

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

## DEPRESSION UND LEBENSPHASE

### Depressive Störungen in der Kindheit und Jugend, in der Lebensmitte und im höheren Lebensalter

Depressionen gehören inzwischen zu den häufigsten seelischen Störungen, ja Erkrankungen generell. Das ist nicht nur bedeutsam wegen des leidvollen Beschwerdebildes, sondern auch der vielfältigen psychosozialen Konsequenzen, was Partnerschaft, Familie, Schule, Ausbildung, Beruf, Nachbarschaft u. a. anbelangt. Dabei gibt es ganz unterschiedliche Belastungs- und Folge-Schwerpunkte, je nach Lebensphase. Was muss man also wissen bei 1. Depressionen im Kindes- und Jugendalter, 2. Depressionen im mittleren Lebensalter und 3. Depressionen im höheren Lebensalter? Dazu eine kurz gefasste Übersicht mit den wichtigsten Hinweisen zu Diagnose, Differentialdiagnose (was könnte es sonst noch sein), Beschwerdebild, Ursachen, Verlauf, psychosozialen Hintergründen und Konsequenzen sowie den verschiedenen psycho-, pharmako- und soziotherapeutischen Möglichkeiten.

#### Erwähnte Fachbegriffe:

Depressionen – Depressionen im Kindes- und Jugendalter – Depressionen im mittlere Lebensalter – Depressionen im höheren Lebensalter – Depression und Lebenszyklus – Depression und Lebensphase – Häufigkeit der Depressionen – Depressions-Häufigkeit in Kindheit und Jugend – Depressions-Häufigkeit im mittleren Lebensalter – Depressions-Häufigkeit im höheren Lebensalter – depressives Beschwerdebild – Symptomatik der Depressionen – Depressionen im Vorschulalter – Depressionen im Schulalter – Therapie der Depressionen im Kindes- und Jugendalter – Symptomatik der Depressionen im mittleren Lebensalter – depressives Beschwerdebild im höheren Lebensalter – Depression und Demenz – Antidepressiva – antidepressive Psychopharmaka – Psychotherapie der Depressionen – kognitive Verhaltenstherapie der Depressionen – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie der Depressionen – psychoanalytische Psychotherapie der Depressionen – familientherapeutische Interventionen bei Depressionen – gesprächs-psychotherapeutisch-klienten-

zentrierte Interventionen – Psychoedukation bei Depressionen – Ergotherapie bei Depressionen – Beschäftigungstherapie bei Depressionen – Arbeitstherapie bei Depressionen – sozialpädagogisch-rehabilitative Behandlungsangebote bei Depressionen – Depressions-Selbsthilfegruppen – Selbsthilfegruppen für Angehörige depressiv Kranker – Multimorbidität und Depression – u.a.m.

Dass Depressionen zu den *ältesten* seelischen Krankheiten gehören, ist allseits bekannt, sogar dokumentiert (Beispiel: König Saul im Alten Testament). Dass Depressionen zu den *häufigsten* seelischen Störungen gehören (nach den Angststörungen an zweiter Stelle), erschließt sich auch jedem. Eher neu und in letzter Zeit vermehrt von den zuständigen Institutionen beklagt ist die Erkenntnis: Depressionen gehören auch wirtschaftlich gesehen zu den folgenreichsten Krankheiten. Das betrifft übrigens nicht so sehr die medikamentösen oder psychotherapeutischen Behandlungskosten, nicht einmal die (eher seltenen) Kosten einer stationären Behandlung in einer Fachklinik, das betrifft vor allem die Ausfallzeiten im Beruf. Depressionen können sehr lange regelrecht lähmen – nicht nur seelisch, sondern auch geradezu erschütternd geistig und sogar körperlich auf der psychosomatischen Schiene (psychische Störung mit körperlichen Folgen). Die psychosozialen Konsequenzen im weitesten Sinne sind bekannt – und werden immer bedrängender. Denn die Zahl der Betroffenen nimmt zu (s. u.).

Letzteres hat sogar bei allem Elend einen Vorteil, den man zwischenmenschlich und gesellschaftlich nicht unterschätzen sollte. Da inzwischen fast jeder einen Mitbürger kennt, oft sogar im Verwandten-, zumindest aber im Bekanntenkreis, bekommt dieses Leiden trotz allem Leids einen „Vertrautheits-Charakter“, von dem die anderen psychiatrischen Krankheitsbilder (noch) weit entfernt sind, sehr zu ihrem Nachteil. Und das heißt für Depressionen: Diese seelische Störung hat inzwischen wohl die geringsten Einbußen an Vertrautheit und Ansehen hinzunehmen, sprich: hier ist der zu erwartende gesellschaftliche Schaden am ehesten überblickbar und hält sich damit im Alltag nicht nur in Partnerschaft und Familie, sondern auch Nachbarschaft, Beruf und sogar Karriere ggf. in ertragbaren Grenzen.

