LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

# Suizidalität im Alter: Depression ist gerade im höheren Alter lebensbedrohlich

Tillmann Supprian

# Depressiver Syndrome im Alter: die Berliner Alters-Studie („BASE“)

- Prävalenz schwerer depressiver Störungen bei Betagten ca. 4 %
- leichte bis mittelschwere Syndrome bei ca. 10 – 15 % der Betagten
- Berliner Altersstudie:

  516 Betagte (70 – 100-Jährige)

  Prävalenz von depressiven Störungen nach DSM-III-R 9.1 %

  davon bei 4.8 % „major depression“

  „subdiagnostische Depression“ 26.9 %

  Lebensüberdruss bei 13.2 %

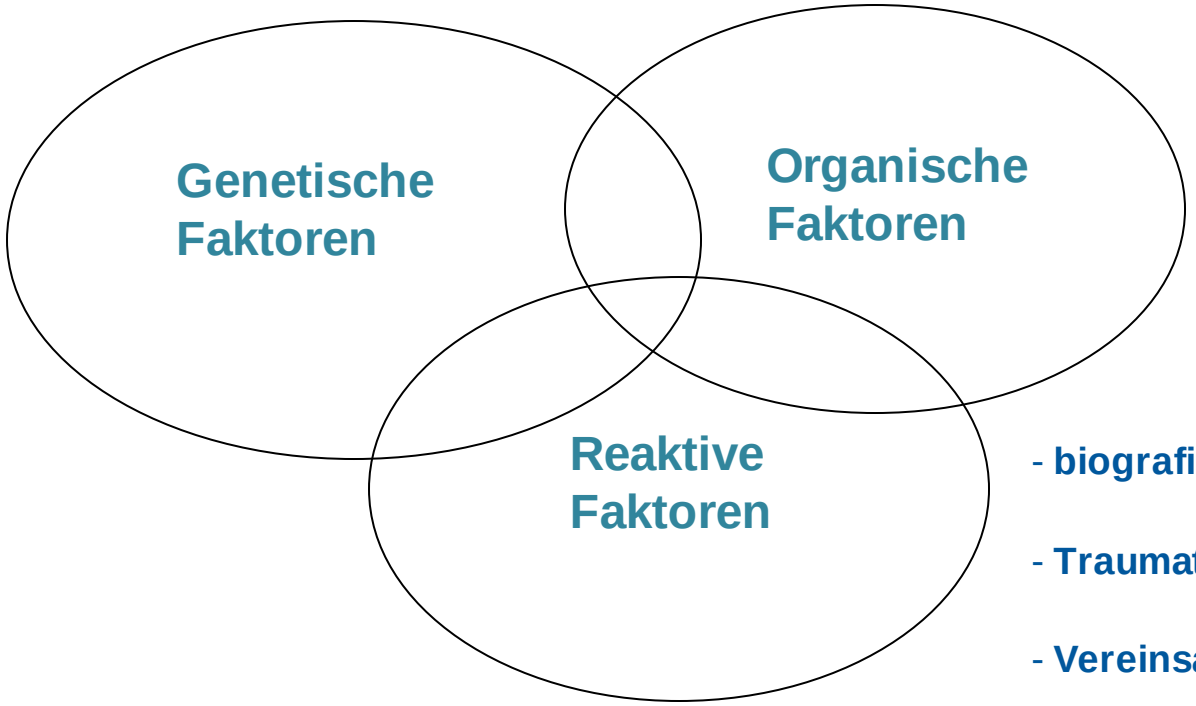
  Suizidgedanken bei 1.2 %
- in Heimen und Krankenhäusern deutlich höhere Prävalenz (ca. 45 %)

Linden M et al. (1998) Depression bei Hochbetagten, Ergebnisse der Berliner Altersstudie. Nervenarzt 69: 27-37

# Es gibt nicht die eine „Altersdepression“ - Depressionen können unterschiedliche Ursachen haben

# Unterschiedliche Ursachen depressiver Syndrome im Alter

- Genetische Einflüsse
- bipolare Erkrankungen




- Vaskuläre ZNS-Veränderungen
- beginnende Demenz
- M. Parkinson
- Nebenwirkung von Pharmaka

