

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

DEPRESSIONEN IM HÖHEREN LEBENSALTER

Diagnose und Therapie aus klinisch-wissenschaftlicher Sicht

Depressionen gehören inzwischen nicht nur zu den häufigsten seelischen Störungen, sondern auch Erkrankungen generell. Das betrifft jedes Lebensalter, nicht zuletzt ältere Menschen. Die statistischen Angaben dazu schwanken erheblich, was auf die unterschiedlichen Untersuchungs-Kollektive und -Methoden zurückgeht. Die internationale Einteilung nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-5[®] der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) nennt dazu konkrete Symptome für die Depressionen im höheren Lebensalter. Das ist umso wichtiger, weil gerade in diesem Lebensabschnitt eine Krankheit zur anderen kommen kann und damit die gezielte Diagnose erschwert. Hier helfen wissenschaftlich fundierte Fragebogen zur Selbst- und Fremdauskunft weiter. Wichtig auch die Psychotherapie der Depressionen im höheren Lebensalter, die bisher noch nicht ausreichend genutzt wird, aber neben den ggf. notwendigen antidepressiven Medikamenten einen unverzichtbaren Stellenwert hat. Dazu eine kurz gefasste Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Depressionen – Depressionen im höheren Lebensalter – depressive Erkrankungen im höheren Lebensalter – Häufigkeit depressiver Störungen im höheren Lebensalter – Depressions-Klassifikation – DSM-5[®]-Klassifikation – Symptomatik der Depressionen im höheren Lebensalter – Leidensbild der Depressionen im höheren Lebensalter – Kern-Symptome der Depressionen im höheren Lebensalter – Diagnose-Kriterien für eine Major-Depression nach DSM-5[®] – persistierende depressive Störung – Co-Morbidität bei Depressionen – Diagnose der Depressionen im höheren Lebensalter – Fragebogen zur Fremdauskunft bei Depressionen im höheren Lebensalter – Instrumente zur Fremdauskunft bei Depressionen im höheren Lebensalter – strukturierte klinische

Interviews bei Depressionen im höheren Lebensalter – Psychotherapie der Depressionen im höheren Lebensalter – kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei Depressionen im höheren Lebensalter – Lebensrückblick-Interventionen (LRI) bei Depressionen im höheren Lebensalter – Problemlöse-Therapie (PST) bei Depressionen im höheren Lebensalter – psychodynamische Kurzzeittherapie bei Depressionen im höheren Lebensalter – u.a.m.

Wir werden immer älter, das ist erfreulich. Inzwischen fast doppelt so alt wie zu Bismarcks Zeiten. Und das ist noch nicht so lange her. Unsere Urgroßeltern konnten sich noch an den alten Reichskanzler erinnern. Über 80 Jahre eines dann doch meist erfüllten Lebens darf man heute im Durchschnitt erwarten, Frauen sogar etwas häufiger als Männer (was nicht immer so war, siehe die nur scheinbar so „guten alten Zeiten“). Diese erfreuliche Entwicklung soll sich weiter fortzusetzen. Wer heute geboren wird, soll sich den bisher noch spektakulären 100 Lebensjahren nähern (was aber inzwischen schon mehr als 14.000 Bundesbürgern gelingt), so die Experten.

Ob das wirklich eintritt und vor allem erstrebenswert ist, bleibt eine offene Frage. Denn die wachsende Lebenserwartung hat ihren Preis: körperlich, was jeder einsieht und die ältere Generation ausnahmslos bestätigen kann, aber auch und inzwischen vor allem seelisch und damit psychosozial. Was heißt das?

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht, die nur eine einzelne psychische Erkrankung auswählt, die es aber leidvoll in sich hat: gemeint sind depressive Störungen im höheren Lebensalter. Grundlage ist ein medizinischer Fortbildungsbeitrag in der Fachzeitschrift *Psychotherapeut 1 (2015) 75* mit dem Titel *Depressive Erkrankungen im höheren Lebensalter* von den Experten Profs. Dr. Sylke Andreas, Dr. J. Lüdemann und Dr. M. Härter vom Institut für Psychologie, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt am Wörthersee sowie von Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Im Einzelnen wie es Ärzte und Psychologen sowie weiteres Fachpersonal beurteilen, diagnostizieren, behandeln und möglichst vorbeugend verhindern sollen:

Depressionen im höheren Lebensalter: was heißt das?

