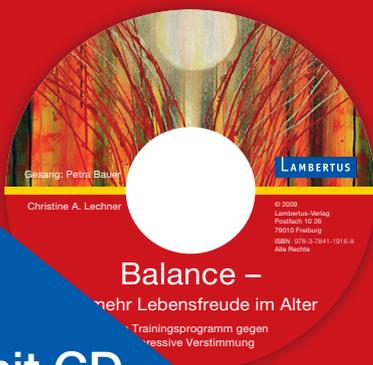




Christine A. Lechner

# Balance – für mehr Lebensfreude im Alter

Ein Trainingsprogramm gegen depressive Verstimmung



mit CD

LAMBERTUS

**Christine A. Lechner**

**Balance – für mehr Lebensfreude im Alter**

**Ein Trainingsprogramm  
gegen depressive Verstimmung**

**L**AMBERTUS

Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme  
Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei  
der Deutschen Bibliothek erhältlich.

**Alle Rechte vorbehalten**

© 2009, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau  
[www.lambertus.de](http://www.lambertus.de)

**Umschlaggestaltung:** Nathalie Kupfermann, Bollschweil  
„unter Verwendung eines Bildes von Almut Haneberg“

**Herstellung:** Franz X. Stückle, Druck und Verlag, Ettenheim  
ISBN 978-3-7841-1916-8

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	5
<b>Einführung</b> .....	7
<b>Danksagung</b> .....	8
<b>Allgemeiner Teil: Wissenswertes über Depression</b>	
1      Allgemeines zur Depression .....	9
2      Klassifikation und Symptomatik .....	9
3      Ursachen .....	10
3.1    Aus neurobiologisch-medizinischer Sicht .....	100
3.2    Aus psychologisch-therapeutischer Sicht .....	11
4      Verlauf .....	11
4.1    Angst und Depression gemischt – ein häufiges Krankheitsbild .....	12
5      Exkurs: Depression im Alter – Risikofaktoren – Behandlungsmöglichkeiten .....	12
5.1    Risikofaktoren .....	12
5.2    Behandlungsmöglichkeiten .....	13
5.2.1    Medikamente oder Psychotherapie? .....	13
5.2.2    Psychotherapie .....	13
5.2.3    Medikamentöse Therapie .....	14
5.2.4    Medikamente und Nebenwirkungen .....	14
6      Weitere Heilungsansätze, deren sich das Trainingsprogramm bedient .....	16
6.1    Positive Psychologie .....	16
6.2    Die Depression aus Sicht der Logotherapie .....	16
6.3    Die Depression aus spiritueller Sicht .....	17
6.3.1    Eine Sehnsucht bricht auf .....	18
6.3.2    Die Wüstenväter als erste Therapeuten .....	18
6.4    Wissenschaftliche Erkenntnisse zum Wirkfaktor Glaube und Religiosität .....	19
6.5    Atmen, Singen und Bewegen als Ressourcen für Körper, Seele und Geist .....	19
6.6    Narrative Elemente .....	20

<b>Das Trainingsprogramm in zwölf Schritten</b> .....	21
Trainingseinheit	
Sich gegenseitig kennen lernen und Einführung in das Trainingsprogramm .....	24
Trainingseinheit	
Persönliche Trainingsziele finden .....	30
Trainingseinheit	
Tages- und Wochenstruktur planen .....	34
Trainingseinheit	
Persönliche Fähigkeiten und angenehme Tätigkeiten entdecken .....	40
Trainingseinheit	
Biographiearbeit – Lebenserinnerungen .....	44
Trainingseinheit	
Das etwas andere Gedächtnistraining – positive Gedanken speichern und abrufen .....	53
Trainingseinheit	
Bewältigung von Krisen .....	58
Trainingseinheit	
Depression verstehen und Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen .....	63
Trainingseinheit	
Miteinander reden und Kontakte pflegen .....	68
Trainingseinheit	
Mein Leben – sinn- und wertvoll .....	72
Trainingseinheit	
Das Leben feiern .....	78
Trainingseinheit	
Rückblick und Ausblick .....	83
<b>Text zu den Liedern auf Begleit-CD</b> .....	87
<b>Einige leichte Übungen aus Atemtherapie</b> .....	88
<b>Hilfreiche Adressen und Webseiten</b> .....	90
<b>Literatur</b> .....	91
<b>Die Autorin</b> .....	93

# Vorwort

Volkskrankheit Depression: bei etwa 5 Prozent der deutschen Bevölkerung liegt aktuell eine depressive Störung vor und etwa 10 Prozent erkranken einmal oder mehrmals in ihrem Leben an einer schweren depressiven Episode (Kompetenznetz Depression).

