

Diplomarbeit

Altersdepression

Biopsychosoziale Aspekte und Auswirkung auf die Suizidalität

eingereicht von

Anja Schmidt

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an

Universitätsklinik für Psychiatrie und

Psychotherapeutische Medizin

unter der Anleitung von

Assoz. Prof. Priv.-Doz. Mag. Dr.med.univ. Andreas Baranyi

Univ.-Prof. Dr.med. Dr.scient.med Hans-Bernd Rothenhäusler, MSc

Graz, September 2020

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 15.09.2020

Anja Schmidt eh

Danksagungen

An dieser Stelle möchte ich mich bei Herrn Assoz. Prof. Priv.-Doz. Mag. Dr.med.univ. Andreas Baranyi bedanken, der mir diese Arbeit ermöglicht hat und mir immer mit wertvollen Kommentaren und Ratschlägen zur Seite gestanden ist.

Ein großes Dankeschön gilt auch meinen Eltern, Großeltern und meinem Bruder, die mich während des Studiums stets unterstützt und mich in Momenten der Verzweiflung wieder aufgemuntert haben. Danke, dass ihr immer an mich geglaubt und mir durch schwierige Zeiten geholfen habt.

Abschließend möchte ich mich bei meinen Studienkolleginnen Isabell Groß, Jacqueline Lenz, Lara Scholle und Anna Strobl bedanken. Danke für eure vielen nützlichen Tipps und die gegenseitige Unterstützung während den stressigen Lernphasen im Studium.

Inhaltsverzeichnis

Danksagungen	3
Inhaltsverzeichnis	4
Abkürzungen	6
Abbildungsverzeichnis.....	7
Tabellenverzeichnis.....	8
Zusammenfassung.....	9
Abstract.....	11
1 Einleitung	13
2 Definitionen	14
2.1 Depression.....	14
2.1.1 Grundlagen der Depression	14
2.1.2 Epidemiologie	14
2.1.3 Symptome.....	15
2.1.4 Syndromatologische Formen der Depression	17
2.1.5 Ätiologie und Risikofaktoren	20
2.1.6 Diagnostik	24
2.1.7 Therapie.....	28
2.2 Biopsychosoziales Modell.....	33
2.2.1 Einleitung	33
2.2.2 Allgemeine Definition	33
2.2.3 Begriffserklärungen.....	34
2.2.4 Erklärung des Modells	34
2.2.5 Der Arzt/die Ärztin im biopsychosozialen Modell	35
2.2.6 Kritik.....	35
3 Material und Methoden.....	37
4 Ergebnisse	39
4.1 Altersdepression	39
4.1.1 Definition.....	39
4.1.2 Epidemiologie	39
4.1.3 Einteilung	39
4.1.4 Diagnostik	40
4.1.5 Komorbiditäten.....	44
4.1.6 Risikofaktoren	44
4.1.7 Zusammenhang mit biologischen Erkrankungen	49
4.1.8 Schutzfaktoren.....	53
4.1.9 Symptome der Altersdepression	54
4.1.10 Folgen.....	55
4.1.11 Therapie	56
4.1.12 Prävention	62
4.2 Suizid von jüngeren und älteren Menschen.....	63
4.2.1 Definition.....	63
4.2.2 Epidemiologie	64
4.2.3 Diagnostik	66
4.2.4 Risikofaktoren	68
4.2.5 Vom Todeswunsch zum Suizid	74
4.2.6 Suizidmethoden	75
4.2.7 Behandlung.....	80

4.2.8	Prävention.....	82
5	Diskussion.....	84
5.1	Schlussfolgerung	88
5.2	Ausblick in die Zukunft.....	89
6	Literaturverzeichnis	90

Abkürzungen

Allgemeine Abkürzungen

Abkürzung	Erklärung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
ggf.	gegebenenfalls
u.a.	unter anderem
z.B.	zum Beispiel

Fachspezifische Abkürzungen

Abkürzung	Erklärung
ACTH	Adrenocorticotropin
CRH	Corticotropin-releasing Hormone
DIA-S	Depression im Alter Skala
EEG	Elektroenzephalografie
EKG	Elektrokardiogramm
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
GDS	Geriatrische Depressionsskala
HAMD	Hamilton Depressionsskala
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
KHK	Koronare Herzerkrankung
M.	Morbus
MAO	Monoaminoxidase
MADRS	Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale
MRT	Magnetresonanztomographie
NSAR	Nichtsteroidales Antirheumatikum
REM	Rapid Eye Movement
SNRI	Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
T3	Triiodthyronin
TRH	Thyreoliberin
TSH	Thyreotropin
TZA	Trizyklisches Antidepressivum
WHO	World Health Organization
WMH	White Matter Hyperintensities
WML	White Matter Lesion

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1- FORMEN DER DEPRESSION. ZUSAMMENFASSUNG AUS VERSCHIEDENEN QUELLEN (9-12).....	17
ABBILDUNG 2 - MULTIFAKTORIELLE ÄTIOPATHOGENESE DER DEPRESSION. (9, 10)	20
ABBILDUNG 3- EINTEILUNG DES SCHWEREGRADES EINER DEPRESSION. (10)	25
ABBILDUNG 4- VERLAUFSFORMEN EINER DEPRESSIVEN EPISODE (2).....	26
ABBILDUNG 5- GRENZWERTE DER RATINGSKALEN (10).....	27
ABBILDUNG 6- HIERARCHIE DES BIOPSYCHOSOZIALEN MODELLS. NACH (17, 19).....	34
ABBILDUNG 7- KOMORBIDITÄTEN ALTERSDEPRESSION NACH MARKSTEINER J, HINTERHUBER H, HARING C (5).....	44
ABBILDUNG 8 – ZUSAMMENFASSUNG DER RISIKOFAKTOREN FÜR SUIZID (8, 11, 80, 81, 83, 89-94)	68
ABBILDUNG 9 - ABLAUF VOM TODESWUNSCH ZUM SUIZID (81)	75
ABBILDUNG 10 - SUIZIDMETHODEN MÄNNER IN ÖSTERREICH 1990-2000 (85).....	77
ABBILDUNG 11 - SUIZIDMETHODEN FRAUEN IN ÖSTERREICH 1990-2000 (85).....	77
ABBILDUNG 12 - SUIZIDMETHODEN MÄNNERN IN ÖSTERREICH 2000-2010 (87).....	78
ABBILDUNG 13 - SUIZIDMETHODEN FRAUEN IN ÖSTERREICH 2000-2010 (87).....	78
ABBILDUNG 14 - SUIZIDMETHODEN DER ÜBER 65-JÄHRIGEN MÄNNER 2000-2004 (84)	79
ABBILDUNG 15 – SUIZIDMETHODEN DER ÜBER 65-JÄHRIGEN FRAUEN 2000-2004 (84)	79

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1 SYMPTOME DER DEPRESSION, AUFGETEILT IN DIE VERSCHIEDENEN GRUPPEN (1, 2, 9, 10).....	15
TABELLE 2 – AUSZUG AUS DER GERIATRISCHE DEPRESSIONSSKALA (32).....	42
TABELLE 3 – AUSZUG AUS DEN DIA-S ITEMS NACH HEIDENBLUT/ ZANK (2009, SEITE 172) (29)	43
TABELLE 4 – FRAGENKATALOG, UM DIE SUIZIDALITÄT ABSCHÄTZEN ZU KÖNNEN NACH LIEB (2016, SEITE 25). (8)	67

Zusammenfassung

Die Depression zählt weltweit mit einer Lebenszeitprävalenz von 5% bis 12% bei Männern und 10% bis 25% bei Frauen zu den häufigsten Erkrankungen. Eine besondere Ausprägung der Depression ist die sogenannte Altersdepression, von der Menschen über 65 Jahre häufig betroffen sein können. Die Altersdepression stellt in Anbetracht der steigenden Zahl älterer Menschen in Folge einer höheren Lebenserwartung eine Herausforderung für die Medizin dar.

Man kann die Altersdepression in zwei Formen einteilen. Die sogenannte „early-onset“ Depression beschreibt eine Depression, die bereits in jüngeren Jahren beginnt und persistiert, beziehungsweise im höheren Alter erneut auftritt. Bei der „late-onset“ Depression handelt es sich um jene Form, die erstmalig nach dem 65. Lebensjahr auftritt. Die Diagnostik der Altersdepression kann durch häufige Komorbiditäten erschwert werden, da diese die Symptome der Altersdepression gelegentlich verschleiern können. Die Risikofaktoren der Altersdepression sind meist multifaktoriell und sie lassen sich mit Hilfe des biopsychosozialen Modells gut veranschaulichen. Zu den wichtigsten kausalen Faktoren beziehungsweise Risikofaktoren der Altersdepression zählen somatische Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes mellitus Typ 2, kardiovaskuläre Erkrankungen und Schlaganfälle bzw. psychosoziale Risiken, wie zum Beispiel der Verlust des Ehepartners, soziale Isolation und die Pflege von Angehörigen. Die Altersdepression führt häufig zu einer Zunahme der Morbidität und Mortalität. Die Altersdepression stellt auch einen wichtigen Risikofaktor für einen Selbstmordversuch bzw. Selbstmord im höheren Lebensalter dar.

Der Anteil der Suizide älterer Menschen über 65 Jahre an der jährlichen Gesamtsuizidrate ist im Steigen begriffen. Dies zeigt auf, dass das höhere Suizidrisiko älterer depressiver PatientInnen besondere Beachtung finden muss. In Österreich gelingt im Durchschnitt jeder 10. Suizidversuch, unter älteren Menschen sogar jeder 4. Das lässt sich unter anderem dadurch erklären, dass ältere Menschen ihre Suizidversuche häufig genauer planen, weniger Andeutungen vor dem Versuch machen und tödlichere Suizidmethoden auswählen.

Die Altersdepression stellt ein häufiges psychiatrisches Krankheitsbild im höheren Lebensalter dar und sie beeinträchtigt häufig die gesundheitsbezogene

Lebensqualität der davon Betroffenen massiv. Ein wichtiges Ziel sollte daher sein die hohen Prävalenzraten der Altersdepression abzusenken. Hierfür benötigt man einerseits eine Früherkennung von Risikopersonen und andererseits adäquate Präventions- und Therapiemaßnahmen. So könnte auch die hohe Suizidrate bei älteren depressiven Menschen gesenkt werden. In der Behandlung der Altersdepression kommt der adäquaten psychopharmakologischen Therapie neben der auf diese Lebensphase abgestimmten psychotherapeutischen Begleitung eine entscheidende Bedeutung zu.

Abstract

Depression is one of the most common illnesses worldwide with a lifetime prevalence of five to twelve percent in men and ten to twenty-five percent in women. A special form of depression is the so-called „old-age depression“ or „late-life depression“, which can affect people over the age of 65. Given the increasing number of older people due to the higher life expectancy, old-age depression presents a challenge for medicine.

There are two types of old-age depression. The so-called "early-onset" depression describes a depression that starts in younger years and persists or recurs in older age. The "late-onset" depression is the second form and occurs after the age of 65 for the first time. Diagnosing elderly depression can be complicated by frequent comorbidities, as these can occasionally mask the symptoms of late-life depression. The risk factors for old-age depression are mostly multifactorial and they can be illustrated with the help of the biopsychosocial model. The most important causal factors or risk factors of elderly depression include somatic diseases such as type 2 diabetes mellitus, cardiovascular diseases and strokes or psychosocial risks such as the loss of a spouse, social isolation and being the caregiver of elderly relatives. Old-age depression often leads to an increase in morbidity and mortality. Late-life depression represents an important risk factor for elderly people attempting suicide.

The proportion of suicides among older people over the age of 65 compared to younger people increases annually. This shows that the higher suicide risk of older depressed patients has to be given special attention in the future. In Austria, one in ten suicide attempts succeeds, and one in four among older people. This can be explained, among other things, by the fact that older people often plan their suicide attempts more precisely, make fewer suggestions before attempting them and choose more lethal suicide methods.

Depression is a common psychiatric clinical picture in old age and most of the time it massively affects the patients' health-related quality. An important goal should therefore be to lower the high prevalence rates of old-age depression. On the one

hand, this requires early detection of persons of particular risk. On the other hand, this involves adequate prevention and therapy measures. These could also lower the high suicide rate among older depressed people. In treating elderly depression, adequate psychopharmacological therapy is of crucial importance in addition to the psychotherapeutic support tailored to this phase of life.

1 Einleitung

In der heutigen Zeit gehört die Depression zu den weltweit häufigsten psychischen Erkrankungen. So wird angenommen, dass ungefähr jeder 10. Mensch zu einem Zeitpunkt seines/ihrer Lebens davon betroffen ist. (1) Menschen über 65 Jahren leiden häufig an einer speziellen Ausprägung der Depression, der sogenannten Altersdepression. (2) Die Altersdepression und die damit einhergehende erhöhte Mortalitätsrate (3) stellen in Anbetracht der höheren Lebenserwartung und der steigenden Anzahl älterer Menschen eine neue Herausforderung für die Medizin dar. (4)

Jährlich nehmen sich eine Million Menschen weltweit das Leben. (5) Dabei steigt das Verhältnis der über 65-jährigen Suizidopfer im Vergleich zu den jüngeren Menschen stetig an. (6) Ältere Menschen mit Altersdepressionen, haben somit auch ein deutlich erhöhtes Suizidrisiko. (7, 8)

Ziel dieser systematischen Literaturübersicht ist es, multifaktorielle Risikofaktoren der Altersdepression und des Suizides im höheren Lebensalter unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Modells zu beleuchten. Für diese gezielte Literaturrecherche wurden die wichtigsten Studien der letzten 20 Jahre herangezogen. Verwendete Suchwörter für Pubmed waren „old age depression“ / „late life depression“, „late life suicide“ und „eldery depression and suicide“. Neben den Ursachen einer Depression im höheren Lebensalter sollen die Folgen und die möglichen Therapien der Altersdepression erklärt werden. Abschließend wird die Frage untersucht, inwieweit sich die Depression im höheren Lebensalter auf das Suizidalitätsrisiko auswirkt.

Die Diplomarbeit ist in zwei Bereiche gegliedert. Der erste Teil beschäftigt sich mit den theoretischen Grundlagen der Depression, inklusive Beschreibung der Symptome, der Diagnostik und der Therapien unabhängig vom Lebensalter. Zusätzlich wird das biopsychosoziale Modell kurz erläutert, mit dem die Risikofaktoren der Depression eingeordnet werden können.

Die Depression im höheren Lebensalter bildet die Grundlage des zweiten Teils. Die Definition, die Epidemiologie, die Beschreibung der Risikofaktoren und Symptomen, sowie spezifische Aspekte der Therapie und Prävention der Altersdepression bilden den Fokus des zweiten Teils. Außerdem befasst sich der

zweite Teil mit den Zusammenhängen zwischen Altersdepression und dem erhöhten Suizidrisiko im höheren Lebensalter.

2 Definitionen

2.1 Depression

Um die Altersdepression besser zu verstehen, werden zunächst die allgemeinen Grundlagen der Depression behandelt und definiert.

2.1.1 Grundlagen der Depression

Die Depression gehört im ICD-10 zu den Erkrankungen der Gruppe „affektive Störungen“ (1) zählt zu den weitverbreitetsten psychischen Erkrankungen. (2)

Bei affektiven Störungen wird zwischen zwei Formen unterschieden. Die eine Verlaufsform hat einen sogenannten unipolaren Verlauf, also rein depressive Episoden. Ein Wechsel zwischen depressiven und manischen Episoden ist kennzeichnend für die zweite, sogenannte bipolare Verlaufsform. (2) Zu der Häufigkeit der Formen muss man anmerken, dass die rein depressive unipolare Verlaufsform mit 65% die häufigste und die bipolare Form mit 30% die zweithäufigste Verlaufsform der affektiven Störung darstellt. (9)

2.1.2 Epidemiologie

Die Lebenszeitsprävalenz von Personen, die während ihres Lebens an Depression erkranken, liegt bei Männern zwischen 5% und 12% und bei Frauen zwischen 10% und 25%. (1) Somit erkranken Frauen durchschnittlich zweimal häufiger an Depression beziehungsweise depressiven Episoden als Männer. (2)

In Europa ist die Prävalenz für Depressionen bei allgemein ambulanten und stationären allgemein Patienten / Patientinnen unterschiedlich. Bei allgemein stationären Patienten / Patientinnen liegt diese bei 20%, was 10-15% höher ist als bei ambulant Betreuten. (10)

Die Altersgruppen, die am häufigsten von der Erstmanifestation einer Depression betroffen sind, sind einerseits 20 bis 29-Jährige und andererseits die 50 bis 59-Jährigen. (2) Festhalten sollte man an dieser Stelle auch, dass weltweit nur etwa 54% der Betroffenen durch Hausärzte/Hausärztinnen erkannt werden. (10)

2.1.3 Symptome

Typische Symptome von depressiven Menschen sind Antriebslosigkeit, geringere Leistungsfähigkeit, verschlechterte Stimmung und Interessensverlust. (1)

Versucht man die Symptome in Gruppen einzuteilen, ergeben sich psychische Symptome, somatische Symptome und psychomotorische Symptome. (9)

Tabelle 1 Symptome der Depression, aufgeteilt in die verschiedenen Gruppen (1, 2, 9, 10)

Psychische Symptome	Somatische Symptome	Psychomotorische Symptome
Traurigkeit	Tagesschwankungen	Stupor
Verlust von Freude	Morgenpessimismus	Agitiertheit
Verlust von Interessen	Frühes Erwachen	Getriebenheit
Konzentrationsschwierigkeiten	Kraftlosigkeit	
Grübeln	Libidoverlust	
Probleme bei Entscheidungsfindung	Verminderter oder gesteigerter Appetit	
Angst	Menstruationsstörungen	
Verschuldungswahn	Atemstörungen	
Verarmung	Herzschmerzen	
Versündigungswahn	Schlaflosigkeit	
Gefühllosigkeit		
Antriebslosigkeit		
Hoffnungslosigkeit		
Gedrückte Stimmung		
Gefühl der Gefühllosigkeit		

Im Vordergrund der psychischen Symptomatik steht die depressive Stimmung, die sich unter anderem häufig als tiefgehende Traurigkeit und dem Gefühl der Verzweiflung präsentiert. Sie ist begleitet von Freudlosigkeit (Anhedonie) und Interessenslosigkeit an Dingen, die den Patienten/Patientinnen früher Freude bereitet haben. Die Betroffenen beschreiben oft, dass sie sich „gefühllos fühlen“ und keine Liebe oder Interesse an Dingen oder Menschen zeigen können.

Dabei kann die Stimmung tagsüber schwanken, beginnend mit einem oft deutlichen sogenannten „Morgentief“ (Morgenpessimismus) und einer gelegentlichen Besserung der Stimmung am Abend. (2)

Schwierigkeiten beim Konzentrieren und verlangsamte Denkprozesse können den Alltag der depressiven Patienten/Patientinnen zusätzlich erschweren. In Kombination mit Merkschwierigkeiten können die Erkrankten dadurch teilweise fälschlicherweise als dement (sogenannte „Pseudodemenz“) imponieren, was vor allem bei Älteren gelegentlich zur Fehldiagnose führen kann. (2)

Ein vermindertes Selbstwertgefühl, Grübeln, Hoffnungslosigkeit oder „Schwarz-Weiß-Sehen“ können ebenfalls auftreten. 40-80% der depressiven Patienten/Patientinnen leiden unter Lebensüberdruß-Gedanken (10) und die Depression somit ist der häufigste Auslöser für einen Suizid. (2)

Synthyme Wahnideen wie etwa der Verarmungswahn, Schuldwahn oder Hypochondrischer Wahn sind Merkmale der psychotischen oder „wahnhaften“ Depression.

Patienten/Patientinnen mit einem Verarmungswahn sind z.B. überzeugt ihre gesamten Ersparnisse verloren zu haben. Dieser Wahn tritt vor allem bei älteren Betroffenen aus. Bei dem seltenen hypochondrischen Wahn steht die Idee an einer bestimmten Krankheit, wie zum Beispiel AIDS oder Krebs, zu leiden und auch die Angst daran zu sterben im Vordergrund. Patienten mit Schuldwahn suchen die Ursache für ihren aktuellen Zustand in vergangenem Fehlverhalten oder Fehlentscheidungen und sie glauben, dass sie nun dafür bestraft werden. (2)

Die somatischen Symptome beinhalten Störungen im Biorhythmus und vegetative Störungen. Typische Symptome sind Müdigkeit, Druckgefühle im Magen oder in der Herzregion oder das Gefühl wenig Kraft zu haben. Zu den Störungen des Biorhythmus zählen Schlafstörungen, Alpträume, Durchschlafstörungen und frühes Erwachen. Es kann zu Abnahme oder auch zur Zunahme des Appetits und einer resultierenden Gewichtsveränderung kommen. Darüber hinaus klagen Patienten/Patientinnen oft über Mundtrockenheit, Verstopfung,

Lichtempfindlichkeit und Atembeschwerden. Störungen der Menstruation und der Libidoverlust zählen ebenfalls zu den vegetativen Symptomen. (9)

Abgesehen davon leiden die Betroffenen häufig an psychomotorischen Symptomen, wie Schwierigkeiten den nötigen Antrieb für alltägliche Aufgaben oder das Berufsleben zu finden und fühlen sich kraft- und energielos. Die Bewegungen sind oft verlangsamt und die Mimik ist im Vergleich zu gesunden Personen gelegentlich nur reduziert vorhanden. Vom sogenannten depressiven Stupor spricht man dann, wenn die Patienten/Patientinnen wie versteinert sind und nur noch schwach auf die Außenwelt reagieren. (2, 10) Im Gegensatz dazu steht die Agitiertheit, die durch Getriebenheit, Unruhe, Nervosität und dem Drang etwas zu unternehmen gekennzeichnet ist. Auch Klagen und Jammern ist typisch für die Agitation. (9)

2.1.4 Syndromatologische Formen der Depression

Möchte man die Depressionen in Kategorien einteilen, so kann man das anhand der verschiedenen Symptomprofile durchführen. (9)

Abbildung 1- Formen der Depression. Zusammenfassung aus verschiedenen Quellen (9-12)

Formen der Depression	
1.	Psychotische Depression
2.	Melancholische Depression
3.	Gehemmte Depression
4.	„lavierte“ Depression
5.	Agitiert-ängstliche Depression
6.	Atypische Depression
7.	Anankastische Depression
8.	Nihilistische Depression
9.	Saisonale Depression
10.	Postpartale Depression

Psychotische Depression

Die wahnhaftige Depression gehört zu den schweren depressiven Episoden und ist in erster Linie durch synthyme Wahnideen gekennzeichnet. (11)

Synthyme psychotische Symptome: (10)

- Verarmungswahn
- Versündigungswahn
- Schuldwahn
- Synthyme akustische Halluzinationen

Melancholische Depression

Patienten mit einer melancholischen Depression beschreiben das Gefühl der Gefühlslosigkeit und ein Gefühl der inneren Leere. Charakteristisch ist auch eine Antriebsverminderung, Grübelneigung, Ein-/Durchschlafstörungen, Schwankungen der Stimmung im Laufe eines Tages, Abnahme des Appetits mit Abnahme des Gewichts und Libidoverlust. Die Patienten/Patientinnen erwachen oft früh und leiden an einem Morgenpessimismus, welches sich jedoch im Laufe des Tages bessert. (9, 11)

Gehemmte Depression

Die gehemmte Depression zeichnet sich durch Hemmung beim Denken und bei der Psychomotorik aus. Die Patienten/Patientinnen leiden darüber hinaus an vermindertem Antrieb und sind teilnahmslos. (9) Die stärkste Ausprägung ist der sogenannte depressive Stupor. (10)

„larvierte“ Depression

Körperliche Beschwerden überwiegen die schlechtere Stimmung bei der „larvierten“ bzw. somatisierten Depression. Merkmale dieser Form sind körperlich anmutende Beeinträchtigungen wie zum Beispiel Schmerzen in Rücken und Kopf. Übelkeit, Schlafstörungen und leichte Erschöpfbarkeit gehören ebenfalls zu den Beschwerden. (11) Die Problematik zeigt sich in der Diagnostik aufgrund der Maskierung seelischer Probleme durch die körperlichen Einschränkungen und Schmerzen. Wodurch die ursächliche Depression oft erst spät erkannt wird. (9)