- biografische Einflüsse
- Traumatisierungen
- Vereinsamung
- div. soziale Faktoren

# Frühe oder späte Erstmanifestation einer Depression?

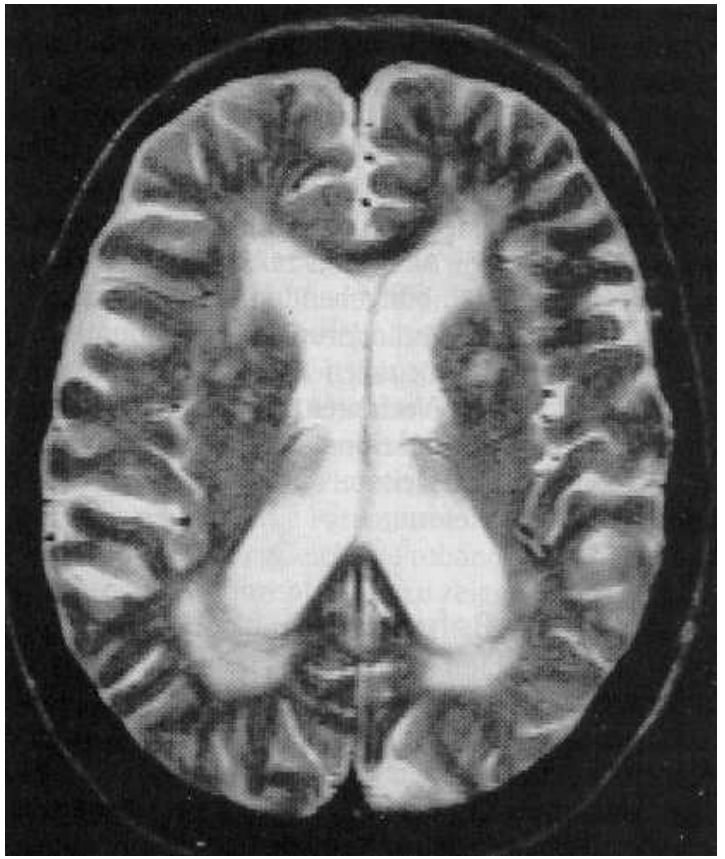
1.) „early-onset“ depression (EOD) = frühe Manifestation (< 60. Lj.)

2.) „late-onset“ depression (LOD) = Spätmanifestation (> 60. Lj.)

## Das Konzept der „organischen affektiven Störung“ durch Gefäßerkrankungen des Gehirns

# „Vaskuläre Depression“?

- Spätmanifestation („late-onset-depression“)
- Störung cortico-striataler Netzwerke?
- klinisch v.a. Exekutivfunktionsstörungen?
- andere neuropsychologische Defizite?
- Therapieresistenz?
- erhöhtes Risiko für Komplikationen der Psychopharmakotherapie (z.B. Delirien, epileptische Anfälle, usw.)?



# Organische depressive Störungen als „Vorboten“ einer Alzheimer-Demenz

**depressive Störungen sind häufig Frühsymptom der Alzheimer-Demenz:**

- Apathie
- Ängstlichkeit
- sozialer Rückzug
- Interessenverarmung
- werden von den Betroffenen oft nicht selbst als Depression erkannt

**Wirksamkeit von Antidepressiva? Kritische Datenlage – nur wenig Studien!**

# Unterschiedliche klinische Erscheinungsbilder depressiver Syndrome im Alter

## 3 typische Erscheinungsbilder als Beispiele:

- agitierte „Jammer-Depression“
- wahnhafte Depression
- somatisierte Depression („larvierte Depression“)

# Agitierte Depression (z.B. „Jammer-Depression“)

- irrtümliche Postulierung einer „neurotischen“ Genese
- Cave: Spekulation über „landsmannschaftliche Faktoren“
- Arzt-Patienten-Interaktion von zentraler Bedeutung
- Supervision des Behandlungsteams
- wenn möglich: Bezugspflege
- „Jammern“ ist erlaubt: Empathie muss „erzeugt“ werden!
- kritische Auswahl der Antidepressiva (SSRI hinterfragen)

