

Depressionen im Alter – eine psychotherapeutische Perspektive

*Vortrag gemeinsam mit der Initiative „Gemeinsam gegen Depression“ Bayreuth
(Schirmherr Henry Schramm, Bezirkstagspräsident)*

*Fachtagung Gerontopsychiatrie Oberfranken „Depressionen im Alter –
Perspektiven und Impulse“ am 21.06.2023 im Evangelischen Zentrum
(Leitung Dr. Martin Waßink, Alexandra Pappe, Gerontopsychiatrische
Fachkoordination Oberfrankem GeFaOFR)*

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf

21.06.2023 Evangelisches Zentrum, Richard-Wagner-Straße 24 , 95444 Bayreuth

Referent:

**Prof. Dr. med. Dr. h. c. (Rigas Stradins Universitate,
Lettland) Manfred Wolfersdorf**

Facharzt für Psychiatrie – Psychotherapie -

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ethikberater im Gesundheitswesen

*Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Bayreuth sowie der Bezirksklinik
Hochstadt, und Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik, Bayreuth, 04/1997 – 09/2017, i.R.*

Gründer und Leiter Referat Suizidologie der DGPPN, Leiter (mit Prof.Dr. W. Maier) Task force
„Suizidbeihilfe“ 2006-2017

Gründer und Bundesprecher AK „Depressionsstationen Deutschland/Schweiz“

Gründer, Leiter bis 2015 und Ehrensprecher AG „Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus“

Fellow International Association for Suicide Research (IASR Padua)

Mitglied Leitlinienkommission S3-/NV-Leitlinie „Unipolare Depression sowie „Suizidprävention“

Mitglied Bundesdirektorenkonferenz (BDK), Präsident 2000-2004, Vorstandsmitglied 1998-2012

DGPPN Mitglied des Vorstandes 2000-2008, Ehrenmitglied seit 2022, Beirat des Vorstandes seit 2023

Leiter (mit Frau Prof. Dr. B. Schneider, Köln) Projektgruppe „Suizidprävention in der medizinischen
Versorgung“(TPG4), Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NASPRO),
gefördert vom BMG i.A. des Bundestages

Der Referent verneint Interessenskonflikte.

Der Referent und die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Bezirkskrankenhauses Bayreuth wurden im letzten Jahrzehnt bis 2016 bei Fortbildungsvorträgen mehrfach von den Firmen Janssen-Cilag, Lundbeck, AstraZeneka u.a. gesponsert.

Das Projekt „Posttraumatische Belastungsstörung bei kriegstraumatisierten Soldaten in Transkarpatien, West-Ukraine“ (Rätzel-Kürzdörfer, Wolfersdorf et al.) wurde 2017/18 von Engagement Global vom BM für wirtschaftliche Zusammenarbeit und vom Verein Transkarpatien des Bezirk Oberfranken gefördert.

Es bestehen keine geschäftlichen, wissenschaftlichen oder persönlichen Beziehungen zu Industrieunternehmen.

Warum ist die Depression heute eine so bedeutsame Erkrankung geworden?

- Häufigste psychische Erkrankung
- Thema Depression in verschiedenen Gruppen, z.B. Geschlecht, **Altersgruppen**,
- Rate der Erkennung und Behandlung zu gering
- Suizidalität: Suizidrisiko
- Arbeitsunfähigkeit kann Folge sein
- Anhaltende Erkrankung möglich
- Behinderung in der Teilhabe am Leben gegeben

Wichtige klinische Themen der Depressionsbehandlung heute:

Fehlende psychopharmakologische Entwicklung
Psychotherapie-Angebot/Zahl der
psychotherapeutisch Tätigen für die
Depressionsbehandlung zu wenig, zu lange
Wartezeiten

stationär keine Weiterentwicklung, letzter
Entwicklungssprung war Einführung der
Depressionsstationen

Depressionen in bestimmten Altersgruppen, z.B. bei
Kindern und Jugendlichen **sowie alten Mensch**
Problem Männerdepression

Anhaltende, rezidivierende Verläufe

Was verstehen wir unter einer „Depression“

Depression ist eine krankhafte Störung/Krankheit der Affektivität und des Antriebes eines Menschen

- mit einer beobachtbaren, beschreibbaren Symptomatik (Psychopathologie)
- mit innerseelischen und/oder äußeren prädepressiven Ereignissen und Belastungen (Lebensereignisse, seelische Belastungen)
- überwiegend von Verlust-, Überforderung-, Kränkungscharakter (Psychodynamik)
- mit einer sog. depressiven Persönlichkeitsstruktur (melancholischer Typus, depressive Persönlichkeitszüge) (Psychodynamik, Biographie)
- mit beschreibbaren depressiven Verhaltensweisen des Appells, des Rückzugs, der Dysphorie und des Negativismus (Verhalten)
- mit depressiven Einstellungen von Hoffnungs- und Hilflosigkeit, Ich-Insuffizienz, Selbstentwertung und Schuldzuweisung an sich selbst (Attributionen: Bewertungsstile)