Agitiert-ängstliche Depression

Charakteristisch für die agitiert-ängstliche Depression sind, neben den depressiven Kernsymptomen, die ängstliche Getriebenheit, Unruhe mit

Bewegungsdrang und Jammern. Die Betroffenen sind oft unproduktiv und hektisch. (10)

Atypische Depression

Im Gegensatz zu anderen Formen der Depression, zeichnet sich die atypische Depression durch umgekehrte vegetative Beschwerden mit unter anderem gesteigertem Appetit und Gewichtszunahme und vermehrtem Schlafbedürfnis aus. (11)

Die Betroffenen sind oft leicht kränkbar und überempfindlich gegenüber Zurückweisungen. (9)

Anankastische Depression

Bei der anankastischen Depression werden nach H. Lauter die depressiven Symptome durch eine gewisse Zwangssymptomatik ergänzt. Man findet zwanghaft erscheinende Befürchtungen, eine Antriebssteigerung, Klagen über Sorgen und zwanghafte Gedanken. (9)

Nihilistische Depression

Die nihilistische Depression, auch Cotard-Syndrom genannt, ist gekennzeichnet durch das „Gefühl der Nichtexistenz“ des Erkrankten oder das Gefühl, dass die Welt um die Person herum nicht existent sei. (11, 12)

Saisonale Depression

Diese Form der Depression tritt speziell in Jahreszeiten mit wenig Tageslicht, vorzugsweise im Herbst und Winter, auf. Die Stärke reicht von leicht bis mittelschwer und die Symptomatik verbessert sich meist im Frühling. Die Diagnostik wird gelegentlich durch korrelierende psychosoziale Belastungsfaktoren, wie zum Beispiel saisonal bedingte Arbeitslosigkeit, erschwert. (11) Ursachen für diese Form der Depression stehen in Zusammenhang mit der verminderten Lichteinstrahlung. Patienten/Patientinnen leiden oft an vermehrter Müdigkeit untertags, benötigen nachts mehr Schlaf und ihr Appetit ist gesteigert. Eine mögliche Therapie ist die Lichttherapie. (12)

Postpartale Depression

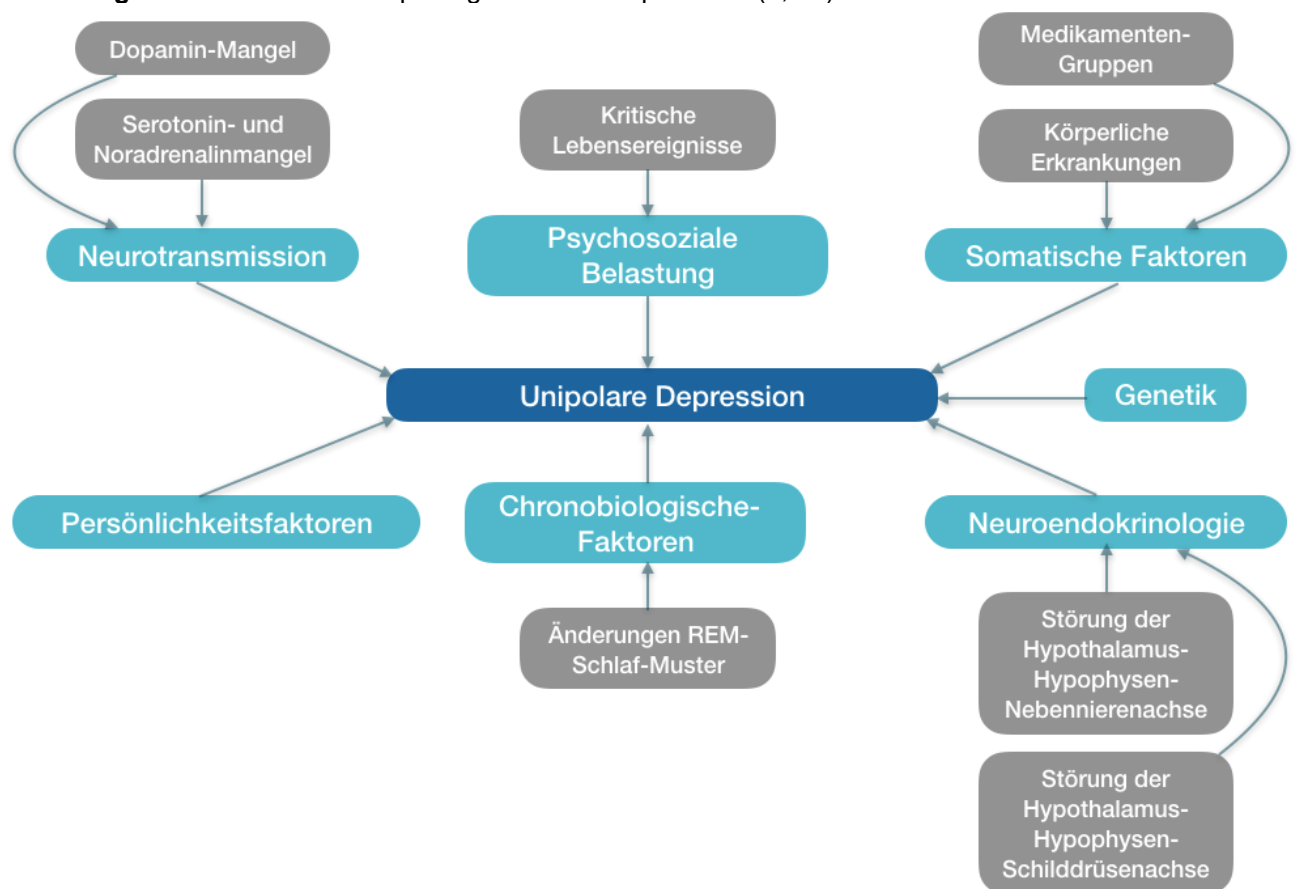
Patientinnen leiden zehnmal häufiger an Depression nach der Geburt des Kindes, als während der Schwangerschaft. Diese Form der Depression tritt hauptsächlich in den ersten beiden Wochen nach der Geburt auf, ist aber auch später nach der Geburt möglich. Die Symptome sind sehr vielfältig und es besteht häufig ein erhöhtes Suizidrisiko. (11)

2.1.5 Ätiologie und Risikofaktoren

Depressionen können nicht mit einem einfachen Erklärungsmodell erfasst werden, da es sich um kein homogenes Krankheitsbild handelt. Mithilfe eines Wechselspiels aus psychischen, biologischen und sozialen Faktoren ist eine Erklärung in einem biopsychosozialen Krankheitsmodell eher möglich. (13)

In der folgenden Abbildung wird die Ätiopathogenese einer Depression mit den verschiedensten biopsychosozialen Ursachen dargestellt.

Abbildung 2 - Multifaktorielle Ätiopathogenese der Depression. (9, 10)



Depressionen haben verschiedenste Ursachen die sich wie folgt unterteilen lassen: genetische Faktoren, Störung der Neurotransmission, somatische Faktoren, Störung der Neuroendokrinologie, chronobiologische Faktoren, psychosoziale Belastung und Persönlichkeitsfaktoren. (9, 10)

2.1.5.1 Genetik

Studien zeigen, dass es eine Häufung von Depressionen innerhalb von Familien gibt und somit Verwandte ersten Grades einer erkrankten Person im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein 50% gesteigertes Risiko haben, ebenfalls zukünftig an Depressionen zu leiden. (13)

2.1.5.2 Neurotransmission

Serotonin und Noradrenalin

Die Serotoninmangelhypothese nach A. Coppen bzw. die Noradrenalinmangelhypothese nach J.J. Schildkraut besagen, dass eine Ursache von Depressionen in der Verminderung besagter Neurotransmitter im Vergleich mit gesunden Kontrollpersonen zu finden ist. (9) Da Antidepressiva die Konzentration dieser beiden Neurotransmitter im synaptischen Spalt erhöhen, gilt deren Wirkungsweise als wichtige Unterstützung der Monoamin-Mangel-Hypothesen. (10)

Dopamin

Auch Dopamin spielt in der Entstehung von Depression eine entscheidende Rolle. Eine Reduktion des Umsatzes von Dopamin und eine verminderte Sensitivität gegenüber dem Transmitter findet man vor allem bei einer psychomotorischen Verlangsamung im Zuge einer Depression. Aufgrund der Tatsache, dass das dopaminerge System für u.a. Motivation, kognitive Leistungsfähigkeit oder auch Konzentration verantwortlich ist, sind Anhedonie, Müdigkeit und Niedergeschlagenheit Folgen eines Dopaminmangels bei Depressiven. (12) Unterstützt wird diese Theorie dadurch, dass bei an Morbus Parkinson erkrankten Patienten oftmals zusätzlich Depressionen diagnostiziert werden. (10)

2.1.5.3 Neuroendokrine Störungen

Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse

Diese Theorie handelt von Hormonen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse wie zum Beispiel CRH. Wird im Hypothalamus verstärkt CRH ausgeschüttet, schüttet die Hypophyse mehr ACTH aus, was wiederum zu einer Kortisol-Freisetzung der Nebenniere führt. Durch eine Hyperaktivität und mangelndem negativen Feedback zwischen den Bestandteilen der Achse, also Hypothalamus, Hypophyse und Nebennierenrinde, gibt es einen Überschuss an Kortisol im Körper (Hyperkortisolismus), was zu chronischem Stress führt. (12) Führt man den Dexamethason-Hemmtest durch, um die Kortisolsekretion zu unterbinden, fällt dieser bei 50% der an Depressionen leidenden Patienten und Patientinnen pathologisch aus. Der Kombinationstest, bei dem die Suppression durch Dexamethason und CRH getestet wird, ist sogar zu 80% pathologisch. Medikamente, die das Zusammenspiel zwischen Hypothalamus, Hypophyse und Nebennierenrinde wieder normalisieren sollen, werden zurzeit noch präklinisch getestet. (9)

Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-Achse

Bei Depressionen lässt sich teilweise eine Schilddrüsenunterfunktion mit erniedrigtem T3-Spiegel (Trijodthyronin) und ebenfalls erniedrigter TSH-Konzentration feststellen. (10) Da sich eine Hypothyreose auch durch Antriebslosigkeit und Traurigkeit präsentieren kann, ist sie eine wichtige Differenzialdiagnose für Depressionen. Testet man die Ausschüttung von TSH durch eine Gabe von TRH (TRH Stimulations-Test), so ist diese bei Depressiven in 25-50% vermindert. Verbessert sich jedoch die Depression, so zieht das häufig eine Besserung der Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-Achse mit sich. (12)

2.1.5.4 Chronobiologische Faktoren

Eine weitere Veränderung konnte bei der REM-Schlafphase von depressiven Patienten/Patientinnen beobachtet werden. Es wurde festgestellt, dass die REM-Latenz verkürzt und die erste REM-Phase verlängert ist. Abgesehen davon ist die REM-Intensität erhöht. (2) Depressive Patienten haben nachgewiesen einen oberflächlicheren Tiefschlaf mit weniger Stadien. (10) Die mögliche Therapieoption

hierfür ist der Schlafenzug. Dieser soll den Schlaf-Wach-Rhythmus resynchronisieren und den Biorhythmus wieder normalisieren. (9)

2.1.5.5 Psychosoziale Faktoren

Belastende Ereignisse im Leben eines/einer Patient/Patientin können zur Entstehung von Depressionen beitragen. Diese sogenannte depressiogene Wirksamkeit dieser „life events“ ist jedoch je nach Person verschieden. (9)

Zu diesen kritischen Lebensereignissen zählen unter anderem folgende: (10)

- Tod eines geliebten Menschen
- Trennungen
- Veränderungen der Lebenssituation (Pension, Umzug, Entlassung)
- Traumatisierende Ereignisse in der Kindheit (sexueller und körperliche Misshandlung)
- Pflege eines Familienmitglieds (z.B. eines Demenzkranken)
- Armut

Bei 75% der depressiven Patienten/Patientinnen lässt sich ein belastendes Ereignis im Jahr vor Ausbruch der Erkrankung feststellen. Die Schwere der Events, die Depressionen auslösen, nimmt jedoch bei nachfolgenden Episoden meist ab. (10)

2.1.5.6 Persönlichkeitsfaktoren

Im Zusammenhang mit Depressionen steht die Persönlichkeitsstruktur Typus melancholicus. Diese wurde von H. Tellenbach definiert und kann oft bei unipolaren Depressionen festgestellt werden. (2) Dieser Typ Mensch ist fleißig, gewissenhaft und pflichtbewusst. (9) Ebenfalls charakteristisch sind Eigenschaften wie Ordentlichkeit, Verlässlichkeit, Bescheidenheit und Leistungsorientierung. (2) Abgesehen davon können asthenische Charakterzüge bei depressiven Patienten festgestellt werden. Diese beinhalten Antriebsarmut, geringe Durchsetzungsfähigkeit, geringe Belastungsfähigkeit und Anfälligkeit für Entmutigung. (9)

2.1.5.7 Somatische Faktoren

Gründe für eine Depression können ebenfalls im Zusammenhang mit körperlichen Krankheiten oder Medikamenten stehen. (9)

Beispiele für somatische Erkrankungen, die häufig mit Depressionen assoziiert sind: (9)

- M. Parkinson
- Insults
- Epilepsie
- M. Cushing
- Schilddrüsenunterfunktion
- Bauchspeicheldrüsenkrebs
- HIV (9)

Beispiele für depressiogen wirkende Pharmaka (2):

- Glukokortikoide
- Orale Kontrazeptiva
- Antihypertensiva (2)

Depressionen als Folge eines Substanzentzuges (2):

- Nikotin
- Koffein
- Benzodiazepine (2)

2.1.6 Diagnostik

Die Definition einer depressiven Episode erfolgt nach der International Classification of Diseases 10 (kurz ICD-10). Diese Klassifikation definiert Haupt- und Nebensymptome, welche mindestens zwei Wochen vorliegen müssen. Weiters dürfen sich keine Symptome in der Anamnese finden, die auf eine manische oder hypomane Episode schließen lassen. Abgesehen davon muss der Missbrauch von psychotropen Drogen beziehungsweise Medikamente sowie eine organische psychische Störung ausgeschlossen werden. (9)

Hauptsymptome (14):

Mindestens zwei dieser Symptome müssen vorliegen

- Depressive Stimmung
- Interessenslosigkeit und Freudeverlust
- Antriebslosigkeit, schnelle Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome (14):

- Konzentrationsschwierigkeiten, verminderte Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl
- Schuldgefühle
- Suizidgedanken und Suizidversuche
- Schlafstörungen
- Pessimismus im Bezug auf die Zukunft
- Appetitverminderung

In der folgenden Abbildung 3 wird veranschaulicht, wie man Depressionen in die unterschiedlichen Schweregrade einteilen kann.

Abbildung 3- Einteilung des Schweregrades einer Depression. (10)

Hauptsymptome		Zusatzsymptome		Schweregrad
2	+	<=2	→	leicht
		3-4	→	mittelschwer
3	+	>4	→	schwer

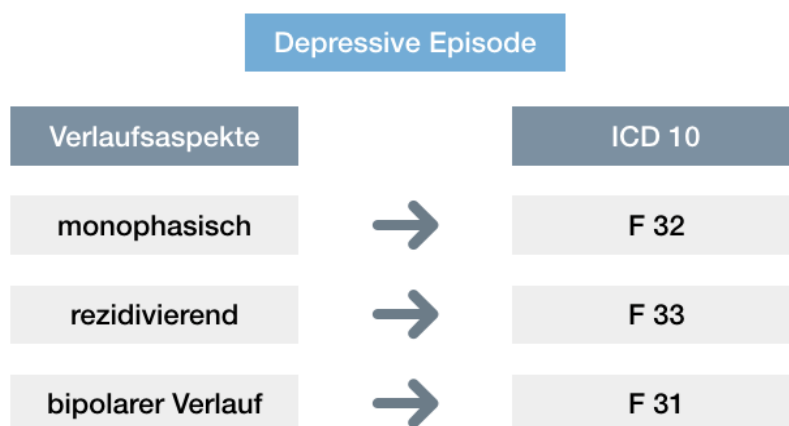
Die Einteilung der Schweregrade erfolgt durch die Anzahl an Haupt- und Zusatzsymptomen, die gleichzeitig bei einem Patienten / einer Patientin vorliegen. Liegen zwei Hauptsymptome und weniger als drei Zusatzsymptome vor, so spricht man von einer leichten depressiven Episode. Für eine mittelschwere Episode müssen neben den zwei Hauptsymptomen drei oder vier Nebensymptome vorliegen. Von einer schweren Depression spricht man erst ab drei Hauptsymptomen und vier oder mehr Nebensymptomen. (10)

Das Vorliegen eines somatischen Syndroms bei leichter und mittelschwerer depressiver Episode, ist durch das Vorliegen von mindestens vier der folgenden Symptome definiert. (14)

Somatische Symptome:

- Morgentief
- Interessenslosigkeit
- Erwachen früh am Morgen, mindestens zwei Stunden früher als sonst
- Agitiertheit und Hemmung der Psychomotorik
- Appetitminderung oder sogar Verlust
- Gewichtsabnahme von oft mehr als fünf Prozent des Körpergewichts
- Libidoverlust
- Keine emotionale Reaktion auf positive Umgebung (2)

Abbildung 4- Verlaufsformen einer depressiven Episode (2)



Die weitere Einteilung erfolgt über den Verlaufsaspekt der depressiven Episode. Es wird zwischen monophasisch, rezidivierend und depressive Episoden im Rahmen einer bipolaren Störung unterschieden. (2)

Die Haupt- und Zusatzsymptome können mithilfe von Fragebögen, wie zum Beispiel dem WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden, erhoben werden. Sogenannte Ratingskalen oder Beurteilungsskalen helfen bei der Zuordnung des Schweregrades. Für die Selbstbeurteilung kann die Selbstbeurteilungsskala Beck-Depressions-Inventar (kurz BDI II) verwendet werden. (10)

Standardisierte Depressions - Ratingskalen zur Fremdbeurteilung (9):

- HAMD = Hamilton-Depressions-Skala
- MARDS = Montgomery-Asberg-Depressionsskala

Abbildung 5- Grenzwerte der Ratingskalen (10)

	HAMD	MARDS	BDI II
unauffällig	<7	<9	<9
schwer	>25	>35	

Die Beurteilungsskalen unterscheiden sich durch den skalenspezifischen Grenzwert, ab dem man von einer Depression spricht. (10)

Schlüsselfragen

Um eine depressive Episode diagnostizieren zu können, gibt es laut Lieb (2016, Seite 157-158) 10 wichtige Fragen, die dabei helfen können. (2)

- Haben Sie Probleme beim Ein- oder Durchschlafen?
- Empfinden Sie noch Freude?
- Sind Sie noch interessiert an Dingen, die sie früher als wichtig empfanden?
- Haben Sie Schwierigkeiten beim Treffen von Entscheidungen?
- Fühlen Sie sich oft ohne Grund müde und abgeschlagen?
- Grübeln Sie in letzter Zeit öfters?
- Verspüren Sie das Gefühl, dass Ihr Leben keinen Sinn mehr hat?
- Leiden Sie unter Schmerzen oder Druck auf der Brust?
- Hat sich Ihr Appetit vermindert? Haben Sie Gewicht verloren?
- Fällt Ihnen sexueller Kontakt schwer? (2)

2.1.7 Therapie

Zu den Zielen der Therapie zählen Symptomreduktion, Rezidivvermeidung, Verhinderung eines Suizidversuches, Wiedereingliederung in das Berufsleben und in das soziale Umfeld. Diese Behandlungsziele werden mithilfe eines mehrteiligen Therapiekonzeptes erzielt. (14)

Eine Einteilung der Behandlung erfolgt in die Akuttherapie, in die Erhaltungstherapie und die Rezidivprophylaxe. Die Akutbehandlung besteht aus der Kombinations-Therapie mit Psychopharmaka und der Psychotherapie. Zu weiteren möglichen Verfahren zählen die Lichttherapie, Schlafentzugstherapie und Elektrokonvulsionstherapie (kurz EKT). Nach der Akuttherapie folgt eine Erhaltungstherapie und anschließende Rezidivprophylaxe. (2)

2.1.7.1 Watchful Waiting

Diese Form der Behandlung wird gelegentlich bei der leichten Form einer depressiven Episode angewandt. Man wartet beobachtend zwei Wochen ab, ob sich die Symptome der Patienten/Patientinnen von alleine verbessern. (14)

2.1.7.2 Pharmakotherapie / Antidepressiva (AD)

Auswahl der richtigen Substanzklasse

Als Hilfestellung für die Auswahl des richtigen Antidepressivums dienen verschiedene Fragestellungen. (2)

- Hat der Patient / die Patientin schon einmal ein Antidepressivum erhalten und gut darauf angesprochen?
- Hat der Patient / die Patientin ein bevorzugtes Antidepressivum?
 - Wenn es keine Argumente dagegen gibt, sollte auf den Wunsch des Patienten Rücksicht genommen werden.
- Welche Nebenwirkungen hat die Substanz?
- Handelt es sich um eine gehemmte oder agitierte Depression?
 - Bei agitierten Depressionen sind sedierende AD notwendig, bei gehemmten Depressionen sind eher aktivierende indiziert.

- Liegen Begleiterkrankungen vor?
 - SSRI sind besser verträglich bei somatischen Erkrankungen, da keine anticholinergen Nebenwirkungen ausgelöst werden.
- Werden gleichzeitig andere Medikamente eingenommen?
 - Um unerwünschte Nebenwirkungen zu vermeiden, muss das Wechselwirkungsprofil überprüft werden.
- Ist der Patient suizidgefährdet?
 - Bei erhöhtem Suizidrisiko sollte man Antidepressiva wählen, deren Überdosierung nicht hoch toxisch ist.
- Wie alt ist der Patient/ die Patientin? (2)

Wichtige Substanzklassen

SSRI – Selektive Serotonin Wiederaufnahme Hemmer

Diese Antidepressiva hemmen die Aufnahme von Serotonin in die präsynaptischen Zellen. Dadurch wird dem Serotonin-Defizit entgegengewirkt.

Nebenwirkungen: u.a Durchfall, Übelkeit, Schlafstörungen, Libidoverlust, Hyponatriämie, Serotonin-Syndrom (unter anderem Übelkeit, Mykloklonie, Akathisie, Krankheitsgefühl, Steigerung der Reflexe)

Substanzen: Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Sertralin, Paroxetin (12)

SNRI – Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme Hemmer

Diese Gruppe erweitert die Wirkung der SSRI um die Hemmung der Noradrenalin Wiederaufnahme.

Nebenwirkungen: NW der SSRI und weitere Nebenwirkungen, wie zum Beispiel: Verstopfung, Miktionsstörungen, Tachykardie, Hyperhidrosis

Substanzen: Duloxetin, Venlafaxin, Milnacipran (12)

TZA – Trizyklische Antidepressiva

Trizyklische Antidepressiva hemmen nicht selektiv die Monoamin-Wiederaufnahme.

Nebenwirkungen: u.a. meist anticholinerge wie zum Beispiel Verstopfung, Mundtrockenheit, Harnverhalt, Hypotonie, Gewichtszunahme, Libidoverlust, Tremor

Substanzen: Amitriptylin, Clomipramin (10)

MAO Inhibitoren – Monoaminoxidase-Hemmer

Dadurch wird dem Mangel an Serotonin und Noradrenalin im Spalt zwischen den Synapsen entgegengewirkt.

Nebenwirkungen: u.a. hypertensive Krise (bei tyraminhaltiger Diät), Unruhe, Einschlaf- oder Durchschlafstörungen

Substanzen: Tranylcypromin, Moclobemid (10)

α 2 -Adrenozeptor-Antagonisten

Bewirken eine verstärkte Noradrenalin- und Serotonin-Freisetzung.

Nebenwirkung: u.a. Schläfrigkeit, Sedierung, Zunahme des Gewichts

Substanzen: Mianserin, Mirtazapin (15)

Melatonin – Serotonin - selektive Antidepressiva

Sind selektiv für die Melatonin-Rezeptoren MT1 & MT2 und führen zu einer Normalisierung des Schlafrhythmus.