Zu einer Depression trägt das Zusammenwirken verschiedener Faktoren bei, wie Veranlagung, körperliche Erkrankungen, belastende Lebensereignisse und schwierige soziale Umstände.

Für die Behandlung der Depression stehen die Psychotherapie (z.B. kognitive Verhaltenstherapie) und die Pharmakotherapie mit Antidepressiva zur Verfügung, oft auch als Kombination. Weitere Behandlungsmöglichkeiten sind Schlafentzug/Wachtherapie, Lichttherapie, Elektrokrampftherapie. In der Erprobung befinden sich derzeit noch die sogenannte transkranielle Magnetstimulation und die Vagusnervstimulation.

Viele Depressionen äußern sich in somatischen Beschwerden und erschweren deshalb die Diagnose. Eine Früherkennung der Depression ist jedoch entscheidend, um die Gefahr von Suizidversuchen und Suiziden einzuschätzen. Im Alter können vielfältige Verlusterlebnisse mit eingeschränkter körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit zu Depressionen führen. Insgesamt ist die Erkrankungsrate zwar nicht häufiger als bei jüngeren Menschen, jedoch sind insbesondere Männer stärker suizidgefährdet.

Das vorliegende Trainingsprogramm „Balance – für mehr Lebensfreude im Alter“ entstand als Teil eines Projektes des Caritas Zentrum München West „Leben im Alter – wohnen daheim“. Das Buch von Frau Lechner ist in erster Linie als Anleitung für Multiplikatoren gedacht, also für Psychologen, Sozialpädagogen, Theologen, Lehrer, die mit Gruppen bereits Erfahrung haben und die gerne mit älteren Menschen arbeiten, wie in Einrichtungen der offenen Altenarbeit, der Gerontopsychiatrischen Dienste und in den Pfarrgemeinden. Das Buch vermittelt eine Grundinformation über das Krankheitsbild der Depression und deren Behandlungsmöglichkeiten. Wesentliche Basis der zwölf Trainingseinheiten ist die kognitive Verhaltenstherapie, die um eine spirituelle Dimension erweitert wird.

Zur Prävention und besseren Versorgung depressiver Verstimmungen im Alter wünsche ich dem Buch eine weite Verbreitung.

München, im Mai 2009

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych.  
Wolfram Bender  
ehem. Ärztlicher Direktor des Klinikum München Ost



# 1 Einführung

Balance zu finden in einer Gesellschaft, die die Extreme liebt und alles bis an die äußersten Grenzen auskosten will, ist eine Herausforderung für jeden Einzelnen. „Balance“ bedeutet in unserem Sinne im psychischen Gleichgewicht sein – nicht zu wenig, nicht zu viel. In Bezug auf die körperliche und psychische Verfassung des Menschen heißt Balance, in guter Spannung sein, im Gegensatz zum Dis-Stress, der den Menschen in ständige Hektik und innere Unruhe treibt; Balance heißt aber auch, nicht in die Kehrseite zu rutschen, in die Antriebslosigkeit, die lähmend quälende Müdigkeit und Lustlosigkeit. Da der moderne Mensch und alles um ihn herum ständig in Bewegung ist, ist es für ihn heute mehr denn je eine Lebensaufgabe, sein physisches und psychisches Gleichgewicht zu finden, sein Leben immer wieder neu auszubalancieren zwischen Spannung und Entspannung, zwischen Arbeit und Freizeit, zwischen Aktivität und Ruhe. Dies gilt unabhängig vom Alter; es betrifft bereits Kinder und Jugendliche, sowie berufstätige Erwachsene, zum Beispiel Manager, als auch „junge“ Senioren und alte Menschen.

Um junge Senioren und um ältere Menschen geht es in diesem Buch.

Das hier vorliegende Trainingsprogramm, bei dem der Austausch, das miteinander und voneinander Lernen, das sich gegenseitig Motivieren und Unterstützen einen wesentlichen Bestandteil des Programms ausmacht, eignet sich als Handbuch für die Leiter, die dieses Programm selbst in einer Gruppe von Senioren durchführen wollen, wie auch als Begleitbuch für die Gruppenteilnehmer, um die jeweilig erforderlichen Schritte in ihren Alltag besser umzusetzen. Das Trainingsprogramm kann als Gruppenangebot sowohl zur Prävention einer Depression, wie auch zur Unterstützung der Eigeninitiative bei einer bereits diagnostizierten Depression angewandt werden.

