

# Seelisch Kranke unter uns

## Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

### DEPRESSIONEN IM ALTER

Depressionen gehören zu den inzwischen häufigsten, vor allem aber schwerwiegendsten Krankheiten generell. Das betrifft alle Altersstufen, insbesondere aber das höhere Lebensalter. Hier ergeben sich besondere Schwierigkeiten, was das rechtzeitige Erkennen und Akzeptieren und damit Helfen bzw. Behandeln anbelangt. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu dem entsprechenden Leidensbild, seine spezifischen Ursachen, Hintergründen und besonderen Belastungen. Und damit auch zu einer rechtzeitigen und gezielten Therapie.

Die Altersstruktur der Weltbevölkerung, vor allem aber der westlichen Nationen geht einem drastischen Wandel entgegen, den es zu realisieren, zu akzeptieren und nicht nur zu ertragen, sondern auch zu nutzen gilt. Letzteres gerät erst langsam in die Diskussion, von einer konstruktiven Umsetzung sind wir noch einiges entfernt.

Doch die Zeit drängt. Demnächst sind allein in Deutschland fast 20 Millionen Menschen 60 Jahre und älter. Auch die Zahl der Hochaltrigen nimmt kontinuierlich zu. Wird dieses „dritte, wenn nicht gar vierte Lebensalter“ dann überwiegend aus behinderten, kranken oder gar siechen Mitmenschen bestehen? Das hängt zu einem von uns selber ab. Die körperlichen Voraussetzungen eines halbwegs angepassten Alterungsprozesses („alles hat seinen Preis“) sind gegeben. Noch nie waren wir so umfassend (wenn auch teuer) organmedizinisch versorgt. Der *seelische* Gesundheits-Aspekt allerdings wird noch weitgehend vernachlässigt; bei den meisten Betroffenen ist er noch nicht einmal bis zur „inneren Diskussion“ vorgedrungen.

Was aber gilt es zu berücksichtigen? Dazu eine kurz gefasste Übersicht von Professor Dr. A. Kruse in dem Sammelband von M. Wolfersdorf und M. Schüler: *Depressionen im Alter* (Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2005, modifiziert und erweitert). Zu den wichtigsten Aspekten, die nicht nur gesamtgesellschaftlich, sondern individuell, d. h. von jedem einzelnen von uns ins Auge gefasst werden sollten, gehören:

Vor allem Selbstverantwortung in der Alltagsgestaltung und Lebensplanung; Offenheit für neue Erfahrungen und Anregungen; Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und Gründung tragfähiger sozialer Beziehungen, zum reflektierten Umgang mit Belastungen und Konflikten, zur psychischen Verarbeitung und Kompensation bleibender Einschränkungen und Verluste – und damit zur Ausübung persönlich bedeutsamer Aufgaben. D. h. Selbständigkeit im Alltag – so lange und so gut es geht

Dem kommt auch eine neuere wissenschaftliche Erkenntnis entgegen, die das früher lange Zeit betrübliche „Defizit-Modell des Alterns“ nicht nur als falsch, sondern auch als kontraproduktiv entlarvte. Denn das stellte vorwiegend Abbau und Involution (Rückbildung) in den Mittelpunkt und setzte den Alterungsprozess gleich mit Verlust, Leid und Regression (Rückschritt). Da konnten Gefühle von Verleugnung, Hilflosigkeit, Angst vor Passivität, vor Verlust von Autonomie, vor Erkrankung und Siechtum sowie Todesfurcht nicht ausbleiben.

Dem stellt man heute das so genannte Kompetenz-Modell des Alterns entgegen, und das heißt:

Das menschliche Altern ist nicht primär Abbau, sondern *Umbau* mit intensiven seelischen, körperlichen und psychosozialen Wechselwirkungen.