Bundes-Gesundheitssurvey 1998: „Psychische Störungen“

[12-Monats-Prävalenzen für ausgewählte Diagnosen nach DSM IV; Ngesamt = 4181; 18- bis 66-Jährige im Bundesgebiet (Angaben in gewichteten % mit 95%-Konfidenzintervallen (Wittchen 2000, Wittchen und Jacobi 2001)]

DSM-IV Diagnosen

Psychotische Störungen	2,6	(2,1 – 3,1)
Drogenabhängigkeit	0,8	(0,5 – 1,1)
Alkoholabhängigkeit	6,3	(5,5 – 7,1)
Zwangsstörungen	0,7	(0,5 – 1,0)
Essstörungen	0,3	(0,2 – 0,6)
Bipolare Störungen	1,3	(0,6 – 1,7)
Dysthymie	4,5	(3,9 – 5,2)
Depressive Störungen	8,8	(7,5 – 9,2)
Phobien	12,6	(9,8 – 14,2)
Generalisierte Angststörungen	2,5	(2,1 – 2,9)
Panikstörung	2,3	(2,0 – 2,6)
Somatoforme Störungen	11,0	(10,1 – 12,1)

[nach: Wittchen H-U, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Ein klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2001; 44: 993 – 1000, sowie: Wittchen H-U. Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (Bundesgesundheitsurvey 1998): Anlagen zum Schlussbericht. Max Planck Institut für Psychiatrie, München, Eigenverlag 2000]

TABELLE 1 : 1-Jahresprävalenz¹ depressiver Störungen in der Bundesrepublik Deutschland
[nach Wittchen et al. 2000]

Diagnose	Alter 18 – 35 Jahre			Alter 36 – 65 Jahre			Gesamt		
	F%	M%	T%	F%	M%	T%	F%	M%	T%
• irgendeine depressive Episode	9,6	6,2	7,9	12,1	5,1	8,5	11,2	5,4	8,3
• einzelne depressive Episoden	3,8	4,3	4,0	5,9	3,0	4,4	5,1	3,4	4,3
• rezidivierende depressive Episoden	5,8	1,9	3,9	6,2	2,1	4,1	6,1	2,0	4,0
• Dysthymia	2,0	1,5	1,8	3,5	2,4	3,0	3,0	2,1	2,5
• bipolare Störung	1,5	1,2	1,3	0,8	0,2	0,5	1,1	0,6	0,8
• gesamt Depression	12,9	8,9	10,9	16,3	7,6	11,9	15,0	8,1	11,5

[gewichtige Prävalenzen 12-Monatsquerschnitt Bundes-Gesundheitssurvey 98/99]

[nach Wittchen H-U, Müller, N, Pfister, H, Winter, S & Schmidt-kunz, B (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. Gesundheitswesen, 61, 216 – 222]

**„Wären Sie nicht
auch depressiv,
wenn Sie alt
wären?“**

„Gehören Depression und Demenz zum Alter(n) ?“

Nein !!!

Depression und/oder Demenz
gehören nicht zum Alter(n),
sondern sind Erkrankungen, die
auch bzw häufig im höheren
Lebensalter auftreten können

Tabelle : Zur Häufigkeit von Depressionen im Alter (1)

- **Kanowski (1994) ca. 10% der Allgemeinbevölkerung über 65 LJ Depression**
- **Berliner Altenstudie (BASE) bei über 70Jährigen: 9,1% Depressionen, 17,8% subdiagnostisch**
- **Anteil depressiv Kranker älter als 65 LJ in deutschen Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie ca. 5 – 8% aller Aufnahmen pro Jahr (bei 15 – 25% Depressionen insgesamt, also ca. 1 Drittel aller depressiv Kranken**

Tabelle : Zur Häufigkeit von Depressionen im Alter (2)

- **Bei ca. 10 % aller Menschen jenseits des 60sten/ 65sten Lebensjahres werden Depressionen gefunden**
- **Bei den „jungen Alten“ (unter 80stes Lj) sind affektive dh. depressive Störungen häufiger als dementielle Erkrankungen**
- **Jenseits des 75-80sten Lebensjahres beginnen dementielle Symptome depressive Erkrankungen zu überlagern**
- **Der Anteil Depressiver bei den Männern nimmt bezogen auf die jeweilige Altersgruppe zu**

Tabelle : Häufigkeit depressiver Episoden (major depression) bei alten Menschen nach Umfeld/Setting

	Prävalenz
• in der Gemeinde	< 3%
• in Pflegeheimen	9 – 38%
• in ambulanten und stationären medizinischen Behandlungssettings	10 – 42%
[nach Nelson JC: Treatment of major depression. In: Nelson JC (ed): Geriatric Psychopharmacology. Marcel Dekker, New York 1998]	

Krankheitsbilder, die vermehrt mit dem höheren Lebensalter auftreten können und häufig assoziiert sind mit Depression (nach Fritze 2003)