In zwölf Einheiten wird erarbeitet und dargestellt, was erforderlich ist, um sich nicht hilflos der Schwermut beziehungsweise Depression ausgeliefert zu fühlen. Das vorliegende Arbeitsbuch möchte ermutigen und befähigen, sich Kompetenzen anzueignen, um mit einer Depression, mit Krisensituationen und zunehmenden Einschränkungen umgehen zu lernen, damit das Leben auch bis ins hohe Alter als sinnvoll und lebenswert zu erfahren und sich zum Beispiel wieder über kleine Dinge im Leben freuen können!

Von der Lernpsychologie wissen wir, dass der Mensch mit zunehmendem Alter zwar „langsamer“ wird, jedoch bis ins hohe Alter lernfähig ist und bleibt. Diese Erkenntnis will sich dieses Programm zunutze machen, wenn es darum geht sich Ziele zu setzen, eine Tages- und Wochenstruktur zu erstellen, frühere Fähigkeiten und Fertigkeiten zu reaktivieren, soziale Kompetenzen und Kommunikation gegen das Allein- und Einsamsein ins Spiel bringen. Auch die individuelle Lebenserfahrung hat so manche Erkenntnis und einen persönlichen Reifungsprozess gebracht und dies will im Austausch in Kleingruppen nochmals bedacht werden.

# Danksagung

Viele kleine Schritte und viele Menschen haben zur Entstehung dieses Buches beigetragen. Das Projekt „balance“ – gegen Depression im Alter im Caritasverband München setzte den Grundstein dafür. Die Projektgruppe aus verschiedenen Professionen zusammengesetzt, war für mich Ermutigung, Herausforderung und oft auch Quelle inspirierender Gedanken. Dieser Gruppe gilt mein Dank. Insbesondere möchte ich Herrn Ulrich Prasser, Herrn Helmut Schmidt und Frau Elfriede Toth für die ermutigenden Gespräche und für ihre tatkräftige Unterstützung bei der Entstehung des Buches danken. Mein herzlicher Dank gilt auch dem Direktor des Caritasverbandes München und Freising, Herrn Prälat Hans Lindenberger, der als Schirmherr das Projekt wohlwollend begleitete.

Danke auch Frau Eva Rendle und Frau Doris Tröbs, die mit wachem Korrekturauge den Text lasen und nicht zuletzt Frau Sabine Winkler, Lektorin beim Lambertus Verlag für ihre Unterstützung.

Am Schluss möchte ich mich besonders bei Prof. Dr. Dr. Wolfram Bender bedanken, der mir mit seinem umfassenden Wissen und seiner Scharfsinnigkeit half, Dinge auf den Punkt zu bringen.

Für mich persönlich war es eine Freude zu sehen, wie viele Kontakte und Gespräche rund um dieses Buch entstanden sind und hoffentlich weiterhin entstehen, wenn Sie es als Leser in der Hand halten.

# Allgemeiner Teil

## Wissenswertes über Depression

### 1 Allgemeines zur Depression

Wer hat im Bekannten- und Freundeskreis noch nicht sagen hören: „Heute bin ich wieder so depressiv!“

Doch nicht jede Verstimmung ist mit einer krankheitswertigen Depression gleichzusetzen. Stimmungswechsel und Stimmungstiefs gehören zu unserem Menschsein, zu unserem Reifungsprozess dazu, in der Regel vergehen diese auch wieder.

Die Depression hingegen ist eine ernsthafte Erkrankung. Sie belastet unser Gefühlsleben, beeinträchtigt unsere Leistungsfähigkeit, unser Gedächtnis und unsere Begeisterungsfähigkeit. Der gesamte Alltag erscheint beschwerlich, selbst kleine Verrichtungen werden zu unüberwindlichen Problemen. Dies wird im Alter noch deutlicher spürbar als in jüngeren Jahren. So können im Alter körperliche Einschränkungen und/oder Schmerzen Auslöser für eine Depression sein, wie wir noch sehen werden.