Dass Depressionen ansonsten eine schwere Bürde sind, die sogar die meisten selbstveranlassten Todesopfer fordern (s. u.), ändert natürlich nichts an der schicksalhaften Betroffenheit der Opfer. Deshalb ist ein entsprechender Wissensstand unerlässlich, denn „Wissen ist Macht“, nicht nur im bekannten suspekten Sinne, sondern auch als „Macht zur Hilfe“. Und hier nicht nur zur Unterstützung im Krankheitsfall, sondern auch im rechtzeitigen Erkennen und damit Vorbeugen, zumindest aber sofortiger ärztlicher und psychologischer Maßnahmen, sowohl was die Linderung der ausbrechenden Symptomatik als auch die Verhinderung eines (ja zumeist!) drohenden Rückfalls anbelangt.

Hier setzen inzwischen auch die intensivsten Bemühungen der Fachwelt an, d. h. der Hausärzte, Nervenärzte, Psychiater, Psychologen, aber auch aller je-

ner Institutionen im Gesundheitsbereich, die ja gerade in Mitteleuropa ein umfassendes Angebot mit hohem Fachwissen bereithalten. Einen zunehmend effektiven Beitrag leisten hier übrigens auch die meisten Medien, die inzwischen recht verantwortungsbewusst und sorgfältig recherchiert berichten und in der Prävention damit einen unverzichtbaren Stellenwert erreicht haben. Dazu gehört mittlerweile auch das Internet, das zwar weniger fachlich kontrolliert, dafür umso breiter und jederzeit verfügbar informieren kann. Und dies – das wird auch aus Fachkreisen zugestanden – in zunehmend objektiver und wissenschaftlich durchaus akzeptabler Form. Übrigens im wachsenden Maße durch das zunehmende Engagement der Experten auch erstaunlich qualifiziert, und zwar trotz der Schwierigkeiten, die eine allgemein-verständliche Darstellungsweise mit sich bringt.

Um zur Depression zurückzukehren: Natürlich sind nicht immer – je nach Fragestellung und Informationsbedürfnis – alle Fragen zu befriedigen. Aber auch diese Lücken werden sich füllen. Eine davon pflegt die Frage zu sein: Stimmt es, dass Depressionen nicht nur bei der älteren Generation, sondern auch in den „besten Jahren“ und sogar im Jugendalter, wenn nicht Kindheit zu finden und zu ertragen sind? Die kurze Antwort: Es stimmt und es gibt sogar mehr oder weniger charakteristische Krankheits-Verläufe und Symptom-Besonderheiten, die man kennen sollte, um zu einer rechtzeitigen Diagnose und damit gezielten und konsequenten Therapie zu kommen. Denn wie gesagt: Depressionen sind eine extreme Qual, die nach außen gar nicht erfassbar sein muss. Nach innen übrigens auch nicht immer, was die Leidens-Last noch bedrückender macht und so manche scheinbar unerklärlichen Situationen in Beruf, Schule, aber auch Familie und Partnerschaft zu erklären vermag. Nachfolgend deshalb eine kurze Übersicht zu dem Thema:

## **Depression und Lebensphase**

Grundlage ist ein Beitrag in der Fachzeitschrift *Nervenheilkunde* von dem Experten-Team um Professor Dr. Manfred Wolfersdorf, einem der bekanntesten Pioniere der Depressionsforschung, vor allem was Diagnose und Therapie anbelangt (jetzt Ärztlicher Direktor einer großen Fachklinik, früher Leiter der Depressions-Abteilung der Weissenau, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm in Ravensburg, übrigens nach Basel der zweiten diesbezüglichen Spezialstation überhaupt). Weitere Einzelheiten siehe der konkrete Literaturhinweis am Ende dieses Beitrags. Nachfolgend nun Einzelheiten zu Häufigkeit, Geschlecht, Beschwerdebild, Verlauf u. a. je nach Kindheit/Jugend, mittlerem und höherem Lebensalter.

## **DEPRESSIONEN: ALLGEMEINE ASPEKTE**

Depressionen sind häufig, aber niemals gleich. Das ist nicht nur individuell zu verstehen, auch nosologisch, wie die Experten es nennen. Beispiele: Be-

findensschwankungen sind allgemeine Möglichkeiten menschlichen Erlebens. Jeder kennt sie. Die Fähigkeit zur Trauer nach einem Schicksalsschlag ist eine natürliche Reaktionsweise. Die Depression dagegen ist ein konkret beschreibbares Krankheitsbild, das aus verschiedenen Krankheitszeichen in unterschiedlicher Kombination und Ausprägung besteht. Früher gab es nur die Melancholia, die Schwermut, der man sich hilflos ausgeliefert sah. Anfang des letzten Jahrhunderts begann man sich konkreter für die damals so genannten Gemütsstörungen zu interessieren. Aber erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, in der eine plötzliche(?) Zunahme von Depressionen irritierte, begann man sich differenzierter mit diesem Phänomen zu beschäftigen. Daraus resultierte beispielsweise eine Einteilung, die lange Zeit die Grundlage der Depressionsdiagnosen und damit Therapie-Empfehlungen wurde.