Diese (späte?) Erkenntnis mündet inzwischen in zahlreiche Leitlinien und Empfehlungen (z. B. der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie – DGGPP), lässt sich aber vor allem auf einige allgemein verständliche Sätze reduzieren, zum Beispiel:

1. Jeder Mensch altert anders.
2. Es gibt nicht „das höhere Alter“ schlechthin.
3. Alt sein bedeutet nicht Kranksein.

Und als Grundsatz für die nachfolgenden Überlegungen:

4. Kein Alter prädisponiert für Depressionen.

### **Depressionen im Alter**

Depressionen sind so alt wie die Menschheit (früher: Melancholia, Schwermut, heute affektive Störungen genannt) und – wie erwähnt – nicht an ein bestimmtes Alter, schon gar nicht an das „dritte Lebensalter“ gebunden. Früher spielte beispielsweise die so genannte anaklitische Depression der Waisen- und Findelkinder in den überfüllten und schlecht betreuten Heimen keine geringe Rol-

le, heute finden sich depressive Zustände nicht zuletzt in den „besten Jahren“, wenn auch oft maskiert oder verdrängt (nicht zuletzt bei der so genannten „Männer-Depression“ – siehe das spezielle Kapitel in dieser Serie.

Gleichwohl sind depressive Störungen neben den dementiellen Erkrankungen (Stichwort Alzheimer) die häufigsten seelischen Leiden im höheren Lebensalter. Und – wie könnte es anders sein, in den vorangegangenen Lebensjahrzehnten war es ja auch nicht besser –, sie werden häufig nicht richtig und vor allem rechtzeitig erkannt, was insbesondere wegen der drohenden Selbsttötungsgefahr seine eigene Brisanz hat.

Über die Häufigkeitsangaben soll hier nicht weiter spekuliert werden, sie unterliegen einem ständigen Wandel, je nach Zielgruppe, Zeit, Land und insbesondere Institution; z. B. in der Klientel von Pflegeheimen oder ambulanten und stationären medizinischen Diensten natürlich am häufigsten. Gesamthaft gesehen handelt es sich aber um eine mindestens zweistellige Zahl, die sich zwischen rund 10 bis 20% in dieser Altersstufe bewegt.

Dabei – und da sei das nächste Kapitel bereits voraus genommen – liegt die Problematik des raschen Erkennens und damit gezielten Behandeln darin, dass bei depressiven Menschen das an sich kennzeichnende Merkmal der Niedergeschlagenheit oder zumindest herabgedrückten Stimmungslage nicht im Vordergrund stehen muss, vor allem nicht im höheren Lebensalter. Außerdem liegt der Schweregrad der Alters-Depression meist im mittelgradigen Bereich, was die rasche Diagnose zusätzlich behindert.

Und schließlich irritiert die Neigung, die nebenbei beide Alterspole kennzeichnet, nämlich Kindheit und höheres Lebensalter, dass die seelische Notlage hier vor allem ins Körperliche umgesetzt wird (Fachbegriff: Somatisierung, vom griech.: soma = Körper). Was heißt das konkret für

### **das depressive Beschwerdebild im Alter**

Grundsätzlich gleichen zwar depressive Episoden des mittleren oder jüngeren Erwachsenen-Alters denen des höheren Lebensalters. Es gilt aber einige „psychopathologische Akzentuierungen der Depressionen des älteren Menschen“ zu beachten. Oder auf Deutsch: Es gibt Leidens-Schwerpunkte, auch wenn sie nicht immer als solche konkret beklagt werden. Auf was ist zu achten?

- **Generelle Aspekte depressiven Leids im höheren Lebensalter:**
- Über die Hälfte aller depressiven Patienten in der hausärztlichen Versorgung klagen nicht über depressive Verstimmungen.
- Ältere Depressive geben mehr somatische (körperliche) Symptome an.

- Ältere Patienten sind insbesondere unter dem Aspekt der Ko-Morbidität zu sehen. Oder allgemein verständlich: Es liegen nicht nur die Depression, sondern auch noch andere seelische und vor allem körperliche Erkrankungen vor, besonders auf internistischem, orthopädischem, aber auch augen- und HNO-ärztlichem Gebiet (Sehschwäche, Hörverlust!).
- Am häufigsten geklagt werden Energieverlust (Antriebsschwäche, Mattigkeit), Appetitlosigkeit (mit z. T. drastischer Gewichtseinbuße), Schlafstörungen und Schmerzen.
- Differentialdiagnostisch (was könnte es sonst noch sein) ist vor allem an die erwähnte Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen zu denken: z. B. Demenz oder andere hirnrorganische Veränderungen, Herz-Kreislauf-Störungen, Schmerzbilder im Rahmen von Wirbelsäule und Gelenken und in seelischer Hinsicht Trauerreaktionen (s. u.).