In den letzten Jahren standen die depressiven Erkrankungen im Fokus der Forschung. An Hand wissenschaftlicher Studien wurde festgestellt, dass die Depression inzwischen zu den häufigsten Volkskrankheiten zählt. Circa vier Millionen Menschen leiden in Deutschland an einer depressiven Störung und nur ein geringer Teil der betroffenen Bevölkerung ist ausreichend versorgt (Kompetenznetz Depression).

Wie bereits dargelegt, wechselt die Stimmung der meisten Menschen häufig. Selbst innerhalb weniger Stunden kann sie sich mehrmals verändern. So lässt zum Beispiel ein freudiges Ereignis die Stimmung steigen, folgt darauf ein Anruf mit einer traurigen oder ärgerlichen Botschaft, fällt das Stimmungsbarometer in den Keller. Heiterkeit und Traurigkeit lösen sich in raschem Wechsel ab. Das macht unser Menschsein einerseits anstrengend, andererseits auch interessant und spannend. Gefühle sind ein wesentlicher Bestandteil des Menschseins überhaupt und wir müssen früher oder später damit umgehen lernen, wenn wir unserem Menschsein gerecht werden wollen.

### 2 Klassifikation und Symptomatik

Was unterscheidet nun die aus dem Alltag bekannten Stimmungstiefs von einer Depression? – Die Übergänge sind fließend und manchmal ist es schwer, die Depression als Krankheit zu erkennen, sowohl für Betroffene als auch für Angehörige und manchmal sogar für Hausärzte, da die Patienten häufig über die unterschiedlichsten Beschwerden klagen.

Die Depression ist eine ernsthafte Erkrankung. Die Hirnforschung hat gezeigt, dass die Depression mit einer Störung der Transmitter (= Botenstoffe) im Gehirn einhergeht.

Eingeteilt wird die Depression nach Schweregrad: In eine **leichte**, eine **mittelschwere** und in eine **schwere Depression** und erkennbar ist sie an verschiedenen Symptomen.

Vorrangig sind zu nennen:

- Antriebslosigkeit und erhöhte Erschöpfbarkeit
- niedergedrückte Stimmung (oft wochenlangem Rückzug)
- Freudlosigkeit und häufiges Sinnlosigkeitsgefühl

Weitere Symptome:

- Entscheidungsunfähigkeit, eine Neuorientierung ist kaum möglich,
- Schlaflosigkeit und bei zunehmender Müdigkeit sich nicht erholen können,
- körperliche Beschwerden,
- Gedächtnisprobleme und häufiges Grübeln,
- Ängste verschiedenster Art, zum Beispiel Angst unheilbar körperlich krank zu sein, Angst zu verarmen, soziale Ängste oder andere allgemeine Zukunftsängste,
- häufiges Weinen oder auch das Gefühl der Gefühllosigkeit und der inneren Leere,
- gereizte Stimmung (tritt bei älteren Menschen vermehrt auf),
- Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme,
- Minderwertigkeitsgefühle und Schuldgefühle (sich für alles schuldig fühlen),
- Suizidgedanken, Suizidversuche, Suizidhandlungen

(Die Selbsttötungsrate ist bei Männern höher als bei Frauen. Es scheint, dass Männer über weniger schützende Mechanismen verfügen als Frauen. Frauen sprechen z.B. allgemein leichter über ihre Probleme und nehmen eher fachliche Hilfe in Anspruch).

## 3 Ursachen

### 3.1 Aus neurobiologisch-medizinischer Sicht

Wie bereits erwähnt, wird die Depression aus neurobiologischer Sicht mit einer Störung der Botenstoffe im zentralen Nervensystem in Zusammenhang gebracht. Die Balance von bestimmten Botenstoffen und das Zusammenspiel verschiedener Hirnregionen ist für die Regelung der Gefühle, des Antriebs und Denkens zuständig. Wird der rasche Abbau dieser Botenstoffe durch Medikamente verhindert, kann dadurch eine antidepressive Wirkung erzielt werden.

Neurobiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass anhaltender Stress die Plastizität des Gehirns vermindert und zu einer Depression führen kann. Durch Stress werden die Hormone Adrenalin und Kortisol vermehrt ausgeschüttet und die Neurogenese (= Neubildung von Nervenzellen) in der Gehirnregion Hippocampus gehemmt. Was in Gefahrensituationen als natürlicher Schutzmechanismus dient – die Stresshormone Adrenalin und Kortisol versetzen in erhöhte Bereitschaft schnell zu reagieren, zu kämpfen, zu fliehen oder sich tot zu stellen – wird bei Dauerstress zur Gefahr.