Eine *depressive Erkrankung im höheren Lebensalter* wird dann diagnostiziert, wenn das entsprechende Leidensbild nach dem 60. Lebensjahr erstmalig(!) aufgetreten ist. Diese Altersgrenze wird auch gelegentlich auf das 65. Lebensjahr ausgedehnt (internationaler Fachbegriff: „late onset depression“). Entscheidend ist also das erstmalige Auftreten ab dieser Altersgrenze und nicht im (mittleren) Erwachsenenalter oder gar ab Jugend bzw. Kindheit (wie offenbar immer häufiger hinzunehmen ist).

Häufigkeit

Die wissenschaftlichen Angaben zur so genannten Prävalenz (Häufigkeit in einer bestimmten Population innerhalb eines bestimmten Zeitraums) variieren stark, wie übrigens bei nicht wenigen seelischen Störungen, je nach Untersuchung. Die so genannte Einjahres-Prävalenz für eine aktuelle Depression über 65 liegt beispielsweise zwischen 2,3 und 25 %, je nach Studie. Eine Untersuchung in 6 europäischen Ländern mit Hilfe standardisierter klinischer Interviews kam auf 3,2 %.

Die erstaunlichen Differenzen gehen – wie erwähnt – nicht zuletzt auf die verschiedenen Untersuchungs-Kollektive und -Methoden zurück. So finden sich beim Einsatz von so genannten dimensional Instrumenten (sprich Fragebogen) meist höhere Zahlen. Und es kommt natürlich darauf an, wer und wo befragt wird. So variieren die entsprechenden Prävalenzraten beispielsweise bei Personen in Heimen, in Allgemeinarzt-Praxen und in Krankenhäusern zwischen 6,5 und 15 %. Außerdem hängen manche Schwankungen vom unterschiedlichen Studien-Design bzw. den diagnostischen Instrumenten und Interview-Verfahren ab.

Ein interessantes Phänomen ist auch die Erkenntnis, dass depressive Erkrankungen mit zunehmendem Alter zurückgehen (können). Das hat durchaus nachvollziehbare Ursachen, die nicht nur negativ sind (z. B. nicht mehr so recht auskunftsfähige Demente), sondern auch die Frage aufwerfen: Ist derjenige, der deutlich älter werden darf, dann eben auch seelisch robuster angelegt?

Depressionen – Einteilung nach internationaler Klassifikation

Was Melancholie (wie man es früher nannte) oder Schwermut heißt, weiß jeder – möchte man meinen. Das kann zutreffen, wenn es sich um allseits bekannte und anerkannte Depressions-Symptome handelt. Es kann aber auch erstaunlich täuschen, wenn sich die Krankheitszeichen nicht mit dem decken, was „man“ für eine Depression zu halten pflegt. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Kapitel mit ausführlichen Symptom-Listen in dieser Serie. Dies vor allem für die so genannte „Männer-Depression“, ein wissenschaftlich eher umstrittenes Phänomen, das sich allerdings in der Alltags-Praxis der Allgemeinärzte und ggf. später Psychiater durchaus registrieren lässt (siehe auch hier die entsprechenden Beiträge).

Wie steht es nun aber für aktuell allseits akzeptierte Diagnose-Kriterien, insbesondere was die ton-angebenden internationalen Institutionen anbelangt, die für die verbindlichen Klassifikationen und Diagnosen zuständig sind. Nachfolgend deshalb auswahlweise die in den letzten Jahren überarbeiteten Depressions-Merkmale für eine so genannte „major depressive episode“ nach der 5. Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen – DSM-5[®] der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA); englisch-sprachige Ausgabe 2013, deutsch-sprachige 2014.

Dabei müssen für eine Depressions-Diagnose generell mindestens 5 Symptome während der gleichen 2-Wochen-Periode fast täglich auftreten und eine Veränderung der vorherigen Funktionsfähigkeit nach sich ziehen (oder kurz: entsprechende Einbußen auf seelischer, körperlicher und psychosozialer Ebene).

Kern-Symptome sind depressive Verstimmungen über den Tag hinweg und an fast jedem Tag. Außerdem das subjektive Gefühl von Traurigkeit, innerer Leere und Hoffnungslosigkeit. Oder die Feststellung durch andere wie: „wirkt den Tränen nahe“. In Kindheit und bei Heranwachsenden kann es auch eine gereizte Verstimmung sein.

Im Weiteren ein deutlich vermindertes Interesse an fast allen Aktivitäten, fast ganztägig und an jedem Tag, und zwar nach subjektiver Meinung oder durch die Feststellung des näheren Umfelds. Das Gleiche gilt für die Fähigkeit, Freude zu empfinden.