So unterschied man psychogene Depressionen (unterteilt in reaktive, neurotische und Erschöpfungsdepressionen), endogene Depressionen (mit der Möglichkeit ungewöhnlicher Hochstimmungen, dann manisch-depressive Psychosen oder Erkrankungen genannt), mitunter auch noch ergänzt durch so genannten Involutions-Depressionen im Rückbildungsalter sowie somatogene Depressionen, unterteilt in organische und symptomatische Depressionen. Außerdem galt es zeitweise noch eine große Zahl zusätzlicher Sonderformen zu berücksichtigen, beispielsweise schizoaffektive Psychosen (bei der sowohl eine manische und/oder depressive als auch schizophrene Symptomatik belastet).

Geblichen ist von dieser (bisweilen wohl auch verwirrenden) Fülle von Klassifikationsversuchen nicht mehr viel. Oder konkreter: Sie wurden von anderen, z. T. sehr weit auseinanderliegenden Einteilungs-Blickwinkeln abgelöst. Derzeit dominieren wieder eher demographische und psychosoziale Faktoren (Stichwort: Burnout), und hier vor allem entsprechende Stressoren, vermehrt Trauerreaktionen sowie die Aspekte ethnische Zugehörigkeit, Schwangerschaft, Postpartum-Zeit, Kindheitstraumen, bei den Älteren entsprechende Risikofaktoren im Rahmen der zerebrovaskulären Alters-Folgen, aber auch in jüngeren Jahren organische, nicht zuletzt hirn-organische Ursachen.

Was im Wesentlichen bleibt, ist die Symptomatik, das Beschwerde- oder Leidensbild. Zwar gibt es auch hier Schwerpunkt-Verschiebungen, nicht zuletzt offenbar geschlechts-typisch (Stichwort: Männer-Depression), doch bleibt die Leidens-Palette im Wesentlichen unverändert.

Zugenommen hat hingegen die Häufigkeit; und dazu einige konkrete Hinweise:

### **Häufigkeit der Depressionen**

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, es wurde schon angedeutet.

Die häufigste scheint es aber wohl nicht zu sein, dieser traurige Spitzenplatz gebührt offenbar den Angststörungen. Das mögen epidemiologische Vermutungen sein, die aber nahe liegen. Das Problem ist die exakte Erfassung. Die ist schon bei Depressionen schwierig genug, allerdings günstiger als bei den Angststörungen, die (inzwischen?) noch scham-besetzter und deshalb nur unzureichend objektiv und statistisch exakt erfassbar sind. Die Vermutung geht aber schon dahin, dass Angststörungen im Sinne von Generalisierten und spezifischen Angststörungen, Panikattacken, Phobien u. a. wohl noch öfter als Depressionen belasten (und nebenbei häufig zusammen oder hintereinander vorkommen).

Gleichwohl ist die Zahl der Depressionen weltweit bedrückend: Allein in der europäischen Union vermutet man über 30 Millionen depressiv kranke Menschen. Das entspricht 6 bis 7 % der erwachsenen Bevölkerung. Für Deutschland bedeutet dies etwa 5 Millionen schwer depressiv Erkrankte pro Jahr, wobei man letztlich eher mehr als weniger vermuten muss, denn auch hier ist die Erkennungsrate nach wie vor begrenzt.

Noch beunruhigender ist die drohende Erkrankungszahl über die gesamte Lebenszeit hinweg (Fachbegriff: Lebenszeit-Prävalenz) für diagnostizierte Depressionen insgesamt: Sie beträgt 11,6 % und unterteilt nach Geschlecht 15,4 % für Frauen und 7,8 % für Männer. Dieser belastende Vorsprung des weiblichen Geschlechts betrifft übrigens durchgängig alle Altersgruppen, und zwar deutlich.

Wie steht es nun mit dem Alter?

- Hinsichtlich der 12-Monatsprävalenz muss man von einem Gipfel im mittleren und beginnenden höheren Lebensalter zwischen 40 und 69 Lebensjahren ausgehen und bei der
- Lebenszeit-Prävalenz von einem steten Anstieg der Häufigkeit zwischen 30 und 69 Jahren mit den höchsten Werten im 7. Lebensjahrzehnt. Ober in auf- und abgerundeten Prozentzahlen von 18 bis 79 Jahren wie folgt: 6 % → 10 % → 11 % → 15 % → 17 % → 11 % .

## **Depressionen und Lebensphasen**

Wie steht es nun mit Depressionen im Lebenszyklus, d. h. über die Lebensspanne des Menschen hinweg von der Kindheit bis ins höhere Alter?

Hier gibt es zwei Erkenntnisse: Zum einen sind die wichtigsten oder Hauptsymptome, nämlich Herabgestimmtheit und Freudlosigkeit als kennzeichnende Gemütsstörungen von Gestimmtheit und Gefühlen sowie die Beeinträchtigung des seelisch-körperlichen Antriebs bis hin zur Lustlosigkeit im Wesentlichen

gleich (siehe Kasten). Die individuellen Themen, die Auslöser, die Inhalte, die Psychodynamik (z. B. das Zusammenspiel von bewussten und unbewussten seelischen Inhalten) im Vorfeld allerdings sind nicht nur kultur-spezifisch unterschiedlich, sondern auch alterstypisch, zumindest altersspezifisch akzentuiert, wie das die Experten nennen.