# Wahnhafte Depressionen

- typisch: Verarmungswahn, Schuldwahn, „nihilistischer Wahn“
- sehr „endogener“ Verlauf DD: bipolar?
- Wirksamkeit einer antipsychotischen Therapie
- Indikation für Elektrokrampftherapie (wenn möglich)
- Cave: Suizidalität!
- Hier sind der Psychotherapie Grenzen gesetzt

# „Somatisierte“ Depressionen

- **häufig im höheren Lebensalter**
- **Patienten stellen körperliche Beschwerden in den Vordergrund**
- **oft „Odyssee“ mit vielen verschiedenen Arztkontakten**
- **somatische Beschwerden v.a.**
  - gastrointestinale Symptome
  - Schmerzen (häufig multiple Lokalisationen, insbes. Rücken)
  - Schwindel
  - allgemeine Schwäche
  - Schlafstörungen

# Depression als Risikofaktor für kardiale Erkrankungen

## Depression ist ein Risikofaktor für

a) das Neuauftreten einer kardialen Erkrankung

b) eine ungünstige Prognose einer bestehenden kardialen Erkrankung

## Assoziation von Depression und kardialen Erkrankungen

- autonome Funktionsstörungen (Herzfrequenzvariabilität, gesteigerte Herzfrequenz)?
- Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse?
- Immunologische Faktoren (erhöhtes CRP)?
- Gerinnungssystem (erhöhte Thrombozytenaggregation)?
- Antidepressive Medikation?
- Nikotin? Ernährung? Bewegung? Medikamentenadhärenz?

Kuehl LK et al. (2012) Nervenarzt 83: 1379-1384

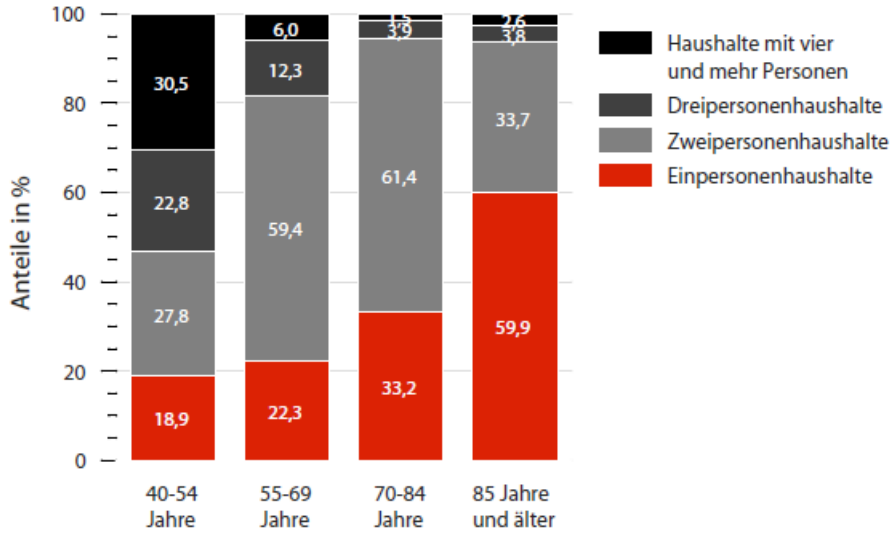
# Depressive Entwicklungen / „reaktive“ Depressionen

- depressive Syndrome auf dem Boden von sich addierenden Belastungsfaktoren
- „Kumulation von Kummer“
- zunehmende Vereinsamung durch Sterben Angehörigen, Freunden und Bekannten
- zunehmende Einschränkung der Mobilität
- Seh- und Hörminderungen
- chronische Schmerzen durch Arthrose etc.
- Realisierung der Endlichkeit des eigenen Lebens und Angst vor dem Tod
- Angst vor Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit

# Vereinsamung und „Singularisierung“

- wachsende Zahl der „Ein-Personen-Haushalte“
- Änderung der Familienstrukturen (Scheidungsraten, beruflicher Migrationsdruck, usw.)
- Stigmatisierung der stationären Altenpflege