#### **Das depressive Beschwerdebild selber zeigt im höheren Lebensalter folgende Schwerpunkte:**

- Depressive Herabgestimmtheit (eher im Sinne einer vor allem seelischen, aber auch körperlichen Erstarrung, was konkret nachgefragt werden muss).
- Gefühl der Gefühllosigkeit.
- Freudlosigkeit: selbst in jüngeren Jahren nur selten vom Betroffenen als solche erkannt, im höheren Lebensalter auch noch entschuldigt: „Was soll ich mich in meinem Alter noch freuen?“ Hier wird beispielsweise deutlich, dass das Defizit-Modell früherer Wissenschaftler letztlich auf dem persönlichen Defizit-Modell der Betroffenen beruhte und erst durch neuere Erkenntnisse durch das erwähnte Kompetenz-Modell neutralisiert werden konnte.
- Neigung zu ängstlicher Klagsamkeit bis hin zur andauernden „Jammer-Depression“ (schwer ertragbar, siehe auch der Seufzer: „Patienten haben auch Angehörige...“), aber auch apathischer Rückzug (gleichgültig, teilnahmslos).
- Häufig körperbezogene Klagen mit Überbewertung von zwar vorhandenen Beschwerden und entsprechenden Einschränkungen, aber auch hypochondrisch überzogen; dazu vor allem somatoforme Störungen (früher psychosomatisch genannt) bis hin zu der bekannten „larvierten Depression“, bei der sich seelische depressive Beschwerden hinter der Maske (lat.: larva) körperlicher Leiden verbergen.

- Neigung zu lange anhaltenden körperlichen Beschwerden über die depressiven Phasen hinaus (Fachbegriff: episodien-überdauernde Restsymptome), am ehesten im Sinne von Befindlichkeitsstörungen: Antriebsverlust, niedergedrückte Stimmung, aber auch schwindelige Benommenheit, Schlafstörungen, innere Unruhe, Nervosität und Anspannung.
- Nicht selten ein so genannter depressiver Wahn, vor allem bei erstmaliger Depressions-Erkrankung im höheren Lebensalter. So etwas wird zuerst als „psychotisch“ oder noch direkter als „schizophren“ verkannt. Es muss bei dieser Wahnform aber im depressiven Zusammenhang gesehen werden, nämlich am häufigsten als Schuld- und/oder Verarmungswahn.

Der Wahn des Schizophrenen ist meist nicht nachvollziehbar, der des Depressiven zwar inhaltlich auch nicht, passt aber eher in den depressiven Gesamtzustand (z. B. „schwarze Brille“: alles nur negativ, pessimistisch, hoffnungslos sehen). Es kann sogar zu akustischen Halluzinationen (Gehörs-Sinnestäuschungen) kommen, dann aber ebenfalls beschwerdetypisch (z. B. Stimme des verstorbenen Partners, der ins Grab ruft). Oder eine etwas schlichte, aber gut merkbare Metapher:

Beim schizophrenen Wahn weist der „Zeiger der Schuld“ eher auf die anderen, beim depressiven Wahn meist auf sich selber.

- Gefahr des direkten oder indirekten „selbstdestruktiven Verhaltens“ (oder auf Deutsch: Hand an sich legen?). Die erhöhte Suizidrate im Alter, vor allem im Rahmen einer Vereinsamung (z. B. Witwer über 70) ist nicht zu unterschätzen. Das geht von der unzureichenden Therapietreue (z. B. Einnahmezunverlässigkeit der verordneten Medikamente) bis zur Lebensverweigerung („stiller Suizid“). Und schließt natürlich konkrete Selbsttötungsmaßnahmen mit ein, die nicht nur auf einen altersbedingt weniger belastbaren Organismus treffen, sondern auch mitunter „schaurig konsequent durchgezogen werden können“.
- Zuletzt die mögliche Vermischung mit einer realen Demenz, von der aber die so genannte depressive Pseudodemenz abzugrenzen ist, d. h. eine vorübergehende Demenz-Phase durch die geistig total „ausdörrende“ Depression (die gefürchtete „totale Leere im Gehirn“), was nach Abklingen der depressiven Episode wieder (völlig?) zurückgeht.