### **Depressive Episode nach ICD-10\***

- Herabgestimmtheit des Gemüts (Stimmung und Gefühle) mit Freudlosigkeit, fehlender Ansprechbarkeit auf positive Erfahrungen und Impulse, Neigung zum Weinen oder Unfähigkeit dazu
- Antriebsstörungen, hier vor allem die Lustlosigkeit, das Fehlen von Initiative, von Wollen- und Handeln-Können
- Im Weiteren negative Gedanken, die grüblerisch Tag und Nacht beherrschen und andere Gedanken im Sinne der Einengung nicht mehr zulassen
- Neigung zur Selbstentwertung, zur Entwicklung und vor allem Überbetonung von Schuld- und Schamgefühlen, von Versagens-, Wertlosigkeits- und Krankheitsgefühlen bis hin zur Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit
- Fehlende Zukunftsperspektive und damit Suizidalität als Ausdruck subjektiv erlebter Wert-, Zukunfts- und Sinnlosigkeit der eigenen Person und des eigenen Lebens
- Zusätzlich Schlafstörungen mit verkürztem Schlaf und Morgentief, rasche Erschöpfung, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, sexuelle Störung sowie eine
- eingeschränkte Belastbarkeit und damit Leistungsfähigkeit

\* Mod. nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Welche sind nun diese altersspezifischen Akzentuierungen? Im Einzelnen:

### • **DEPRESSIONEN IM KINDES- UND JUGENDALTER**

Auch im Kindes- und Jugendalter gehören depressive Störungen zu den häufigsten seelischen Erkrankungen in unserer Zeit und Gesellschaft. Die Zahlen schwanken je nach Altersabschnitt der Minderjährigen: Bei den Vorschulkindern sind es um 0,9 %, bei den Grundschulkindern etwa 1,9 %, die Jugendlichen liegen zwischen 2 % und 8 %, so die Experten. Das besondere Prob-

lem: Ist bereits im Kindes- und Jugendalter eine depressive Erkrankung zu bewältigen, besteht für die kommenden Lebensphasen ein deutlich erhöhtes Risiko, eine erneute Depression zu erleiden. Die Statistik spricht von etwa 70 % Wahrscheinlichkeit für eine zweite depressive Episode. Und dies verbunden mit den bekannten Gefahren bis zur Suizidalität (wie erwähnt: fast drei Drittel aller durch Suizid verstorbenen Menschen litten an einer Depression); aber auch mit Substanzmissbrauch (vor allem Medikamente, bei Jugendlichen zudem Rauschdrogen und natürlich Alkohol). Und schließlich das Risiko, das sich zudem eine der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen entwickelt (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

Was die Intensität des Leidensbildes anbelangt, so spricht man von leichter, mittelschwerer und schwerer depressiver Episode, wobei allerdings die Symptomatik zwischen Jugendlichen und Erwachsenen deutliche Unterschiede aufweist.

Nicht selten zu finden sind negative Zukunftserwartungen, Gedanken von Hoffnungs- und Sinnlosigkeit sowie Wertlosigkeit (Schule!); außerdem Angstgefühle, Konzentrationsprobleme (so gut wie jeder Betroffene), negative Zukunfts-Erwartungen und Gewichtsveränderungen.

– Im *Vorschulalter* gelten als typische Zeichen einer Depression ein trauriger Gesichtsausdruck, Spielunlust, Introversio(n) (z. B. zurückhaltend und nach außen hin zögerlich), ferner Trennungsangst und körperliche Beschwerden ohne nachweisbaren Grund.

– *Schulkinder* berichten vor allem von Traurigkeit, Konzentrations- und Leistungsstörungen und äußern sogar schon in jedem zehnten Fall dunkle Gedanken bezüglich Lebensmüdigkeit. Und wenn es denn so weit kommt, machen Mädchen häufiger Suizidversuche, während es bei Jungen öfter ein vollendeter Suizid wird (wie im Erwachsenenalter dann auch). Was die generelle Anfälligkeit für depressive Zustände anbelangt, ist das weibliche Geschlecht schon hier öfter betroffen.

Die Heilungsaussichten sind umso düsterer, je früher die Erkrankung zuschlägt, je stärker das Leidensbild ausgeprägt ist und je geringer die soziale Unterstützung des engeren und weiteren Umfelds ausfällt. In familiärer Hinsicht ist dies beispielsweise nicht so selten der Fall, wenn ein Elternteil ebenfalls seelisch krank wird.

Ein zunehmend beachtetes und wissenschaftlich beforschtes Phänomen ist die so genannte Komorbidität, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Das verstärkt und kompliziert diagnostisch das Leidensbild. Am häufigsten sind es zusätzlich Angststörungen, insbesondere soziale Phobien. Aber auch Traumatisierungen (seelischen Verwundungen) und die inzwischen immer öfter beklagte und wissenschaftlich immer besser erforschte Aufmerksamkeitsdefizit-

/Hyperaktivitätsstörung (ADHS/ADS). Gerade bei Letzterer kann eine Depression auch als Folge auftreten.