Nebenwirkung: u.a. Schwindel, Lebertransaminasenerhöhung

Substanz: Agomelatin (10)

NDRI – Noradrenalin- und Dopaminwiederaufnahmehemmer

Inhibieren die Wiederaufnahme von Noradrenalin und Dopamin.

Nebenwirkungen: u.a. Nausea, Schlafstörungen, Hypertonie, Krampfanfälle (dosisabhängig)

Substanz: Bupropion (10)

2.1.7.3 Psychotherapie

Bei einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode sind die Erfolge der Psychotherapie und jener der medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva meist gleichwertig. Bei schweren Episoden ist eine Kombination aus Psychotherapie und pharmakologischer Betreuung unumgänglich. (2)

Wichtige Verfahren sind zum Beispiel die Verhaltenstherapie, die kognitive Therapie, die interpersonelle Psychotherapie, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) und die psychodynamisch-tiefenpsychologische Psychotherapie. (10)

2.1.7.4 Nicht medikamentöse Therapien

Sporttherapie

Ausdauertraining im Ausmaß von 50 Minuten an vier Tagen der Woche. (11)

Schlafentzugstherapie

Zu einer kurzzeitigen Verbesserung der Befindlichkeit depressiver Patienten/Patientinnen und einem Ausgleich der Stimmungsschwankungen kommt es durch einen kompletten Schlafentzug. Dieses Verfahren schlägt bei mehr als der Hälfte der Depressiven an. Es ist darauf hinzuweisen, dass bei 80% eine erneute Verschlechterung der Stimmung eintritt, sobald der Schlafentzug wieder ausgeglichen ist. Es gibt auch die Möglichkeit des partiellen Schlafentzugs. Dabei müssen die Patientinnen und Patienten zum Beispiel die zweite Nachthälfte an drei Tagen der Woche wach bleiben. (2)

Lichttherapie

Kommt bei einer saisonalen Depression zur Anwendung. Im Zentrum dieser Behandlung steht ein helles Licht einer speziellen Lichttherapielampe. Die Bestrahlung erfolgt meist morgens, für die Dauer von ein bis zwei Stunden. Mit einer Besserung kann man nach ungefähr 3-4 Tagen rechnen. Die Lichttherapie dauert in der Regel ungefähr ein bis drei Wochen. (11)

Elektrokrampftherapie

Bei der Elektrokrampftherapie, kurz EKT genannt, wird durch elektrischen Strom eine Art epileptischer Anfall ausgelöst. Hauptanwendungsgebiet sind in erster Linie therapieresistente Formen der Depression. Die Behandlung sollte sechs bis 12 mal durchgeführt werden. Zu beachten sind Nebenwirkungen wie zum Beispiel reversible Gedächtnisstörungen, Vagotonus und Herzrhythmusstörungen. Aufgrund 70-90% Wahrscheinlichkeit einer Besserung, ist die EKT bei schweren Depressionen indiziert. (12)

2.2 Biopsychosoziales Modell

2.2.1 Einleitung

Den Ursprung des Biopsychosozialen Modells lässt sich in dem 1977 von George L. Engel veröffentlichten Artikel „The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine“ entdecken. In der Publikation setzt sich Engel mit der Definition des Begriffs „Krankheit“ auseinander. Betrachtet man den Begriff Krankheit durch das Modell der Biomedizin, so werden nur somatische Parameter betrachtet und die psychischen Aspekte außen vor gelassen. Die Meinung der Ärzte und Ärztinnen waren gespalten, was die Inkludierung von psychiatrischen Syndromen in das damals gültige Krankheitsmodell betraf. Manche gingen sogar soweit, mentale Erkrankungen „einen Mythos“ zu nennen und die Psychiatrie aus den medizinischen Disziplinen ausschließen zu wollen.(16)

Engel hält in seinem Artikel fest, dass ein Gesundheitsmodell nicht nur die somatischen und psychischen Faktoren behandeln, sondern auch das soziale Umfeld des Patienten / der Patientin für eine Diagnose mit einbeziehen soll.

Um ein breiteres Feld an Patienten und Patientinnen abdecken zu können, auch solche, die sich zwar krank fühlen, jedoch keine entsprechenden Veränderungen der Laborparameter aufweisen – fordert Engel die Einführung des sogenannte „Biopsychosoziales Modell“. (16)

2.2.2 Allgemeine Definition

Das biopsychosoziale Modell ist ein wissenschaftliches Modell, welches die im biomedizinischen Modell bisher fehlenden zusätzlichen psychosozialen Aspekte von Krankheiten aufgreift. (17) Es beinhaltet neben den biologischen Faktoren auch das soziale Umfeld und die psychische Konstitution des Patienten / der Patientin. Durch diese Auffassung von Krankheit können - im Gegensatz zum Modell der Biomedizin – auch solche Kranke erkannt werden, die zum Beispiel eine Reaktion auf Lebenssituationen zeigen, und keine wirklichen biologischen Ursachen einer Erkrankung aufweisen. (16) Darüber hinaus festigt es die Bedeutung der Psychiatrie in der Ausbildung der Ärzte und Ärztinnen. (17)

2.2.3 Begriffserklärungen

Gesundheit:

Unter „Gesundheit“ versteht das biopsychosoziale Modell die Fähigkeit einer Person auf Störungen durch z.B. Keime zu reagieren und diese eigenständig zu beheben. (18)

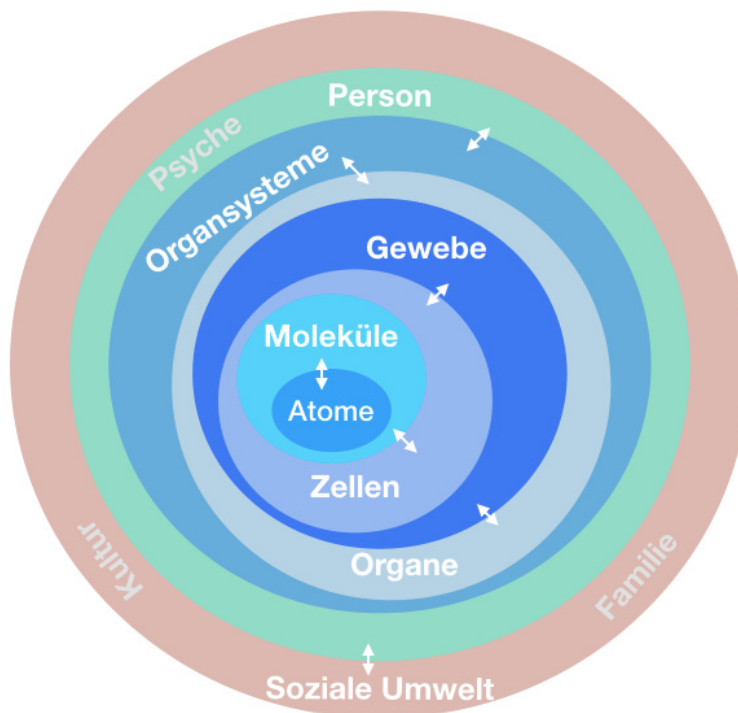
Krankheit:

Von Krankheit spricht man dann, wenn der Körper die Störung durch exogene Faktoren nicht selbstständig kontrollieren und eindämmen kann. Dabei kann sich ein Ausfall auf einer beliebigen Ebene auf das gesamte „System Mensch“ auswirken. (18)

2.2.4 Erklärung des Modells

Engel baut sein neues Modell auf dem Gedanken auf, dass die Natur eine Hierarchie ist und die Störung eines Levels Auswirkungen auf die anderen Stufen hat. Er gliedert das System beginnend mit Partikel auf subatomarer Ebene, Atome, Moleküle, Zellen, Gewebe, Organe, Organsysteme bis hin zur Person und ihrer Familie. Dem darüber gestellt sind dann noch die Kultur und die Biosphäre. (16)

Abbildung 6- Hierarchie des Biopsychosozialen Modells. Nach (17, 19)



Die Systeme wirken für sich allein beinahe autonom, sind jedoch auch mit den anderen Hierarchielevel verbunden und tauschen Informationen aus. Somit kann sich eine Störung der einen Ebene auf jedes andere System auswirken. Ob sich eine Änderung negativ auswirkt, hängt jedoch von den aktuellen Umständen ab. (19)

Krankheit und Gesundheit sind keine starren Konstrukte, sondern verändern sich dynamisch. Das bedeutet auch, dass das Erhalten der Gesundheit ein Prozess ist, der immer wieder durchgeführt werden muss. Dabei wurde jedoch auch festgehalten, dass bei jeder Erkrankung eine potenzielle psycho-soziale Ursache mit einberechnet werden muss. (18)

Um das biopsychosoziale Modell besser verstehen zu können, kann man das Beispiel eines Myokardinfarktes heranziehen. Bei der biopsychosozialen Betrachtungsweise ist nicht nur die akute Behandlung wichtig. Es wird auch überlegt, ob eines der anderen Hierarchielevels als Ursache des Herzinfarkts in Frage kommt und wie sich dieser Herzinfarkt auf die Zukunft sowie die Psyche des Patienten / der Patientin auswirken kann. Abgesehen davon wird die Blickweise auf die Familie, die Folgen auf diese und die Gesellschaft berücksichtigt. (19)

2.2.5 Der Arzt/die Ärztin im biopsychosozialen Modell

Wendet man das biopsychosoziale Modell im klinischen Alltag an, rückt die Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin in den Vordergrund und bekommt einen höheren Stellenwert als zuvor. Wenn man die drei Säulen der Medizin, „Wort“, „Arznei“ und „Messer“ betrachtet, so soll die Behandlung zuerst mit Worten, dann mit der Arznei und erst, wenn es keinen anderen Heilungsmöglichkeit gibt, mit dem Messer erfolgen. Daraus kann man folgern, dass ein Arzt neben einer naturwissenschaftlichen Kompetenz, auch eine kommunikative und psychotherapeutische/psychosomatische Kompetenz besitzen soll. (18)

2.2.6 Kritik

Kritisiert wird, dass Engel das biopsychosoziale Modell nicht wirklich definiert, sondern in seinen Artikel nur das gewünschte Ergebnis nennt. Er erklärt zwar was gemacht werden soll, aber weniger warum und wie es durchzuführen ist. (20)

Ein weiterer Kritikpunkt am biopsychosozialen Modell ist das Fehlen einer gemeinsamen Sprache, welche psychische Probleme und organische Störungen gleichermaßen beschreiben. (18)

Darüber hinaus fehlt eine genaue Beschreibung der Kommunikation zwischen den Ebenen. Weisen die Pfeile von oben nach unten auf eine Beeinflussung von oben hin, oder interagieren sie einfach? (21)

Weiters wird kritisiert, dass eine Sammlung der Informationen über die psychische Gesundheit, Familie, soziales Umfeld und biologische Probleme sehr viele, nicht zusammenhängende Daten ergeben und die Anwendung somit schwer umsetzbar ist. (20)

3 Material und Methoden

Diese systematische Literaturrecherche handelt vom Zusammenhang zwischen Altersdepression und Suizid von älteren Menschen. Es werden die Ursachen und Risikofaktoren unter Anwendung des Biopsychosozialen Modells dargestellt und die möglichen Therapien zur Behandlung der Depression und zur Prävention von Suizid erörtert.

Da die Daten- und Studienlage zu den beiden Themen sehr umfangreich ist, wurde die Arbeit mithilfe einer ausführlichen systematischen Literaturrecherche erstellt.

Für die Recherche wurde einschlägige Fachliteratur, PubMed und Google Scholar verwendet. Die meisten Fachartikel wurden von der wissenschaftlichen Datenbank PubMed entnommen (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>).

Suchbegriffe:

Die folgenden Suchbegriffe wurden verwendet, um passenden Artikel zu den Themen zu finden:

- „old age depression“
- „elderly depression“
- „late life depression“
- „old age suicide“
- „elderly suicide“
- „late life suicide“
- „elderly depression“ AND „suicide“
- „biopsychosocial model“
- „biopsychosocial model“ AND „depression“
- „geriatric depression scale“

Sortierung:

Die Sortierung der Einträge in PubMed erfolgte über die Option „Best Match“

Einschränkungen:

Es wurden Einschränkungen bezüglich des Publikationsdatums von Artikel und Studien getroffen. Bevorzugt wurden relevante Publikationen aus den letzten 20 Jahren, also von 1999 bis 2019 verwendet.

Sonstiges:

Um eine breitere Auswahl an Artikel zu bekommen, wurde auch die PubMed Option „Related Articles“ verwendet.

Literaturverwaltung:

Zur Verwaltung der Artikel und als Zitierhilfe wurde das Programm „EndNote X9“ verwendet.

4 Ergebnisse

4.1 Altersdepression

4.1.1 Definition

Die Altersdepression ist eine Form der Depression, bei der Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter (nach dem 65. Lebensjahr) depressive Episode erleben. (2)

4.1.2 Epidemiologie

Wenn man die Anzahl an älteren Patientinnen und Patienten betrachtet, so sind ungefähr 14-43% von depressiven Symptomen betroffen. Der Anteil der Senioren, die an einem Depressions-Rezidive leiden, beläuft sich auf etwa 17%. (5) Ab dem 75. Lebensjahr beträgt die Punktprävalenz einer Major Depression 4-7% und die von depressiven Episoden 17-40%. (22) Die Prävalenz der Depression ist somit im höheren Alter geringer als bei jüngeren Menschen. (23) Betrachtet man jedoch chronisch kranke ältere Menschen, ist die Prävalenz im Vergleich zu jüngeren Menschen erhöht. (24)

Eine mögliche Ursache dieser Häufung bei chronisch kranken älteren Patientinnen und Patienten sind unter anderem auch Medikamente, die als unerwünschte Arzneimittelwirkung Depressionen verursachen können. (5)

4.1.3 Einteilung

Die Altersdepression kann in zwei große Gruppen eingeteilt werden. Bei der ersten Form, der sogenannte „early-onset“ Depression, beginnt die Depression bereits in jüngeren Jahren, persistiert oder tritt im Alter erneut auf. Die „late-onset“ Depression beschreibt die Depressionsform, die erstmalig nach dem 65. Lebensjahr auftritt. (24, 25) Diese spät auftretende Depression kann im Zusammenhang mit körperlichen Krankheiten, Gefäßerkrankungen oder mit der Alterung des Gehirns stehen. (24)

Als dritte Form ist noch das Auftreten von späten depressiven Episoden im hohen Alter abzugrenzen. (26)

4.1.4 Diagnostik

Die Klassifikation erfolgt über die ICD-10.

Bei älteren Personen besteht die Möglichkeit, dass die Symptomatik einer Depression durch zusätzliche Symptome einer körperlichen Erkrankungen verschleiert werden, was die Diagnostik erschwert. (23) Die depressiven Beschwerden können gelegentlich auch als physiologischer Prozess des Älterwerdens missinterpretiert werden. Um Fehldiagnosen zu vermeiden ist es essentiell, zuerst mögliche somatische Erkrankungen mithilfe einer körperlichen, apparativen und neurologischen Diagnostik auszuschließen. (26)

Depression:

Die allgemeine Diagnostik der verschiedenen Formen der Depression werden in den Kapitel F32, F33 und F34 des ICD-10 genauer beschrieben. F32 beinhaltet die depressiven Episoden, F33 beschreibt rezidivierende depressive Störungen und im Kapitel F34 findet sich unter anderem die Dysthymia. (3) Ein eigenes Kapitel für Altersdepression gibt es im ICD-10 jedoch nicht. (27)

Dysthymia:

Im Kapitel F34 des ICD-10 erfolgt die Beschreibung der sogenannten Dysthymia, eine lange andauernde chronisch depressive Verstimmung. Diese kann durch Verluste, z.B. des Ehepartners oder Verluste bei Pensionsantritt beginnen und über Jahre andauern. (27)

4.1.4.1 Anamnese

Neben den allgemeinen Fragen zur depressiven Kernsymptomatik, sind auch Fragen über den Konsum von Alkohol, zur Einnahme von depressiogenen Medikamenten, zum Appetit und zu sogenannten „life events“ für die Diagnostik der Altersdepression wichtig. Essentiell ist auch die Frage nach etwaigen Suizidideen und ob es bereits Suizidversuche in der Vergangenheit gegeben hat. (27) Eine kognitive Beeinträchtigung der Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter kann die Befragung nach Symptomen und somit die Diagnostik der Altersdepression zusätzlich erschweren. In diesen Fällen ist die Fremdanamnese durch die näheren Bezugspersonen und Pfleger, essentiell. (28)

4.1.4.2 Körperliche Untersuchung

Die körperliche Untersuchung soll sehr detailliert durchgeführt werden, da auch somatische Krankheiten gelegentlich eine Depression verursachen können. Das Haupt-Augenmerk wird dabei unter anderem auf Krankheiten des Gehirns, der Gefäße, des Stoffwechsels oder maligne Tumore gelegt. Zusätzlich empfiehlt sich eine Labordiagnostik, inklusive der Vitamine, Hormone und Blutzucker, um zum Beispiel Alkoholismus, Mangelernährung oder Schilddrüsenstörungen ausschließen zu können. Für die Differenzierung zwischen Demenz und Depression kann ein EEG und eine umfassende Demenzabklärung hilfreich sein. (27) Die Durchführung eines EKGs und Schädel-MRTs erweist sich auch nützlich für die Diagnostik von somatischen Ursachen der Altersdepression. (26) Die Bildgebung ermöglicht unter anderem die Sichtbarmachung von möglichen Mikroangiopathien oder Hippocampusverkleinerungen zum Ausschluss von neurodegenerativen Differentialdiagnosen. (22)

Die Altersdepression ist meist unterdiagnostiziert, wenn sie gemeinsam mit körperlichen Erkrankungen auftritt. Gründe dafür sind, dass Krankheiten wie Krebs ähnliche Symptome wie eine Depression, zum Beispiel Gewichtsverlust, Appetitverlust, Fatigue und Schlafstörungen präsentieren können. (25)

4.1.4.3 Depressions – Skalen im Alter

Neben der Abfrage von Haupt- und Zusatzkriterien einer Depression laut ICD-10, sind spezielle Skalen bei der Diagnosestellung anwendbar. Jedoch berücksichtigen die üblichen Depressions-Skalen wie zum Beispiel HAM-D und MADRS, bei der Diagnostik der Altersdepression, die möglichen somatischen Komorbiditäten nur begrenzt. (3) Darüber hinaus können die Fragestellungen dieser Skalen für ältere Personen teilweise zu komplex sein. (22) Aus diesem Grund wurde die sogenannte „Geriatrische Depressionsskala“, kurz GDS, eingeführt. Alternativ wird auch ggf. die „Depression-im-Alter-Skala“ verwendet. (29) Zu beachten ist hierbei jedoch, dass diese Skalen nur ein Hilfsmittel darstellen und somit das Ergebnis allein, die Depression, weder mit Sicherheit beweisen noch ausschließen kann.(3)

Geriatrische Depressionsskala (26, 30-32)

Die Geriatrische Depressionsskala kann lediglich als Hinweis beziehungsweise zur Schweregradbestimmung der Altersdepression dienen. (26) Die aus 30 Fragen bestehende Skala ist für die Diagnose von Depressionen bei älteren, aber nicht dementen Personen, gedacht. Die kürzere Version, mit nur 15 Fragen, wird im klinischen Alltag häufig verwendet. Patientinnen und Patienten können diese Skala entweder selbst ausfüllen, oder sie werden durch einen Arzt diesbezüglich befragt. (30) Auf die einzelnen Fragen wird mit „Ja“ oder „Nein“ geantwortet. Wichtig dabei ist jedoch, dass bei Wiederholung die Form der Evaluierung (Selbstbeurteilung oder Interview) vom ersten Mal gewählt wird, um einen unverfälschten Vergleich der Ergebnisse zu ermöglichen. Füllt der Patient oder die Patientin zum Beispiel den Fragebogen beim ersten Mal selbstständig aus, so soll er oder sie das auch beim nächsten Mal selbstständig machen. (31)

Die Punktevergabe erfolgt mit 0 oder 1 Punkt pro Frage, wobei 0 bedeutet, dass dieses Symptom nicht vorhanden ist. Ein Punkt ist mit der Antwort „Ja“ beziehungsweise „Symptom vorhanden“ gleichzusetzen. (30) Bei der langen Form mit 30 Fragen, entspricht eine Summe über 9 Punkte einer Depression. Fünf Punkte bei der kürzeren Version der GDS sind ebenfalls hinweisend auf eine Altersdepression. 30 Punkte bei der langen Version, beziehungsweise 15 Punkte bei der kurzen Version, der GDS als Endergebnis entsprechen einer schweren Depression, 0 Punkte bedeuten „keine Depression“. (31)

Die folgende Tabelle beinhaltet die 30 Fragen der langen Version der GDS.

Tabelle 2 – Auszug aus der Geriatrische Depressionsskala (32)

	Frage	Antwort
1.	Sind Sie grundsätzlich zufrieden mit Ihrem Leben?	J/N
2.	Haben Sie viele von ihren Aktivitäten und Interessen aufgegeben?	J/N
5.	Haben Sie Hoffnung für die Zukunft?	J/N
16.	Fühlen Sie sich oft traurig und niedergeschlagen?	J/N
29.	Fällt es Ihnen leicht eine Entscheidung zu treffen?	J/N
30.	Ist Ihr Verstand so klar wie früher?	J/N

Depression-im-Alter-Skala (DIA-S) (29)

Bei dieser Skala handelt es sich um eine Selbstevaluierung des Patienten / der Patientinnen und sie kann als Alternative zur Geriatrischen Depressionsskala verwendet werden. Ziele bei der Entwicklung waren eine schnellere Evaluierung und auch eine rasche Auswertung des Ergebnisses. Die sogenannten Items wurden für die älteren Personen kurz und leicht verständlich formuliert. (29)

Die folgende Tabelle beinhaltet fünf der 10 Aussagen der DIA-S.

Tabelle 3 – Auszug aus den DIA-S Items nach Heidenblut/ Zank (2009, Seite 172) (29)

	Item	Antwort
1.	Ich fühle mich bedrückt	J/N
4.	Mein Leben kommt mir sinnlos vor	J/N
5.	Es fällt mir schwer mich aufzuraffen	J/N
6.	Ich habe Angst vor der Zukunft	J/N
9.	Ich muss viel grübeln	J/N
10.	Ich bin grundsätzlich mit meinem Leben zufrieden	J/N

Werden von den maximal möglichen 10 Punkten 4 erreicht, so ist eine Altersdepression wahrscheinlich. (29)

Cornell Skala (30)

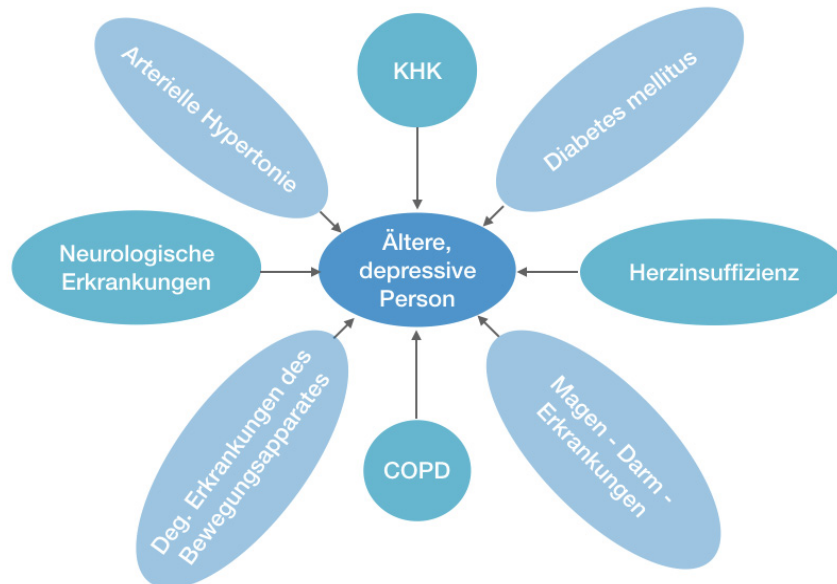
Mithilfe dieser Skala kann eine Altersdepression bei dementen Patientinnen und Patienten festgestellt werden. Bei der Cornell Skala können die Betroffenen den Fragebogen nicht selbst ausfüllen, es werden daher Informationen von dem Pflegepersonal und auch klinische Beobachtungen ausgewertet. (30) Studien haben gezeigt, dass diese Skala aber auch bei nicht dementen Personen angewendet werden kann. (33)

Bei der Cornell Skala werden pro Frage entweder 0, ein oder zwei Punkte vergeben. 0 bedeutet „nicht vorhanden“, 1 bedeutet „wenig vorhanden“ und 2 bedeutet „stark vorhanden“. Ist die Summe der einzelnen Antworten 8 oder höher, kann man von einer Depression ausgehen. (30)

4.1.5 Komorbiditäten

Die folgende Grafik veranschaulicht verschiedene Erkrankungen, die häufig im Zusammenhang mit einer Altersdepression vorkommen.