### **Zur Klassifikation affektiver Störungen im höheren Lebensalter – ein Überblick**

Aufgrund der Vielgestaltigkeit ihrer Krankheitsbilder war die Psychiatrie im Allgemeinen und die Depression im Speziellen seit jeher auch einer Vielfalt von Unterteilungen ausgesetzt, je nach Autor: früher lehrbuch-aktive Professoren

und Klinikchefs mit ihren „Schülern“, später psychiatrische Institutionen, Gesellschaften, Arbeitskreise, inzwischen die weltweit tonangebende Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 sowie die mächtige Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) mit ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-V.

Für die Fachwelt ist noch längst keine Einigung in Sicht. Damit sehen sich Ärzte und Laien inzwischen einer verwirrenden Zahl von nomenklatorischen (Fachbezeichnungen) Vorschlägen ausgesetzt, die dem Leidensbild bzw. der konkreten Benennung depressiver Syndrome im Alter gerechter werden sollen. Nachfolgend deshalb erst einmal ein Überblick nach M. Wolfersdorf et al. (2005) über die gängigen Begriffe früher und heute ohne Anspruch auf Vollständigkeit (und durchgehende Sinnhaftigkeit...):

### **Früher und auch noch heute häufig verwendete Begriffe zur Beschreibung depressiver Syndrome im *Alter***

Depressive Episode, rezidivierende (immer wiederkehrende) depressive Störung, Anpassungsstörung, Depression bei bipolarer affektiver Störung (manisch-depressiv), Spätdepression, Altersdepression, Depression im Alter, subsyndromale (subdiagnostische) Depression, larvierte (maskierte) Depression, endogene Depression, neurotische Depression, reaktive Depression, organische (somatogene = körperlich begründbare) Depression, vaskuläre (das Gefäßsystem betreffende) Depression, post stroke-depression (nach einem Hirn-schlag), wahnhafte Depression, Involutionsdepression (im Rückbildungsalter), Jammerdepression, depressive Pseudodemenz u.a.m.

Was sich eines Tages durchsetzen wird, bleibt derzeit noch offen.

Erfreulich einig ist man sich dagegen bei der Frage: Was kann eine Depression im höheren Lebensalter auslösen, verstärken, unterhalten und rückfallgefährlich machen?

### **Was kann eine Depression im höheren Lebensalter auslösen?**

Zu den offenbar wichtigsten Auslöse-Faktoren einer Depression im höheren Lebensalter gehören – und das weiß man schon seit langem, nur wird es inzwischen auch therapeutisch erfolgreich angegangen –, folgende Aspekte:

- Verlust und Verlassenwerden von wichtigen Bezugspersonen, wozu nicht nur nahe Angehörige gehören, sondern auch Freunde und gute Bekannte, Nachbarn u. a. Denn das subjektive Alleinsein wird zur Verlassenheit, zur

Einsamkeit. Es drohen nicht nur Trauer, sondern auch unzureichende „Trauerarbeit“, wie man die jetzt folgende schwere Zeit umschreibt. Dazu gehören auch die „Ur-Ängste“ des Ausgeliefertseins oder nüchtern: Versorgungs- und Betreuungsprobleme bei Krankheit und Hilfsbedürftigkeit.

- Vielleicht schon vorher, meist aber danach drohen auch der Verlust von Gewohntem in Haushalt, Wohnung/Haus, Arbeit (s. u.), Freizeit und Umfeld (z. B. Umzug in ein Heim, insbesondere wenn er erzwungen werden musste). Das ist der große Problemkreis von Abschiednehmen-Müssen, von Lebenskonzepten und -phantasien – oder noch schlichter, aber lebens-prägend: Abschied vom „mittleren Lebensabschnitt“. So etwas nannte man früher einen „Renten-Schock“ oder „Pensionärs-Bankrott“.
- Und damit meist verbunden die Beendigung der Erwerbstätigkeit (vorzeitig oder altersentsprechend): d. h. Verlust von Kontakt, ggf. Selbst- und Fremdbestätigung und damit Selbstwertverlust („Minderwertigkeitsgefühle?“). Und die (erzwungene?) Einengung auf „nicht-nützliche und nicht-sinnvolle Hobbys“, besonders wenn sie zuvor nicht gehegt und gepflegt wurden. Vielleicht sogar der (ungeliebte?) Zwang zur verstärkten Beziehungsaufnahme zu Partner, Familie und Umgebung (dessen Wegfall dann später ebenfalls beklagt wird – s. o.). Und damit die Einengung auf bisher ungewohnte Lebensbereiche einschließlich Freizeit. Das ist – nebenbei gesagt – *nicht* jedermanns größter Wunsch, das muss hier einmal nüchtern festgestellt werden im Gegensatz zu dem mitunter fast schon penetranten Vorwurf: „Na nun freu’ Dich doch endlich!“
- Schließlich das Nachlassen und/oder der Verlust der körperlichen Funktionstüchtigkeit und damit Selbstverfügbarkeit (beispielsweise die Angst vor „Rheuma“ und seine schmerzhaft-einschränkende Folgen bis hin zum „Alter als Siechtum“). Die Multimorbidität (Vielfach-Erkrankung) wird im Alter zum Kern-Problem, und zwar nicht nur körperlich, auch psychosozial: Leiden als chronische Einschränkung von Lebensvollzügen, als (hilfloses, auf jeden Fall zur Dankbarkeit verpflichtendes?) Angewiesensein auf Verständnis, Unterstützung, Hilfe und Pflege – bis hin zum „Ausgeliefertsein“.

