

**ALTERS-**

**KRANKHEIT**

**DEPRESSION?**

# THERAPIEANSÄTZE FÜR EIN WELTWEIT VERBREITETES LEIDEN

BEATE WILD & WOLFGANG HERZOG

**Krankheit, Verlust, Schuld und Kränkung, einschneidende Veränderungen wie der Auszug der Kinder oder der Übergang vom Beruf in den Ruhestand – all das sind Risikofaktoren für Depressionen. Weil mögliche Belastungen im Laufe des Lebens zunehmen, liegt die Vermutung nahe, dass Depressionen im Alter häufiger auftreten als in jungen oder mittleren Jahren. Studien zeigen jedoch, dass die sogenannten jungen Alten – Menschen zwischen 53 und 59 Jahren – häufiger unter depressiven Symptomen leiden als ältere Menschen. Die Generation 60+ scheinen seelische Ressourcen zu schützen, die sich mit steigendem Alter einstellen.**

# E

„Es ist, als ob die Seele unwohl wäre.“ So hat der Schriftsteller Erich Kästner die Depression beschrieben, die er aus eigenem Erleben kannte. Weltweit zählen Depressionen zu den Erkrankungen, die das größte Leid hervorrufen und die höchsten Krankheitskosten verursachen. Hierzulande sind Depressionen der Grund für einen erheblichen Anteil der Frühberentungen, und sie verursachen lange, in den letzten Jahren deutlich ansteigende Arbeitsfehlzeiten.

Niedergeschlagenheit, depressive Stimmungen oder depressive Verhaltensweisen müssen jedoch nicht immer gleich

als Krankheit gelten. Die Aussage „es geht mir schlecht“ ist eher ein Alltagsphänomen. Erst wenn Symptome wie Interesseverlust, Antriebsmangel und depressive Verstimmung über längere Zeit anhalten und stark ausgeprägt sind, spricht der Arzt von einer klinischen Depression: Die Betroffenen können keine Freude empfinden, sie sind sehr müde und erschöpft, leiden unter Schlaflosigkeit und erheblich vermindertem Antrieb. Nicht selten werden sie von Selbstmordgedanken gequält. Die klinische Depression lässt sich auch als eine unspezifische körperlich-psychische Endstrecke einer Belastung ansehen, die den Organismus überfordert. Ihr eher einheitlich erscheinendes Phänomen kann dabei von sehr unterschiedlichen persönlichen Überlastungen hervorgerufen werden.

## **Depression – eine Frage des Alters?**

Innerhalb der Gruppe der psychischen und psychosomatischen Störungen sind Depressionen die häufigsten: Nahezu zwölf Prozent aller Menschen in Deutschland geben im Verlauf eines Jahres an, die Kriterien einer affektiven Störung – also einer Depression im weitesten Sinne – zu erfüllen. Frauen sind mit 15,4 Prozent häufiger betroffen als Männer



**PROF. DR. WOLFGANG HERZOG** studierte Physik und Medizin und promovierte im Anschluss im Fach Medizinische Soziologie. Derzeit ist er Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik und Geschäftsführender Ärztlicher Direktor des Zentrums für Psychosoziale Medizin der Universität Heidelberg. Er ist Sprecher der ständigen Konferenz der leitenden Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Seine Forschungsschwerpunkte sind Essstörungen, funktionelle Störungen und psychosomatische Störungen bei körperlichen Erkrankungen.

Kontakt: wolfgang.herzog@med.uni-heidelberg.de

(8,5 Prozent); Personen im Alter von 18 bis 29 Jahren haben seltener eine Depression als Personen im Alter von 40 bis 49 Jahren. Betrachtet man die Risikofaktoren für Depressionen – das sind Krankheiten, körperliche Einschränkungen, Verluste oder das Einbüßen sozialer und familiärer Kontakte – liegt der Gedanke nahe, dass alte Menschen häufiger depressiv werden als junge. Andererseits ist es aber so, dass Menschen mit steigendem Lebensalter seelische Ressourcen entwickeln, die es ihnen leichter machen, mit Verlusten und neuen Herausforderungen umzugehen. Es könnte sich demnach also eine „Balance“ entwickeln, die verhindert, dass Depressionen im Alter häufiger werden.