Abbildung 7- Komorbiditäten Altersdepression nach Marksteiner J, Hinterhuber H, Haring C (5)



Die Altersdepression tritt oft in Begleitung vieler anderer somatischer Erkrankungen auf. Zu den häufigsten zählen hierbei die arterielle Hypertonie mit 54%, die koronaren Herzerkrankungen (KHK) mit 52% und Erkrankungen, die den Bewegungsapparat betreffen mit 31%. (5) Zusätzliche weitere häufige Erkrankungen sind Arthritis mit 56%, Hör- und Sehverlust mit 55%, gastrointestinale Erkrankungen mit 21% und chronischer Schmerz mit 57%. (34)

4.1.6 Risikofaktoren

Häufig kann man bei älteren Personen nicht nur einen Risikofaktor, sondern ein Zusammenspiel von mehreren feststellen. (35)

Wie auch bei Depressionen vor dem 65. Lebensjahr, sind Frauen zweimal häufiger von Altersdepression betroffen als Männer. (5)

Biologische Risikofaktoren

Zu den Risikofaktoren für die Entstehung einer Depression im höheren Alter gehören unter anderem aktuelle Begleiterkrankungen, Schlafstörungen, Schwierigkeiten bei alltäglichen Aufgaben und chronische Erkrankungen.(5)

Multimorbidität, körperliche Behinderung, schlechteres Hör- und Sehvermögen, chronifizierte Schmerzen, schwere Krankheiten, besonders solche, die lebensbedrohlich sind, und Einsamkeit begünstigen ebenfalls die Entstehung einer Altersdepression. (3, 36)

Die genetische Komponente darf bei den möglichen Risiken für die Entstehung der Altersdepression nicht außer Acht gelassen werden. (37)

So weisen Studien auch auf eine Beziehung zwischen der Depression im höheren Alter und bestimmten genetischen Faktoren hin. (38) Signifikante Studienergebnisse im Zusammenhang mit einem erhöhten Depressionsrisiko gibt es unter anderem für das Gen des Serotonintransporter SLC6A4, das Protein APOE-e4 und für das sogenannte „Brain-derived neurotrophic factor“-Protein, kurz BDNF. (37)

BDNF stimuliert die Neurogenese und ist wichtig für das Überleben der Neuronen. Es wird auch ein Zusammenhang mit dem Langzeitgedächtnis vermutet. (39)

APOE-e4 und BDNF stehen in Interaktion mit der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse. (37)

Metaanalysen haben gezeigt, dass das Met-Allel des BDNF-Proteins den Effekt von stressigen „life-events“ auf das Altersdepressions-Risiko steuert. (40) Stress reduziert die Ausschüttung von BDNF im Hippocampus. Studien an Leichenpräparaten haben nachgewiesen, dass die BDNF-Levels von depressiven Menschen im Hippocampus niedriger waren, als die von nicht-depressiven. Die Einnahme von Antidepressiva kann die Ausschüttung des Proteins jedoch wieder erhöhen. (41)

Ein Polymorphismus der Promoter Region des Serotonintransporters SLC6A4 kann dazu führen, dass betroffenen Personen häufiger mit depressiven Episoden bis hin zum Suizid auf stressige „life events“ reagieren. (42)

Die Menopause und das damit einhergehende Absinken der Östrogenlevel (vor allem Estradiol) erhöht das Risiko für eine Depression. Die Ursache dafür wird in der gesteigerten Vulnerabilität durch die veränderten Östrogenspiegel und die Wirkung auf Neurotransmitter und das Stimmungsregulations-System vermutet. (38)

Die altersbedingte Reduktion des Steroidhormons Dehydroepiandrosteron kann man ebenfalls vermehrt in Zusammenhang mit Altersdepression und mit einem

Rückgang der kognitiven Fähigkeiten bringen. Bei depressiven älteren Patientinnen und Patienten sinkt der Dehydroepiandrosteron Level viel stärker ab als bei Menschen ohne Depressionen. (38)

Psychische Risikofaktoren:

Psychischem Stress im Alter können andere Faktoren zugrunde liegen als Stress in jüngeren Jahren. Häufig können sich ältere Menschen an veränderte Situationen oft schlechter anpassen als jüngere Menschen. Zu den spezifischen Stressoren im höheren Lebensalter zählen unter anderem die Pension, finanzielle Probleme, Einbüßen der Eigenständigkeit und Trauer. (43)

Verschiedene sogenannten „life-events“ stellen eine bedeutende Erhöhung des Depressionsrisikos im Alter dar. (7)

Der Verlust einer geliebten Person, zum Beispiel des Ehepartners, ist einer der signifikantesten Risikofaktoren für die Entstehung einer Altersdepression. (7, 35) Ob sich jedoch die Trauer zu einer Depression entwickelt ist davon abhängig, wie traumatisch, beziehungsweise wie unerwartet, der Tod empfunden wird und wie die Person individuell diese Situation verarbeiten kann. Dies steht auch in enger Beziehung mit einer daraus resultierenden sozialen Isolation nach dem Verlust, was die Wahrscheinlichkeit für eine Depression wiederum erhöhen kann. (35)

Jedoch können auch gleichzeitig mit der Depression bestehende Krankheiten, wie zum Beispiel Demenz, depressive Symptome maskieren und zu einer verspäteten Diagnose beitragen. (5)

Die Differenzierung zwischen psychosozialen und biologischen Risikofaktoren ist teilweise schwierig, denn auch körperliche Erkrankungen können ein negatives „life-event“ und somit einen Stressor darstellen. Aus diesem Grund können Erkrankungen, wie zum Beispiel kardiovaskuläre Ereignisse, nicht nur biologisch, sondern auch psychisch und sozial zur Entstehung einer Altersdepression beitragen. Krebsleiden, Hüftfrakturen, Herzinfarkte, Behinderungen und andere Erkrankungen können manchen älteren Menschen ihre Sterblichkeit bewusst machen und den Alltag der Person beeinträchtigen. Auch die sozialen Komponenten, wie zum Beispiel verminderte soziale Aktivitäten,

Krankenhausaufenthalte oder eine vermehrte Einschränkung im Alltag, können die Entstehung einer Altersdepression begünstigen. (7)

Generell sollte man jedoch bei der Bewertung dieser „life-events“ als Risikofaktor immer auch die Dauer, die Auswirkung und die Frage in wie weit die Person dieses Ereignis als lebensbedrohlich, unkontrollierbar und unerwünscht wahrnimmt, berücksichtigen. (7)

Die Einstellung der Person und die Sicht auf das Leben kann ebenfalls zur Entstehung einer Depression beitragen. Menschen, die die Welt als bedrohlich erachten und der Meinung sind, dass sich nie etwas verändern wird, werden öfter hoffnungslos und depressiv. (25)

Auch Bindungstypen in den frühen Lebensjahren können einen Einfluss auf die Entwicklung einer Depression im Laufe des Lebens haben. Die Bindungstypen werden meist bereits in der Kindheit durch die Beziehung zu den Bezugspersonen geprägt. Personen mit unsicheren Beziehungen haben ein höheres Depressionsrisiko als autonome, selbstbewusste Erwachsene. (44)

Bestimmte Persönlichkeitsfaktoren können zur Entstehung einer Altersdepression beitragen. Dazu zählen vor allem Introvertiertheit und neurotisches Verhalten. (38) Studien haben auch gezeigt, dass Personen mit wenig Selbstbewusstsein anfälliger für Depressionen sind. Es gibt dabei wieder einen bidirektionalen Zusammenhang. Personen mit Depressionen verlieren meist zu einem gewissen Teil ihr Selbstbewusstsein. Dieser Effekt ist jedoch scheinbar weniger stark als der Effekt, den ein zu niedriges Selbstbewusstsein auf die Entstehung einer Depression hat. (45, 46)

Litt die Person bereits in jüngeren Jahren schon einmal an einer Depression, kann auch das die Entwicklung einer Altersdepression begünstigen. (36)

Soziale Risikofaktoren:

Meist trägt die häufige soziale Isolation von älteren Personen zur Entwicklung einer Depression im höheren Alter bei. (35, 47) Ursachen einer sozialen Isolation

können unter anderem Todesfälle der Bezugspersonen oder auch die Furcht vor der Außenwelt sein. (35)

Ein kleineres soziales Netzwerk erhöht das Risiko für eine Altersdepression. Bei verheirateten älteren Personen hingegen, werden meist weniger depressive Symptome festgestellt. (47)

Jedoch wirkt sich ein vermehrter sozialer Kontakt nicht immer nur positiv auf die Psyche aus. Studien stellen eine Verbindung zwischen Stress durch soziale Erfahrungen bzw. durch negative soziale Interaktionen und der Entwicklung von depressiven Symptomen her. (47)

Die Furcht Opfer von Gewalt- oder Straftaten zu werden kann ebenfalls dazu führen, dass ältere Menschen Aktivitäten außerhalb der eigenen vier Wände vermeiden. Die damit einhergehende verminderte soziale und emotionale Unterstützung wirkt sich negativ auf die Psyche der Betroffenen aus. (35)

Auch beruflicher Ruhestand kann sich negativ auf die Psyche auswirken. Studien haben gezeigt, dass Menschen, die aufgrund von gesundheitlichen Problemen ihre Arbeit verlassen und in Pension gehen, zu vierzig Prozent an einer Altersdepression leiden. Rund 20 Prozent der Personen, die in Pension gehen um einen kranken Ehepartner zu pflegen, sind ebenfalls von Depressionen betroffen. (48)

Menschen die Angehörige mit psychiatrischen Erkrankungen pflegen, haben häufig ein erhöhtes Depressionsrisiko. Fast die Hälfte jener Frauen, die sich um eine demente Person kümmern, leidet unter depressiven Symptomen. Die Häufigkeit einer Depression ist bei den Personen, die Angehörige pflegen höher als bei denen, die nur mit der zu pflegenden Person zusammenleben. Im Gegensatz dazu kann sich die Pflege eines Menschen mit körperlichen Einschränkungen auch positiv auf das Selbstbewusstsein auswirken und das Depressionsrisiko vermindern. (49)

Der sozioökonomische Status wird ebenfalls als Risikofaktor gewertet, da ein vermindertes Einkommen häufig zu schlechterer Gesundheitsvorsorge führt. Dies birgt wiederum körperliche Risikofaktoren für Altersdepression und betroffene

Personen nehmen weniger häufig psychologische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch. (35)

Wie stark sich diese belastenden Ereignisse auf die Psyche der betroffenen Person auswirken, hängt unter anderem davon ab, wie unkontrollierbar und störend belastende Erlebnisse individuell empfunden werden und wie lange die Person darunter leiden muss. Jedoch gibt es unterschiedliche Ergebnisse von Studien, ob die Dauer und Anzahl sogenannter „life events“ über die Entstehung einer Altersdepression entscheidet. (35) Denn der Großteil der Menschen mit psychosozialen Belastungsfaktoren leiden nicht unter Depressionen im Alter. Mögliche Erklärungen dafür können auch in der Schwierigkeit der Quantifizierung von Belastungen oder durch die Abhängigkeit von zusätzlichen Faktoren gefunden werden. Diese modifizierenden Zusatzfaktoren könnten die Person anfälliger für den eigentlichen Risikofaktor und für die Entstehung einer Depression machen. (7)

In anderen Studien wurde gezeigt, dass Personen, die in der Vergangenheit bereits an psychischen Erkrankungen gelitten haben oder weniger soziale Unterstützung haben, beispielsweise mit medizinischen Diagnosen schlechter umgehen können und häufiger in eine Depression fallen oder sogar einen Suizidversuch durchführen. (35)

4.1.7 Zusammenhang mit biologischen Erkrankungen

Abgesehen von den Risikofaktoren können bestimmte biologische Erkrankungen Ursachen für die Entstehung einer Altersdepression sein.

Körperliche Krankheiten, biologische Faktoren und die Hirnalterung spielen eine entscheidende Rolle in der Entstehung von Depressionen im Alter. Personen, die unter chronischen Erkrankungen leiden oder chronische Schmerzen haben, sind besonders häufig betroffen. (5) Die Veränderungen im Gehirn beinhalten gelegentlich eine Erweiterung der Ventrikel und eine Minderung der Dichte im den Marklagern. (27) Rund 80% der Personen, die älter als 65 Jahre alt sind, leiden an einer körperlichen chronischen Erkrankung, die eine Ursache für eine Altersdepression sein kann. (5)

Genetische Faktoren bzw. Vererbung spielen bei Erstauftreten der Altersdepression nach dem 65. Lebensjahr nur eine sehr kleine Rolle, dürfen jedoch nicht vernachlässigt werden. (27)

Diabetes mellitus Typ 2

Der Zusammenhang zwischen Diabetes mellitus und Depressionen ist bidirektional. Einerseits haben Diabetespatienten/patientinnen ein erhöhtes Risiko an Depressionen zu erkranken, andererseits haben depressive Personen ein erhöhtes Risiko für die Erkrankung an Diabetes mellitus. (50) Eine Ursache dafür kann eine ungesündere Lebensweise der depressiven Personen sein. Diabetes könnte durch Veränderungen in der weißen Substanz des Gehirns oder durch den chronisch erhöhten Blutzuckerspiegel womöglich die Depression verursachen. (22)

Kardiovaskuläre Erkrankungen

Etwa ein Fünftel aller Patientinnen/Patienten entwickeln laut der sogenannten „Hospital Anxiety and Depression Scale“ ungefähr drei Monate nach einem Myokardinfarkt eine Depression. Personen, die zuvor schon einmal an Depressionen gelitten haben, sind dabei häufiger betroffen. Eine, durch einen Myokardinfarkt verursachte Depression, ist wiederum ein Risikofaktor für erneute Myokardinfarkte und auch ein schlechterer Prognosefaktor in Bezug auf die Sterblichkeitsrate. Die Ursache dafür lässt sich teilweise durch geringere sportliche Aktivität von depressiven Personen erklären. Studien zeigen jedoch auch einen Zusammenhang in die entgegengesetzte Richtung. (54)

Studien lassen vermuten, dass Depressionen das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen erhöhen. (51) Sie implizieren, dass depressive Personen ein doppelt so hohes Risiko haben, eine kardiovaskuläre Erkrankung zu entwickeln als nicht-depressive. (52) Die Mortalitätsrate ist im Vergleich um das Dreifache erhöht. (53) Dabei wirken sich Faktoren wie der Schweregrad der Depression und Anzahl der depressiven Episoden auf die Prognose der Herzerkrankung aus. Weniger depressive Episoden und ein milderer Verlauf gehen mit einer besseren Prognose einher. Jedoch müssen auch andere Risikofaktoren wie mangelnde Bildung oder Einkommen hierbei ebenfalls betrachtet werden. (51)

Schlaganfall

Nach einem Schlaganfall gibt es die sogenannte „post-stroke depression“, die ungefähr bei 33% der Schlaganfallpatienten auftritt. Auch hier handelt es sich um einen wechselseitigen Zusammenhang. Das Risiko einen Schlaganfall zu erleiden ist bei depressiven Personen um ungefähr 40% höher, als bei gleichaltrigen Menschen ohne Depressionen. Wie auch bei den kardiovaskulären Erkrankungen ist eine Wechselwirkung zwischen dem Schweregrad der Depression und der Prognose des Schlaganfalles feststellbar. (50)

Demenz

Demenz und Depression treten häufig gemeinsam auf. (3) Die Altersdepression kann dabei das Risiko für Demenz erhöhen, jedoch könnten auch die Veränderungen des Gehirns infolge einer Demenzerkrankungen die Entstehung einer Altersdepression begünstigen. (55)

Bei beiden Erkrankungen kann man Veränderung am Gehirn, wie zum Beispiel strukturelle Veränderungen der weißen Substanz, eine Verminderung des Gehirnvolumens (38, 55) und eine Atrophie des Hippocampus feststellen. (38) Studien stellen eine Verknüpfung zwischen einer Altersdepression und einem erhöhten Demenz-Risiko her. Die Ursache dafür könnte in der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse liegen. Diese wird, wie zuvor beschrieben, bei Depressionen überstimuliert und der daraus resultierende Hyperkortisolismus kann den Hippocampus schädigen - was schlussendlich das Gehirn anfälliger für Demenz macht. (56) Eine andere Theorie besagt, dass die Depression zur sogenannten vaskulären Demenz führen kann. Die Mechanismen dahinter sind noch nicht vollständig erforscht, aber man geht von einem Zusammenhang zwischen Gefäßerkrankungen und Depressionen aus, die dann wiederum zu Demenz führen. (55)

Vaskuläre Depression

Ursachen und Risikofaktoren für Depressionen bei älteren Personen sind multifaktoriell. Eine Ursache kann man unter anderem im Gehirn, genauer genommen in den Hirngefäßen, finden. Die sogenannte vaskuläre Depression ist ähnlich dem heutigen Verständnis der vaskulären Demenz und steht im Zusammenhang mit multiplen kleinen Infarkten des Gehirns. Eine Studie der Duke

University aus dem Jahr 1996 hat depressive Personen mit vaskulärer Depression mit Personen ohne vaskuläre Depression verglichen. Dabei zeigte sich, dass die Personen mit einer vaskulären Ursache häufig älter sind. Außerdem litten diese Menschen meist an einer neu auftretenden Depression im hohen Alter und nicht an einer rezidivierenden Depression. (57) Abgesehen davon führen diese vaskulären Läsionen häufig zu kognitiven Einschränkungen, Leistungsminderung und verminderten Antrieb. (58)

Hinweisend für die Diagnose einer vaskulären Depression können die, im MRT sichtbaren, sogenannten „White Matter Hyperdensities“ (kurz WMH) sein. Diese kann man bei der T2-Gewichtung und in der FLAIR-Sequenz darstellen. Die Schäden der weißen Substanz treten häufig bei hohem Alter, Diabetes, Herzkrankheiten und Bluthochdruck auf. Bei der Altersdepression sind diese WMH oft ausgeprägter und größer als bei nicht depressiven Personen. (59) Ein weiterer Aspekt könnte eine Verkleinerung des Hippocampus im Zusammenhang mit der Altersdepression darstellen. Diese wurde vor allem bei Patienten mit einer erstmaligen Depression im Alter über 65 Jahre, also einer „late onset“-Depression, beobachtet. (60)

Weitere Erkrankungen

Zusätzlich zu den bereits erwähnten Ursachen, können auch degenerative neurologische Erkrankungen, Karzinome oder endokrinologische Krankheiten, wie zum Beispiel Schilddrüsenüber-/unterfunktionen oder das Cushing-Syndrom, die Gründe für eine Altersdepression sein. (26)

Medikamenteninduzierte Depression

Die Einnahme folgender Medikamente wird mit der Entstehung einer Altersdepression in Zusammenhang gebracht:

- Steroide
- Betablocker
- Methyldopa
- Östrogene
- Progesteron
- Tamoxifen

- Vinblastine
- Vincristine
- Parkinsonmedikamente
- Propranolol (61)

4.1.8 Schutzfaktoren

Unter „Resilienz“ versteht man die psychische Widerstandsfähigkeit, beziehungsweise die Fähigkeit eine gesunde Psyche zu erlangen oder beizubehalten. Man kann Resilienz als Charaktermerkmal verstehen, das jedoch interindividuell unterschiedlich ausgeprägt sein kann. (38)

Diese Resilienz-Faktoren können das Risiko einer Altersdepression vermindern: (38)

- Temperament
 - Positiv gestimmte Emotionalität
- Persönlichkeit
- Bindungstyp
 - Unabhängiger Bindungstyp

Positiv gestimmte Emotionalität im Rahmen des angeborenen Temperaments kann das Depression-Risiko senken. Dazu zählen auch Verhaltensaktivierung und Extrovertiertheit. (38)

Unabhängigkeit oder sichere zwischenmenschliche Bindungen stehen häufig mit einem reduzierten Altersdepressionsrisiko in Verbindung. (44) Beziehungen können durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden. Ist die Person mit der Beziehung zufrieden oder auch offen gegenüber anderen Personen, werden die Beziehungen verstärkt. Durch negative „life - events“ können zwischenmenschliche Beziehungen jedoch geschädigt werden. (38)

Emotionalität (62) und Selbstwirksamkeit wirken sich positiv auf eine Verminderung der Anfälligkeit für eine Altersdepression aus. (38)

Individuelle Bewältigungsmechanismen spielen auch eine wichtige Rolle in der Reduktion des Risikos für die Altersdepression. Studien haben gezeigt, dass Menschen, die entweder adäquate Bewältigungsmechanismen gezielt bei Stress oder negativen „life -events“ anwenden können oder sich besser an geänderte Umstände anpassen können, weniger oft depressiv werden. (63)

Soziale und emotionale Unterstützung wirken sich ebenfalls häufig als Schutzfaktor gegen Depressionen im höheren Alter aus. (47) Der soziale Support ist multifaktoriell und beinhaltet sowohl emotionale Unterstützung und als auch instrumentelle Unterstützung. Zum letztgenannten zählen zum Beispiel die Hilfe und Assistenz bei alltäglichen Aufgaben. Empirische Studien lassen einen Zusammenhang zwischen dem Erhalten von sozialer Unterstützung und psychischer Gesundheit, beziehungsweise einem reduzierten Depressionsrisiko vermuten. (7)

4.1.9 Symptome der Altersdepression

Viele Symptome der Altersdepression sind vergleichbar mit denen der Depression bei jüngeren Patienten. Jedoch treten manche Depressionssymptome gehäuft im höheren Alter auf. (27)

Ältere depressive Menschen sind oft sehr ängstlich-agitiert oder hypochondrisch und gelegentlich auch paranoid gefärbt. Charakteristisch sind synthyme Wahnideen wie zum Beispiel:

- Versündigungswahn
- Verarmungswahn
- Schuldwahn
- Nihilistischer Wahn (5)

Darüber hinaus klagen ältere Depressive mehr als jüngere und die Antriebslosigkeit ist oft stärker ausgeprägt. Hinzu kommen häufig Symptome wie Kopfschmerzen und Schlafstörungen. (5) Ältere Patienten und Patientinnen leiden auch öfter an Appetitverlust als jüngere Betroffene. (64)

Die Schwierigkeit liegt bei der Diagnose von Altersdepressionen, da die vielen verschiedenen somatischen Erkrankungen diese überdecken können. (5) Außerdem suchen die älteren Patientinnen und Patienten häufiger ärztliche Hilfe

wegen körperlichen Symptomen, seltener wegen der depressiven Grundstimmung, auf. (27) Auch Schmerzen, ohne wirklich greifbare somatische Ursache, oder eine Verstärkung von somatischen Beschwerden können Zeichen für eine Depression im Alter sein. (3)

Häufig zeigen die betroffenen älteren Personen weniger Emotionen wie Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit als junge Depressive.

