht, oder ist er bereits psychisch erkrankt, ist es nun Aufgabe des Therapeuten, den Betroffenen darin zu unterstützen, wieder Zugang zu seinem "inneren Bezugsrahmen" zu finden. Die therapeutischen Prinzipien Echtheit, Empathie und Akzeptanz helfen dabei.

Es ist wichtig den Klienten persönlich anzusprechen und an dessen "Welt" teilzuhaben, ihn mit seinen Nöten, Problemen und Aufgaben anzunehmen und auf dieser Grundlage einen "empathischen Dialog" führen.

Der Focus wird oftmals auf aktuelle Krisen, Konflikte, Belastungen oder Beschwerden gerichtet, alles was als inkongruente Erfahrung im Dialog zur Sprache und zum Ausdruck kommt, kann dann durch Selbstexploration und Selbstempathie dem Klienten wieder zugänglich gemacht werden. (Hirsch, Radebold, Linster 1994, S.45 ff)

#### Interpersonale Psychotherapie (ITP)

Eine große Bedeutung bei der Behandlung depressiver alten Menschen hat mittlerweile die Interpersonale Psychotherapie (IPT). Die ITP wurde von *Klerman* und *Weisman* in den siebziger Jahren als semistrukturierte Kurzzeittherapie (12 - 20 Sitzungen) für unipolar-depressiv Erkrankte entwickelt. (Hirsch, Radebold, Schramm, 1994, S. 69) Sie bezieht sich auf die Theorien von *Bowlby* (1977). Die ITP betont bei der Entstehung von Depressionen die Bedeutung von Problemen im zwischenmenschlichen Bereich. Der soziale Kontext, in dem sich die Depression entwickelt hat, steht im Mittelpunkt. Ziele dieser Therapieform sind die Verbesserung von Beziehungen und die Lösung von interpersonalen Konflikten. Dabei stehen folgende Problembereiche im Mittelpunkt:

- Trauer und Verlusterlebnisse
- Rollenverlust und Rollenwechsel
- Isolation
- Partnerschaftskonflikte

Insbesondere die ersten drei Probleme sind bei der Entstehung von Altersdepression bedeutend, weshalb diese Therapieform bei Senioren sinnvoll ist.

*Vor meinem eignen Tod ist mir nicht bang,  
nur vordem Tode derer, die mir nah sind.  
Wie soll ich leben, wenn sie nicht mehr da sind?*

*Mascha Kaleko*

## 12. Nachwort

Da eine große Zahl älterer Menschen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen in Altenheimen leben und kaum psychotherapeutische Hilfe erhalten, sehe ich hier mein Aufgabengebiet als Psychologische Beraterin.

Die Lebenssituation des älteren, bzw. alten psychisch kranken Menschen enthält mit den Einschränkungen und Verlusten, den damit einhergehenden Kränkungen und Konflikten Veränderungen bereit, die die Person an die Grenze ihrer Erfahrungsmöglichkeit und ihrer Verarbeitung führt. (Hirsch, 1994, S. 79)

Als erstes ist sicherlich zu klären, ob eine Depression vorliegt, dabei ist es hilfreich sich an den acht Schlüsselfragen zu orientieren:

- Fällt es Ihnen in letzter Zeit schwer Entscheidungen zu treffen?
- Leiden Sie in letzter Zeit an Interesselosigkeit?
- Fällt es Ihnen in letzter Zeit schwer, sich zu beschäftigen?
- Grübeln Sie in letzter Zeit häufig?
- Haben Sie in letzter Zeit Schlafstörungen?
- Fühlen Sie sich oft müde, niedergeschlagen?
- Haben Sie manchmal das Gefühl, Ihr Leben sei sinnlos?

Da die Suizidalität einen hohen Stellenwert bei der Altersdepression einnimmt, ist es wichtig eventuelle Selbstmordabsichten abzuklären. Dies betrifft besonders ältere Männer, Frauen sind im allgemeinen psychosozial besser integriert und pflegen emotionale Kontakte intensiver. Des weiteren scheinen Ehen oder ähnliche Partnerschaften so etwas wie ein Schutzschild gegen den Suizid darzustellen.

Zur Abklärung von Selbsttötungsabsichten kann man vier Fragen stellen:

- Haben Sie schon einmal überlegt, Ihrem Leben ein Ende zu setzen?
- Gibt es dazu einen konkreten Plan?
- Was hat Sie bisher davon abgehalten?
- Haben Sie sich überlegt, was für und was gegen ein Weiterleben spricht?