Im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten „ESTHER-Studie“ – einer Kohortenstudie, die Ursachen und Risikofaktoren chronischer Erkrankungen bei älteren Menschen erforscht – haben wir das Auftreten von depressiven Symptomen im Alter untersucht. Das Ergebnis: Die höchste Prävalenz von depressiven Symptomen (21 Prozent) findet sich bei Menschen in der Altersgruppe von 53 bis 59 Jahren. Das Merkmal Depressivität wurde hierzu bei über 8000 Teilnehmern anhand der „Geriatric Depression Scale“ erhoben – einem Fragebogen, der depressive Symptome abfragt und speziell für ältere Menschen konzipiert worden ist. Weiterhin zeigen unsere Untersuchungen, dass die Häufigkeit depressiver Symptome für 65- bis 69-Jährige am niedrigsten (12,6 Prozent) liegt und dann bei den über 70-Jährigen wieder ansteigt.

## Chronische körperliche Krankheiten wie die Zuckerkrankheit Diabetes, Herzschwäche und Fettsucht (Adipositas) gehen unserer Studie nach signifikant häufig mit Depressionen einher.

### Erscheinungsformen der Depression

Chronische körperliche Krankheiten wie die Zuckerkrankheit Diabetes, Herzschwäche und Fettsucht (Adipositas) gehen unserer Studie nach signifikant häufig mit Depressionen einher. Um diese psychosomatischen Erscheinungsformen der Depression wirkungsvoll behandeln zu können, ist es wichtig zu unterscheiden, was zuerst da war: die Depression oder die körperliche Erkrankung. Auch Magersucht (Anorexie), eine psychosomatische Störung im engeren Sinn, von der vor allem junge Frauen betroffen sind, geht sehr häufig mit depressiven Störungen einher. Drei typische Beispiele verdeutlichen nachfolgend die Vielfalt psychosomatischer Erscheinungsformen und ihrer Auslöser.

### BEISPIELE AUS DER PRAXIS

#### Thema Verlust

Frau L., eine zierliche 67-Jährige, ist bedrückt und niedergeschlagen, fast starr und sehr wortkarg. Sie kommt in die psychosomatische Ambulanz und klagt über Schluckbeschwerden. Sie „bekomme nichts mehr runter“ und habe schon sieben Kilogramm an Gewicht verloren. Ihr Hausarzt und ein Hals-Nasen-Ohren-Arzt hätten sie umfassend untersucht, aber nichts gefunden. „Aber da muss doch etwas sein!“, so Frau L. An dieser Stelle wird sie kurzfristig lebhaft. Sie fürchtet einen Tumor und hofft auf weitere Untersuchungen in der Klinik.

Während des Gesprächs stellt sich heraus, dass Frau L. bis vor drei Monaten ihre fast neunzigjährige Mutter gepflegt hat, die an einem Speiseröhrenkarzinom litt. Es sei ein schwerer Tod gewesen, berichtet Frau L., der sich lange hingezogen habe. Obwohl sie ihre Mutter den ganzen Tag umsorgte, sei diese sehr ungerecht gewesen, habe das Essen heruntergeworfen und sie sehr gekränkt. Seit jeher habe die Mutter ihr den Bruder vorgezogen. Frau L. trauert, fühlt sich aber gleichzeitig ungerecht behandelt.

#### Thema Schuld

Die 25-jährige Frau M. kommt zu einer einmaligen Beratung in die Ambulanz. Sie wirkt scheu und zurückhaltend. Ihre Frage: Sie sei jung verheiratet, brauche aber keinen Sex mit ihrem Mann – ob das in Ordnung sei? Beruflich hat sie in allen Zeugnissen beste Noten, arbeitet aber im Schichtdienst weit unter ihren Möglichkeiten. Sozial lebt sie isoliert und zurückgezogen.

Nach einem Jahr kommt Frau M. wieder in die Ambulanz. Sie berichtet, dass sie sich von ihrem Mann getrennt habe, es gehe ihr schlecht und sie sei sehr niedergeschlagen. Jetzt erst kann sie von ihrer Lebensgeschichte berichten: Sie ist in einer Unterschichtfamilie aufgewachsen, die Familie hat mit sechs Kindern in zwei Zimmern gewohnt, und sie musste erleben, wie der inzwischen verstorbene Vater über längere Zeit eine ältere Schwester sexuell missbrauchte. Alle hätten es gewusst. Das (unbewusste) Thema von Frau M. ist ein Schuldthema: Ähnlich KZ-Überlebenden „darf“ sie nicht befreit leben – vielmehr geht es implizit um die Frage: Warum bin ich es, die davongekommen ist?