Eine Veränderung des Verhaltens oder ein vermehrter Missbrauch von Substanzen wie Schlaftabletten oder Alkohol kann ebenfalls mit einer Altersdepression einher gehen. (3)

Die Depressionen im Alter werden zusätzlich erschwert, da sie meist persistieren und chronisch werden und auch nach einer Remission erneut auftreten können. (24)

Neben den Beschwerden, die die Depressionen mit sich bringen, wird auch die Mortalität durch depressive Erkrankungen erhöht. (5)

Kognition

Kognitive Störungen gehören zu typischen Symptomen der Altersdepression. Die Erscheinung lässt gelegentlich eine Demenz vermuten. Es ist somit wichtig festzustellen, ob es sich nun um eine Demenz, Depression oder beides gleichzeitig handelt. Die Differentialdiagnose erfolgt durch eine genaue Anamnese, Erfassung der Beschwerden, Beobachtung in Alltagssituationen und weiteren Untersuchungsmethoden. (27)

4.1.10 Folgen

Vergleicht man depressive ältere Personen mit Personen ohne Depression, so wurde festgestellt, dass die von Altersdepressionen betroffenen Menschen zweimal so häufig Ärzte oder ein Krankenhaus aufsuchen als Menschen ohne Depression. Somit steigt auch das Risiko für eine Mehrfachmedikation, beziehungsweise eine Therapie mit fünf oder mehr verschiedenen Medikamenten auf das Doppelte. (65)

Einige Antidepressiva können die Wahrscheinlichkeit von Stürzen im Alter erhöhen und durch den verminderten Antrieb besteht die Gefahr den Alltag nicht

mehr zu schaffen. Hinzu kommen Selbstvernachlässigung und Überforderung durch alltägliche Tätigkeiten. (3)

Verglichen mit Menschen ohne Depression, ist auch die Mortalität von Personen, die an Altersdepression leiden, erhöht. Gründe dafür sind unter anderem die häufigen Komorbiditäten, ein schlechterer Umgang mit der eigenen Gesundheit, das erhöhte Suizidrisiko und die Auswirkungen vom Hyperkortisolismus und somit die Entstehung von chronischem Stress. Dieser wirkt sich negativ auf die Zellen aus und lässt sie schneller altern. (3) Eine siebenjährige follow up Studie hat gezeigt, dass die Hälfte der Patienten und Patientinnen mit einem höheren Score als 6 Punkte auf der kurzen 15-Punkte Geriatriischen Depressions-Skala innerhalb der nächsten 19 Monate verstorben sind. Im Gegensatz dazu sind 50% der Personen mit einem Score kleiner als sieben in den nächsten 54 Monate verstorben. Ein hoher GDS Score steht somit häufig mit erhöhter Mortalität in Zusammenhang. (66)

4.1.11 Therapie

Die Altersdepression ist grundsätzlich behandelbar und in bis zu 80% der Fälle ist eine Erholung von einer depressiven Episode möglich. (24) Da die Ursachen für die Altersdepression aus biologischen, psychischen und sozialen Faktoren bestehen, muss man auch in der Therapie multifaktoriell vorgehen. (5, 27) Ziel der Therapie ist eine Verbesserung der Symptome und die Verhinderung eines Rückfalls. (5) Eine adäquate Behandlung soll in einer Verbesserung der Lebensqualität resultieren. (24)

Die Therapie von älteren Patientinnen und Patienten wird dadurch erschwert, dass es weniger Studien mit älteren Probandinnen und Probanden gibt, die die Wirksamkeit von Medikamenten und die der nicht medikamentösen Behandlungen überprüfen beziehungsweise kontrollieren. Somit werden häufig Therapiekonzepte verwendet, deren Erfolgsnachweis auf Studien mit jüngeren Menschen basiert. (67)

Psychopharmakologische Therapie

Bei der Pharmakotherapie einer Altersdepression spielen die verschiedenen Komorbiditäten eine wichtige Rolle. Bei älteren Menschen ist aufgrund dieser

möglichen Komorbiditäten das Nebenwirkungsprofil der Pharmaka besonders im Auge zu behalten. (10, 67) Vor allem die Verminderung der hepatischen und renalen Clearance-Raten im Alter müssen dabei beachtet und die Wirkstoffmenge dementsprechend angepasst werden. (67)

Die Dosierung von Antidepressiva soll somit zu Beginn eher niedrig erfolgen und nur langsam erhöht werden. Die medikamentöse Therapie sollte mindestens ein halbes Jahr verabreicht werden. (27, 68) Der behutsame Einsatz von Psychopharmaka bei älteren, gebrechlichen Patienten ist essentiell, um ihre Sicherheit zu garantieren. (67)

Relevante Medikamentengruppen

SSRI werden bevorzugt als Antidepressiva der 1. Wahl bei älteren depressiven Patientinnen und Patienten eingesetzt. Wegen möglicher EKG-Veränderungen und anticholinerger Effekte spielen die trizyklischen Antidepressiva eher eine untergeordnete Rolle. Eine bedeutende Nebenwirkung der SSRI ist die Hyponatriämie. (67)

Bevorzugte Antidepressiva:

- Sertralin
- Citalopram
- Escitalopram (67)

SNRI werden ebenfalls in der Depressionsbehandlung älterer Personen verwendet. Für die Auswahl ist vor allem das Nebenwirkungsprofil und die Wechselwirkung mit anderen Pharmaka entscheidend, da die Wirkung der unterschiedlichen Präparate bei älteren Patientinnen und Patienten häufig ähnlich ist. (26)

Bei der Anwendung von Antidepressiva sollte man die Veränderungen des alternden Körpers unbedingt in Betracht ziehen. Die Absorption der Medikamente kann verlangsamt sein und durch eine Gewichtsabnahme ist das Verteilungsvolumen der Pharmaka häufig erniedrigt. (28) Die Komorbiditäten werden oft mit Medikamenten therapiert und diese Polypharmazie kann wiederum

Arzneimittelwechselwirkungen oder unerwünschte Nebenwirkungen als Folge haben. (26)

Abgesehen von einer gelegentlichen Hyponatriämie, sind ein erhöhtes Blutungsrisiko und selten eine Beeinflussung der Knochendichte mögliche weitere Nebenwirkungen von gewissen Antidepressiva. (28) SSRIs hemmen nicht nur die Serotoninaufnahme in den Nervenzellen, sondern auch die in den Blutplättchen. Somit beeinflussen sie die Hämostase, was Blutungen als Folge haben kann. Jedoch kann genau dieser Effekt auch das Thromboserisiko erniedrigen. Die Mechanismen dahinter sind aber noch nicht vollständig geklärt. (69) Blutungen treten meist im Magen-Darm-Trakt auf und werden durch eine zusätzliche Einnahme von Medikamenten wie Acetylsalicylsäure oder NSARs noch wahrscheinlicher. (22)

Das Frakturrisiko ist einerseits durch eventuelle Effekte von Antidepressiva auf die Knochendichte und andererseits durch das gelegentlich gesteigerte Sturzrisiko bei Anwendung spezieller Präparate erhöht. (28)

Bei den trizyklischen Antidepressiva ist die Kardiotoxizität eine wichtige Nebenwirkung. (22)

Eine weitere kritische Nebenwirkung ist das zentrale Serotoninsyndrom. Ursache dafür kann entweder die gleichzeitige Gabe von mehreren Antidepressiva und MAO-Hemmern oder die Kombination mit Opioiden, wie zum Beispiel Fentanyl, sein. (26)

Symptome einer Angststörung kommen bei älteren Patientinnen und Patienten häufig in Zusammenhang mit der Altersdepression vor. Bei der Verschreibung von Benzodiazepinen und anderen sedativ wirkenden Medikamenten muss man die daraus resultierende Sturzgefahr, die Sedierung, kognitive Einschränkungen und ein erhöhtes Risiko für Unfälle beachten. (24)

Generell sollte man bei älteren Patienten und Patientinnen vorsichtig bei der Gabe von Psychopharmaka vorgehen und vor allem bei multimorbiden Personen die Gefahren einer Polypharmazie beachten. Abgesehen davon sind ältere Patientengruppen in klinischen Studien häufig unterrepräsentiert, wodurch die

genaue Wirkung, beziehungsweise die möglichen Nebenwirkungen, möglicherweise noch nicht genau erforscht wurden. (24) Bei komplexer und umfangreicher Medikation und kognitiven Einschränkungen kann es zu Fehlern bei der Einnahme kommen. Die regelmäßige Überprüfung der Medikation und Untersuchungen, wie zum Beispiel EKG und Laborkontrollen, sind aus diesem Grund empfohlen. (26)

Antidepressiva bei somatischen Grunderkrankungen

Bei chronischen Schmerzen bietet sich die Anwendung von SNRI und TZA aufgrund ihres direkten schmerzlindernden Effekts an.

Kardiologische Grunderkrankungen erfordern ein Antidepressivum ohne - beziehungsweise mit geringen kardiologischen Nebenwirkungen. Dies schließt somit den Gebrauch von TZA aus und limitiert die Verwendung von SSRI wie zum Beispiel Citalopram und Escitalopram aufgrund der möglichen QT-Zeit-Verlängerung. Sertralin gehört zur Gruppe der SSRI und ist bei kardialen Risikopatienten das Mittel der Wahl. (22)

Die Anwendung von Antidepressiva bei Diabetes Mellitus kann den Stoffwechsel beeinflussen. SSRI können jedoch den Bedarf an Insulin vermindern. (22)

Psychotherapie

Psychotherapie soll auch bei der Altersdepression angewandt werden, jedoch wird dies nur eher selten durchgeführt. In den Sitzungen werden verschiedene Themengebiete besprochen. Wichtig sind hier zum Beispiel das Ausscheiden aus dem Berufsleben und der Eintritt in den Ruhestand, die häufigen verschiedenen chronischen Erkrankungen, die damit einhergehende Hilflosigkeit, aber auch die Einsamkeit und der Verlust des Partners. (10) Vor allem bei einer leichten Altersdepression bietet sich eine Psychotherapie vor dem Einsatz von Medikamenten an. (26)

Beim Gespräch mit den Patientinnen und Patienten werden belastende Themen wie z.B. der Verlust der Partnerin / des Partners und eventuelle Suizidgedanken erörtert. Außerdem wird in das Leben der Patientinnen und Patienten unterstützend eingegriffen, um Probleme zu lösen und die Person dahingehend zu unterrichten, wieder selbstständiger zu werden. (27) Diese sogenannte „Problem-solving Therapy“ wirkt sich laut einer Studie aus den USA durch eine Reduktion

der depressiven Symptome positiv auf die Psyche der Patientinnen und Patienten aus und erhöht ebenfalls Leistungsfähigkeit, beziehungsweise verringert die alltäglichen Einschränkungen. (70) Diese Therapie besteht aus einem strukturierten Gerüst, um Probleme zu identifizieren und eine passende Lösung dafür zu finden. Die Personen werden dahingehend unterrichtet, dass ihrer Depression oft eine Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung durch ungelöste Probleme zugrunde liegt. Im Vergleich dazu führt eine erfolgreiche Lösung häufig zu einem Gefühl der Hoffnung, reduziert Stress und resultiert somit in einer Verbesserung der depressiven Symptomatik. (71)

Ein Vorteil der Psychotherapie im Gegensatz zur pharmakologischen Therapie ist, dass keine somatische Nebenwirkung damit einhergehen. Probleme beim Behandlungsablauf können jedoch durch schlechtes Gehör und verminderte kognitive Leistungsfähigkeit der älteren Patienten entstehen und Patientinnen und dementielle Entwicklung beobachtet werden. (67) Als Konsequenz sollte die Geschwindigkeit und die Abfolge der Therapie an die ältere Person angepasst werden. Ein aktiveres Zugehen auf die Patienten und Patientinnen kann womöglich auch notwendig sein, um sie in die Psychotherapie miteinzubeziehen. Bei älteren Menschen ist eine Involvierung der Familie in die Therapie häufiger und stärker notwendig, als bei nicht geriatrischen Patienten.(24)

Ergotherapie

Bei der Ergotherapie werden ältere Depressive dabei unterstützt, ihren Tagesablauf selbstständig bewältigen zu können. Es wird versucht, den nötigen Antrieb wieder zu fördern und auch Selbstbewusstsein zu schaffen. Auf die Einschränkungen der einzelnen Patientinnen und Patienten muss dabei individuell eingegangen werden. (67)

Biologische/somatische Behandlung von organischen Grunderkrankungen

Wenn der Depression somatische Krankheiten zugrunde liegen, müssen sowohl die somatische Grunderkrankung als auch die Depression behandelt werden. (27)

Sporttherapie

Bewegung und Sport wirken sich nicht nur positiv auf die Psyche aus, sondern helfen auch dabei eine bessere Balance und mehr Kraft zu erhalten. Sport wirkt

körperlichen Einschränkungen entgegen. Dabei sind vor allem Sportarten wie Yoga und Tai Chi besonders effektiv. (38) Eine Studie hat auch gezeigt, dass sich Yoga scheinbar positiv auf die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse auswirkt und dadurch den Cortisol-Spiegel senkt. Das wiederum kann zu einer Stressreduktion führen und dem kognitiven Abbau entgegenwirken. (72)

Lichttherapie

Lichttherapie finden vor allem bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Altersheimen und Patientinnen / Patienten mit wenig direktem Sonnenlicht Anwendung. Sie dient der Therapie der saisonalen Depression, die mit einem Mangel an natürlichem Licht verknüpft ist. (67)

Elektrokonvulsionstherapie

Auch bei der Altersdepression findet die Elektrokonvulsionstherapie eine Anwendung und wird auch für ältere Personen mit gutem somatischen Allgemeinzustand und ohne Risikofaktoren als sicher eingestuft. Die EKT wird meist bei älteren Personen angewendet, die bereits in der Vergangenheit eine solche Therapie bekommen und davon profitiert haben. Patientinnen und Patienten mit einer Therapieresistenz gegenüber Psychopharmaka bilden eine Personengruppe, die von der EKT profitieren könnte. Jedoch werden heutzutage meist nur die schwersten Fälle dafür ausgewählt. (73) Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen haben während der EKT ein erhöhtes Risiko Nebenwirkungen zu erfahren. (74) Die Resultate bei Personen über 75 Jahre sind vergleichbar mit den Ergebnissen bei Personen zwischen 60 und 74. Trotz zusätzlicher körperlicher Erkrankungen liegt das Ansprechen auf die EKT bei 73% bei den 60- bis 74-Jährigen und bei 67% bei den über 75-Jährigen. (75) Studien haben somit gezeigt, dass das Ansprechen auf die EKT im Alter besser ist als bei jüngeren Patienten unter 60 Jahren. (76) Somit ist das Ansprechen auf die EKT viel höher als der Effekt von Psychopharmaka. (24)

Vor einer EKT ist es besonders essentiell, Risikopatienten mit kardiovaskulären Erkrankungen herauszufiltern. (74)

Behandlungsresistenz

Bis zu 40% der depressiven älteren Patienten sind behandlungsresistent. Bevor man die Diagnose „behandlungsresistente Depression“ stellen kann, muss die Diagnose bestätigt und die Dosis, beziehungsweise Dauer der Behandlung überprüft werden. Eine Option im Fall einer Therapieresistenz kann ein Wechsel des Antidepressivums oder das Hinzufügen eines zweiten Medikaments sein. (77) Es ist jedoch zu beachten, dass die Wirkung auch erst einige Wochen nach Beginn der Medikation eintreten kann. Der Medikamentenspiegel im Plasma wird überprüft und die Dosis kann bei Bedarf angepasst werden. (26) Wird ein zweites Präparat hinzugefügt oder auf ein anderes Pharmakon gewechselt, wählt man meist eine andere Gruppe von Antidepressiva aus. Es werden gelegentlich auch Antipsychotika, wie zum Beispiel Quetiapin, in geringer Dosis oder kurzzeitig Benzodiazepine hinzugefügt. Jedoch muss man vor einer Polypharmazie immer die Vorteile gegen die Nebenwirkungen abwägen. Abhängigkeiten von Benzodiazepinen sind häufige Probleme in diesem Zusammenhang. (24)

4.1.12 Prävention

Die Prävention der Altersdepression stellt eine wichtige Herausforderung für die Zukunft dar, weil diese Erkrankung meist in engem Zusammenhang mit erhöhter Invalidität, Morbidität und auch Sterblichkeit älterer Personen steht. (65)

Am effektivsten ist die Prävention bei Personen mit Risikofaktoren. Zu den Risikopatienten zählen zum Beispiel Personen nach einem Schlaganfall, Personen mit keinen/wenigen sozialen Bindungen oder Menschen mit vorbestehenden leichten depressiven Symptomen. (65)

Freiwillige Arbeit im Alter kann das Risiko für eine Altersdepression vermindern, da sie häufig das Selbstbewusstsein steigert und den Pensionisten das Gefühl gibt, einen Zweck im Leben zu haben. Studien aus den USA haben gezeigt, dass freiwillige Dienste den älteren Personen eine sinnvolle Aufgabe und einen sozialen Anschluss bieten, was sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirkt. Demnach erhöht sich die Zufriedenheit der freiwilligen Helfer, gleichzeitig sinkt die Mortalität und das Risiko für Depressionen. (78)

Zu beachten sind auch Personen, mit früheren depressiven Episoden in ihrer Vergangenheit. Das Ziel hierbei ist es einen Rückfall zu verhindern. (35)

4.2 Suizid von jüngeren und älteren Menschen

Alle 40 Sekunden nimmt sich ein Mensch das Leben. Dadurch sterben jährlich so viele Menschen, dass ihre Anzahl sogar jene der Todesfälle durch Autounfälle übersteigt. (79)

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den altersspezifischen Risikofaktoren für Suizid, mit den häufigsten Suizidmethoden der einzelnen Altersgruppen und schlussendlich mit den Möglichkeiten der Prävention.

4.2.1 Definition

Richtet eine Person seine/ihre Kräfte und seine/ihre Energie gegen sich selbst und strebt nach Selbstvernichtung, dann wird er oder sie als „suizidal“ bezeichnet. (9)
Häufig ist jedoch nicht der Tod, sondern eher die Flucht vor Problemen das Ziel der selbstzerstörerischen Handlungen. (80)

Suizididee

Die Person spielt im Gedanken mit der Absicht Suizid zu begehen. (8) Darunter fällt auch der Wunsch zu Sterben. (81)

Parasuizid

Parasuizide beinhalten oftmals nicht das Verlangen durch die eigene Hand zu sterben. (82) Bei dem Parasuizid steht häufig der Hilferuf an die Freunde und Familie im Vordergrund. (9)

Suizid

Suizid ist der Tod durch die eigene Hand (8), beziehungsweise ein Suizidversuch der tödlich endet. (81)

Suizidales Verhalten

Zu dieser Definition zählen Vorbereitungen, wie zum Beispiel der Erwerb einer Schusswaffe oder das Horten von Tabletten vor dem Hintergrund der Planung des Suizides. (80)

Erweiterter Suizid

Dabei erfolgt vor dem eigenen Suizid das Töten anderer Personen, die jedoch nicht sterben wollten. Ein Beispiel dafür sind Mütter, die aus Verzweiflung vor ihrem Selbstmord ihre Kinder umbringen. (8)

Gemeinsamer Suizid

Der gemeinsame Suizid ist vom erweiternden Suizid strikt abzugrenzen. In diesem Fall haben alle beteiligten Personen den Wunsch zu sterben und begehen gemeinsam und einvernehmlich Suizid. (8)

Indirektes suizidales Verhalten

Das indirekte suizidale Verhalten ist bei älteren Personen häufig. Es beschreibt zum Beispiel eine Unterlassung von Nahrungsaufnahme, Ignorieren ärztlicher Ratschläge und die Verweigerung der Medikamenteneinnahme. Jedoch muss dies mit einem Suizidgedanken einhergehen. (82)

Präsuizidales Syndrom

Dieser Symptomkomplex wurde von dem Psychiater Erwin Ringel geprägt und besteht aus einer Einengung der Gedanken, Aggressionsumkehr und Suizidfantasien. Die betroffenen Personen verlieren in dieser Phase zunehmend ihre sozialen Kontakte und Lust an Aktivitäten, die sie früher gemocht haben. Die Aggressionen stauen sich an, haben oftmals kein Ventil nach außen und richten sich aus diesem Grund gegen die Person selbst. (80)

Chronische Suizidalität

Chronische Suizidalität kann sich einerseits durch den chronischen Suizidgedanken und andererseits durch ständig rezidivierende suizidale Handlungen äußern. (82)

4.2.2 Epidemiologie

Der Suizid ist zahlenmäßig europaweit eine der 10 häufigsten Todesursachen. (11) Weltweit beträgt die Anzahl der Suizide jährlich ungefähr eine Million. Die Prävalenz des Suizides junger Personen liegt dabei bei 19 pro 100.000

Einwohner. (5) Die Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken liegt laut einer europaweiten Studie aus dem Jahr 2007 bei 7,8%, die Lebenszeitprävalenz von tatsächlichen Suizidversuchen liegt bei ungefähr 1,8%. (83) Männer begehen häufiger Selbstmord als Frauen. (6) In vielen Ländern sind die Suizidraten der Männern zwei (80) - bis fünfmal so hoch wie die der Frauen. (81) Besonders gefährdet sind vor allem männliche Patienten, die alleinstehend sind und die möglicherweise noch unter einer körperlichen Einschränkung oder chronischen Schmerzen leiden. (22)

Die Relevanz lässt sich besonders im Vergleich zu anderen Todesursachen verdeutlichen. Diese Opferzahlen sind vergleichsweise höher als die Zahl der Toten durch Unfälle im Straßenverkehr in Deutschland. (9) Weltweit übersteigt die Zahl der Suizide die Summe der Opfer von Terroranschlägen, Kriegen und Morden. (80)

Suizid älterer Menschen

Die Häufigkeit von Suiziden steigt bei älteren Menschen im Vergleich zu jüngeren Personen an. (6) In Österreich begingen zwischen den Jahren 1970 und 2004 18101 der über 65-Jährigen Selbstmord. Über 60% davon waren Männer. (84) Etzersdorfer et al. hat in einer österreichischen Studie ebenfalls den Anstieg der Suizidrate in der Altersgruppe der über 85-Jährigen, besonders bei den Männern, bestätigt. (85)

In Deutschland betragen die Prävalenz-Zahlen bei 85-Jährigen Personen 110 Suizide für Männer und 40 Suizide für Frauen jeweils pro 100.000 Einwohner. (5) Es kann jedoch sein, dass es bei älteren Menschen und „weichen“ Suizidmethoden noch eine weitaus höhere Dunkelziffer gibt, die möglicherweise als „unklare Todesursachen“ klassifiziert werden. (82)

Suizidversuche

Betrachtet man die Suizidversuche in Österreich und Deutschland, so gelingt im Schnitt jeder 10. Versuch. Daraus resultiert, dass die Anzahl der Suizidversuche geschätzt zehnmal bis fünfundzwanzig Mal so hoch wie die Zahl der Selbstmorde ist. (9, 80) Bei älteren Menschen gelingt im Durchschnitt sogar etwa jeder 4. Versuch, was unter anderem auf eine bessere Planung des Suizidversuchs

hindeutet. (86) Im Gegensatz dazu, sind die Suizidversuche bei jungen Frauen am häufigsten. (80)

Es gibt länderspezifische Unterschied in Bezug auf die generelle Suizidrate. Vorne weg sind Litauen mit ca. 34,1 Suiziden pro 100.000 Einwohner, Ungarn, Japan und Slowenien mit jeweils über 20 Suiziden pro 100.000 Einwohner. (80) Weltweit und auch in Österreich geht die Gesamtzahl der Suizide im Vergleich zu den Daten vor dem Jahr 2000 zurück. Dabei steigt jedoch die Anzahl der Suizide mit dem Alter an. (87)

4.2.3 Diagnostik

Manche Menschen äußern ihre Suizidgedanken offen, andere wiederum machen keinerlei Aussagen und verneinen sogar gezielte Fragen nach einem Todeswunsch. Aus diesem Grund ist die Diagnostik oftmals erschwert. (80)

Das Gespräch mit den Patientinnen und Patienten gibt eine wichtige Grundlage für die Erkennung einer Suizidgefahr. Man sollte vor allem auf Hoffnungslosigkeit, ängstlich-agitiertes Verhalten, bipolare Erkrankungen, angestaute Aggressionen, Schlafstörungen, Depression, oder Alkohol- beziehungsweise Substanzabhängigkeit achten. Verminderung der sozialen Kontakte, Vereinsamung und eine veränderte soziale Stellung sind ebenfalls zu erfragen. Die erwähnten Faktoren erhöhen häufig das Risiko für einen Suizidversuch. (9) Es kann auch vorkommen, dass die betroffene Person beginnt öfter vom Tod zu sprechen, was unter Umständen eine Warnung sein kann. (80) Zu 50% besuchen die älteren Personen kurz vor dem Suizid noch ihren Hausarzt, aus diesem Grund ist der richtige und einfühlsame Umgang mit älteren Patientinnen/Patienten und vermindertem Lebenswillen und das vorsichtige Eruiere einer Suizidgefahr essentiell. (5, 80)

Eine mögliche Ruhe und Entspanntheit nach dem Entschluss Suizid zu begehen, kann unter Umständen fälschlicherweise als Verbesserung der depressiven Symptomatik gedeutet werden. Eine möglicherweise daraus resultierende verfrühte Entlassung aus dem geschlossenen Bereich kann die Durchführung des Suizids als Folge haben. (8)

Die folgende Tabelle enthält Fragen, die bei der Abschätzung der Suizidgefahr hilfreich sein können.