Man denke nur an die nicht seltenen Beziehungsprobleme im höheren Lebensalter mit dem Partner, insbesondere pflegebedürftigen Partner, mit dem damit verbundenen, ggf. überfordernden Rollenwechsel, mit erwachsenen Kindern und Enkelkindern, die ihren eigenen Lebensstil pflegen und ggf. auch „rücksichtslos durchsetzen“ können u. a.

- Zuletzt die Angst vor dem „Älterwerden“ und schließlich „Alt-sein“ generell, was aber nicht nur Furcht vor Autonomieverlust und Abhängigkeit bedeutet, sondern vielleicht sogar Panik vor dem letzten Lebensabschnitt. Und das heißt in einem gnadenlosen Begriff: „Nähe zum Tod“.

Jeder Lebensabschnitt endet mit dem nächstfolgenden (von der Jugend zum Erwachsenenalter, von dort zum „dritten Lebensalter“). Nur der letzte endet – mit dem wirklichen Ende, dem Tod. Wie wird er sein? Gnadenvoll schlagartig (was aber nicht immer gnadenvoll sein muss), ein mühseliger Sterbeprozess, Siechtum, vor allem Schmerzen, Atemnot, Todes-Panik?

### **Heute die anderen – morgen...?**

Die psychologischen und psychodynamischen Überlegungen zur Depression im Alter sind ein weites Feld. Hier sind noch viele Erfahrungs-Schätze zu heben, die bisher noch nicht einmal bekannt, geschweige denn genutzt wurden. Ihr Schwerpunkt liegt vor allem im Alltag – und damit bei uns allen. Haben wir uns schon einmal um die Frage gekümmert: Gibt es Angehörige, sonstige Verwandte, Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen, Bekannte, die Bedarf hätten, über diese Nöte einmal zu sprechen, sich auszusprechen, sich etwas Erleichterung zu verschaffen?

Man sollte sich nicht scheuen, hier ggf. hilfreichen Kontakt anzubieten. Denn eines Tages gehört man selber „zur anderen Seite“, die nach einer solch hilfreichen Zuwendung hungert.

### **Depressionen im Alter – ein weites Feld**

Depressive Störungen im höheren Lebensalter unterscheiden sich also prinzipiell nicht von solchen des mittleren oder jüngeren Lebensalters, sieht man einmal von der so genannten „pathoplastischen Akzentuierung durch das Alter“ ab – und durch die im Alter auftretenden körperlichen Erkrankungen. Denn beim größten Teil der depressiven Syndrome beim alten Menschen handelt es sich vermutlich um „Anpassungsstörungen“ im Sinne von zwar verstehbaren Reaktionen auf die besonderen Lebensumstände, die aber niemand realisiert.

Warum? Das darf man offenbar nicht nur den „anderen“ und damit unserer „lieblosen Zeit und Gesellschaft“ anlasten. Das hat auch etwas mit der jetzigen „Kriegs- und Nachkriegs-Generation“ zu tun – und ihrer offenbar besonders ausgebildeten Zurückhaltung bis Unfähigkeit, Gestimmtheiten und Gefühle auszudrücken. Mögen die Jüngeren den Älteren auch etwas „jammerig“ erscheinen, psychohygienisch ist es sicher „gesünder“, seine Nöte zu verbalisieren, anstatt sie nach innen zu drücken und damit eine „psychosomatischen Implosion“ zu provozieren (Schwerpunkte: Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Immunsystem, Zentrales Nervensystem, neuerdings vor allem Wirbelsäule und Gelenke).