Und was den Substanzmissbrauch (s. o.) anbelangt, so sind es im Rahmen depressiv Erkrankter auch bei Jugendlichen vor allem verzweifelte Selbstbehandlungsversuche. Das betrifft – so sonderbar sich das anhört – nicht nur den Alkohol und psychotrope Arzneimittel (zuerst möglicherweise aus der Hand des Arztes), sondern auch bestimmte Rauschdrogen, die nicht nur aus Experimentier- und rein lustbezogenen Gründen, sondern auch als Selbstheilungsversuch probiert werden, einschließlich der Gefahr, auch noch dabei hängen zu bleiben.

In Expertenkreisen werden schließlich noch so genannte kognitiv-emotionale Risikofaktoren diskutiert, sprich geistige und gemütsbedingte Aspekte, die die Entstehung einer depressiven Erkrankung begünstigen können, nicht zuletzt in diesem sensiblen Alter. Dazu gehören beispielsweise Fachbegriffe wie ungünstige Emotionsregulation, mangelnde Fähigkeit zur Problemlösung, ein negatives Bild bezüglich der eigenen Person und damit eine pessimistische Einstellung auf die Zukunft hin. Das kann zu einer Art selektiven Filterung von Umweltreizen führen, bei der negative Aspekte überbewertet werden („alles ist...“). So entsteht im Laufe der Zeit ein negatives Selbstbild und nicht nur das, sondern auch eine negative Erwartungshaltung in Bezug auf die Zukunft generell und speziell in eigener Sache.

Schließlich können auch familiäre Belastungen in der Familie hinzukommen, z. B. eine geringe Bindungsqualität zwischen Kind und erziehender Hauptbezugsperson(en), Trennungen und Verluste oder die erwähnte psychische Erkrankung eines Elternteils, der dadurch den notwendigen gemütsmäßigen Beitrag in der Familie nicht mehr zu leisten vermag, vielleicht sogar zur Belastung eigener Art wird.

Auch die Qualität der Kontakte und Beziehungen zu Gleichaltrigen spielen gerade in dieser Entwicklungsphase eine wichtige Rolle – und können durch ein depressives Leidensbild erheblich beeinträchtigt werden. Stichworte dazu aus wissenschaftlicher Sicht sind gering ausgeprägte soziale Kompetenzen, Ablehnung im zwischenmenschlichen Bereich bis hin zur Isolation sowie ganz allgemein belastende Erfahrungen im Umfeld der Gleichaltrigen.

### **Zur Therapie der Depressionen im Kindes- und Jugendalter**

Die Behandlung der Depressionen im Kindes- und Jugendalter setzt sich aus einer Kombination aus biologischer Therapie (Psychopharmaka, d. h. insbesondere Antidepressiva), Psychotherapie (Behandlung mit seelischen Mitteln) und Jugendhilfe-Maßnahmen zusammen. Dabei gilt es in diesem Altersabschnitt entsprechende Aspekte zu beachten. Dazu gehören Krankheitsphase, Alter und Entwicklungsstand, der Schweregrad des Leidensbildes, ggf. der Subtyp

der Symptomatik (z. B. unruhig-gespannt bis agitiert oder seelisch-körperlich gehemmt bis blockiert), ferner mögliche Komorbiditäten (also Zusatzbelastungen mit beispielsweise Angststörungen) sowie familiäre bzw. milieu-spezifische Einflussfaktoren.

Die wohl wichtigsten Behandlungs-Verfahren in diesem Alter sind die Familientherapie, die Psychoedukation der Familienmitglieder (sprich gezielte Information zu Leidensbild, Ursachen, Hintergründen, Behandlungsstrategien), die so genannte kognitive Umstrukturierung (um die erwähnte negativ-destruktive Sichtweise aufzulösen), ferner Entspannungstechniken wie Progressive Muskelrelaxation, Atemübungen, so genannte Phantasie Reisen u. a.

In schweren Fällen, d. h. bei hochgradiger suizidaler Gefahr (zunehmende gedankliche Einengung auf die Suizidmethoden zum selbstgewählten Ende), kein Schulbesuch mehr möglich, keine Tagesstruktur bis hin zu kein Essen und Trinken mehr, schwere Schlafstörungen usw. muss eine stationäre Behandlung erwogen werden. Und dies natürlich in einer Spezialabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, möglichst mit Erfahrung auf diesem Gebiet. Bei den Jugendhilfemaßnahmen geht es um Strukturierung und Aktivierung, Training sozialer Kompetenzen sowie eine Regelung der Über- bzw. Unterforderung.

Hauptziel der Psychotherapie ist die so genannte Ressourcen-Förderung (was steht als Hilfsmittel in eigener Sache, aber auch von außen zur Verfügung), das Erlernen adäquater Problemlösungs-Strategien, der Erwerb von Selbstsicherheit (und damit Selbstwertgefühl), die Veränderung negativer Gedanken (nicht zuletzt durch deren Interpretation) sowie die Entwicklung einer fundierten Zukunftsperspektive. Und natürlich die Verbesserung familiärer Beziehungen, falls dies eine Rolle spielt.