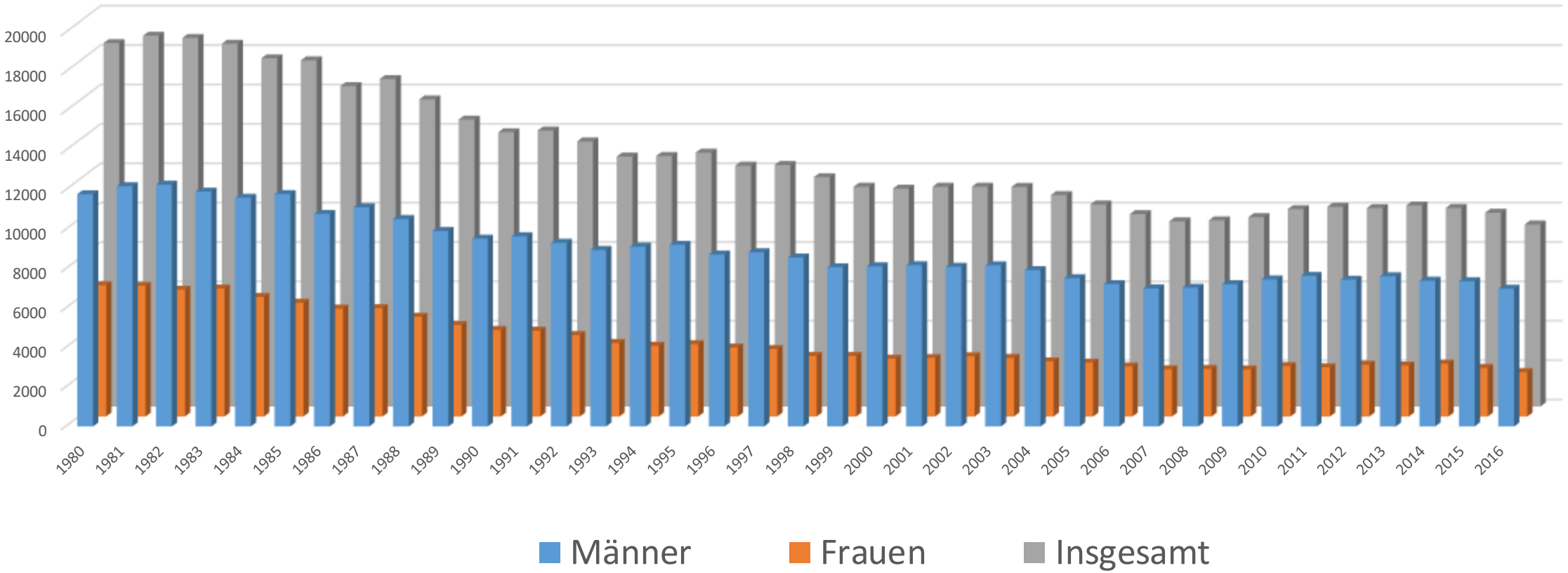
*Haushaltsgrößen der Bevölkerung ab 40 Jahren (Anteile in Prozent), 2015*