Die meisten depressiven Episoden mit Erst-Erkrankung im höheren Lebensalter sind also psychogenetisch (Erbanlage: die Erhebung einer sorgfältigen Vorgeschichte mit allen Verwandten ist gerade bei Depressionen ein ergiebige Feld!) und psychosozial versteh- und ableitbar. Letzteres, also reaktiv ausgelöste Depressions-Ursachen nannte man früher Trauerreaktionen, abnorme Reaktionen, Konflikt- und Überforderungsreaktionen, heute Anpassungs- und Belastungsstörungen.

Wichtig sind auch andere seelische Störungen, die mit depressiven Zuständen einhergehen können. Hier vor allem Angststörungen, nicht-organische Schlafstörungen, dementielle Erkrankungen (Stichwort Alzheimer), paranoide (lange anhaltende Wahn-Erkrankungen), der häufige (wenn auch heimliche) Missbrauch oder gar die Abhängigkeit von Alkohol, Beruhigungs- und Schlafmitteln vom Typ der Benzodiazepine u. a.

Und vor allem die „somatische Ko-Morbidität“, d. h. ein oder mehrere zusätzliche organische Erkrankungen. Das sind die schon erwähnten Demenzen (neben der Alzheimer-Krankheit auch andere Formen), die Parkinsonsche Erkrankung, längerfristige Vitamin-B12 bzw. Folsäure-Mangelsyndrome, endokrine Störungen (vor allem Hypo-, aber auch die Hyperthyreose, also die Unter- und Überfunktion der Schilddrüse) und Tumore (in der Regel im Gehirn und sich von dort durch Tochtergeschwülste im übrigen Organismus verbreitend).

Probleme machen aber auch beispielsweise Magen-Darm- und Bauchspeicheldrüsen-Tumore. Und der Zustand nach Schlaganfall (die erwähnte post stroke-Depression) sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. nach einem Herzinfarkt). Und nicht zuletzt die ebenfalls schon erwähnten Seh- und Hörbehinderungen, die Bewegungseinschränkungen (chronisch rheumatische Erkrankungen mit Abhängigkeit von Gehhilfen).

Außerdem – nicht zu vergessen, meist aber gar nicht in Betracht gezogen –, die depressions-auslösenden bzw. -unterhaltenden Nebenwirkungen bestimmter Arzneimittel (wozu bei den Psychopharmaka auch manche antipsychotische Neuroleptika gehören, die zwar auf ihrem Gebiet einen segensreichen Einfluss entfalten, aber eben auch ihre unerwünschten Begleiterscheinungen haben können).

## **Verstimmungen – Trauer – Depression**

Verstimmungszustände bzw. Stimmungsschwankungen sind allgemeine Möglichkeiten menschlichen Erlebens. Trauer ist die schmerzliche Folge eines Schicksalsschlages, aber ebenfalls eine natürliche Reaktionsweise. Die Depression dagegen ist eine Krankheit, die einer entsprechenden Therapie bedarf.

Am unsichersten ist man bei der Differenzierung von Trauer und Depression. Dazu die entsprechenden Unterscheidungs-Hilfen (was zwar gerade beim älteren Menschen nicht immer einfach ist, aber durchaus verwertbare Hinweise liefert):

- Bei einer *Depression* finden sich vor allem seelisch-körperliche Hemmung, Suizidgedanken, Gefühle von Wertlosigkeit und Hoffnungslosigkeit, lange und zermürbende Schlafstörungen, eine ausgeprägte Niedergeschlagenheit sowie Schuldgefühle und Erschöpfung.
- Bei der *Trauer* finden sich ebenfalls und u. U. genauso heftig Niedergeschlagenheit und Schlafstörungen, selbst Interesselosigkeit, Erschöpfung und manchmal Schuldgefühle (wenngleich deutlich weniger und kürzer), aber in der Regel keine seelisch-körperliche Blockierung, keine Gefühle von Wertlosigkeit und Hoffnungslosigkeit und nur selten (insbesondere nicht korrigierbare oder verscheuchbare) Suizidgedanken.