Die biologische Therapie kann alle diese psycho- und soziotherapeutischen Maßnahmen ergänzen, jedoch im Kindes- und Jugendalter niemals ersetzen. Der Einsatz von Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen ist zudem durch ein in diesem Alter erhöhtes Nebenwirkungs-Risiko belastet, was gerade hier ausreichende pharmakotherapeutische Erfahrung voraussetzt (zumal nur wenige Präparate für diesen Altersbereich offiziell zugelassen sind).

## • DEPRESSIONEN IM MITTLEREN LEBENSALTER

Unter dem „mittleren Lebensalter“, manchmal auch euphemistisch als die „besten Jahren“ bezeichnet, was wohl rückblickend nicht jeder bestätigen mag, versteht man die Zeit zwischen jungem Erwachsenenalter bis etwa 60 oder 65. Besonders im zweiten Drittel dieser Alters-Einteilung finden sich nämlich Depressionen am häufigsten. Wir erinnern uns: Ab dem 30. Lebensjahr rund jeder Zehnte, ab dem 5. Lebensjahrzehnt mehr als jeder Siebte, gesamthaft gesehen. Geschlechtsspezifisch ist sogar jede 5. Frau betroffen.

In diesem Lebensabschnitt entspricht das depressive Syndrom (also die charakteristische Gesamtheit entsprechender Krankheitszeichen) dem, was auch in den aktuellen Klassifikationen am ehesten mit einer Schwermut in Verbindung gebracht wird. Das sind zum einen die Leitsymptome Herabgestimmtheit wie Freudlosigkeit und Antriebsverminderung mit Lustlosigkeit und dem Schwinden jeglicher Vitalität. Die Experten fassen das mit den Fachbegriffen Affektivität, Motivation, Kognition, Antrieb, Psychomotorik, Psychosomatik, Bio-rhythmik zusammen. Wenn man es schlicht will: schwermütig, antriebslos, geistig leer, schwunglos, außerdem von körperlichen Beschwerden ohne organische Ursache beeinträchtigt und das Ganze mit einem zermürenden Morgentief beginnend; im Übrigen auch auf die Jahreszeit bezogen im Frühjahr und Herbst häufiger.

Interessant dabei auch die inzwischen immer bedeutsamer werdenden kulturspezifischen Aspekte: So scheinen depressive Denk-Inhalte am ehesten kulturabhängig zu sein, sprich Insuffizienz-Erleben (Unfähigkeit), Schuld- und Versündigungsgedanken bis hin zu Selbstanklagen (ohne stichhaltige Begründung), ferner das Empfangen von eigener Wertlosigkeit und Sinnlosigkeit des Lebens und damit entsprechender Perspektivlosigkeit, ggf. bis hin zu Todeswünschen und Suizid-Ideen.

Anders bei Vitalitätsstörungen oder körperbezogenen Symptomen, die offenbar zu den weltweit gleichermaßen quälenden Kern-Symptomen der Depressionen gehören. Beispiele: Vitalitätsverlust bis hin zu Energielosigkeit, d. h. rasche Ermüdung bis Erschöpfung, die erwähnten Tagesschwankungen mit Morgentief, Tagesmüdigkeit und abendlicher Aufhellung, ferner Schlaf-, Appetit- und Libido- sowie Leibgefühlsstörungen – überall weitgehend ähnlich belastend.

## **Therapeutische Empfehlungen**

Im Gegensatz zu den klassifikatorischen Einteilungen, die immer wieder mit Änderungen aufwarten, geht es bei den therapeutischen Empfehlungen etwas konsistenter zu (z. B. S3-/Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“, 2010). Hier richtet man sich vor allem nach dem Schweregrad des depressiven Leidens, der sich an der Zahl der Symptome und an der Fähigkeit orientiert, seiner Arbeit nachgehen zu können.

So wird bei einer mittelgradig ausgeprägten Depression die Kombination von Psychopharmaka (Antidepressiva) und Psychotherapie gefordert. Bei Letzterem empfiehlt man beispielsweise kognitive Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, psychoanalytische Psychotherapie, familientherapeutische Interventionen, gesprächspsychotherapeutisch-klientenzentrierte Interventionen oder eine Reihe neuerer Psychotherapie-Ansätze.

Ergänzt werden diese beiden Behandlungssäulen durch Psychoedukation, ergotherapeutische (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie), körperbezogene und

sozialpädagogisch-rehabilitative Behandlungsangebote. Und – nicht zu vergessen, weil nach allgemeiner Erkenntnis bedeutsamer als man glaubt –, die Selbsthilfe bei Betroffenen (Depressions-Selbsthilfegruppen) und Angehörigen (Selbsthilfegruppe für Angehörige depressiv Kranker).