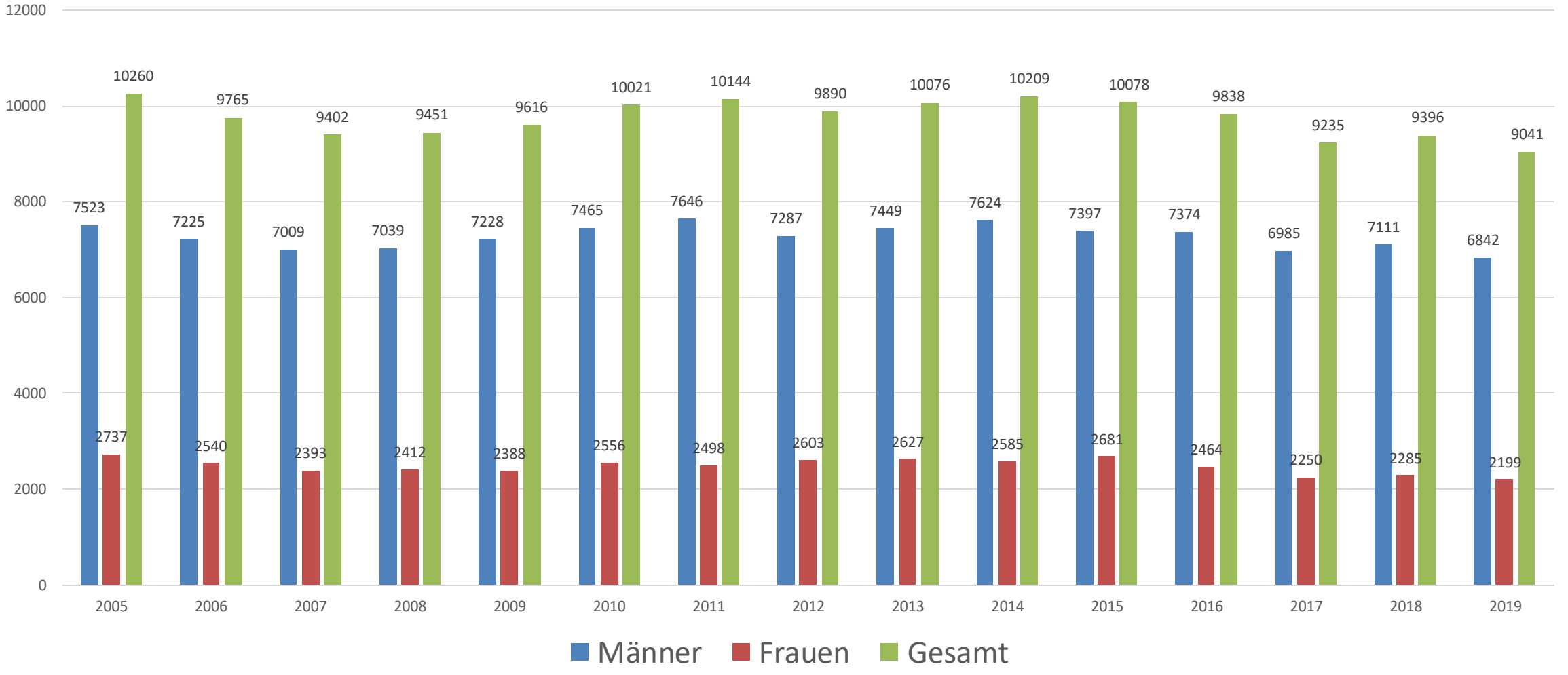



Daten: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2015, Genesis-online

# Suizidalität bei älteren Menschen mit Depressionen

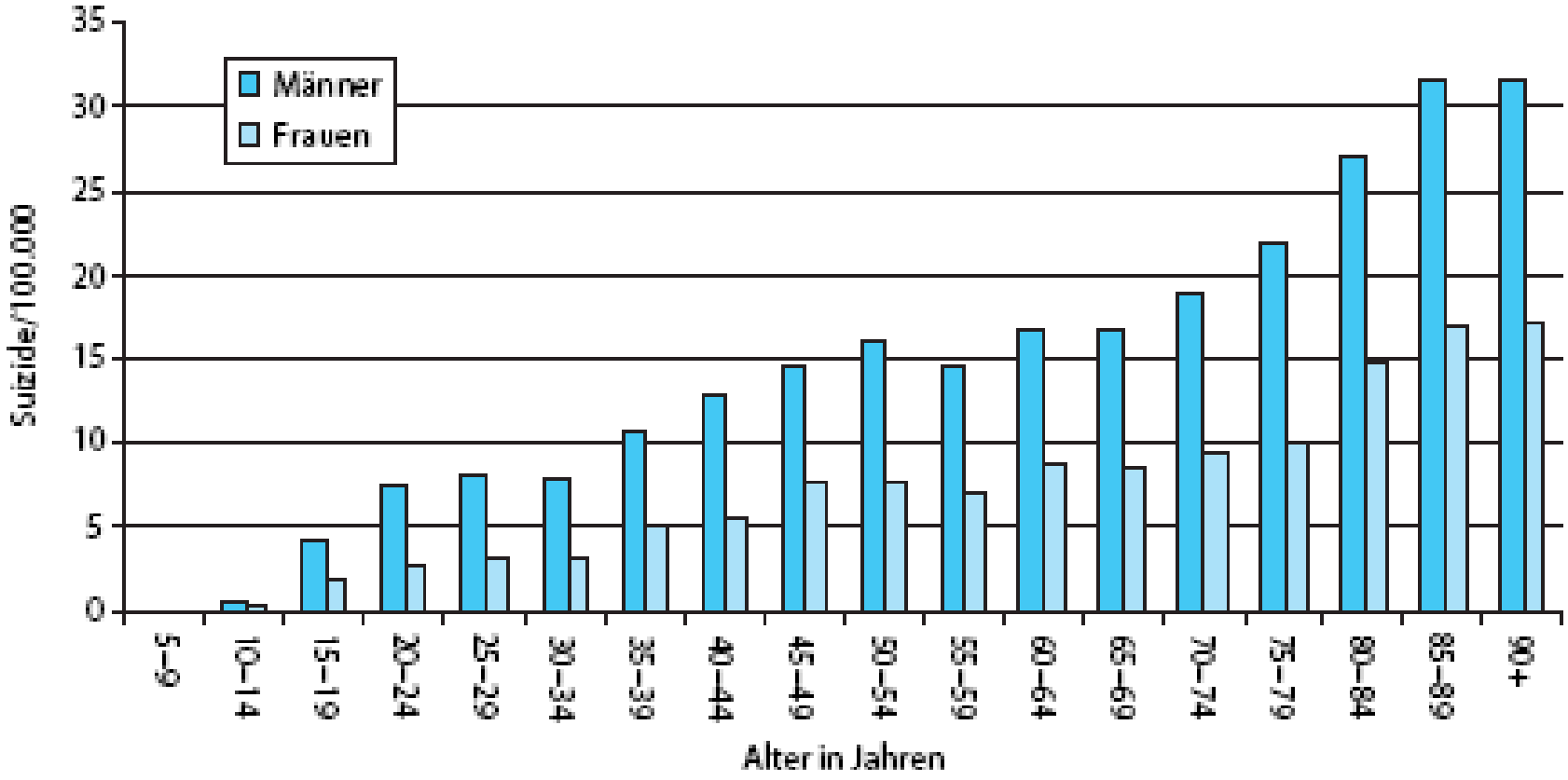
# Suizide in Deutschland 1980 - 2017




12000
10000
8000
6000
4000
2000
0
2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019
7523 7225 7009 7039 7228 7465 7646 7287 7449 7624 7397 7374 6985 7111 6842
2737 2540 2393 2412 2388 2556 2498 2603 2627 2585 2681 2464 2250 2285 2199
10260 9765 9402 9451 9616 10021 10144 9890 10076 10209 10078 9838 9235 9396 9041
Männer
Frauen
Gesamt

# Altersverteilung der Suizidziffern in Deutschland 2006. Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnung WHO-Gruppe Würzburg

**Aus: A. Schmidtke et al. (2008) Z Gerontol Geriat 41: 3-13**



# Risikofaktoren für Suizidhandlungen älterer Menschen

## Risikofaktoren für suizidales Verhalten älterer Menschen

- Vorhandensein einer psychiatrischen Erkrankung, insbesondere Depressionen