- Demenzen [ca. 60% Alzheimer-Demenz, ca. 15% vaskulär]
- Parkinson-Krankheit
- Depression [nicht häufiger im Alter, aber unerkannt und unbehandelt]
- Insomnien
- Augenkrankheiten [z. B. Katarakt]
- Ohrenkrankheiten [z. B. Schwerhörigkeit]
- Schmerzsyndrome [z. B. Arthrose, Tumor]
- Obstipation
- Osteoporose [Folgen Schenkelhals-, Wirbelkörperfrakturen]
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
- Prostata-Hyperplasie [Männer]
- Urge-Inkontinenz [überwiegend bei Frauen; 60% aller Inkontinenzen im Alter]
- erektile Dysfunktion [beide Geschlechter]
- Bluthochdruck
- Übergewicht
- Typ-II-Diabetes
- Herzinsuffizienz
- Angina pectoris [KHK]
- Herzinfarkt
- Schlaganfall [70 – 80% ischämisch]

Depression im Alter

Altern ist ein zentrales Lebens-Thema. Es wird im Wesentlichen als Verlust, Einschränkung und Defizit im körperlichen und mentalen Bereich empfunden bzw. mit rigider werdenden Verhaltensweisen beantwortet. Das erfordert im Einzelnen angepaßte Konzepte und Neuorientierungen.

Depressive Erkrankungen erkennen:

Wie sehen depressive Erkrankungen aus,

Depressives Syndrom/depressive Episode

Differentialdiagnose/Abgrenzungen:

Trauer, chronische Müdigkeit, sog Burnoutsyndrom (Erschöpfungsdepression), hirnorganisches Frontalhirnsyndrom verschiedener Genese, körperliche Erkrankungen mit Depressivität/Erschöpftheit/Gewichtsverlust etc)

TABELLE : Depressive Episode nach ICD-10 (1)

Hauptsymptome (2 – 3 gefordert, Dauer je 2 Wochen)

- **gedrückte Stimmung**
- **Interessenverlust, Freudlosigkeit**
- **Antriebsminderung**

Andere Symptome (2 – 4 Symptome gefordert)

- **verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit**
- **vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen**
- **Schuldgefühle, Gefühle von Wertlosigkeit**
- **negative und pessimistische Zukunftsperspektive**
- **Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung und Suizidhandlung**
- **Schlafstörungen**
- **verminderter Appetit**

TABELLE : Depressive Episode nach ICD-10 (2)

Somatisches Syndrom

- **Interessenverlust, Anhedonie**
- **mangelnde Reaktivität auf freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse**
- **frühmorgendliches Erwachen (≥ 2 Std. vor üblicher Zeit)**
- **Morgentief von Stimmung und Antrieb**
- **beobachtbare psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit**
- **deutlicher Appetitverlust**
- **Gewichtsverlust ($\geq 5\%$ des Körpergewichts) im letzten Monat**
- **deutlicher Libidoverlust**

**leichte / mittelgradige /schwere depressive Episode,
leicht / mittelgradig / mit/ohne somatisches Syndrom, schwer
mit/ohne psychotische Symptome**

Psychopathologische Akzentuierungen der depressiven Symptomatik im höheren Lebensalter

- **depressive Herabgestimmtheit häufig eher im Hintergrund**, als Erstarrtheit (muss nachgefragt werden), , Gefühl der Gefühllosigkeit, Freudlosigkeit (oft nicht angesprochen „was soll im Alter noch freuen“, eigenes Defizitmodell des Patienten)
- **Neigung zu ängstlicher Klagsamkeit** (bis hin zur perseverierenden „Jammer-Depression“), aber auch zu apathischem Rückzug
- **häufig körperbezogene Klagen** (mit Überbewertung von vorhandenen Beschwerden bzw. der dadurch bewirkten Einschränkungen i. S. von Hypochondrie), aber auch somatoforme Störungen („larvierte Depression“)
- **vermehrt episoden-überdauernde Restsymptomatik** und Befindlichkeitsstörungen (häufig noch rezidiert Antrieb und Stimmung oder auch z. B. Schwindel als Symptom oder Klage

Psychopathologische Akzentuierungen der depressiven Symptomatik im höheren Lebensalter (2)

- **häufiger depressiver Wahn** bei Ersterkrankungen im höheren Lebensalter (ungeklärt ob zutreffend, häufig dann psychodynamisch ableitbare Schuld- und Verarmungswahninhalte; stimmungskongruente paranoide Idee bzw. akustische Halluzinationen z. B. Stimme des verstorbenen Partners, der ins Grab ruft oder zur Lebensbewältigung hilft)
- **vermehrt direkt oder indirekt selbstdestruktives Verhalten** (z. B. erhöhte Suizidrate im Alter, „stiller Suizid“, „Lebensverweigerung“; Regressionsneigung und Rückzug; unzureichende Compliance)
- **Vermischung mit dementieller Symptomatik sowie Pseudodemenz** (Differentialdiagnostik wichtig!)