Des weiteren ist eine ausführliche Anamneseerhebung unerlässlich, auch über Erkrankungen, Unfälle, bis hin zur Lebensgeschichte. Es ist wünschenswert, wenn daran auch Familienangehörige beteiligt sind (Fremdanamnese). Begleitend zum therapeutischen Prozess ist mit dem behandelnden Arzt der Einsatz von Antidepressiva zu besprechen und sich Auskünfte über eine eventuell vorhandene Medikation aus anderen medizinischen Gebieten einzuholen.

Idealerweise kombiniert man eine Psychotherapie der Altersdepression, mit einer Körpertherapie, sofern die Möglichkeiten in der Einrichtung vorhanden sind. In einigen Fällen wird noch ein Antidepressivum, zumindest zu Beginn verordnet werden müssen.

Für meine Arbeit sehe ich eine Mischung aus klientenzentrierter Gesprächstherapie nach Rogers und der interpersonellen Psychotherapie (ITP) als geeignet an.

Für mich ist die unbedingte emotionale Zuwendung und Annahme des Klienten, Echtheit und empathisches Verstehen sehr wichtig im Umgang mit depressiven Senioren. Alles was der Betroffene berichtet, wird von mir wiederholt und präzisiert, aber ohne zu werten, deuten oder zu interpretieren. So stelle ich eine tragfähige Therapeuten/Klienten Beziehung her, ich nehme ihn mit seinen Nöten und Problemen an und gebe ihm die Möglichkeit zur Selbstexploration. Im interpersonellen Bereich gelten Trauer und Verlusterlebnisse als extrem belastende Lebensereignisse. Da diese Themen, inklusive Isolierung und Einsamkeit gerade auch auf ältere depressive Menschen zutreffen, halte ich dieses Verfahren für sehr geeignet um damit therapeutisch zu arbeiten. Es geht dabei in erster Linie darum sich mit einem zentralen Problem zu befassen und sich an dessen Bewältigung zu orientieren.

In den Sitzungen geht es darum gemeinsam Strategien zur Klärung und Lösung interpersoneller Probleme zu entwickeln. Es ist sehr wichtig dem Klienten die Möglichkeit zu geben, seine Gefühle (negative oder positive) auszudrücken und zuzulassen.

Zusammenfassend kann man sagen, in einem Altenheim ist es wichtig Zuversicht und eine positive Einstellung auszustrahlen- und zu signalisieren, dass man alte Menschen mit ihrem seelischen Leiden auch gegen Ende ihres Lebens ernst nimmt. Ich glaube manchmal genügt es dem Bewohner einer Einrichtung auch eine Ansprechpartnerin zu haben, die ihm einfach nur mal zuhört.

*Jedes Jahrzehnt des Menschen hat sein eigens Glück.*

*Johann Wolfgang von Goethe*

### 13. Literaturverzeichnis

BOJACK, Barbara; 2003: Depressionen im Alter; Psychiatrie -Verlag Bonn

DILLING, Horst; REIMER, Christian; AROLT, Volker; 2000 (4. Auflage):  
Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie; Springer -Verlag Berlin

KATSCHNIG, Heinz; DEMAL, Ulrike (Hrsg.), 2001: Trauer und Depression, Facultas  
Wien

MACHLEIDT, Wielant; BAUER, Manfred; LAMPRECHT, Friedhelm; ROSE, Hans;  
ROHDE-DACHSER, Christa 1999(6. Auflage): Psychiatrie, Psychosomatik und  
Psychotherapie, Thieme-Verlag Stuttgart

MARNEROS, Andreas; 1999: Handbuch der unipolaren und bipolaren  
Erkrankungen; Thieme-Verlag Stuttgart

MÖLLER, Hans-Jürgen; LAUX, Gerd; DEISTER, Arno; 2001(2. Auflage):  
Psychiatrie und Psychotherapie; Thieme -Verlag Stuttgart

PAYK , Theo 2002: Pathopsychologie, Springer-Verlag Berlin

RADEBOLD, Hartmut; HIRSCH, Rolf D. (Hrsg.) 1994: Altern und  
Psychotherapie, Verlag Hans Huber Bern

TÖLLE, Rainer; WINDGASSEN, Klaus; 2002 (13.Auflage): Psychiatrie,  
Springer-Verlag Berlin

WALTHER, Lutz (Hrsg.), 1999: Melancholie, Reclam; Leipzig

[http:// www.neurogeriatrie.de/seiten/arzt/ad23.htm](http://www.neurogeriatrie.de/seiten/arzt/ad23.htm)

Ärzteweche 15 Jg. Nr. 20, 2001

Ärzteweche 16 Jg. Nr. 20, 2002

Ärzteweche 16 Jg. Nr. 31, 2002

[http:// www.ipis.de/thema\\_altersdepression.htm](http://www.ipis.de/thema_altersdepression.htm)

[http:// www.infoline.at/geriatrie/altersdepression.htm](http://www.infoline.at/geriatrie/altersdepression.htm)