- soziale Isolation, Einsamkeit, Schulden
- Migration
- Neudiagnose einer vital bedrohenden Erkrankung
- chronische Schmerzen
- andere chronische somatische Erkrankungen
- suizidale Handlungen in Vorgeschichte
- aktuelle Verlusterlebnisse:
  - Trennungen
  - Tod eines Lebenspartners
  - Umzug, Wohnungskündigung

## Kasuistik

# Suizidversuch als „dysfunktionale Problemlösung“

- Suizidversuch bei Partnerschaftskonflikt
- „parasuizidale Geste“ oder „appellativer Suizidversuch“?
- kommunikative Komponente oder konkrete Selbsttötungsabsicht?
- Psychotherapeutische Intervention: Unterstützung von Problemlöse-Strategien

# Suizidale Gefährdung älterer Menschen

- Wichtige Unterscheidung:
  - *„Lebensüberdruss“, versus „Lebenssattheit“*
  - *„Todeswunsch“*
  - *„Suizidalität“*
- “Altruismus“ als mögliches Motiv
- Suizidhandlungen als „dysfunktionale Problemlösung“
- Cave: narzisstische Krisen!

# Wann stationäre Aufnahme?

# Bei der Äußerung von Suizidabsichten!

# Vielen Dank für Ihr Interesse!

bündnis gegen DEPRESSION