Tabelle 4 – Fragenkatalog, um die Suizidalität abschätzen zu können nach Lieb (2016, Seite 25). (8)

Fragen	
1.	Haben Sie in letzter Zeit den Gedanken gehabt, dass es besser wäre, wenn Sie nicht mehr leben würden?
2.	Ist das in letzter Zeit häufiger passiert?
3.	Haben Sie auch ohne es zu wollen, daran denken müssen, Ihr Leben zu beenden?
4.	Haben Sie schon einen konkreten Plan, wie sie es machen wollen?
5.	Haben Sie schon Vorkehrungen getroffen?
6.	Haben Sie jemand anderem von dem Suizidideen erzählt?
7.	Haben Sie schon einmal versucht sich das Leben zu nehmen?
8.	Haben sich Familienmitglieder oder Freunde von Ihnen das Leben genommen?
9.	Was hat Sie in der Vergangenheit von der Umsetzung des Suizidgedankens abgehalten? Gibt es Familienmitglieder, denen Sie das nicht antun möchten?
10.	Haben Sie Pläne für Ihre Zukunft oder religiöse Verbindungen?

Sollten diese Fragen ergeben, dass eine akute Suizidgefahr besteht, so darf man den Patienten / die Patientin auf keinen Fall alleine lassen und sollte umgehend die Überstellung in eine Psychiatrie veranlassen. (8)

Die Einschätzung der Suizidalität einer Person ist jedoch durch subjektive Faktoren des Untersuchers/ der Untersucherin beeinflussbar. Eine Studie aus den USA hat zum Beispiel gezeigt, dass jüngere Ärzte / Ärztinnen häufig das Suizidrisiko älterer Personen höher einschätzen als ihre älteren Kolleginnen und Kollegen. Im Gegensatz dazu sehen ältere Untersucher/Untersucherinnen häufig bei jüngeren Patientinnen und Patienten eine erhöhte Suizidgefahr. Zusätzlich dazu wurde beobachtet, dass jüngere Ärztinnen und Ärzte, die älteren, von ihnen

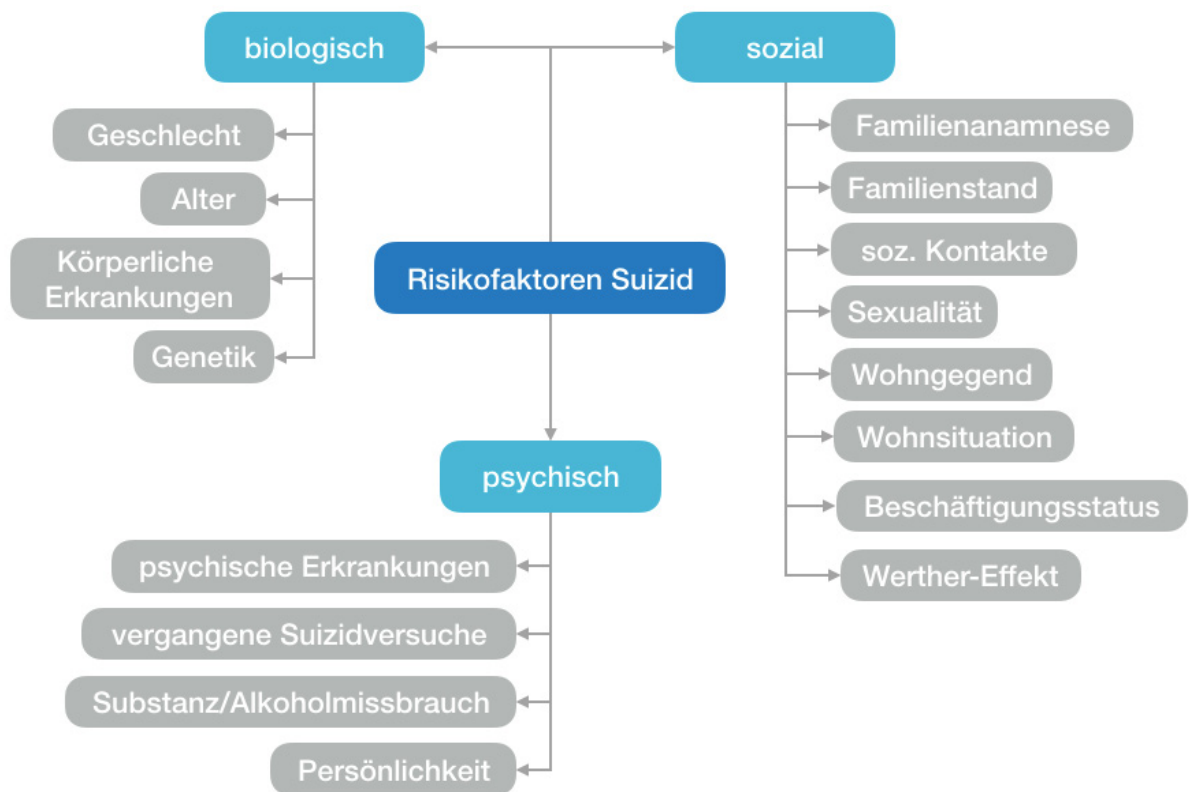
als suizidgefährdet eingeordnete Personen häufiger stationär aufnehmen als ihre älteren Kolleginnen und Kollegen. (88)

4.2.4 Risikofaktoren

Wie auch bei der Altersdepression sind die Auslöser von Suizidgedanken sehr vielschichtig und können biologische, psychische und soziale Risikofaktoren beinhalten. (80)

Die folgende Grafik stellt eine Zusammenfassung der multifaktoriellen Risikofaktoren dar.

Abbildung 8 – Zusammenfassung der Risikofaktoren für Suizid (8, 11, 80, 81, 83, 89-94)



Biologische Risikofaktoren

Geschlecht

Die Suizidrate von Männern ist höher als die der Frauen. Jedoch verüben Frauen zwei bis dreimal häufiger einen Selbstmordversuch als Männer. (11)

Auch die Suizidmethode variiert zwischen Männern und Frauen. Männer greifen oft zu Schusswaffen, Autoabgasen oder erhängen sich. Diese Methoden werden

im Gegensatz zu der von Frauen häufiger gewählten Methode der Überdosierung von Medikamenten, als „gewaltsamer“ eingestuft. (8)

Alter

Die Altersgruppe, bei denen Suizide am häufigsten vorkommen, sind die zwischen 80- und 85-Jährigen. Am seltensten suizidieren sich die zwischen 20 und 24-Jährigen Frauen, mit ungefähr 2,3 Suiziden auf 100.000 Einwohner. (8) Die Gefahr bei älteren alleinstehenden Männern ist besonders hoch. (11) Ältere Menschen leiden häufig auch unter dem altersbedingten Verlust der körperlichen Funktionen. Dies stellt somit ebenfalls einen wichtigen Risikofaktor dar. (92)

Körperliche Erkrankungen

Biologische Erkrankungen und lebensbedrohliche Diagnosen können die Suizidgefahr erhöhen. (93) Besonders bei älteren Personen stellen körperliche Erkrankungen einen Risikofaktor dar. (94) Ältere Menschen mit zum Beispiel Krebs, begehen beinahe doppelt so häufig Suizid als Personen der gleichen Altersgruppe ohne Krebserkrankung. Ältere Männer mit Prostataproblemen haben ein doppelt so hohes Suizidrisiko als Männer ohne diese Probleme. (93) In einer Studie von Lebret et al. (2006) gaben Männer somatische Erkrankungen im Vergleich zu Frauen häufiger als Grund für ihren Suizidversuch an. Generell litt die Mehrheit der älteren Personen, die nach ihrem Selbstmordversuch untersucht wurden, an mehreren schweren körperlichen Krankheiten, wie zum Beispiel Parkinson, Diabetes mellitus, Hypertonie und Schilddrüsenüberfunktion. (91) Die Suizidgefahr ist unter anderem bei älteren Menschen mit HIV, Epilepsie, Huntington und Multiple Sklerose im Vergleich zu gesunden Personen deutlich erhöht. (95) Eine Studie hat verdeutlicht, dass das Suizidrisiko mit der Anzahl der Erkrankungen ansteigt und Menschen mit multiplen Erkrankungen somit häufiger Suizid begehen. (96)

Neurotransmitter

Eine Verringerung von Serotonin im Gehirn erhöht das Risiko für den Suizid. Ein hinweisender Marker hierfür ist die Liquor-Konzentration der 5-Hydroxy-Indol-Essigsäure. (80) Dieser verminderte Wert fördert autoaggressives und impulshaftes Verhalten. (81)

Psychische Risikofaktoren

Psychiatrische Erkrankungen oder ein bereits durchgeführter Suizidversuch zählen zu den bedeutendsten Risikofaktoren für den Suizid. (8)

Psychische Erkrankungen

Personen, die Suizid begehen, leiden zu über 90% an psychischen Erkrankungen. (8) Somit stellen die psychiatrischen Erkrankungen das wahrscheinlich entscheidendste Risiko für die Suizidalität dar. (83)

Psychiatrische Erkrankungen mit erhöhtem Suizidrisiko:

- Depression
- Essstörungen
- Psychosen (schizophrene)
- Substanz- oder Alkoholabhängigkeit
- Persönlichkeitsstörungen (80)

Die meisten Suizide durch psychische Erkrankungen, etwa 40-70%, erfolgen im Zuge einer Depression. 10% der Suizide basieren auf einer Schizophrenie und bei 5% der Betroffenen ist eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. (8)

Ältere Personen, die unter einer Depression leiden, begehen rund sieben Mal so häufig Suizid als jene ohne Depression. (93)

Die Depression erhöht das Risiko für Suizidalität quer durch alle Altersgruppen und ist vor allem bei den älteren Suizidanten die am häufigsten diagnostizierte psychische Erkrankung. (97) Die Altersdepression ist somit der wichtigste Risikofaktor für Suizidversuche, Suizidgedanken und den Suizid älterer Menschen. (98) Suizid stellt die verheerendste Folge der Altersdepression dar. (99)

Einfluss der Altersdepression auf Suizidalität

Eine Studie von Vohaar et al. (2011) zeigte, dass 36% der Suizidanten unter einer diagnostizierten Depression litten, wobei 29% davon über 60 Jahre alt waren. (100)

Das Problem bei den älteren suizidalen Menschen ist, dass sie ihre Suizide, im Gegensatz zu jüngeren Personen, genauer planen und weniger häufig Menschen

in ihrer Umgebung vorwarnen. Dadurch sterben sie im Vergleich häufiger bei den Suizidversuchen. (25)

Befragungen älterer depressiver Patienten / Patientinnen zeigen, dass rund 10% der betroffenen Personen Suizidgedanken haben. Rund 30% dieser Patientinnen und Patienten hatten Gedanken über den Tod im letzten Monat. (101)

Eine Studie von Szanto et al. (2003) zeigte, dass Menschen mit einer „late-onset“ Altersdepression weniger oft Suizidgedanken hatten, als solche mit einer „early-onset“ Depression beziehungsweise mit einer wiederkehrenden depressiven Symptomatik. (102) Der Schweregrad der Depression steht wahrscheinlich ebenfalls in direktem Zusammenhang mit den Suizidgedanken. (103)

Suizidgedanken treten bei depressiven älteren Personen häufig in Kombination mit geringer sozialer Unterstützung auf. Das höchste Suizidrisiko haben demnach ältere depressive Menschen, die sozial sehr isoliert sind und bereits versucht haben, sich das Leben zu nehmen. (97)

Nach Verschwinden der depressiven Symptome, berichten nur wenige der älteren Betroffenen weiterhin von Suizidgedanken. (104)

Suizidversuch in der Anamnese

Ein versuchter Suizid in der Vergangenheit ist der wohl bedeutendste Risikofaktor für einen erneuten Versuch. (8) Rund 10 % dieser betroffenen Patientinnen und Patienten begehen in den 10 Jahren nach dem ersten Versuch Suizid. Dabei ist das Risiko vor allem in den ersten 6 Monaten nach dem Versuch am höchsten. (11) In den ersten beiden Jahren nach dem ersten Suizidversuch liegt das Risiko für einen erneuten Versuch zwischen 12 und 35%. (81) Hier gibt es keinen bedeutenden Unterschied zwischen jungen und alten Suizidanten. (94)

Belastende Lebensereignisse

Situationen, die die betroffene Person in Stress versetzen, stellen ein Risiko für Suizidgedanken beziehungsweise einen Suizidversuch dar. Dazu zählen unter anderem die zuvor bei der Altersdepression beschriebenen „life-events“ und Krisensituationen. Hierbei ist jedoch wiederum festzuhalten, dass sich Belastungen sehr individuell auf die jeweilige Person auswirken können. (105)

Substanz und Alkoholmissbrauch

Alkoholabhängige Personen haben ein erhöhtes Risiko einen Selbstmordversuch zu begehen. (90) Drogenabhängige Personen haben ebenfalls ein deutlich erhöhtes Risiko Suizid zu begehen als Personen ohne Abhängigkeiten. (82)

Eine Studie von Kim et al. (2018) hat gezeigt, dass der Alkoholkonsum bei Personen mittleren Alters und bei den älteren Personen unter 85 Jahren sehr häufig war, jedoch eher selten bei den sehr alten Personen. (106)

Persönlichkeit

Hoffnungslosigkeit, Pessimismus, Missbrauch in der Vergangenheit und wenig Selbstbewusstsein können Faktoren für eine erhöhte Suizidgefahr darstellen. (107) Abgesehen davon haben die suizidalen Personen häufiger verminderte Problemlösungsfähigkeiten. (108)

Soziale Risikofaktoren

Personen sind vor allem nach Trennungen, Verluste oder Kündigung sehr vulnerabel und somit anfällig für Suizidgedanken. (80)

Familienanamnese

Die Verwandten eines Suizidanten ersten Grades, sind besonders gefährdet, ebenfalls Suizid zu begehen. Dieser Faktor stellt vor allem bei älteren Personen ein bedeutendes Risiko dar. (94)

Familienstand

Unverheiratete (109) und geschiedene Personen haben eine höhere Suizidrate als verheiratete Menschen. Auch das Risiko verwitweter Personen ist im Vergleich erhöht. (81) Es gibt jedoch auch hierbei einen Geschlechterunterschied. Frauen sind häufiger verwitwet, Männer meist verheiratet. (92) Bei älteren Personen, waren die Suizidanten häufig verheiratet. (94)

Soziale Kontakte

Einsamkeit kann ebenfalls zur Suizidalität von älteren Menschen ab dem 60. Lebensjahr, beitragen. (89) Eine Studie von Leuret et al. (2006) hat festgestellt, dass vor allem Frauen häufiger aufgrund des Gefühls des Alleinseins und der sozialen Isolation ihre Suizidgedanken in die Tat umsetzen. (91) Weiters wurde beobachtet, dass suizidale ältere Menschen oftmals weniger Kontakt zu ihren Kindern pflegen. (108)

Sexualität

Homosexualität (80) und Transsexualität erhöhen ebenfalls die Suizidgefahr. Grund dafür sind unter anderem Diskriminierung, Ausschluss aus der Familie aufgrund der Sexualität und Misshandlungen durch Familie, Freunde und durch den Partner/die Partnerin. (109)

Wohnsituation/Wohngegend

Suizide sind bei Menschen, die in der Stadt leben, besonders in sozial schlechteren Viertel mit hoher Kriminalitäts- und Arbeitslosenrate (11), häufiger als bei Personen am Land. (8) Bei älteren Männern zwischen 60 und 70 Jahren war das städtische Leben ein größerer Risikofaktor als Scheidung. (92) Eine Studie, die den Suizid der über 70-Jährigen untersucht hat, stellte fest, dass Personen, die alleine leben, ein erhöhtes Suizidrisiko haben. (109) Ältere Personen, die gezwungenermaßen in ein Altersheim ziehen und zuvor noch in ihrem eigenen Zuhause gewohnt haben, sind ebenfalls einer erhöhten Suizidgefahr ausgesetzt. (105)

Beschäftigungsstatus

Arbeitslose Personen führen häufiger Suizidversuche durch, beziehungsweise begehen häufiger Selbstmord als Personen in einem Beschäftigungsverhältnis. (81) Betrachtet man die Suizidraten in der Steiermark, ist das Suizidrisiko von arbeitslosen Personen fünf Mal so groß wie das von Beschäftigten. (110) Dies lässt sich unter anderem durch eine erhöhte Depressionsrate dieser Personengruppe erklären. (81)

Bildung / Sozialer Status

Daten aus Österreich zeigen, dass ein niedriger, aber auch ein höherer Bildungsstatus Risikofaktoren für Suizid darstellen. Demnach suizidieren sich höher gebildete Personen und gutverdienende Personen mit Berufen wie zum Beispiel Ärzte/Ärztinnen und Manager/Managerinnen öfters, als Personen mit einem mittleren Bildungsniveau. Unter Personen mit einem geringen Bildungsstatus und schlecht bezahlten Berufen sind jedoch im Vergleich die Suizidzahlen am höchsten. (110)

Schulden und finanzielle Probleme sind laut Polizeiberichte aus der Steiermark in 10% der Fälle Auslöser für Suizidversuche. (110)

Werther-Effekt

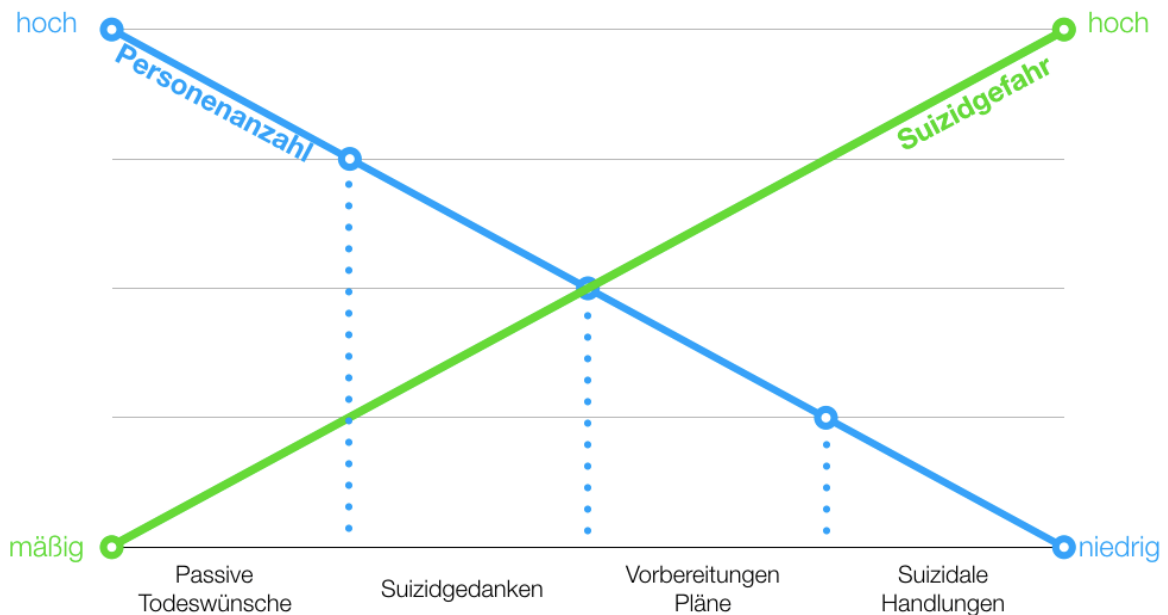
Einen weiteren Risikofaktor bildet der sogenannte „Werther Effekt“. Hierbei handelt es sich um einen Anstieg der Suizide in der Risiko-Bevölkerung nach dem Suizid einer prominenten Person oder nach einer sehr dramatischen Beschreibung eines Suizides in den Medien. Dieses Phänomen kann auch bei nicht realen Suiziden in zum Beispiel Filmszenen beobachtet werden. (80)

4.2.5 Vom Todeswunsch zum Suizid

Meistens steht zwischen einem Todeswunsch und dem eigentlichen Suizid eine spezielle Abfolge an Überlegungen. Zu Beginn ist der passive Todeswunsch, dem ein noch abstrakter Suizidgedanke folgt. Danach entwickeln die Betroffenen häufig einen bestimmten Plan, wie sie sich das Leben nehmen wollen. Anschließend bereiten sie die jeweilige Suizidmethode vor und planen den Abschied. Am Ende dieser Kette steht die eigentliche Suizidhandlung. (8) Vor allem in der Planungsphase sind Suizidankündigungen häufig. Hat sich die Person für den Suizid entschlossen, so kann man höchstens noch eher indirekte Ankündigungen oder Gespräche über den Tod erwarten. (111) Eine Studie von Kim et al. (2018) hat jedoch gezeigt, dass rund 80% der sehr alten Suizidanten über 85 Jahre, vor dem Selbstmordversuch keine Andeutungen gemacht und nicht um Hilfe gebeten haben. Außerdem hatten die älteren Betroffenen häufiger den festen Wunsch zu sterben, im Gegensatz zu den jüngeren Personen. (106)

Die folgende Grafik veranschaulicht die jeweiligen Stadien des Suizides.

Abbildung 9 - Ablauf vom Todeswunsch zum Suizid (81)



Bei den einzelnen Stadien variiert einerseits die Zahl der betroffenen Personen und andererseits die tatsächliche Suizidgefahr. Der Grafik nach haben somit viele Personen einen passiven Todeswunsch, aber von diesen Personen erreichen nur wenige das Suizidstadium. Anders jedoch in dem Stadium der „suizidalen Handlungen“. Nur wenige der Personen, die einen passiven Todeswunsch hatten, kommen in dieses Stadium. Jedoch diese wenigen Personen haben eine sehr hohe Suizidgefahr. (81)

4.2.6 Suizidmethoden

Bei den Suizidmethoden wird zwischen sogenannten „weichen“ und „harten“ Methoden unterschieden. Erstere werden in rund 61% der Fälle von Männern und in 78% von Frauen angewandt. Der „Suizid durch schneidende/stechende Gegenstände“ findet in ungefähr 23% der Suizidfälle bei Männern und 10% der Frauen Anwendung. (81)

„Harte“ Suizidmethoden: (82)

- Ersticken
- Erhängen
- Erschießen
- Sprung aus großer Höhe
- Verbrennen
- Ertränken
- Vor Züge/Autos legen/springen
- Schneiden

„Weiche“ Suizidmethoden: (82)

- Medikamentenintoxikation
- Vergiftungen mit Hilfe von Feststoffen oder Flüssigkeiten
- Vergiftungen mit Hilfe von Gasen

Die Letalität der verschiedenen Methoden variiert stark. Die Vergiftungen haben zum Beispiel eine Überlebensrate von über 90%, wohingegen die Verwendung einer Schusswaffe oder Erhängen in über 70% der Fälle tödlich endet. (81)

Statistisch betrachtet greifen die älteren Menschen über 60 Jahre häufiger zu den „harten“ Suizidmethoden. In den letzten 40 Jahren haben sich jedoch die häufigsten Methoden der Älteren verändert. In den 1980er Jahren wurde häufiger der Tod durch Erhängen oder Vergiftung gewählt, wohingegen heute Suizide durch Feuerwaffen oder Sprung aus großer Höhe meistens die Todesursachen sind. (82)

Frauen greifen häufiger zur Medikamentenüberdosierung als Männer. Dem gegenüber wählen Männer meist Erhängen, Erschießen oder der Tod durch scharfe Objekte als Suizidmethode. (91)

Durch die Wahl der Suizidmethoden können auch die Suizidzahlen im Geschlechterverhältnis erklärt werden. Obwohl Frauen häufiger an einer Depression leiden und auch häufiger Suizidversuche begehen, überleben mehr Frauen die Suizidversuche aufgrund der Auswahl von Methoden, deren Letalität

geringer ist. Somit sterben weniger Frauen als Männer bei den Suizidversuchen, was wiederum die mehr als doppelt so hohe Suizidrate der Männer erklärt. (81)

Suizidmethoden in Österreich im Laufe der Zeit

Die folgenden Abbildungen zeigen die häufigsten Suizidmethoden bei Frauen und Männern in Österreich zwischen 1990 und 2000.