## • DEPRESSIONEN IM HÖHEREN LEBENSALTER

Der Anteil depressiv kranker Menschen bei den über 65-Jährigen und Älteren wird teils überschätzt, häufiger aber unterschätzt. Soweit statistisch erfassbar betrifft es etwa jeden zehnten Älteren. Das diagnostische Problem ist ähnlich wie bei Kindern (und schon nicht mehr so problematisch bei Jugendlichen), nämlich die so genannten psychopathologischen Akzentuierungen, sprich Änderungen im Leidensbild. Mit was muss im höheren Lebensalter daher eher gerechnet und deshalb gezielt erfragt werden?

Hier dominiert vor allem das Gefühl der Gefühllosigkeit und Freudlosigkeit bis hin zu ängstlicher Klagsamkeit mit Überbewertung körperbezogener Beschwerden. Dazu das, was die Experten eine Regressions-Neigung nennen, d. h. ein Rückschritt in frühere Altersstufen und deren Symptom-Ausprägungen, Hintergründe und Ursachen.

Schließlich ein Phänomen, das tatsächlich längerfristig belastet und von den Psychiatern eine episodens-überdauernde Restsymptomatik genannt wird. Gemeint sind fortbestehende Störungen, einerseits nicht mehr so ausgeprägt quälend, andererseits aber leider auch nicht völlig überstanden. Dazu gehören vor allem Befindlichkeitsstörungen wie Antriebsminderung, gedrückte Stimmung, Schwindelneigung, Schlafstörungen, innere Unruhe und Anspannung usf. Kurz: „Wann hört es endlich völlig auf“, ist „definitiv überwunden“, „werde ich wieder völlig gesund wie früher“?

Im Rahmen des depressiven Syndroms ist im höheren Alter nicht zuletzt mit einer so genannten depressiven Wahn-Symptomatik zu rechnen, wobei Schuld- und/oder Verarmungs-Ideen, paranoide (wahnhaft) Ideen und vielleicht sogar akustische Halluzinationen (Gehörs-Sinnestäuschungen, z. B. Partner, der aus dem Grabe ruft oder bei der Lebensbewältigung hilft) am häufigsten zermürben.

Ein ernstes Problem sind auch direkte oder indirekte (verdeckte, verheimlichte, auf jeden Fall verneinte) selbstdestruktive Verhaltensweisen. Dazu zählt das, was man allgemein eine „Lebensverweigerung“ nennt, was vielerlei pathologische (seelisch-krankhafte) Facetten hat und sich zum so genannten „Silent Suicide“ (deutsch: stiller Suizid) ausweiten kann.

Sehr bedeutsam sind auch kognitive (geistige) Defizite, Merk- und Konzentrationsstörungen, peinliche Vergesslichkeits-Szenen u. a., was sich bis zu der gefürchteten „Pseudo-Demenz“ ausweiten kann (demenz-artiges Leidensbild,

das aber nichts mit einer Demenz zu tun hat und sich nach Abklingen der Depression wieder weitgehend zurückbildet). Es sei aber auch nicht verschwiegen, dass hier mitunter eine differential-diagnostisch bedeutsame Komorbidität selbst den erfahrenen Psychiater irritieren kann, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt. In diesem Fall eine Depression im höheren Lebensalter mit tatsächlich fortschreitender dementieller Entwicklung. Denn eines ist dann schon mit einzurechnen: Beim Beginn einer Alzheimer-Demenz ist in frühen Stadien nicht selten auch eine (teils reaktiv nachvollziehbare, teils organisch begründete) Demenz möglich. Hier helfen dann ausführliche Fremdanamnese (Angehörige), Langzeit-Beobachtung, neurologische, neuroradiologische und testpsychologische Verfahren weiter.

Mitunter problematisch ist auch die Unterscheidung zwischen Trauer und Depression, zum einen grundsätzlich, zum anderen vor allem schwierig im höheren Lebensalter. Aber auch hier gibt es gute Unterscheidungskriterien (Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie).

### **Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen**

Therapeutisch bieten sich die gleichen Möglichkeiten an wie in den anderen Altersstufen. Im höheren Lebensalter gewinnt dabei natürlich die körperlich-biologische Behandlung an Bedeutung, d. h. neben den antidepressiven Medikamenten die Mitbehandlung alters-organischer Leiden. Und die Förderung von sozialen Kompetenzen, von kognitiven Ressourcen (was ist geistig noch aktivierbar), zwischenmenschlichen Fähigkeiten und Kontaktbedürfnissen, mit dem Aufbau angenehmer und der Reduktion belastender Alltags-Aktivitäten.

Die Beendigung der Erwerbstätigkeit hat nicht nur Vorteile, wie jeder weiß. Vor allem der damit verbundene Verlust von Kontakten und die verblassende Strukturierung des Alltags führen zu Selbstwertverlust, psychosozialer Desorientierung und damit täglicher Inaktivierung. Dazu kommt das wachsende Problem von Multimorbidität (seelische, geistige und körperliche Erkrankungen im 3. und 4. Lebensalter), die Angst vor Siechtum und Hilflosigkeit bis hin zum Angewiesen-Sein auf dauerhafte Unterstützung wenn nicht gar Pflege. Ganz zu schweigen von Vereinsamung und Angst vor dem Tode (wann und wie).