Erbfaktoren (z.B. ein labiles System der Gefühlsregulation) in Zusammenspiel mit Umweltfaktoren (z.B. belastende Lebensereignisse) spielen zusätzlich eine wichtige Rolle bei der Entstehung einer Depression.

### 3.2 Aus psychologisch-therapeutischer Sicht

Zum psychodynamischen Verständnis der Depression gibt es verschiedene Ansätze:

Tiefenpsychologische Modelle sehen die Depression als Folge zum Beispiel einer Diskrepanz zwischen überhöhtem Leistungswunsch und tatsächlichem Leistungsvermögen (Überich-Depression), einer Aggressionshemmung und Wendung nach innen, eines Objektverlustes (etwa einer geliebten Person) oder einer gestörten Selbstwertregulation. Der tiefenpsychologische Therapieansatz besteht in Aufdeckung und Bewusstmachung der (unbewussten) Probleme und Konflikte sowie Durcharbeitung und Integration in die Gesamtperson unter Stärkung der Ich-Funktion.

Verhaltenstherapeutische Modelle beschreiben die Depression als Folge zum Beispiel erlernter Hilflosigkeit, ungünstiger internalisierter Attributionsprozesse (etwa „ich bin selber schuld“), Verstärkerverlust oder als Fehlregulation im Zusammenspiel von Anlage-, Persönlichkeits- und Umwelt-Faktoren.

Der verhaltenstherapeutische Therapieansatz besteht in Umlernen, Neulernen und Erarbeiten und Anwenden von Bewältigungsstrategien.

Darüber hinaus gibt es noch weitere Therapiemodelle, die jedoch von den Kassen nicht anerkannt sind und dadurch die Kosten für die Behandlung nicht übernommen werden.

## 4 Verlauf

Grundsätzlich wird unterschieden zwischen

- Einmalig auftretenden Episoden depressiver Erkrankungen:  
Dazu zählen alle erstmalig diagnostizierten Depressionen. Es gibt Menschen, die haben nur einmal im Leben eine (schwere) Depression und die Erkrankung tritt im weiteren Leben nicht mehr auf.
- Wiederkehrenden depressiven Phasen:  
Dazwischen können kurze, längere oder lange Zeiten der Gesundheit liegen und plötzlich, meist durch ein äußeres Ereignis ausgelöst, bricht die Depression wieder durch. Solche Auslöser können Belastungen, wie zum Beispiel berufliche Unsicherheit/Überlastung oder Krisen, zum Beispiel familiäre/partnerschaftliche Schwierigkeiten sein.
- Depression im Rahmen einer bipolaren Störung:  
Als bipolare Störungen werden manisch-depressive Erkrankungen bezeichnet. Depressive Stimmung und übersteigerte Hochstimmung wechseln sich ab. In den manischen Phasen kommt es unter anderem zu unrealistischen Gefühlen von Größe und Grandiosität, zu gesteigerter Aktivität und exzessiven Unternehmungen. Diese Störung tritt weniger häufig auf als die unipolare Depression. Zur Behandlung der manisch-depressiven Erkrankung werden vorrangig Phasenprophylaktika eingesetzt (z.B. Lithium, Carbamazepin, Valproinsäure).
- Länger anhaltenden depressiven Zuständen – die Dysthymie:  
Diese Zustände sind in wechselnder Intensität oft über lange Strecken einer Lebensgeschichte vorhanden, wobei der Beginn häufig schwer rekonstruierbar ist. Mitunter können sich Menschen an eine Lebenskrise oder an eine massive Überforderungssituation erinnern, ab der sie sich anders fühlten.

Viele Depressionen verlaufen unerkannt und unbehandelt. Es ist erwiesen, dass insbesondere ältere Menschen, bei denen erst im Alter eine krankheitswertige Depression diagnostiziert wurde, bereits in früheren Lebensabschnitten leichtere oder mittelschwere depressive Phasen durchlebt wurden, die jedoch oft nicht erkannt und noch weniger behandelt wurden. Die langjährige Erfahrung hat gezeigt, dass das Rückfallrisiko bei Depressionen sehr hoch ist. Da Depressionen häufig in neuen Belastungssituationen/Krisen wiederkehren, besteht die Gefahr einer Chronifizierung der Erkrankung. Diese gilt es zu verhindern. Hier ist der alte Mensch besonders gefährdet.