#### Thema Kränkung

Herr N., 56 Jahre alt, ist als Notfall in die Klinik eingeliefert worden und wird dort wegen einer lebensbedrohlichen Nierenfunktionsstörung und einer entgleisten Zuckerkrankheit stationär behandelt. Er ist schläfrig und wenig kooperativ. Wenig später wird Herr N. auf die internistisch-psychosomatische Station verlegt.

WOLFGANG HERZOG AND BEATE WILD

# DEPRESSION – A GERIATRIC DISEASE?

THERAPEUTIC APPROACHES FOR A WORLDWIDE AFFLICTION

Depressive persons experience persistent sadness, decreased energy, and frequently recurrent suicidal ideation over extended time periods. Depression disorders are common in Germany; both the subjective suffering and the healthcare and economic costs caused by the disease are immense. Since the pervasiveness of risk factors for depression increases with age, one might conclude that depression afflicts mainly the older part of the population. However, the results of a recent German cohort study show that the prevalence of depressive symptoms is greater among “young” elderly people aged 53 to 59 years than among people aged 60 and older. In general, depressive disorders are frequently related to chronic diseases in both younger and older people.

The clinical picture of depression can be attributed to an “overload” of the organism caused by such factors as chronic disease, loss, guilt, or hurt. Depressive developments are frequently triggered by milestones in the patient’s life, such as starting one’s career, founding a family, adult children leaving home, and retirement. In psychosomatic medicine, depressive disorders are treated predominantly with psychotherapy. The past few years have seen an increasing development of psychotherapeutic treatments geared specifically towards the elderly. Such treatments might focus on the patient’s biography, while therapies aimed at younger people should incorporate development tasks. ●

DR. BEATE WILD has directed the “Psychosomatic Process and Intervention Research” section at the General Internal and Psychosomatic Medicine Clinic of Heidelberg University Hospital since 2010. She was funded in 2010 and 2011 through the Olympia Morata Programme of the Medical Faculty Heidelberg. In 2008 she was awarded the Adolf-Ernst-Meyer Prize for research in psychotherapy by the German College for Psychosomatic Medicine (DKPM). Wild’s areas of research include ageing, eating disorders, obesity, and statistical methods.

Contact: [beate.wild@med.uni-heidelberg.de](mailto:beate.wild@med.uni-heidelberg.de)

PROF. DR. WOLFGANG HERZOG studied physics and medicine before earning his doctorate in medical sociology at the University of Göttingen. He is currently Medical Director of the Clinic for General Internal and Psychosomatic Medicine and Executive Medical Director of the Center for Psychosocial Medicine of Heidelberg University. He is spokesperson for the Standing Conference of Leading Experts for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy. His research focuses on eating disorders, functional disorders, and psychosomatic disorders in physical illnesses.

Contact: [wolfgang.herzog@med.uni-heidelberg.de](mailto:wolfgang.herzog@med.uni-heidelberg.de)

**For younger people, one major short-term goal of therapy is to help patients regain their footing in the professional world and in their social life as quickly as possible.**



DR. BEATE WILD wurde nach ihrem Studium der Mathematik und Psychologie an der Universität Heidelberg in der Psychosomatischen Medizin promoviert. Seit dem Jahr 2010 leitet sie die Sektion „Psychosomatische Prozess- und Interventionsforschung“ der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg. Sie wurde von 2010 bis 2011 im Rahmen des Olympia-Morata-Programms der Medizinischen Fakultät Heidelberg gefördert. Beate Wild hat ihre Forschungsschwerpunkte in den Bereichen Altersforschung, Essstörungen, Adipositas und Statistische Methoden.