Abbildung 10 - Suizidmethoden Männer in Österreich 1990-2000 (85)

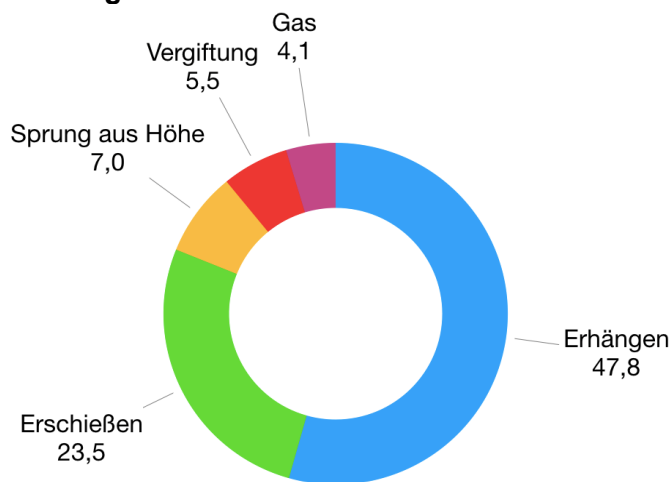
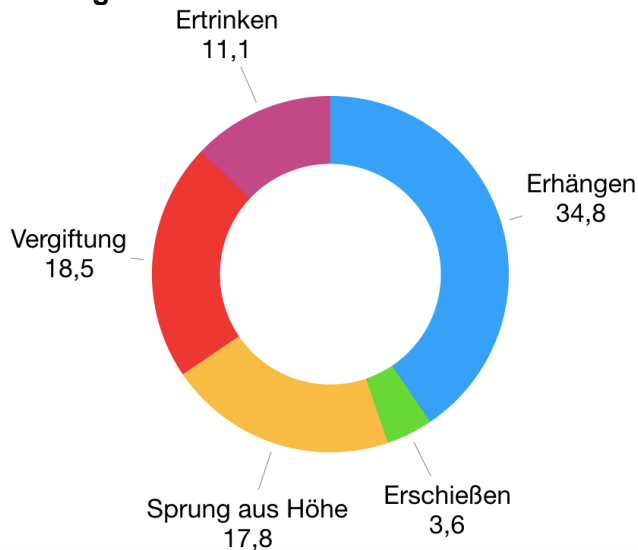


Abbildung 11 - Suizidmethoden Frauen in Österreich 1990-2000 (85)



Eine Studie aus Österreich hat gezeigt, dass sich zwischen 1990 und 2000 47,8% der männlichen Suizidanten erhängt haben. Platz 2 bei den Männern belegte der Gebrauch einer Schusswaffe mit 23,5%. Rund 7% sprangen aus großer Höhe, um sich das Leben zu nehmen. Vergiftungen wurden von 5,5 % und Tod durch Gas wurde von 4,1% der männlichen Suizidopfer gewählt. Laut dieser Studie

erhängten sich 34,8% der Frauen. Der Tod durch Gift belegt hier sogar Platz 2 mit 18,5%. 17,8% der weiblichen Suizidanten sprangen aus großer Höhe und 11,1% ertränkten sich. (85)

Die Daten aus Österreich zwischen 2000 und 2010 wurden in den folgenden Grafiken ausgearbeitet.

Abbildung 12 - Suizidmethoden Männern in Österreich 2000-2010 (87)

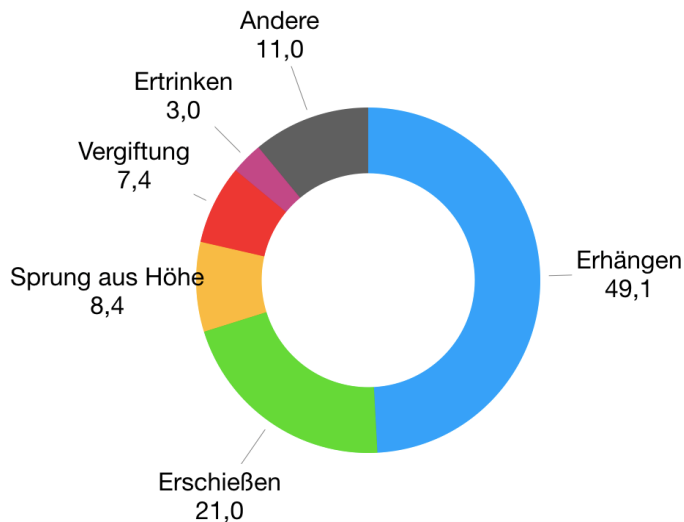
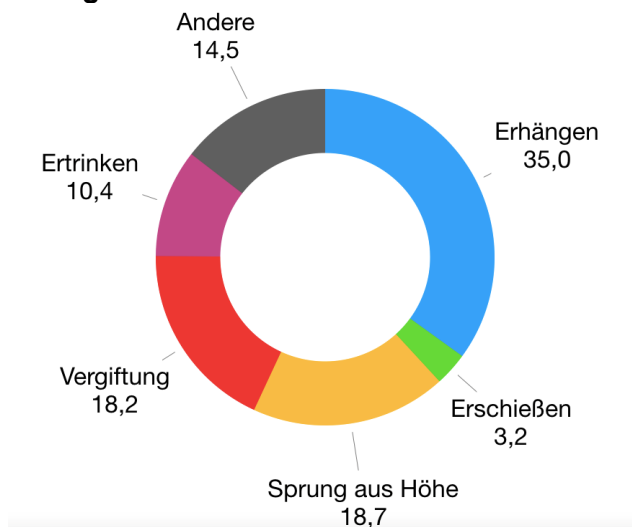


Abbildung 13 - Suizidmethoden Frauen in Österreich 2000-2010 (87)



Vergleicht man nun die Abbildungen 10 und 11 von Seite 77 mit den Abbildungen 12 und 13 so kann man erkennen, dass sich die gewählten Suizidmethoden sich zwischen 1990 und 2010 verändert haben. Jedoch belegt das Erhängen immer noch Platz 1 der Suizidmethoden bei Frauen mit 35% und Männern mit 49,1%. Auf Platz 2 steht bei den Frauen nicht mehr das Gift, sondern der Sprung aus großer Höhe mit 18,7%. 18,2% der weiblichen Suizidanten wählten jedoch weiterhin die Vergiftung, 10,4% ertränkten sich. Der Gebrauch einer Schusswaffe spielt mit

3,2% bei Frauen eine eher untergeordnete Rolle. Das Erschießen ist, nach dem Tod durch Erhängen, mit 21% die zweithäufigste Suizidmethode der Männer in Österreich. 8,4% der männlichen Suizidanten wählten den Sprung aus großer Höhe, 7,4% wählten Gift als Methode für den Selbstmord aus. 3% wählten das Ertrinken, was zwischen 1990 und 2000 nur ein sehr verschwindender Teil (0,7%) getan hat. (87)

Suizidmethoden von älteren Menschen in Österreich

Die häufigsten Methoden der Personen über 65 Jahre zwischen 2000 und 2004 werden in den folgenden Grafiken dargestellt.

Abbildung 14 - Suizidmethoden der über 65-Jährigen Männer 2000-2004 (84)

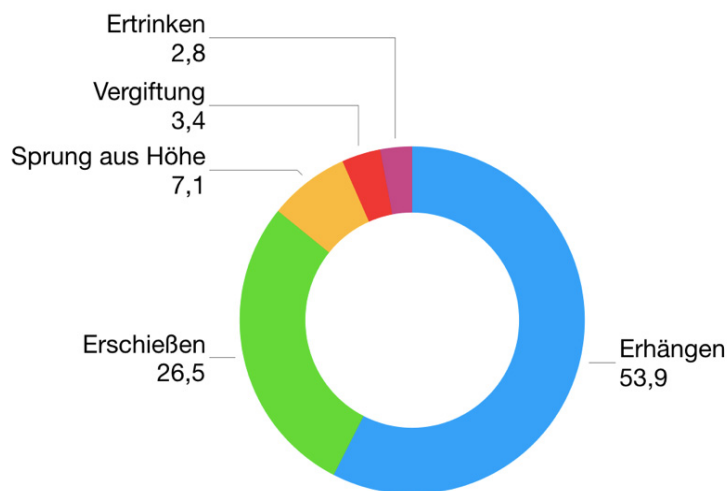
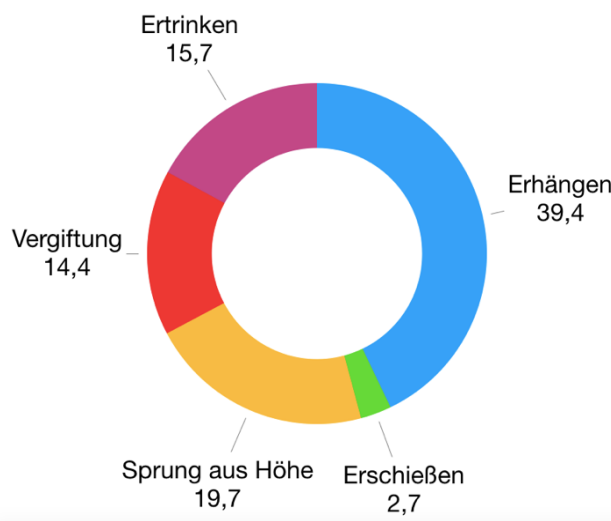


Abbildung 15 – Suizidmethoden der über 65-Jährigen Frauen 2000-2004 (84)



Wie auch bei den jüngeren Personen, ist das Erhängen mit 53,9% bei den älteren Männern und 39,4% bei den älteren Frauen zwischen 2000 und 2004 die häufigste Suizidmethode. Bei den über 65-jährigen Männern folgen darauf das Erschießen mit 26,5%, der Sprung aus großer Höhe mit 7,1%, das Vergiften mit 3,4% und das Ertränken mit 2,8%. Bei älteren Frauen spielt der Gebrauch von Feuerwaffen mit 2,7% nur eine untergeordnete Rolle. Häufige weitere Suizidmethoden bei den über 65-jährigen Frauen sind das Vergiften mit 14,4%, Sprung aus großer Höhe mit 19,7% und das Ertränken mit 15,7%. (84)

Eine Studie, die Suizide in Österreich zwischen 1970 und 2014 analysierte, hat gezeigt, dass es zwischen den gewählten Suizidmethoden im Alter Unterschiede gibt. Verglichen mit den 65- bis 69-Jährigen, töten sich die über 85-jährigen Frauen noch häufiger durch einen Sprung aus großer Höhe oder durch eine Vergiftung. Die älteren Frauen erhängen und ertränken sich jedoch seltener als die Frauen zwischen 65 und 69 Jahren. Je älter die Männer sind, desto seltener greifen sie zu Schusswaffen als Suizidmethode der Wahl. (84)

4.2.7 Behandlung

Akutbehandlung

Bei der Akutbehandlung ist wiederum die Erkennung möglicher Suizidpläne und die Einschätzung von Äußerungen zum Thema Suizid essentiell. Spricht ein Mensch davon, dass er oder sie überlegt sich zu suizidieren, muss diese Aussage immer Beachtung erlangen und genauerer exploriert werden. Wichtig ist der Aufbau einer Vertrauensbeziehung und die Schaffung einer Gesprächsbasis. Bei akuter Suizidalität ist die Beschränkung der Freiheit der Patientinnen/Patienten zum Selbstschutz in einer geschlossenen Abteilung einer Psychiatrie notwendig. (80) Das Miteinbeziehen wichtiger Bezugspersonen der Patientin / des Patienten kann bei akuter Suizidalität hilfreich sein. (11)

Besteht keine akute Suizidalität ist es manchmal möglich die Personen auch ambulant mithilfe eines sogenannten „Non-Suizidvertrag“ zu behandeln. (8) Dies ist eine schriftliche oder mündliche Vereinbarung mit einem Patienten / einer Patientin, wobei festgelegt wird, dass kein Suizid begangen wird. Dafür ist das Einverständnis des Patienten / der Patientin und dessen geistige Fähigkeit sich

daran halten zu können notwendig. Ungeeignet ist ein solcher Suizidpakt bei realitätsfernen Personen und bei sehr impulsiven Menschen. (81)

Krisenintervention im Alter

Prinzipiell ist die psychotherapeutische Vorgehensweise vergleichbar mit der Psychotherapie bei jungen Personen. Doch wie schon zuvor bei der Altersdepression besprochen, ist eine aktivere Einbringung des Therapeuten in die Therapie notwendig. (111)

Vor allem bei älteren Menschen mit intermittierenden depressiven Symptomen kann diese Methode erfolgreich sein. (112)

Die Psychotherapie durch sehr junge Ärzte und Therapeuten kann mitunter für ältere Patienten schwer sein, weil sie sich beschämt oder gekränkt fühlen. Dieses Gefühl kann davon kommen, dass Ältere die Jüngeren meist anweisen oder ihnen etwas beibringen möchten. (111)

Generelle Therapie

Es ist wichtig bei der Therapie der Suizidalität auch die Grunderkrankung zu beachten und diese zu behandeln. (11)

Die Anwendung von Psychotherapie hat bei kurzer sowie langer Behandlung gute Effekte gezeigt. (80) Die kognitive Verhaltenstherapie stellt ein wirksames Werkzeug zur Erkennung von dysfunktionalen, oft hoffnungslosen Gedanken dar. Die Verhaltenstherapie soll den Patienten helfen, sich über ihre Probleme klar zu werden und ihnen eine Hilfestellung für die Problemlösung bieten. (113)

Wirksame Medikamente bei Suizidgedanken/wunsch sind Antidepressiva. (114) Bei der Therapie der Altersdepression sprechen nicht suizidale ältere Patienten besser und schneller auf die Behandlung an, als solche die zuvor Suizidgedanken geäußert haben. (102)

Antidepressiva

Es gibt einen starken Zusammenhang zwischen der Depression und Suizidgedanken. Studien haben gezeigt, dass die Behandlung der Depression mit Antidepressiva auch positive Effekte auf die Suizidalität hat. Zu beachten ist, dass zu Beginn einer antidepressiven Therapie gelegentlich eine Antriebssteigerung bereits vor der Aufhellung der Stimmung eintritt, so könnten die davon betroffenen

Personen gelegentlich zu Beginn der Therapie gefährdeter sein einen Suizidversuch zu begehen. Um dieser Entwicklung rechtzeitig entgegenwirken zu können, ist zu Beginn einer Therapie mit Antidepressiva eine regelmäßige Eruierung, ob Suizidgedanken vorliegen, wesentlich. Bei älteren Patienten wird dieser Effekt jedoch selten beobachtet. Es wird eine starke Senkung der Suizidversuche mithilfe der Antidepressiva erzielt. (80)

Behandlung der chronischen Suizidalität

Rund 30% der Personen leiden nach dem Suizidversuch unter einer chronifizierten Suizidalität. Bei dem chronischen Verlauf ist das Knüpfen von sozialen Kontakten und der Versuch einen Sinn im Leben des betroffenen zu finden, wichtig. (11)

4.2.8 Prävention

Bei der Prävention werden drei unterschiedliche Ansätze angewandt. Die primäre Prävention findet in der Allgemeinbevölkerung statt. Dazu zählen unter anderem die strengeren Waffengesetze, Absperren von hohen Gebäuden wo Personen hinunterspringen könnten, Schutzfunktionen im Auto, um Abgasvergiftungen zu verhindern und die Sicherung von Schienen beziehungsweise Schienenfahrzeugen. (80) Zu den Beschränkungen der Suizidmittel zählt außerdem noch die Entfernung hochgiftiger Pestizide vom Markt. Beschränkt man die tödlichsten Suizidmittel, sind Personen mit Selbstmordgedanken häufig dazu gezwungen, zu weniger tödlichen Methoden zu greifen. Erhängen, die weitverbreitetsten Suizidmethode in Österreich, kann man jedoch kaum verhindern. (115)

Man versucht also mögliche Suizidmethoden so zu modifizieren, dass die Gefahren und die Verfügbarkeit reduziert werden. Abgesehen ist die Verbesserung des psychiatrischen oder psychotherapeutischen Hilfsnetzes ein wichtiger Bestandteil der Prävention. (80) Da diese Form der Prävention auf die gesamte Bevölkerung angewendet wird, ist sie nicht von individuellen Eigenschaften der Personen abhängig, sondern kann bei verschiedensten Personen, auch bei denen mit unerkannten Suizidgedanken, Wirkung zeigen. (115)

Die sekundäre und tertiäre Prävention ist auf Menschen, die bereits Suizidgedanken haben oder Suizidversuche unternommen haben, ausgerichtet. Hierzu zählen die rechtzeitige Erkennung von suizidalen Personen, die Integrierung in soziale Netzwerke und die Therapie des Betroffenen vor dem Suizidversuch. (80)

Ein Teil der sekundären Prävention besteht darin die Betroffenen dazu bewegen, Hilfe zu suchen, bevor sie versuchen sich selbst zu töten. Krisentelefone können zum Beispiel zur Verhinderung von Suizidversuchen beitragen. (116) Auch Psychopharmaka, insbesondere Antidepressiva zum Beispiel SSRI, stellen einen wichtigen Teil der Sekundärprävention dar. Studien haben beobachtet, dass die Suizidrate in Ländern mit steigender Verschreibung von SSRI sinkt. (107)

Von der tertiären Prävention spricht man nach einem Suizidversuch und möchte somit einen erneuten Suizidversuch verhindern. (80)

5 Diskussion

Weltweit leidet ungefähr jeder zehnte Mensch einmal im Leben an einer Depression. (1) Trotz der Tatsache, dass es sich um eine sehr häufige Erkrankung handelt, werden nur rund 54% der depressiven Patientinnen und Patienten richtig diagnostiziert. (2, 10) Eine häufige Form der Depression, stellt die Altersdepression mit erstmaligem Auftreten nach dem 65. Lebensjahr dar. (2) So sind etwa 14-43% aller älteren Menschen von depressiven Symptomen betroffen. (5) Besonders chronisch kranke ältere Personen leiden häufig an der Altersdepression. (24) Bei dieser kann man zwischen zwei Formen differenzieren. Die „early-onset“ Depression tritt in jüngeren Jahren auf und persistiert oder tritt nach dem 65. Lebensjahr erneut auf. Bei der „late-onset“ handelt es sich um das erstmalige Auftreten einer Depression im höheren Alter. (24, 25)

Welche biopsychosozialen Ursachen und Risikofaktoren liegen der Altersdepression zu Grunde?

Bei der Altersdepression, wie auch bei der Depression, lassen sich mehrere Ursachen und Risikofaktoren feststellen, die sich mithilfe des biopsychosozialen Modells beschreiben lassen.

Zu den biologischen Risikofaktoren für die Altersdepression zählen unter anderem aktuelle Begleiterkrankungen, schwere lebensbedrohliche Erkrankungen und chronische Erkrankungen. (5) Erkrankungen, die häufig mit einer Depression assoziiert werden, sind unter anderem Diabetes mellitus Typ 2, kardiovaskuläre Erkrankungen, Schlaganfall und Demenz. (3, 50, 51) In ungefähr 30% der Fälle, leiden die Personen nach einem Schlaganfall an einer Depression. (50) Rund ein Fünftel der Patientinnen und Patienten leiden zirka drei Monate nach einem Myokardinfarkt an depressiven Symptomen. (54) Auch die Diagnose von somatischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Krebsleiden, Herzinfarkt oder Behinderung sind Risikofaktoren der Altersdepression. (7) Körperliche Behinderung, schlechtes Hör- und Sehvermögen und chronische Schmerzen können ebenfalls zur Entstehung einer Depression im höheren Alter beitragen. (3, 36) Auch gewisse Proteine, wie zum Beispiel SLC6A4, das Protein APOE-e4 und das „Brain-derived neurotrophic factor“-Protein, können das Depressionsrisiko

erhöhen. (37) Eine weitere mögliche biologische Ursache sind depressiogen wirkende Medikamente, wie zum Beispiel Steroide, Betablocker, Methyldopa, Östrogen, Tamoxifen. (61)

Einer der bedeutendsten psychosozialen Risikofaktoren für die Entstehung einer Altersdepression ist die Trauer durch den Verlust einer geliebten Person. Der Tod einer nahestehenden Person, finanzielle Verluste oder andere markante Veränderungen zählen zu den sogenannten „life events“. (7) Ältere Menschen können sich häufig schlechter an veränderte Lebenssituationen anpassen als jüngere Menschen. (43) Auch tragen gewisse Persönlichkeitsfaktoren zur Entwicklung einer Depression im Alter bei. Dazu zählt vor allem Introvertiertheit, neurotisches Verhalten und geringes Selbstbewusstsein. (38, 45)

Soziale Isolation, kleine soziale Netzwerke, die Pflege von Angehörigen und ähnliches, sind soziale Faktoren, die eine Altersdepression begünstigen können. (35, 47, 49) Der berufliche Ruhestand und ein häufig schlechterer sozioökonomischer Status werden ebenfalls als Risikofaktoren gewertet. (35, 48)

Wenn Risikofaktoren vorhanden sind, bedeutet das nicht, dass die betroffenen Personen immer an Depressionen leiden. Es ist meist von der individuellen Einstellung abhängig, wie bedrohlich oder unerwünscht die „life-events“ durch die Person wahrgenommen werden. (7) Darüber hinaus sind die Dauer und Anzahl der „life-events“ zu berücksichtigen. (35)

Wie äußert sich eine Depression?

Die Depression ist geprägt durch charakteristische Symptomatik, bei deren Auftreten die Diagnose nach ICD-10 gestellt wird. (2) Die depressiven Symptome werden nach ICD-10 in Haupt- und Zusatzsymptome eingeteilt, wodurch auch eine Schweregradeinteilung ermöglicht wird. Zu den Hauptsymptomen zählen die depressive Stimmung, Interessens- und Antriebslosigkeit. Für die Diagnose einer Depression müssen mindestens zwei dieser Symptome vorliegen. In die Gruppe der Zusatzsymptome fallen unter anderem Schlafstörungen, Appetitverminderung und Suizidgedanken. Anhand der Anzahl der Haupt- und Zusatzsymptome wird zwischen leichter, mittelschwerer und schwerer Depression differenziert. (14)

Manche dieser Symptome treten bei der Altersdepression häufiger auf als bei jüngeren Menschen. Ältere depressive Personen sind oft ängstlich-agitiert, hypochondrisch und manchmal auch paranoid. Die älteren Patientinnen und Patienten klagen außerdem mehr als jüngere. Darüber hinaus leiden sie öfter an sehr ausgeprägter Antriebslosigkeit und Schlafstörungen. (5) Die Diagnostik der Symptome ist bei älteren Menschen oft erschwert, da sie durch Komorbiditäten verschleiert oder als Prozess des Älterwerdens häufig missinterpretiert werden. (23, 26)

Diagnostik der Altersdepression?

Im Status psychicus und in der Anamnese werden die oben beschriebenen Symptome abgefragt. Zwei häufig verwendete Ratingskalen zur Beurteilung des Schweregrades einer Depression sind die Hamilton-Depressions-Skala und die Montgomery-Asberg-Depressionsskala. (9) Da diese Skalen die möglichen somatischen Komorbiditäten im Alter nur begrenzt berücksichtigen, werden sie eher bei jüngeren Menschen angewendet. (3) Bei älteren Personen finden die Geriatrische Depressionsskala, die Depression-im-Alter-Skala und die Cornell Skala Anwendung. (26, 29, 30) Diese Skalen können jedoch eine Depression nicht mit Sicherheit beweisen oder ausschließen. (3)

Welchen Therapiemöglichkeiten kann man bei der Altersdepression anwenden?