#### **4.1 Angst und Depression gemischt – ein häufiges Krankheitsbild**

Angst und Depression treten häufig gemeinsam auf, auch bei alten Menschen. Dabei kann zuerst die Angst spürbar werden. Angst, schwer krank zu sein, Angst, allein aus dem Haus zu gehen oder Angst vor Menschenmengen, Angst vor der Zukunft, wie es denn weitergehen wird und Angst vor dem Alleinsein und vorm Sterben, um nur einige Ängste zu nennen. Diagnostisch lässt sich eine Angststörung von einer Depression oft schwer abgrenzen, denn depressive Symptome können eine Begleiterscheinung bei den verschiedenen Angststörungen, wie Panikattacken, Phobien oder einer generalisierten Angststörung sein, wie auch umgekehrt Ängste zur Depressionssymptomatik gehören. So kann sich eine Depression auf eine zugrundeliegende Angststörung „aufpfropfen“, wie auch bei einer krankheitswertigen Depression Angstsymptome häufig auftreten. Verschwinden die Angstsymptome beim Abklingen der Depression nicht, dann handelt es sich um eine eigenständige Angststörung, die einer Behandlung bedarf.

## **5 Exkurs: Depression im Alter – Risikofaktoren – Behandlungsmöglichkeiten**

Die Hypothese, dass Menschen altersbedingt – das heißt ältere vermehrt beziehungsweise eher als jüngere Menschen – für eine Depression anfällig sind, hat sich so nicht erwiesen.

Eine Depression kann jeden Menschen in jedem Alter treffen. Allerdings bringt das Alter eine Zahl von Risikofaktoren mit sich, die Auslöser für eine Depression sein können.

### **5.1 Risikofaktoren**

Der älter werdende und der alte Mensch müssen in dieser Lebensphase zahlreiche Verluste verkraften, zum Beispiel:

- den Verlust des Lebenspartners oder eines nahen Familienangehörigen,
- den Verlust der sozialen Rolle, zum Beispiel Eintritt ins Rentenalter,
- den Verlust der körperlichen Leistungsfähigkeit und sie müssen mit, gesundheitlichen Einbußen fertig werden.

Weitere Risikofaktoren sind:

- Veränderung der Stoffwechselprozesse, der Hirnstrukturen und Minderung der psychischen Kräfte,
- Hirnorganische Erkrankungen (z.B. Alzheimer'sche Erkrankung, Schlaganfälle (bei Multiinfarkt-Demenz)),

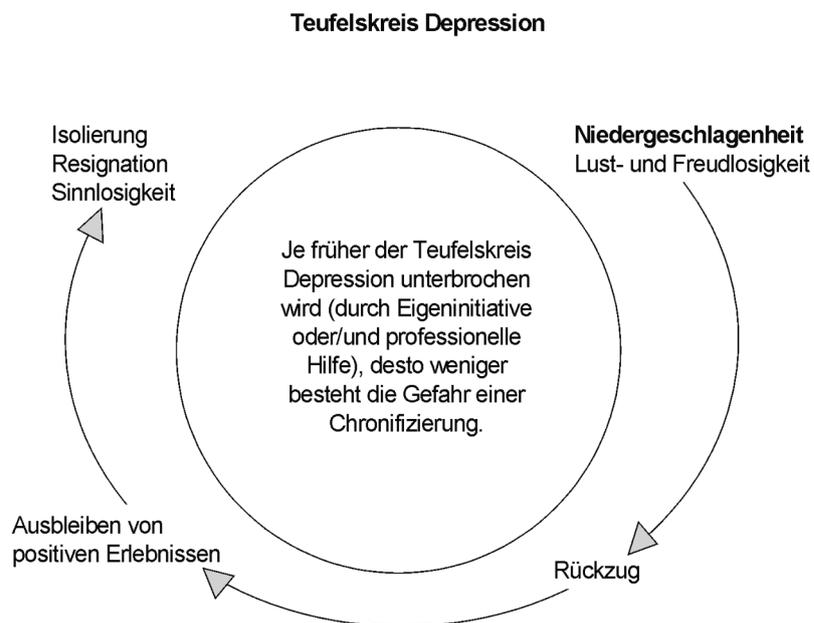
- Einnahme von Medikamenten mit depressiogener Nebenwirkung,
- Schwere Erkrankungen und Krankenhausaufenthalte (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Tumorerkrankungen etc.), sowie Funktionseinschränkungen, wie Minderung der Sehkraft, der Muskelkraft, Einschränkungen in der Beweglichkeit etc.).  
Heute weiß man, dass im Anschluss an schwere körperliche Erkrankungen, vor allem auch nach Operationen, sich häufig eine Depression einschleicht. Und je mehr ein Betroffener auf fremde Hilfe angewiesen ist, umso eher besteht die Gefahr zu resignieren und so der Depression Raum zu geben.
- Bereits in früheren Lebensabschnitten aufgetretene, nicht erkannte und nicht behandelte Depressionen oder häufige körperliche Erkrankungen, die eventuell eine psychosomatische Bewältigungsform des seelischen Zustandes zur Folge hatte.