Kontakt: [beate.wild@med.uni-heidelberg.de](mailto:beate.wild@med.uni-heidelberg.de)

Hier ergibt sich in detektivischer Kleinarbeit folgendes Bild: Zum Versagen der Nieren kam es, weil Herr N. 32 Medikamente eingenommen hat, die ihm zwei Hausärzte und sechs Fachärzte unabhängig voneinander wegen quälender Schmerzen verschrieben hatten. Herr N. war früher leitender Angestellter. Mit der Diagnose seiner Zuckerkrankheit erlebte er einen Leistungsknick. Einem jüngeren Kollegen wurde daraufhin ein wichtiger Arbeitsbereich übergeben. Der ehemals erfolgreiche und zielstrebige Herr N. wurde immer bedrückter, misstrauischer, misstrauisch und niedergeschlagen. Er nahm das Angebot einer Frühpensionierung an. Anschließend begann eine Odyssee von Arztbesuchen. Ausgangspunkt für die depressive Symptomatik bei Herrn N. war die Kränkung, die mit dem Auftreten der chronischen Erkrankung verbunden war.

#### Therapieansätze für Jung und Alt

Psychotherapie ist das zentrale Therapieangebot für Depressionen in der Psychosomatischen Medizin. Idealerweise findet die Psychotherapie einer Depression während einer ambulanten Behandlung statt (wie bei Frau M.). Unter Umständen wird sie anfangs unterstützt von einer medikamentösen Therapie mit Antidepressiva. Die Erkrankung des Patienten kann jedoch auch so fortgeschritten sein, dass eine stationäre Therapie zur Entlastung (wie bei Frau L.) oder eine internistisch-psychosomatische Behandlung angesichts gefährlicher Komplikationen erforderlich ist (wie bei Herrn N.).

**Bei jüngeren Menschen ist es ein wichtiges, auch kurzfristig anzustrebendes Ziel der Therapie, den Betroffenen möglichst rasch wieder zur Teilnahme am beruflichen und sozialen Leben zu verhelfen.**

Typische Auslöser für psychische und psychosomatische Störungen sind Probleme in Schwellensituationen, die sehr unterschiedlich sein können. Beispiele sind die Einschulung in der Kindheit, die Autonomieentwicklung, erste Erfahrungen mit Peergroups und Partnerschaften in Pubertät und Jugend, die berufliche Integration und Familiengründung im frühen Erwachsenenleben, der Auszug der Kinder im mittleren Erwachsenenalter sowie der Übergang vom Beruf in den Ruhestand, die Diagnose einer Erkrankung oder der Einzug

in ein Altersheim im höheren Lebensalter. Bei jüngeren Menschen ist es ein wichtiges, auch kurzfristig anzustrebendes Ziel der Therapie, den Betroffenen möglichst rasch wieder zur Teilnahme am beruflichen und sozialen Leben zu verhelfen. Gelingt dies, ergeben sich viele therapeutisch wirksame und „lebensbejahende“ Rückkopplungsschleifen.

**Seit Mitte der 1970er-Jahre geraten zunehmend auch Menschen höheren Alters in das Blickfeld der Psychotherapie.**

Seit Mitte der 1970er-Jahre geraten zunehmend auch Menschen höheren Alters in das Blickfeld der Psychotherapie. Zuvor wurde das Altern eher als defizitärer Prozess angesehen; dann rückte mehr und mehr die Erkenntnis der weiterhin vorhandenen Lernfähigkeit und der Aktivierung von Ressourcen zum Bearbeiten psychischer Belastungen in den Fokus der Forschung. Inzwischen weiß man, dass Psychotherapieverfahren bei älteren Menschen wirksam eingesetzt werden können. Die biografische Arbeit mit Menschen höheren Alters, die an Depressionen leiden, kann leichter sein als mit jungen Patienten, da bei älteren Menschen in der Regel auf viele gelungene Erfahrungen und das erfolgreiche Bewältigen von Krisen in der Vergangenheit Bezug genommen werden kann. In anderen Fällen können chronifizierte Verarbeitungsmuster vorliegen, die zunächst verstanden und dann verändert werden müssen; oder es haben sich bleibende reale Verluste ereignet, die es anzuerkennen und zu bewältigen gilt.

Ein Schwerpunkt der aktuellen Forschung in der Heidelberger Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik ist die psychosomatische Therapieforschung bei Patienten mit chronischen Krankheiten, die häufig mit Depressionen einhergehen. National und international beachtete Projekte sind etwa die vom BMBF geförderten Studien zur Behandlung junger Frauen mit Magersucht sowie das von der Lautenschläger-Stiftung geförderte Projekt „HEIDIS“, das Therapieformen für ältere Patienten mit Diabetes untersucht. Die laufenden Forschungsarbeiten lassen weitere wichtige und therapierelevante Ergebnisse erwarten. ●