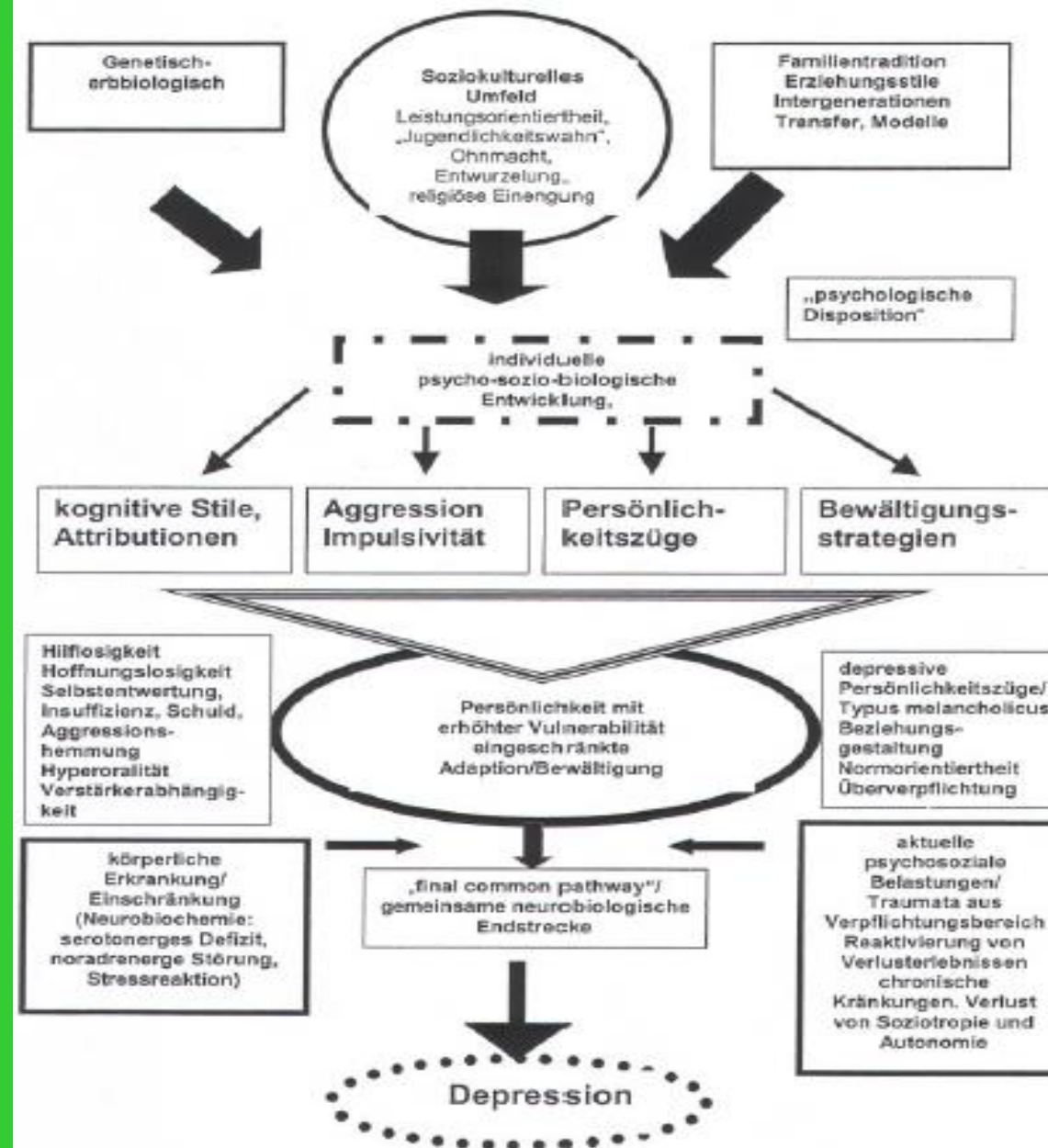
Depression im Alter

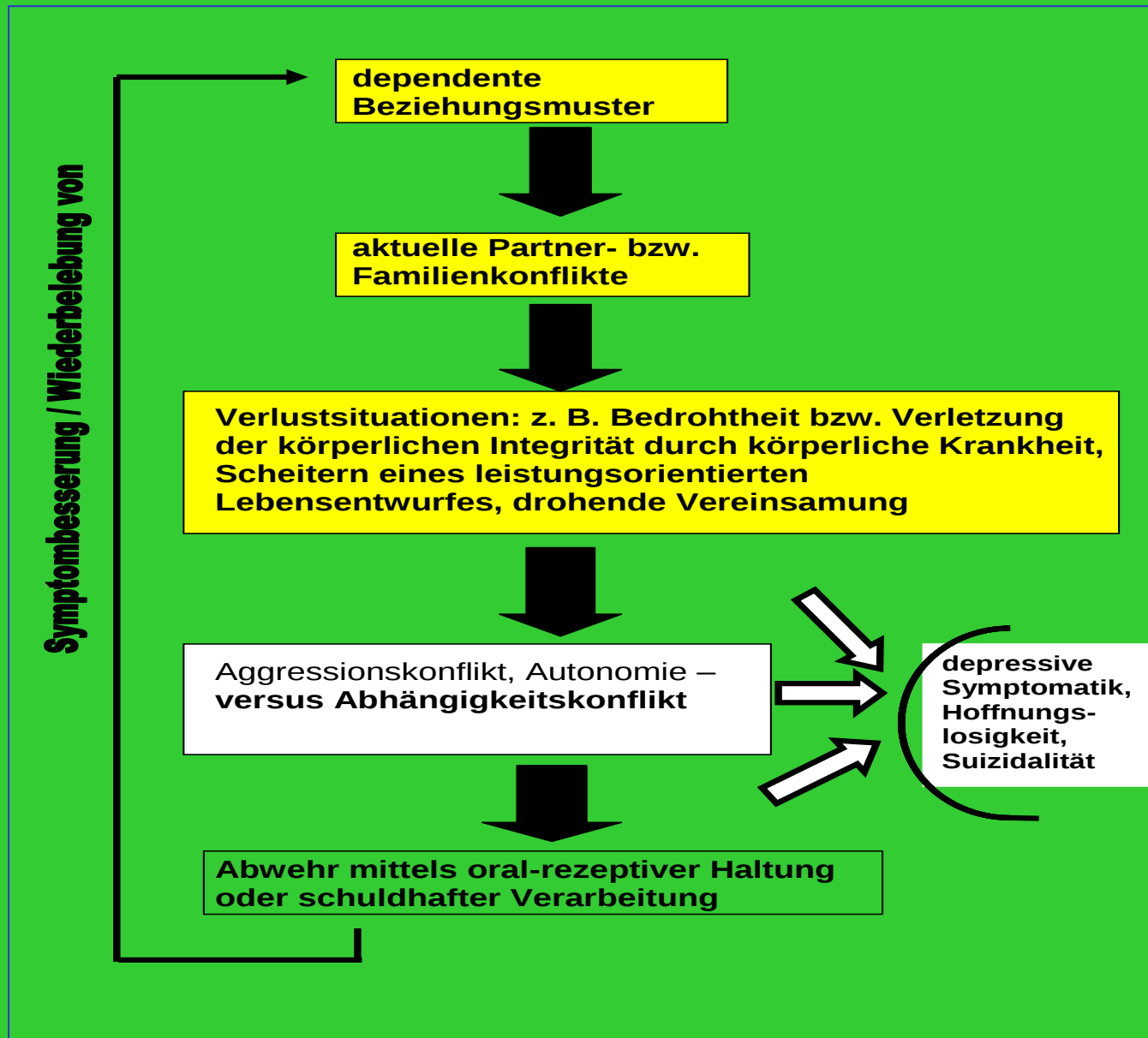
**** Anmerkung zur Epidemiologie mit unterschiedlichen
Therapieschwerpunkten***

- ***Ersterkrankungen im Alter***
 - ***„junge“ alte Depressive:*** überwiegend Anpassungsstörungen (z. B. Berentung, Verwirrtheit)
 - ***„alte“ alte Depressive:*** organisch (mit-) bedingte Depressionen (z. B. Post-Stroke-Depression, bei dementiellen Prozessen, d. h. sog. organische Depressionen)
- ***Wiedererkrankung im Alter***
 - rezidivierende depressive Störung (evtl. bei Wohnortwechsel/Heimverlegung)
 - anhaltende („chronische“) Depression/Dysthymia, ins Alter reichend (z. B. chronische Beziehungskonflikt)
- ***Sekundäre symptomatische) Depression im Alter***
 - als Folge von medikamentöser Therapie
 - bei extrazerebraler Erkrankung mit Einfluss auf ZNS

Wolfersdorf
(2010)

ABBILDUNG 1 : Skizze der Depressionsgenese





***Einige attributionstheoretische sowie tiefenpsychologisch-psychodynamische Ansätze zum Verständnis der Depression im höheren Lebensalter :
Wie denken/erleben alte depressiv Kranke die Welt?***

Attributionstheoretische Überlegungen

(Kognitive bzw. kognitiv-verhaltenstherapeutisch, z. B. Beck 1976, Seligman 1975, Thomae 1983, 1988, Kruse 1989, Hautzinger 1991)

- subjektiv erlebte Situation bedeutsamer als die objektive