## 5.2 Behandlungsmöglichkeiten

### 5.2.1 Medikamente oder Psychotherapie?

Grundsätzlich gelten für die Behandlung einer krankheitswertigen Depression im Alter dieselben Kriterien wie für andere Lebensalter.

Die Kombination Medikamente und Psychotherapie bringt nachgewiesenermaßen die besten Erfolge. Dabei geht es um zwei Hauptziele, nämlich einerseits die aktuelle depressive Episode symptomatisch zu bessern und andererseits Rückfälle zu verhindern. In allen Fällen geht es darum, wieder aktiv zu werden, um den „Teufelskreis Depression“ zu durchbrechen.



### 5.2.2 Psychotherapie

Das Bild vom alten Menschen hat sich in den letzten Jahren dahingehend geändert, dass ihm nachweislich eine Lernfähigkeit bis ins hohe Alter zugesprochen wird. Damit besitzt er auch die Fähigkeit, sein Verhalten entsprechend verändern zu können und folglich die

Voraussetzung, sich einer Therapie zu unterziehen. Insofern nehmen neuerdings auch alte Menschen verstärkt Psychotherapie in Anspruch. Inzwischen gibt es eine Reihe von Psychotherapeuten, die im Bereich „Altersdepression“ speziell ausgebildet sind. So können zum Beispiel über die Psychotherapie Koordinationsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen Namen von Psychotherapeuten mit dieser Zusatzqualifikation abgerufen werden. Bei leichten Depressionen kann mit einer psychotherapeutischen Behandlung alleine oft eine ausreichend gute Besserung erzielt werden; bei mittelschweren Depressionen ist eine medikamentöse Behandlung beziehungsweise Psychotherapie unterstützende Begleitbehandlung indiziert. Bei einer schweren Depression steht die medikamentöse Behandlung ganz im Vordergrund.

### **5.2.3 Medikamentöse Therapie**

Da bei alten Menschen eine schwere Depression häufig mit einer Demenz verwechselt wird, ist eine fachärztliche Abklärung dringend anzuraten. Schwere Depressionen können ähnliche Symptome aufweisen, wie sie beim Krankheitsbild der Demenz üblich sind. Während bei der Demenzerkrankung nur bedingt Behandlungserfolge – im Sinne einer zeitlich befristeten Verbesserung der Alltagskompetenz – erzielt werden können, ist die Depression medikamentös gut behandelbar und zunehmend Grundlage für eine anschließende Psychotherapie. Antidepressiva scheinen auf die Hirnfunktionen regulativ einzuwirken und wirken auf das gestörte Gleichgewicht der beteiligten Botenstoffe normalisierend. Die neue Generation der Antidepressiva zeigt weniger Nebenwirkungen (= unerwünschte Wirkungen), weshalb sie gerade bei älteren Menschen aufgrund anderer Grunderkrankungen vorrangig zum Einsatz kommen sollte. Bei einer schweren Depression mit Suizidalität ist eine medikamentöse Behandlung – zumeist auch unter stationären Bedingungen – dringend zu empfehlen.

Antidepressiva wirken nicht sofort, so wie zum Beispiel ein Schmerzmittel, sondern bringen eine langsame Besserung der depressiven Symptome. Mit einer spürbaren Entlastung ist bei den allermeisten Antidepressiva erst nach drei bis vier Wochen zu rechnen.

Wie lange muss ein Antidepressivum genommen werden?