Das sind die Kern-Symptome. Ergänzend können dazu noch folgende Krankheitszeichen auftreten: Gewichtsverlust ohne Diät, aber auch das Gegenteil, nämlich Gewichtszunahme (z. B. von mehr als 5 % in einem Monat). Oder verminderter bzw. vermehrter Appetit an fast jedem Tag. Dazu Schlaflosigkeit oder – wiederum das Gegenteil – vermehrter Schlaf. Zudem psychomotorische (seelisch-körperliche) Unruhe oder Verlangsamung (subjektives Gefühl oder Feststellung durch andere), Müdigkeit oder Energieverlust.

Außerdem Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (und zwar nicht bloßer Selbstvorwurf oder Schuld daran, krank zu sein, sondern ggf. auch wahnhaft). Schließlich die verminderte Fähigkeit zu denken und sich zu konzentrieren oder eine ungewöhnliche Unentschiedenheit; ferner wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Todesangst) bis hin zu Suizidgedanken, und zwar ohne einen spezifischen Plan oder Suizidversuch.

Als weitere entscheidende Merkmale gelten die nachvollziehbaren Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Bereichen und die Erkenntnis, dass das ganze Leidensbild nicht auf bestimmte Substanzen (Medikamente oder Drogen) bzw. andere medizinische Bedingungen (sprich vor allem Krankheiten) zurückgeht.

Zuletzt verlangen diese Diagnose-Kriterien für eine – inzwischen immer häufiger sprachlich eingedeutschte – *Major-Depression* nach DSM-5[®], dass keine andere seelische Krankheit dahintersteht, die ähnliche Symptome machen könnte.

Schlussfolgerung: Kennzeichnendes Merkmal ist eine niedergeschlagene Stimmung und ein Interessenverlust sowie mögliche Gewichtsänderungen, Schlaf-

störungen, innere Unruhe, Energie- und Konzentrationsverlust sowie suizidale Gedanken.

Der Unterschied zum Beschwerdebild im höheren Lebensalter lässt sich dabei allerdings nicht einfach konkretisieren. Um es auf einen kurzen Nenner zu bringen: weniger Niedergeschlagenheit und Selbstzweifel oder Schuldgefühle wie jüngere Depressive, dafür mehr somatische (körperliche) Beschwerden wie Schlaflosigkeit, Energieverlust usf.

Nun gibt es aber gerade im höheren Lebensalter die Gefahr einer dauernden bis chronischen Depression, nach DSM-5[®] als *persistierende depressive Störung* bezeichnet (d. h. für mindestens 2 Jahre).

Vom Beschwerdebild her sind es hier dann vor allem Appetit- und Schlafstörung (jeweils zu wenig oder vermehrt), Energieverlust oder Müdigkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und die Fähigkeit klar und folgerichtig zu denken oder sich zu konzentrieren sowie Gefühle der Hoffnungslosigkeit.

Gefahr der Co-Morbidität

Das in der Medizin immer häufiger werdende Problem der Co-Morbidität, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt, findet sich natürlich auch bei Depressionen, und zwar nicht selten. Und noch häufiger naturgemäß bei älteren Menschen. Hier könnte übrigens auch einer der Gründe für die unterschiedlichen Häufigkeits-Angaben liegen. Denn nicht wenige dieser erhobenen Krankheitszeichen können sowohl depressiv verursacht als auch im Rahmen eines „nicht unüblichen“ Alterungsprozesses auftreten. Und da der ältere Mensch praktisch immer mit irgendeinem körperliche Leiden geschlagen ist, das sowohl direkt als auch indirekt (Angst, Befürchtungen, Verunsicherung) entsprechende Folgen hat, kann es sehr schwierig werden, das eine vom anderen zielgerichtet diagnostisch zu trennen.

Es zeigen aber auch umgekehrt nicht wenige Studien, dass gerade Depressionen eine bedeutsame Rolle bei Auslösung und Fortdauer von bestimmten organischen Leiden spielen, vor allem was Rückfall- und Sterberate anbelangt. Beispiele: chronische Herzerkrankungen und dementielle Entwicklungen. Dabei können sich beide Seiten recht negativ für den anderen Leidensweg auswirken.

Wie diagnostiziert man eine depressive Erkrankung im höheren Lebensalter?