- depressive Trias mit einseitig negativ, auf Misserfolg-, Leistungs- und Attraktivitätsverlust ausgerichtetem Selbstbild
- Selbsteinschätzung als hilflos („gelernte Hilflosigkeit“) mit fehlender Veränderungsperspektive (Hoffnungslosigkeit)
- Überzeugung der externalen Bestimmtheit/Kontrolle

Tiefenpsychologisch-psychodynamische Überlegungen

(aus Ich-Psychologie, Objektbeziehungstheorie, Narzissmustheorie, siehe z. B. Bibring 1952, Kotter 1993, Arieti & Bemporad 1983, Benedetti 1974, Teising 1997, Wenglein 1997, Wolfersdorf 1995, 1997 a, b)

- Depression als Folge der Hilflosigkeit des Ich, des Zusammenbruchs des Narzissmus (Bibring)
- Depression als Zusammenbruch jeweiliger Instanzenbedürfnisse: Überich-, Es-, Ich-Depression (Benedetti)
- als emotionaler Ausdruck des biographisch erworbenen Gefühls existentieller Lebensunfähigkeit nach Zusammenbruch aller Kompensationsmöglichkeiten, mit Angst vor Verlust von Liebe und Wertschätzung (Wolfersdorf, Kotter, Arieti & Bemporad)
- Depression als Ausdruck der narzisstischen Problematik (Störung des Selbstwertgefühls), der Ich-Problematik („Ich“ im Alter als „körperliches Ich“) und der Objektbeziehungen, Verlust, Neid, Angst vor Autonomieverlust (Teising, Wenglein)

Tabelle : Lebensereignisse/auslösende Bedingungen / Faktoren einer Depression im höheren Lebensalter