Da es biologische, psychische und soziale Ursachen, beziehungsweise Risikofaktoren, für Altersdepression gibt, sollte auch die Therapie multifaktoriell erfolgen. (5, 27)

Die Behandlung der Komorbiditäten stellt einen wichtigen Teil der Therapie der biologischen Risikofaktoren dar. (27) Auch Sport und körperliche Bewegung können sich positiv auf das Befinden der Patientinnen und Patienten auswirken. Diese körperliche Betätigung kann älteren Patienten auch dabei helfen, wieder mehr Kraft und eine bessere Balance aufzubauen. (38) Hierzu können auch gelegentlich Yoga und Tai Chi beitragen, da diese zu einer Stressreduktion führen können. (72)

Die psychopharmakologische Therapie der Altersdepression wird durch das Alter der Patientinnen und Patienten und die häufigen Komorbiditäten erschwert. Die Verminderung der hepatischen und renalen Clearance-Raten im Alter wirken sich auf die Dosierung der Medikamente aus und sie müssen unbedingt beachtet werden. Außerdem muss man bedenken, dass klinische Studien zu den Medikamenten oftmals nicht mit älteren Menschen durchgeführt werden, wodurch häufig Therapiekonzepte, die auf Studien mit jüngeren Personen basieren, angewendet werden. (67)

Grundsätzlich sollte die Dosierung der Antidepressiva eher niedrig sein und erst im Verlauf langsam erhöht werden. (27) Für die Auswahl des richtigen Medikamentes ist vor allem das Nebenwirkungsprofil und insbesondere bei Polypharmazie die eventuelle Wechselwirkung mit anderen Pharmaka entscheidend. (26) Im Vergleich zu anderen Antidepressiva, stellen SSRI aus diesen Gründen die 1. Wahl bei älteren Personen dar. (67) Regelmäßige Laborkontrollen und EKGs sind besonders bei multimorbiden älteren Patienten notwendig, um möglichen Nebenwirkungen entgegenwirken zu können. (26) Zusätzlich kann bei einer therapieresistenten Altersdepression die Elektrokonvulsionstherapie angewandt werden. (73)

Neben einer psychopharmakologischen Antidepressivatherapie, zeigt auch die Psychotherapie häufig gute Erfolge bei der Behandlung der Altersdepression. (10) Bei den Gesprächen werden belastende „life-events“ aufgearbeitet und in das Leben der Person unterstützend eingegriffen. Außerdem versucht man, die Patientinnen und Patienten zu ermuntern, wieder selbstständiger zu werden und ihre Probleme selbst lösen zu können. (27) Vorteile der Psychotherapie ist, dass sie nicht mit somatischen Nebenwirkungen einher geht. (67) Zusätzlich dazu gibt es die Ergotherapie, die ältere Menschen dabei unterstützen soll, ihren Tagesablauf selbstständig zu strukturieren und zu bewältigen zu können. (67)

Wie häufig ist Suizid unter ältere Menschen?

Rund 18.100 ältere Menschen haben sich im Zeitraum zwischen 1970 und 2004 in Österreich das Leben genommen. (84) Die Prävalenzzahlen aus Deutschland zeigen eine Selbstmordrate von 110 der über 85-jährigen Männern und eine Suizidrate von 40 der über 85-jährigen Frauen jeweils pro 100.000 Einwohner. (5) Vergleicht man die Suizidzahlen mit der Anzahl der Suizidversuche, so gelingt im Durchschnitt jeder 10. Suizidversuch, bei älteren Menschen sogar jeder 4. Versuch. (80, 86)

Wie wirkt sich die Altersdepression auf die Suizidalität von älteren Personen aus?

Das Ergebnis dieser systematischen Literaturrecherche unterstreicht deutlich den Zusammenhang zwischen der Altersdepression und der Suizidalität älterer Personen.

Depressionen erhöhen das Suizidrisiko von jüngeren und älteren Menschen, sind aber besonders bei älteren Suizidantinnen und Suizidanten die vor ihrem Tod häufigste diagnostizierte psychische Erkrankung. (97) Die Altersdepression ist somit der wichtigste Risikofaktor für Suizidgedanken, Suizidversuche und den Suizid älterer Menschen. (7) Rund 10% der älteren depressiven Personen geben an, dass sie Suizidgedanken haben. Menschen, die an einer „late-onset“ Altersdepression leiden, haben jedoch seltener Suizidgedanken als jene mit einer „early-onset“ Depression. (102) Der Schweregrad der Altersdepression hat ebenfalls Auswirkungen auf die Suizidalität. (103) Eine Therapie der Depression geht bei älteren Menschen häufig mit einem zusätzlichen Verschwinden der Selbstmordgedanken einher. (104)

5.1 Schlussfolgerung

Ziel der Diplomarbeit war es die möglichen Risikofaktoren und Ursachen für die Altersdepression und für den Suizid im höheren Lebensalter zu beschreiben. Eine Früherkennung von Risikofaktoren und eine adäquate Therapie oder Prävention, können die Häufigkeit der Altersdepression verringern und so die Suizidrate älterer Menschen senken.

Eine ungeklärte Frage ist jedoch jene, ob Frauen wirklich häufiger von Depressionen betroffen sind als Männer. Die höheren Zahlen könnten auch damit zusammenhängen, dass Frauen öfter Ärztinnen und Ärzte aufsuchen, beziehungsweise offener mit ihren Gefühlen umgehen. (79)

5.2 Ausblick in die Zukunft

In Anbetracht der steigenden Lebenserwartung und der somit immer größer werdenden Zahl an älteren Menschen, sind die Altersdepression und die Suizidalität älterer Menschen zwei Themen, die die Medizin auch in Zukunft vermehrt beschäftigen werden. Entscheidend ist die Früherkennung von depressiven Symptomen im höheren Lebensalter, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

Eine mögliche Vorgehensweise für die Zukunft wäre ein aktives Zugehen auf ältere Personen, die zum Beispiel gerade den Ehepartner / Ehepartnerin verloren haben, die eine einschneidende medizinische Diagnose erfahren haben, wie zum Beispiel Schlaganfälle oder Herzinfarkte.

Man könnte auch überlegen, dass ältere Patientinnen und Patienten routinemäßig bei Hausarztbesuchen zum Beispiel anbieten, die 15 Fragen der Geriatrische Depressionsskala zu beantworten. So könnte man gefährdete Personen früher erkennen und unterstützen.

Eine soziale Isolation und wenig Kontakte sind ebenso Risikofaktoren für die Altersdepression und Suizid. Freiwillige Arbeit älterer Menschen kann sich positiv auf die Psyche auswirken. (78) Auch in Schulen oder Kindergärten könnten sich ältere Menschen zum Beispiel als Vorleser oder Helfer bei Bastelarbeiten engagieren. Ein weiteres Problem ist die eingeschränkten Psychopharmaka Datenlage an älteren Menschen. (67) Hier wäre ein Verbesserungspotential durch mehr Studien mit älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmern in der Zukunft gegeben.

Zusammenfassend kann eine biopsychosoziale Perspektive der Altersdepression zur Erkennung von Risikopatienten entscheiden beitragen und so die Therapie optimieren.

6 Literaturverzeichnis

1. Psyhyrembel Klinisches Wörterbuch. Berlin: Walter de Gruyter 2007.
2. Lieb K. Affektive Störungen. In: Lieb K, Frauenknecht S, Brunnhuber S, Hrsg. Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. 8. Auflage. München: Elsevier GmbH; 2016. p. 147-76.
3. Wolter DK. Depressionen im höheren Lebensalter, Teil 1 - Entstehung, klinische Symptome, Diagnose und Wechselwirkung zwischen Depression und Demenz. Z Gerontol Geriatr. 2016;49(4):335-48.
4. Shah A, Bhat R, Zarate-Escudero S, DeLeo D, Erlangsen A. Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: the international landscape. Aging Ment Health. 2016;20(2):131-8.
5. Marksteiner J, Hinterhuber H, Haring C. Gerontopsychiatrie. In: Fleischhacker WW, Hinterhuber H, Hrsg. Lehrbuch Psychiatrie Wien: Springer Verlag; 2012. p. 353-94.
6. Riedel-Heller S, Hahl A, Luck T, Heimbach B. Die Gerontopsychiatrie. In: Köppel S, Jessen F, Hrsg. Praxishandbuch Gerontopsychiatrie und -psychotherapie München: Elsevier GmbH; 2018. p. 167-98.
7. Bruce ML. Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. Biol Psychiatry. 2002;52(3):175-84.
8. Lieb K. Psychiatrische Diagnostik. In: Lieb K, Frauenknecht S, Brunnhuber S, Hrsg. Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. 8. Auflage. München: Elsevier GmbH; 2016. p. 9-40.
9. Rothenhäusler H-B, Täschner K-L. Kompendium Praktische Psychiatrie. Wien: Springer-Verlag; 2007.
10. Laux G. Depressive Störungen. In: Möller H-J, et al, Hrsg. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. 4. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag; 2011. p. 371-443.
11. Arolt V, Reimer C, Dilling H. Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. 7. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag; 2011.
12. Deisenhammer EA, Hausmann A. Affektive Störungen. In: Fleischhacker WW, Hinterhuber H, Hrsg. Lehrbuch Psychiatrie Wien: Springer Verlag; 2012. p. 153-96.
13. DGPPN BK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs Leitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. [cited 2019 27.09]. Available from: <https://www.leitlinien.de/nvl/html/depression/kapitel-1>.
14. Herold G. Innere Medizin. Köln: Gerd Herold; 2019.

15. Aktories K, Förstermann U, Hofmann FB, Starke K. Repetitorium Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. 2. Auflage. München: Elsevier GmbH; 2009.
16. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36.
17. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137(5):535-44.
18. Egger JW. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Psychologische Medizin*. 2005;16(2):3-12.
19. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann N Y Acad Sci*. 1978;310:169-87.
20. McLaren N. A critical review of the biopsychosocial model. *Aust N Z J Psychiatry*. 1998;32(1):86-92; discussion 3-6.
21. Van Oudenhove L, Cuypers S. The relevance of the philosophical 'mind-body problem' for the status of psychosomatic medicine: a conceptual analysis of the biopsychosocial model. *Med Health Care Philos*. 2014;17(2):201-13.
22. Klöppel S, Brieger P, Assion H-J. Affektive Störungen. In: Klöppel S, Jessen F, Hrsg. *Praxishandbuch Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* München: Elsevier GmbH; 2018. p. 167-98.
23. Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis*. 2008;5(1):A22.
24. Casey DA. Depression in Older Adults: A Treatable Medical Condition. *Prim Care*. 2017;44(3):499-510.
25. Aziz R, Steffens DC. What are the causes of late-life depression? *Psychiatr Clin North Am*. 2013;36(4):497-516.
26. Dafsari FS, Jessen F. Depression im Alter – Diagnostik, Pathophysiologie und therapeutische Strategien. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2018;86(4):242-55.
27. Haupt M, Gutzmann H, Wolter D. Psychische Störungen im höheren Lebensalter. In: Möller H-J, et al, Hrsg. *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. 4. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag; 2011. p. 1444-65.
28. Craig Nelson J. Management of Late-Life Depression. *Handb Exp Pharmacol*. 2019;250:389-413.
29. Heidenblut S, Zank S. Entwicklung eines neuen Depressionsscreenings für den Einsatz in der Geriatrie. Die „Depression-im-Alter-Skala“ (DIA-S). *Z Gerontol Geriatr*. 2010;43(3):170-6.

30. Korner A, Lauritzen L, Abelskov K, Gulmann N, Marie Brodersen A, Wedervang-Jensen T, et al. The Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia. A validity study. *Nord J Psychiatry*. 2006;60(5):360-4.
31. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63 Suppl 11:S454-66.
32. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982;17(1):37-49.
33. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Use of the Cornell scale in nondemented patients. *J Am Geriatr Soc*. 1988;36(3):230-6.
34. Committee on the Mental Health Workforce for Geriatric P, Board on Health Care S, Institute of M. *The Mental Health and Substance Use Workforce for Older Adults: In Whose Hands?* Eden J, Maslow K, Le M, Blazer D, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2012.
35. Arean PA, Reynolds CF, 3rd. The impact of psychosocial factors on late-life depression. *Biol Psychiatry*. 2005;58(4):277-82.
36. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2003;160(6):1147-56.
37. Tsang RS, Mather KA, Sachdev PS, Reppermund S. Systematic review and meta-analysis of genetic studies of late-life depression. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;75:129-39.
38. Laird KT, Krause B, Funes C, Lavretsky H. Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Transl Psychiatry*. 2019;9(1):88.
39. Post RM. Role of BDNF in bipolar and unipolar disorder: clinical and theoretical implications. *J Psychiatr Res*. 2007;41(12):979-90.
40. Hosang GM, Shiles C, Tansey KE, McGuffin P, Uher R. Interaction between stress and the BDNF Val66Met polymorphism in depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2014;12:7.
41. Duman RS, Monteggia LM. A neurotrophic model for stress-related mood disorders. *Biol Psychiatry*. 2006;59(12):1116-27.
42. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003;301(5631):386-9.

43. Aldwin CM, Sutton KJ, Chiara G, Spiro A, 3rd. Age differences in stress, coping, and appraisal: findings from the Normative Aging Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1996;51(4):P179-88.
44. Dagan O, Facompre CR, Bernard K. Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2018;236:274-90.
45. Orth U, Robins RW, Meier LL, Conger RD. Refining the vulnerability model of low self-esteem and depression: Disentangling the effects of genuine self-esteem and narcissism. *J Pers Soc Psychol*. 2016;110(1):133-49.
46. Sowislo JF, Orth U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull*. 2013;139(1):213-40.
47. Schwarzbach M, Lupp M, Forstmeier S, König HH, Riedel-Heller SG. Social relations and depression in late life-a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29(1):1-21.
48. Lee J, Smith JP. Work, Retirement, and Depression. *J Popul Ageing*. 2009;2(1-2):57-71.
49. Livingston G, Manela M, Katona C. Depression and other psychiatric morbidity in carers of elderly people living at home. *BMJ*. 1996;312(7024):153-6.
50. Wolter DK. Depressionen im höheren Lebensalter, Teil 2-Komorbidity und Behandlung. *Z Gerontol Geriatr*. 2016;49(5):437-52.
51. Baune BT, Stuart M, Gilmour A, Wersching H, Arolt V, Berger K. Moderators of the relationship between depression and cardiovascular disorders: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34(5):478-92.
52. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J*. 2006;27(23):2763-74.
53. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *Eur Heart J*. 2014;35(21):1365-72.
54. Larsen KK. Depression following myocardial infarction-an overseen complication with prognostic importance. *Dan Med J*. 2013;60(8):B4689.
55. Alexopoulos GS. Vascular disease, depression, and dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(8):1178-80.
56. Barnes DE, Yaffe K, Byers AL, McCormick M, Schaefer C, Whitmer RA. Midlife vs late-life depressive symptoms and risk of dementia: differential effects for Alzheimer disease and vascular dementia. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(5):493-8.

57. Krishnan KR, Hays JC, Blazer DG. MRI-defined vascular depression. *Am J Psychiatry*. 1997;154(4):497-501.
58. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kakuma T, Silbersweig D, Charlson M. Clinically defined vascular depression. *Am J Psychiatry*. 1997;154(4):562-5.
59. Taylor WD, Aizenstein HJ, Alexopoulos GS. The vascular depression hypothesis: mechanisms linking vascular disease with depression. *Mol Psychiatry*. 2013;18(9):963-74.
60. Steffens DC, Byrum CE, McQuoid DR, Greenberg DL, Payne ME, Blitchington TF, et al. Hippocampal volume in geriatric depression. *Biol Psychiatry*. 2000;48(4):301-9.
61. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005;365(9475):1961-70.
62. Monti JD, Rudolph KD. Emotional awareness as a pathway linking adult attachment to subsequent depression. *J Couns Psychol*. 2014;61(3):374-82.
63. Laird KT, Lavretsky H, Paholpak P, Vlasova RM, Roman M, St Cyr N, et al. Clinical correlates of resilience factors in geriatric depression. *Int Psychogeriatr*. 2019;31(2):193-202.
64. Brodaty H, Peters K, Boyce P, Hickie I, Parker G, Mitchell P, et al. Age and depression. *J Affect Disord*. 1991;23(3):137-49.
65. Hall CA, Reynolds-lii CF. Late-life depression in the primary care setting: challenges, collaborative care, and prevention. *Maturitas*. 2014;79(2):147-52.
66. Royall DR, Schillerstrom JE, Piper PK, Chiodo LK. Depression and mortality in elders referred for geriatric psychiatry consultation. *J Am Med Dir Assoc*. 2007;8(5):318-21.
67. Kopf D, Hummel J. Depression beim gebrechlichen Alterspatienten. *Z Gerontol Geriatr*. 2013;46(2):127-33.
68. Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF, 3rd, Carpenter D, Docherty JP, Ross RW. Pharmacotherapy of depression in older patients: a summary of the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract*. 2001;7(6):361-76.
69. de Abajo FJ. Effects of selective serotonin reuptake inhibitors on platelet function: mechanisms, clinical outcomes and implications for use in elderly patients. *Drugs Aging*. 2011;28(5):345-67.
70. Alexopoulos GS, Raue P, Arean P. Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2003;11(1):46-52.
71. Alexopoulos GS, Raue PJ, Kanellopoulos D, Mackin S, Arean PA. Problem solving therapy for the depression-executive dysfunction syndrome of late life. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(8):782-8.

72. Gothe NP, Keswani RK, McAuley E. Yoga practice improves executive function by attenuating stress levels. *Biol Psychol.* 2016;121(Pt A):109-16.
73. van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WJ, Beekman AT. The efficacy and safety of ECT in depressed older adults: a literature review. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003;18(10):894-904.
74. Rice EH, Sombrotto LB, Markowitz JC, Leon AC. Cardiovascular morbidity in high-risk patients during ECT. *Am J Psychiatry.* 1994;151(11):1637-41.
75. Tew JD, Jr., Mulsant BH, Haskett RF, Prudic J, Thase ME, Crowe RR, et al. Acute efficacy of ECT in the treatment of major depression in the old-old. *Am J Psychiatry.* 1999;156(12):1865-70.
76. Flint AJ, Gagnon N. Effective use of electroconvulsive therapy in late-life depression. *Can J Psychiatry.* 2002;47(8):734-41.
77. Flint AJ. Treatment-resistant depression in late life. *CNS Spectr.* 2002;7(10):733-8.
78. Greenfield EA, Marks NF. Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2004;59(5):S258-64.
79. Topp T, Lefering R, Mueller T, Ruchholtz S, Patzer T, Kuhne CA. Suizid im Alter – das unterschätzte Risiko. *Unfallchirurg.* 2013;116(4):332-7.
80. Deisenhammer EA. Suizid und Suizidalität. In: Fleischhacker WW, Hinterhuber H, Hrsg. *Lehrbuch Psychiatrie* Wien: Springer Verlag; 2012. p. 395-404.
81. Bronisch T, Hegerl U. Suizidalität. In: Möller H-J, et al, Hrsg. *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie.* 4. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag; 2011. p. 1469-501.
82. Schmidtke A, Sell R, Lohr C. Epidemiologie von Suizidalität im Alter. *Z Gerontol Geriatr.* 2008;41(1):3-13.
83. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord.* 2007;101(1-3):27-34.
84. Kapusta ND, Etzersdorfer E, Sonneck G. Trends in suicide rates of the elderly in Austria, 1970-2004: an analysis of changes in terms of age groups, suicide methods and gender. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007;22(5):438-44.
85. Etzersdorfer E, Voracek M, Kapusta N, Sonneck G. Epidemiology of suicide in Austria 1990-2000: general decrease, but increased suicide risk for old men. *Wien Klin Wochenschr.* 2005;117(1-2):31-5.
86. Zanni GR, Wick JY. Understanding suicide in the elderly. *Consult Pharm.* 2010;25(2):93-102.

87. Etzersdorfer E, Klein J, Baus N, Sonneck G, Kapusta ND. Epidemiology of suicide in Austria during 2000-2010: potential years of life lost: time for the national suicide prevention program. *Wien Klin Wochenschr.* 2015;127(7-8):308-13.
88. Berman NC, Tung ES, Matheny N, Cohen IG, Wilhelm S. Clinical decision making regarding suicide risk: Effect of patient and clinician age. *Death Stud.* 2016;40(5):269-74.
89. Bennardi M, Caballero FF, Miret M, Ayuso-Mateos JL, Haro JM, Lara E, et al. Longitudinal Relationships Between Positive Affect, Loneliness, and Suicide Ideation: Age-Specific Factors in a General Population. *Suicide Life Threat Behav.* 2019;49(1):90-103.
90. Kurz M. Störungen durch psychotrope Substanzen. In: Fleischhacker WW, Hinterhuber H, Hrsg. *Lehrbuch Psychiatrie* Wien: Springer Verlag; 2012. p. 51-86.
91. Lebret S, Perret-Vaille E, Mulliez A, Gerbaud L, Jalenques I. Elderly suicide attempters: characteristics and outcome. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2006;21(11):1052-9.
92. Lee H, Seol KH, Kim JW. Age and sex-related differences in risk factors for elderly suicide: Differentiating between suicide ideation and attempts. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2018;33(2):e300-e6.
93. Quan H, Arboleda-Florez J, Fick GH, Stuart HL, Love EJ. Association between physical illness and suicide among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(4):190-7.
94. Suresh Kumar PN, Anish PK, George B. Risk factors for suicide in elderly in comparison to younger age groups. *Indian J Psychiatry.* 2015;57(3):249-54.
95. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am.* 2011;34(2):451-68, ix.
96. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med.* 2004;164(11):1179-84.
97. Alexopoulos GS, Bruce ML, Hull J, Sirey JA, Kakuma T. Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(11):1048-53.
98. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, 3rd, Katz, II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2004;291(9):1081-91.
99. Bogers I, Zuidersma M, Boshuisen ML, Comijs HC, Oude Voshaar RC. The influence of thoughts of death and suicidal ideation on the course of depression in older depressed patients. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2017;32(8):882-91.

100. Voshaar RC, Kapur N, Bickley H, Williams A, Purandare N. Suicide in later life: a comparison between cases with early-onset and late-onset depression. *J Affect Disord.* 2011;132(1-2):185-91.
101. Bogers IC, Zuidersma M, Boshuisen ML, Comijs HC, Oude Voshaar RC. Determinants of thoughts of death or suicide in depressed older persons. *Int Psychogeriatr.* 2013;25(11):1775-82.
102. Szanto K, Mulsant BH, Houck P, Dew MA, Reynolds CF, 3rd. Occurrence and course of suicidality during short-term treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(6):610-7.
103. Kim S, Ha JH, Yu J, Park DH, Ryu SH. Path analysis of suicide ideation in older people. *Int Psychogeriatr.* 2014;26(3):509-15.
104. Vannoy SD, Duberstein P, Cukrowicz K, Lin E, Fan MY, Unutzer J. The relationship between suicide ideation and late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2007;15(12):1024-33.
105. Schaller S. Multimodales Erklärungsmodell der Suizidalität im Alter. *Z Gerontol Geriatr.* 2008;41(1):14-21.
106. Kim H, Ahn JS, Kim H, Cha YS, Lee J, Kim MH, et al. Sociodemographic and clinical characteristics of old-old suicide attempters compared with young-old and middle-aged attempters. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2018;33(12):1717-26.
107. Ganz D, Braquehais MD, Sher L. Secondary prevention of suicide. *PLoS Med.* 2010;7(6):e1000271.
108. Szanto K, Dombrovski AY, Sahakian BJ, Mulsant BH, Houck PR, Reynolds CF, 3rd, et al. Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2012;20(3):257-65.
109. Wiktorsson S, Runeson B, Skoog I, Ostling S, Waern M. Attempted suicide in the elderly: characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2010;18(1):57-67.
110. Watzka C. Soziale Bedingungen von Selbsttötungen in Österreich. Eine Übersicht zu Risiko- und Schutzfaktoren. *Neuropsychiatr.* 2012;26(3):95-102.
111. Etzersdorfer E. Krisenintervention bei alten Menschen. *Z Gerontol Geriatr.* 2008;41(1):29-37.
112. Mitty E, Flores S. Suicide in late life. *Geriatr Nurs.* 2008;29(3):160-5.
113. Pearson JL, Brown GK. Suicide prevention in late life: directions for science and practice. *Clin Psychol Rev.* 2000;20(6):685-705.
114. Bellini M, Matteucci V. Late onset depression and suicide outcome. *Arch Gerontol Geriatr Suppl.* 2001;7:37-42.

115. Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *Lancet*. 2012;379(9834):2393-9.
116. Cox GR, Owens C, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13:214.