Bei einer Ersterkrankung, die eine medikamentöse Behandlung erfordert, liegt die empfohlene Behandlungsdauer bei etwa sechs Monaten. Viele Menschen, insbesondere auch alte Menschen, neigen dazu, eine medikamentöse Therapie bei Symptombesserung abzubrechen. Da Untersuchungen zeigen, dass ein vorzeitiges Absetzen eines Antidepressivum das Rückfallrisiko erhöht und depressive Symptome sogar verstärkt auftreten können, sollte das Medikament nach Abklingen der Symptome noch ca. ein halbes Jahr weiter eingenommen werden. Eine Langzeittherapie mit Antidepressiva wird dann empfohlen, wenn (schwere) Depressionen immer wieder kommen und das Risiko des Rückfalls hoch ist. Wichtig zu wissen ist, dass Antidepressiva weder die Persönlichkeit verändern, noch abhängig machen.

### **5.2.4 Medikamente und Nebenwirkungen**

Wegen geringerer Nebenwirkungen stehen bei der medikamentösen Therapie die neueren Antidepressiva, die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI = „selective serotonin reuptake inhibitor“), an erster Stelle. Im Folgenden einige SSRI, wobei der Generikum-Name in Kursivschrift angegeben und der Markenname mit ® gekennzeichnet ist:

*Citalopram* (z.B. Cipramil®), *Paroxetin* (z.B. Seroxat®) *Fluoxetin* (z.B. Fluctin®), *Sertralin* (z.B. Zoloft®). Zu den Antidepressiva zählen auch die Monoaminoxidase-Hemmer (MAOH), wie der reversible MAOH (Typ A) *Moclobemid* (z.B. Aurorix®) und der irreversible MAOH (Typ B) *Tranlycypromin* (z.B. Jatrosom N®). Viele Patienten verspüren kaum oder nur geringe Nebenwirkungen bei Einnahme dieser Antidepressiva. Gelegentlich wird bei Beginn der Behandlung über Übelkeit, Durchfall, innere Unruhe, Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen berichtet. Wie unter jedem Medikament kann auch unter SSRI und MAOH in seltenen Fällen eine allergische Arzneimittelreaktion auftreten, die zum Absetzen zwingt.

Da ältere Menschen oft mehr Vertrauen in pflanzliche Heilmittel setzen, kann vom Arzt auch eine Therapie mit Johanniskraut vorgeschlagen werden. Die Akzeptanz dieses pflanzlichen Antidepressivum ist hoch und die Verträglichkeit allgemein gut. Als unerwünschte Wirkung wird bei Johanniskraut erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Sonnenlicht und Interaktionen mit anderen Medikamenten angegeben. Johanniskraut ist neuerdings rezeptpflichtig.

In manchen Fällen kann jedoch auf die konventionellen trizyklischen Antidepressiva (TZA) nicht verzichtet werden, um eine zuverlässige antidepressive Wirkung zu erzielen. Zu den bekannten TZA zählen u.a. *Amitriptylin* (z.B. Saroten®), *Clomipramin* (z.B. Anafranil®), *Imipramin* (z.B. Tofranil®), *Trimipramin* (z.B. Stangyl®). Die trizyklischen Antidepressiva sind nicht selektiv, wirken auf mehrere Botenstoffe/Transmittersysteme des Gehirns ein und haben vermehrt anticholinerge Nebenwirkungen, die sich in Mundtrockenheit, Sehstörungen, Erhöhung des Augeninnendrucks, Harnverhaltung, Obstipation und Verminderung kognitiver Funktionen äußern können. Diese Nebenwirkungen sind insbesondere bei älteren Menschen zu berücksichtigen, bei denen Stoffwechselforgänge verzögert ablaufen. Daher genügt bei der Gabe eines Antidepressivum oft eine geringere Dosis, um den gewünschten Effekt zu erzielen. Häufig nehmen ältere Menschen wegen ihrer körperlichen Erkrankungen eine Vielzahl verschiedener Medikamente ein. Der Arzt, der ein Antidepressivum verordnet, sollte über alle weiteren eingenommenen Medikamente informiert sein, um mögliche Wechselwirkungen berücksichtigen zu können.

Es gibt noch eine ganze Reihe weiterer Substanzen, die bei Depressionen eingesetzt werden, auf die hier jedoch nicht näher eingegangen wird. Noch einmal zu betonen ist, dass Antidepressiva weder die Persönlichkeit verändern noch abhängig machen. Bei den Tranquilizern (Benzodiazepine: *Lorazepam* (z.B. Tavor®), *Bromazepam* (z.B. Lexotanil®) besteht dagegen eine nicht zu unterschätzende Gefahr der Abhängigkeits- und Suchtentwicklung.