- Verlust und Verlassenwerden von wichtigen Bezugspersonen (z. B. Gefahr unzureichender Trauerarbeit)
- Verlust von Bekannten- und Freundeskreis (z. B. durch Weg-Sterben, durch Umzug in Heim: innere und/oder objektive Vereinsamung)
- Verlust von Gewohntem in Haushalt, Wohnen, Arbeit, Freizeit, Umfeld (z. B. Umzug in Heim, insbes. wenn erzwungen)
- Abschiednehmen-Müssen von Lebenskonzepten und –fantasien, Abschied von mittleren Lebensabschnitt („Rentnerbankrott“)
- Nachlassen und/oder Verlust körperlicher Funktionstüchtigkeit und Selbstverfügbarkeit (z. B. Angst vor und Regression bei partieller Funktionseinschränkung z. B. bei „Rheuma“, bei unerwarteter Krankheit „Alter als Siechtum“)
- Angst vor „Altwerden/Altsein“ als Angst vor Autonomieverlust, Abhängigkeit, vor letztem Lebensabschnitt
- objektive materielle Probleme, Wohnungs-, Transportprobleme
- Beziehungsprobleme im höheren Lebensalter (z. B. mit Partner: pflegebedürftiger Partner, Rollenwechsel, Überforderung; mit Kindern)

Tabelle : Themen/ Sorgen alter Menschen in gemeinsamen Gesprächen

- ***Kriegserinnerungen***
- ***Sorge wegen eigener Krankheit und Einschränkungen durch Erkrankung von Familienangehörigen***
- ***Sorge um Kinder***
- ***Sorge Kinder zu belasten***
- ***Angst vor Autonomieverlust und Pflegebedürftigkeit***
- ***Konkrete finanzielle Probleme, Erbstreitigkeiten, Wohnsituation***

Körperliche Krankheiten und Depression

Zusammenfassung möglicher Faktoren einer Depressiogenese

- **aktuell erlebte vitale (subjektiv, objektiv) Lebensbedrohtheit**
- **erlebte Einschränkung durch akute Krankheit und körperliche Krankheitsfolgen**
- **soziale Folgen von Krankheit z. B. Ausgrenzung, Arbeitsplatzverlust, Abstieg sozial, Abhängigkeit**
- **Autonomieverlust, Angewiesensein auf Hilfe**
- **Rollenwechsel, Veränderung von Beziehungsstruktur, Veränderungen in Partnerschaft, Eltern-Kinder-Beziehung**
- **Leben-müssen mit Krankheit, Veränderung des Lebenskonzeptes**
- **belastende Therapieformen z. B. wegen Aufwand, Abhängigkeit, Häufigkeit, wegen chemischer, radiologischer usw. Belastung**
- **direkter depressiogener Effekt der Krankheit z. B. bei Erkrankung des Gehirns**
- **Krankheit zum Tode, Angst vor Siechtum**
- **bereits früher Depressionen, Persönlichkeitsstruktur**

***Tabelle : Zum psychodynamischen Verständnis:
wichtige Aspekte bei alten depressiv Kranken***

- hoher Zuwendungsbedarf („Hyperoralität“), andererseits: „Ja nicht zur Last fallen wollen
- mangelndes bzw. instabiles Selbstwertgefühl (narzisstische Störung), oft in Abhängigkeit von „(Noch)-gebraucht-werden“, Sinn für andere (und dann für sich) haben: Fremdwert wird Selbstwert
- fehlende Entwicklungsperspektive, Hoffnungslosigkeit, Suizidalität
- Vermeidung von Aggression, Nicht-Fordern-Können, eher (Er-) Duldung, Anpassung („Weisheit des Alters“) aber unausgesprochene Erwartungen und Enttäuschung
- Konflikt zwischen „Erhalt von Autonomie versus Wunsch nach Fürsorge“ (falsch verstandene Autonomie, bzw. Fürsorge)
- Schuldgefühle, für alles dankbar sein wollen/müssen
- Neigung zur Somatisierung (Verleugnung, Verschiebung)

Tabelle : Sog. „*Post-Stroke-Depression*“ *einige Aspekte (nach Kühn, 2002, mod. Kornacher & Wolfersdorf 2003)

- 30 – 50% Depression nach akuten zerebrovaskularen Ereignissen und 25 – 35% aller Patienten nach Schlaganfall erleiden im 1. Jahr danach eine Depression
- diagnostisches Problem: Abgrenzung „depressive Episode“ versus PSD [Vorschlag: kognitive und spez. chronobiolog. Symptome]
- Ätiopathogenese:
 - hirnorganisch (Größe; Lokalisation, vorwiegend wenn linksfrontal oder in Basalganglien)
 - psychoreaktiv aktuelle erlebte Lebensbedrohung
motorische Folgen (Lähmung)
Leben mit Krankheit, Veränderung der Lebenskonzeption
Veränderung des Rollenverständnisses
Veränderung von Beziehungsgestaltung
Autonomieverlust
Selbstwertproblematik
Abhängigkeit von sozialen Systemen