All dies gilt es zu berücksichtigen, ggf. anzusprechen, zu bearbeiten, zu lindern, wobei die Möglichkeiten heute auf verschiedenen Ebenen ungleich besser sind als in allen früheren Generationen. Das gilt es wenigstens zur Kenntnis zu nehmen und darüber hinaus zu nutzen.

### **SCHLUSSFOLGERUNG**

„Die Depression hat viele Gesichter“, fassen die psychiatrischen Experten des Bezirkskrankenhauses Bayreuth ihren Beitrag über Depressionen im Lebens-

zyklus zusammen. Wenn man sich auf einige Kern-Phänomene beschränkt (ohne Anspruch auf Vollständigkeit), dann sind es in

- *Kindheit und Jugend* gestörtes Essverhalten, Rückzug, Lernprobleme, Trennungsangst, Spielunlust, schließlich pubertäre depressive Verstimmungen (Mädchen früher, Jungen etwas später), bis sich schließlich post-pubertär das depressive Bild dem der Erwachsenen angleicht (Beziehungsprobleme). Selbst bei frühen Depressionen sollte man auch an eine bipolare Depression denken, die sich also nicht nur in depressiven, sondern auch manischen/maniformen Episoden äußert (also stimmungs- und aktivitäts-überzogen mit allen psychosozialen Konsequenzen).
- *Mittleres Lebensalter*: eher typische depressive Episode, allerdings geschlechtsspezifisch unterschiedliche Leidensbilder (siehe „Männer-Depression“). Möglich auch Post-partum-Depressionen (nach einer Geburt) sowie wahnhaftige Depressionen (hier vor allem chronische Verläufe) mit der verstärkten Gefahr der Selbstbehandlung (in schlichter Form mit Alkohol, bei Jugendlichen mit Drogen, in medikamentöser Hinsicht mit abhängigkeits-riskanten Beruhigungsmitteln u. a.). Vorsicht vor versteckter Suizidalität (fast zwei Drittel aller durch Suizidverstorbene litten an einer Depression).
- *Senium*: Im höheren Lebensalter kann die depressive Herabgestimmtheit in den Hintergrund treten, dafür irritieren kognitive („geistige“) Störungen und ein eher körperbezogenes Leidensbild. Wichtig: zwischen Depression und Demenz unterscheiden.

Oder kurz: Während im Kinder- und Jugendalter eher Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund stehen, dominiert im mittleren Lebensalter die affektive Störung, die dann beim alten Menschen durch die Betonung kognitiver und körperlicher Symptome variiert wird.

Die grundsätzliche therapeutische Orientierung umfasst biologische Maßnahmen (vor allem Antidepressiva), aber auch psychotherapeutisch-psychoedukative Interventionen und in Abhängigkeit von der spezifischen Alters- und Lebenssituation schließlich sozialpädagogisch-rehabilitative Maßnahmen. Wichtig: Selbsthilfe-Angebote nicht vergessen.

## LITERATUR

Umfangreiches Forschungs-, Diagnose-, Therapie- und Präventionsgebiet mit nicht mehr überschaubarem Literatur-Angebot durch allgemein-verständliche Sach- und wissenschaftliche Fachbücher. Nachfolgend einige deutschsprachige Buchtitel in Anlehnung an den zitierten Beitrag, nämlich:

*M. Wolfersdorf, H. Niederhofer, H. Bloch, M. Schüler, M. Purucker: Depression im Lebenszyklus: In Kindheit und Jugend, in der Lebensmitte und im Alter.* Nervenheilkunde 11 (2015) 862

*Böker, H. (Hrsg.): Depression, Manie und schizoaffektive Psychosen.* Psychozial-Verlag, Gießen 2001

*Burton, R.: Anatomie der Melancholie.* Artemis-Verlag, Zürich 1988 (1. Auflage Oxford 1621)

*DGPPN; BÄK, KVB, AWMF (Hrsg.): S3-INV-Leitlinie Unipolare Depression.* Springer-Verlag, Berlin 2010

*Faller, H., H. Lang (Hrsg.): Depression.* Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg 2011

*Fegert, J. M. u. Mitarb. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.* Springer-Verlag, Berlin 2012

*Griesinger, W.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende.* Verlag Adolph Krabbe, Stuttgart 1845

*Hell, D.: Depression als Störung des Gleichgewichts.* Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2012

*Herpertz-Dahlmann, B. u. Mitarb. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie.* Schattauer-Verlag, Stuttgart 2007

*Ihle, W. u. Mitarb.: Depression.* Hogrefe-Verlag, Göttingen 2012

*Leuzinger-Bohleber, M. u. Mitarb. (Hrsg.): Chronische Depression.* Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2013

*Mehler-Wex, C.: Depressive Störungen.* Springer-Verlag, Berlin 2008

*Steinhausen, H.-C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen.* Verlag Urban & Fischer, München 2006

*Wolfersdorf, M., M. Schüler: Depressionen im Alter.* Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2005

*Wolfersdorf, M., D. Etzersdorfer: Suizid und Suizidprävention.* Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2011