### Die Therapie depressiver Zustände

Bei der Manie, der krankhaften Hochstimmung und damit Gegenstück der (früher endogen genannten) Depressionen heißt der treffende Satz: Die Therapie einer Manie ist kein Problem – wenn sie zustande kommt. Das ist nachvollziehbar: Wer will sich auch behandeln lassen, wenn er sich so aktiv, glücklich und erfolgreich fühlt wie noch nie – wenn auch krankheitsbedingt, was aber nicht so empfunden wird.

Bei der Depression aber ist alles anders. Deshalb sollte man meinen, die Betroffenen suchen so früh als möglich ihren Arzt auf und sind dankbar, dass sich die therapeutischen Möglichkeiten, also Psycho-, Sozio- und Pharmakotherapie in den letzten Jahrzehnten so optimiert haben – zum Vorteil der Betroffenen und ihren Angehörigen (das muss gerade bei der Altersdepression öfter wiederholt werden). Doch auch hier kommen die meisten Patienten (noch immer) nicht in Behandlung, schon gar nicht in rechtzeitige, fachmännische und ausreichend langfristig angelegte. Das heißt nichts anderes als unnötiges Leid und manchmal sogar folgenschwere (Kurzschluss-)Entscheidungen. Dabei sei dieses Kapitel nur mit einem einzigen Satz abgeschlossen:

Es gibt kaum ein Gebiet seelischer Störungen, das in den letzten Jahrzehnten solch spektakuläre Fortschritte in therapeutischer Hinsicht machen durfte.

Kurz: Depressionen nehmen zu. Sie gelten in der Tat noch immer als die gefürchtetsten aller seelischen Krankheiten (vielleicht sogar aller Krankheiten schlechthin). Doch Depressionen müssen heute kein unabänderliches Schick-

sal mehr sein. Die modernen Behandlungsmöglichkeiten eröffnen inzwischen einen hoffnungsvollen Heilungsverlauf. Das setzt allerdings das rechtzeitige Daran-Denken und konsequente Behandlungswilligkeit voraus. Oder kurz: Erkennen – Anerkennen – Therapiewilligkeit – und schon auch Geduld (wobei die Erinnerung etwas weiterhilft, wie es den Tausenden von Generationen zuvor ergangen sein mag...).

Grundlage aber allen Bemühens (und Erfolgs!) sind ein ausreichendes Informations-Bedürfnis und der Wille, sich die notwendigen Kenntnisse anzueignen und umzusetzen. Letzteres gilt nicht nur für Ärzte, Psychologen, Fachschwestern und -pfleger, Sozialarbeiter u. a. – es gilt auch für den Laien. Warum? Er ist viel näher am Betroffenen als alle anderen, die naturgemäß nur dann aufgesucht und bemüht werden, wenn es nicht mehr anders geht. Der informierte und hilfswillige Angehörige, Freund, Nachbar, Arbeitskollege, sie alle sind die Grundlage, das Eingangstor zur fachmännischen Hilfe.

Für ihre unverzichtbare Aus- und Weiterbildung gibt es inzwischen zahllose Unterstützungsmöglichkeiten: Sachbücher, Broschüren, Zeitungsartikel, Funk- und Fernsehbeiträge und insbesondere das Internet. Mögen manche ihre Grenzen oder gar Schwächen haben, es kommt einfach darauf an, hellhörig und hilfsbereit zu sein, man muss alles nutzen, was weiterhilft. Denn Depressionen vergehen zwar wieder und es bleibt (in der Regel fast) nichts zurück. Sie sind aber eben auch das Leiden mit dem größten Leid. Und sie gehören zu den tödlichsten Krankheiten – nämlich von eigener Hand. Hier macht übrigens auch ein depressiver Seufzer hellhörig, der als risikoreiche sowie falsche Selbst-Anschuldigung interpretiert werden sollte, nämlich:

„Ich bin nichts, ich kann nichts, man mag mich nicht – und an allem bin ich selber schuld“.

Tatsächlich gibt es nichts, was die Not der Betroffenen so eindrücklich in einem einzigen Satz wiedergibt. Hier tut Hilfe not, rasche und konsequente Hilfe. Dazu diese Ausführungen.

Weitere Einzelheiten zum Thema siehe die vergleichbaren Kapitel  
in der Sparte *Psychiatrie heute* dieser Internet-Serie

**<http://www.volker-faust.de/psychiatrie>**