Tabelle : Therapie mit älteren Depressiven: Grundprinzipien

- **Kombination von antidepressiver Medikation und psychotherapeutisch fundierten Gesprächen / methodischer Psychotherapie und psychosoziale Begleitung**
- Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie sowie modifizierte Interpersonelle Psychotherapie scheinen bei älteren Depressiven im Einzel- und Gruppengespräch im ambulanten und stationären Settings am ehesten geeignet zu sein.
- Spezielle Gesprächsgruppen für alte Depressive („Altengruppen“, „Seniorengruppen“, „Depressionsgruppen für Ältere“, evtl. in Kombination mit aktivierenden Maßnahmen z. B. Gymnastik) für altersspezifische Themen (meist im stationären Rahmen)
- **Einbeziehung von Angehörigen (Partner, sofern vorhanden, bei Kindern spezifische Interaktion beachten), psychoedukative Gruppen für Angehörige**
- **Psychosoziale Begleitung in allen Angelegenheiten, ev. aufsuchende Pflege**



Tabelle : Therapie mit älteren Depressiven: Grundprinzipien (2)

- Soziotherapie, lebenspraktische Trainings, konkrete sozialarbeiterische Hilfen (Versorgung, Wohnen, Finanzen, Altenheim etc.)
- Organisation von Pflege (ambulant psychiatrische und somatische Pflege) und Hilfen für Alltag
- Regelmäßige Arzt/Psychiater-Termine (evtl. Organisation von Transport)
- Sicherstellung der Therapie mit Antidepressiva und auch einer evtl. internistischen Medikation
- Organisation von Kontakten in der Gemeinde, zu Alteneinrichtungen, Seniorentreffs u. ä.
- Langfristige Therapieplanung von Anfang an

***Tabelle : Zusammenfassung wichtiger Elemente einer psychotherapeutisch orientierten Gesprächsführung und Begleitung bei alten depressiv Kranken
(unabhängig von der jeweiligen Richtlinien-Psychotherapie):***

- **Therapeutische Haltung: offen, empathisch, ernstnehmend, wertschätzend (Beziehung herstellen)**
- **Konstante therapeutische Beziehung, regelmäßige Termine**
- **Hoffnung vermitteln, Resignation vermeiden, Zukunftsperspektive entwickeln (antisuizidal)**
- **Ressourcen orientiertes Vorgehen; reale Gesundheits- und Lebenssituation einbeziehen, nicht nur subjektive Bewertungen (Klärung objektiver Möglichkeiten)**
- **Störungs- (Krankheits)- und Therapiekonzept aufstellen**
- **Konkrete Ziele erarbeiten**

Tabelle : Zusammenfassung wichtiger Elemente einer psychotherapeutisch orientierten Gesprächsführung und Begleitung bei alten depressiv Kranken (unabhängig von der jeweiligen Richtlinien-Psychotherapie): (2)

- Positive Verstärkung nicht-depressiver Äußerungen, Denkstile und Verhaltensweisen
- Soziale Aktivitäten bewusst fördern, Tagesstrukturierung, Aktivitätenplanung
- Biographische Arbeit, lebensgeschichtliche Einbettung aktuellen Geschehens
- Krankheitsverlauf und mögliche Wiedererkrankungszeichen vermitteln
- Übertragungs- und Gegenübertragungsaspekte, Therapieprobleme in Patient-Therapeut-Beziehung beachten
- Anzeichen von Regression beachten, Regression vermeiden
- **Arbeit mit älteren/alten depressiven Menschen ist eine methodische Mischung aus biographischer Arbeit (Psychodynamik), psychosozialer Begleitung und Unterstützung (dem aktuellen Leben zugewandte Begleitung, konkrete Hilfe), medizinisch-psychiatrische Betreuung (Innere medizin, Psychosomatik, Psychiatrie, u.a.),**

Tabelle : Einige Fehler im Umgang mit alten depressiven Menschen

- Vermeidung der Themen Alter, Krankheit, Siechtum, Tod
- Vermeidung der subjektiven Frage nach dem Sinn des weiteren Lebens
- Vermeidung religiöser Fragen
- Missachtung der gewordenen Persönlichkeit des alten Menschen
- Missachtung der besonderen therapeutischen Beziehungsstruktur (jüngerer Helfer/alter Patient)
- Akzeptanz von Depression im Alter
- Rasche Erwartung von Veränderung, Zeitdruck, falsche Aktivierung

(ausführlich siehe Wolfersdorf & Schüler 1998, Kortus & Wolfersdorf 1995, mod.)