Die meisten Depressionen, vor allem im höheren Lebensalter, dürften durch Hausarzt und ggf. unterstützend durch niedergelassenen Nervenarzt oder Psychiater diagnostiziert und behandelt werden. Gelegentlich kommen hier dann auch Fragebogen in Selbst- und Fremdauskunft (so genannten Selbst- und

Fremdeinschätzungs-Instrumente) sowie standardisierte klinische Interviews zum Einsatz. Einzelheiten dazu siehe die entsprechende Fachliteratur oder der hier erwähnte Fachartikel und sein weiterführendes Literaturverzeichnis. Nachfolgend aber wenigstens die wichtigsten Namen, nämlich

- *Fragebogen zur Selbstauskunft*: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) zur Erfassung einer depressiven und ängstlichen Symptomatik bei Menschen mit körperliche Erkrankungen. - Geriatric Depression Scale (GDS): spezifisch für depressive Erkrankungen im höheren Lebensalter, auch in mehreren Sprachen vorliegend. - Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) zur Erfassung depressiver Symptome im höheren Lebensalter.

- *Instrumente, die auf Fremdauskunft beruhen*: The Health of the Nation Outcome Scales 65+ (HoNOS65+), ein international gut etabliertes und spezifisch zur Erfassung einer psychischen Problematik im höheren Lebensalter entwickeltes Fremdeinschätzungs-Instrument. - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), ein weit verbreitetes und bewährtes Instrument zur Erfassung depressiver Symptome im höheren Lebensalter durch Fremdeinschätzung.

- *Strukturierte klinische Interviews*: Geriatric Mental State Schedule (GMS), das mehr als 500 Merkmale umfasst, die in über 30 Syndrom-Werte münden. - The Composite International Diagnostic Interview for the elderly (CIDI) für psychische Erkrankungen spezifisch für das höhere Lebensalter; in 6 Sprachen verfügbar. Im Weiteren das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-I) sowie das Diagnostische Kurzinterview bei psychischen Störungen (Mini-DIPS).

Zur Psychotherapie der Depressionen im höheren Lebensalter

Man kann, man muss wohl davon ausgehen, dass Depressionen im höheren Lebensalter im Alltag nicht so gezielt erfasst und vor allem behandelt werden wie diejenigen aller anderen Altersstufen. Oder – nüchtern formuliert – eher weniger. Das dürfte vor allem die psychotherapeutischen Verfahren betreffen, die natürlich aufwendiger sind als die Verordnung von antidepressiven Medikamenten. So wundert es auch nicht, dass insbesondere die Möglichkeiten einer psychodynamischen Psychotherapie bei älteren Menschen bislang kaum untersucht wurden. Nachfolgend deshalb nur eine komprimierte Übersicht dazu auf der Grundlage des erwähnten Fachartikels:

Häufig eingesetzt wird die so genannte *kognitive Verhaltenstherapie (KVT)*, für die inzwischen auch ein spezifisch auf Altersdepressionen ausgerichtetes Gruppentherapie-Konzept vorliegt, das sich vor allem als „Lernprogramm und Kurs“ statt „Therapie“ erfolgreich durchgesetzt hat. – Interessant auch die so genannten „*Life-review*“-*Methoden*, also *Lebensrückblick-Interventionen (LRI)*. Sie wurden ursprünglich für die Alzheimer-Demenz konzipiert sowie für Patienten mit Depressionen und kognitiven (geistigen) Einschränkungen. Inzwischen existieren vielfältige Anwendungsbereiche, z. B. für Anpassungsproble-

me, traumatische Erfahrungen, schwere körperliche Erkrankungen u. a. Sie zielen vornehmlich auf die Minderung von Verbitterungsgefühlen sowie die Förderung einer positiven Sicht auf die eigene Lebensgeschichte, also eine Art (Neu-)Bewertung von Lebensereignissen. – Bei der *Problemlöse-Therapie (PST)* geht es um ein niedrighwelliges Behandlungsangebot zur angemessenen Problemlösung bei depressiven Älteren mit guten Erfolgen auch über längere Zeit hinweg. – Die *psychodynamische Kurzzeittherapie* hat schon ältere und vielfältige Wurzeln (die bis auf den Begründer der Psychoanalyse Sigmund Freud zurückgehen), könnte aber auch zur Behandlung älterer Depressiver hilfreich sein.

Schlussfolgerung: Nach bisheriger Erfahrung sind die erwähnten Psychotherapie-Verfahren auch bei Depressiven im höheren Lebensalter wirksam, wobei sich insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie, die Problemlöse-Therapie und die Lebensrückblick-Interventionen als wirkungsvoll erwiesen haben.

Soweit der fachliche Überblick zu Diagnose und Psychotherapie der Depressionen im höheren Lebensalter der Experten von der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt und des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in der Fachzeitschrift *Psychotherapeut 1 (2015) 75*, der den Interessenten auch mit einem ausführlichen (überwiegend englisch-sprachigen) Literaturverzeichnis weiterhilft.