Abbildung : Suizid bei alten Menschen „Wedding cake“. Entwicklung von narzisstischen (Selbstwert) zu suizidaler Krise nach D. Clark (1991)

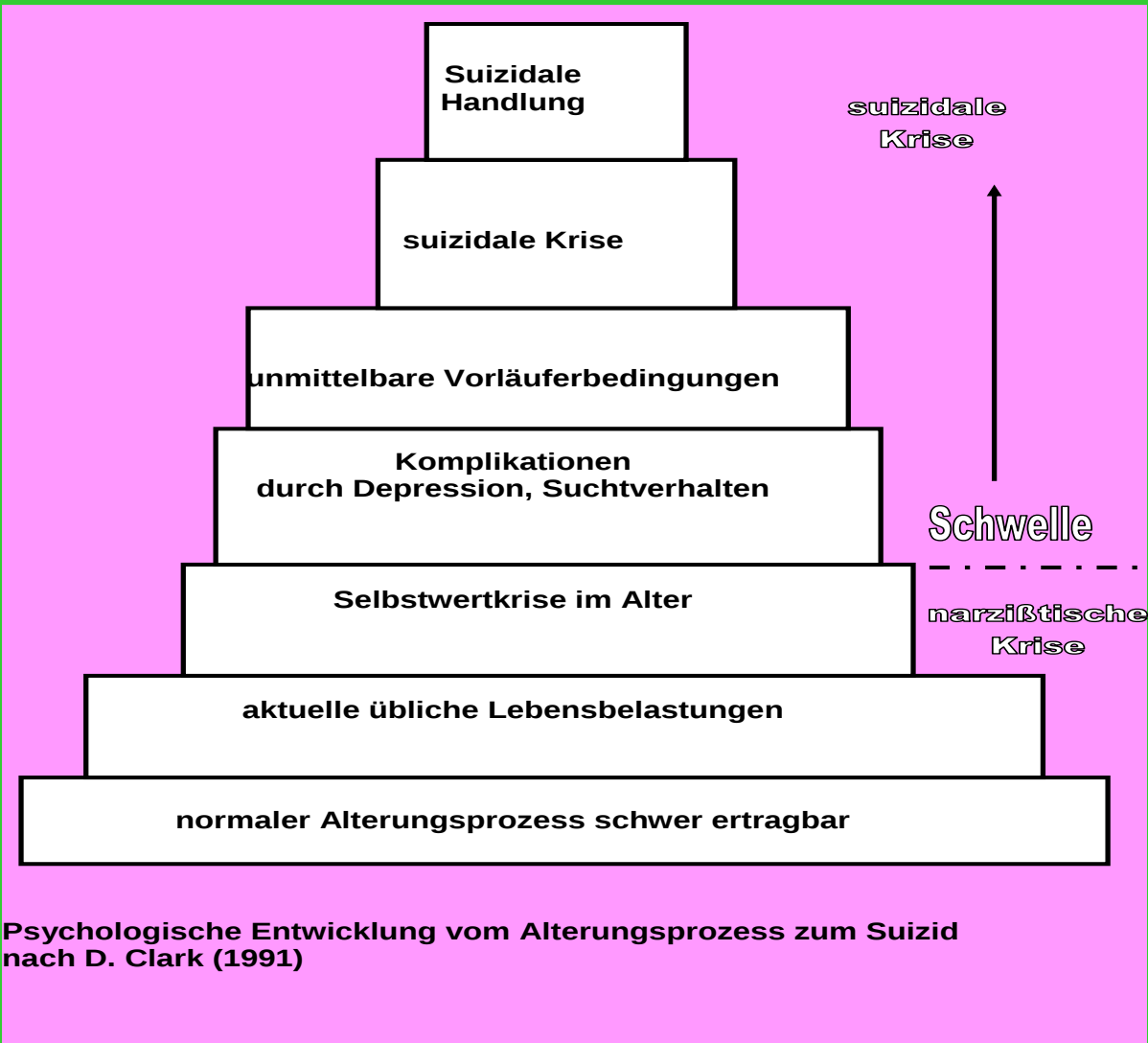


Tabelle : Suizidformen bei alten Menschen * Besonderheiten

- oft hohe Klarheit, Offenheit im Reden über Suizidalität
- Todeswunsch, Intension zu verstehen ausgeprägter als appellativ-manipulative oder beziehungs-orientierte Suizidalität
- eher Wahl harter Suizidmethoden (z. B. Erhängen)
- eindeutige und klar geplant erscheinende Suizidalität
- (pseudo-) altruistische Suizidalität (sich aus dem Feld nehmen)
- Suizidalität indirekt als „Sich-versterben-lassen“ („stiller Suizid“), z. B. durch medikamentöse Noncompliance (möglicherweise häufigste Form!)
- Suizidalität im Zusammenhang mit Verwirrtheit, dementiellem Prozess, Angst vor Demenz. Depression (z. B. mit Körperwahn)

- **Alterungsprozess, körperliches Altern**
- **Furcht vor schwerer Krankheit**
- **chronische starke Schmerzen**
- **als ausweglos erlebtes Unglück**
- **Zorn und Wut, Scham, verletzte Ehre**
- **verlorene Freiheit, unerwünschte Abhängigkeit**
- **enttäuschte Liebe**
- **Eifersucht**
- **Armut**
- **erniedrigender Todeskampf, Siechtum**
- **psychische Erkrankung, insbesondere Depression**
- **beginnender und subjektiv wahrgenommener dementieller Prozess**
- **Einsamkeit und Isolation**
- **Tod, endgültiger Verlust eines subjektiv bedeutsamen, nahen Menschen**
- **Missachtung wichtiger ärztlicher Verordnungen**
- **sich selbst gefährdendes Verhalten**
- **Verweigerung von Essen und Trinken, unangemessenes Essen**
- **Alkoholmissbrauch, Medikamentenmissbrauch**
- **Verlust von Attraktivität für andere**

**Herzlichen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit**