

Bachelorarbeit

Thema:

Einfluss sozialer Bedingungen auf die
Entstehung von Depressionen im Alter

vorgelegt von:

Friederike Paetsch
Studiengang Soziale Arbeit
6. Fachsemester

im SoSe 2010

10.06.2010

Modul: W01

Prüfer: Prof. Dr. med. habil. Peter Schwab

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2010-0238-4

Einleitung	1
1.Fragestellung	1
2. Depression	2
2.1 Klassifikation.....	2
2.2 Diagnostische Kriterien	3
2.2.1 Bipolare affektive Störung	4
2.2.2 Depressive Episode.....	4
2.2.3 Rezidivierende Depressive Störung.....	7
2.2.4 Anhaltende affektive Störung.....	7
2.3 Symptome.....	8
2.3.1 Wahrnehmungssymptome.....	9
2.3.2 Kognitive Symptome.....	9
2.3.3 Emotionale Symptome	10
2.3.4 Motivationale Symptome	11
2.3.5 Motorische Symptome	11
2.3.6 Somatische Symptome	12
2.3.7 Interpersonelle Symptome.....	12
2.4 Depressionen im Alter.....	13
2.4.1 Verlauf der Altersdepression.....	14
2.4.2 Altersspezifische Symptome.....	14
2.4.3 Probleme bei der Diagnostik.....	15
2.4.4 Verstärkende körperliche und psychische Faktoren	16
2.5 Ursachen	18
2.5.1 Biochemie.....	18
2.5.2 Genetik.....	19

2.5.3 Persönlichkeit	19
2.5.4 Körperliche Faktoren	21
2.5.5 Umweltfaktoren	21
3. Das Alter	21
3.1 Historischer Hintergrund	22
3.2 Körperliche Veränderungen	22
3.3 Seelische Veränderungen.....	24
3.4 Verluste im Alter	24
3.4.1 Verluste von Bezugspersonen	24
3.4.2 Verlust der Arbeit.....	25
3.4.3 Verlust des eigenen Wohnraums	25
3.5 Gesellschaft.....	26
3.5.1 Demographische Entwicklung.....	26
3.5.2 Wandlung der Familienstrukturen.....	26
3.5.3 Soziale Ungleichheit und Armut im Alter	27
3.5.4 Jugendwahn und Stigmatisierung älterer Menschen	28
4. Auswertung.....	29
5. Aussicht - Bedeutung für die Soziale Arbeit	35
6. Zusammenfassung	36
7. Quellenverzeichnis	37

Einleitung

Die heutige Gesellschaft ist von zahlreichen bedeutenden Entwicklungen gekennzeichnet. Zum einen vollzieht sich ein demographischer Wandel, der eine starke Verringerung und gleichzeitig eine Überalterung der Bevölkerung zur Folge hat. In Zukunft wird die Bevölkerung unseres Landes vorwiegend aus alten Menschen bestehen. Eine weitere Entwicklung zeigen zahlreiche Statistiken auf, die belegen dass psychische Erkrankungen immer häufiger auftreten und inzwischen weltweit der Hauptgrund für langfristige Behinderung darstellt. Dabei sind Depressionen die meist verbreiteten psychischen Erkrankungen.

Diese Entwicklung hat auf sehr viele gesellschaftliche Bereiche Auswirkungen. Auch für die soziale Arbeit ergeben sich daraus Konsequenzen. Besonders im Hinblick auf dieses Arbeitsfeld ist es wichtig mögliche begünstigende Faktoren zu ermitteln und zu verstehen.

Aus diesem Sachverhalt ergibt sich auch meine Fragestellung.

1.Fragestellung

Besonders das Alter bringt zahlreiche zum Teil dramatische Einschnitte in das Leben mit sich, die sich besonders im sozialen Bereich abspielen. Da ist es wenig verwunderlich, dass diese Veränderungen Spuren bei den betroffenen hinterlassen und viele alte Menschen darauf sogar mit Depressionen reagieren. Ziel meiner Arbeit ist es zu erkunden, welchen Stellenwert diese sozialen Faktoren des Alterns bei der Entstehung von Depressionen einnehmen.

Dazu werde ich zunächst die Krankheit Depression beleuchten und im weiteren Verlauf auch genauer auf das Alter und die damit verbundenen vielfältigen Entwicklungen eingehen. Zum Schluss werde ich meine Ergebnisse mit verschiedenen Krankheitstheorien vergleichen und in Kontext miteinander setzen.

2. Depression

Depression, vom lateinischen „deprimere“ abstammend, was „niederdrücken“ bedeutet, ist eine der schwersten und meist verbreiteten seelischen Krankheiten unserer Zeit. Sie gehören in Europa zu den Hauptursachen von Krankheiten und Behinderungen. (Vgl. Summer 2008, S. 21) Die Morbiditätsrate liegt in der Gesamtbevölkerung bei 0,3 bis 1 Prozent. (Vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S. 234)

Depressionen bezeichnen einen psychischen Zustand, der von Betroffenen als Verlust der Fähigkeit zur Freude empfunden wird. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 132)

Meist drückt sich die Depression bei den Betroffenen dabei allerdings eher als eine körperliche Belastung aus und wird weniger als Störung der Affekte wahrgenommen. Oft werden dabei Umschreibungen genutzt wie „Stein im Bauch“ oder „Eisenring um die Brust“. Des Weiteren verspüren Patienten meist eine starke innere Unruhe, die zu einer großen Belastung wird. (Vgl. Rahn, Mahnkopf 1999, S. 313)

2.1 Klassifikation

Ursprünglich wurde die Einteilung der verschiedenen Depressionsformen ursachenbezogen vorgenommen. Dabei gab es die exogene, somatogene und psychogene Depression. (Vgl. Grond 2001 S. 27)

Die Weltgesundheitsorganisation hat eine neue Klassifikation eingeführt. Danach gehören die Depressionen zu den affektiven Störungen. Sie sind neben der Änderung der Aktivität der betroffenen Personen auch durch einen Wandel der Affekte gekennzeichnet, die sich vor allem durch unerwartetes, vom Erwarteten abweichendes Verhalten in verschiedenen Situationen offenbart.

Die affektiven Störungen sind beiden Klassifikationen zufolge weiter aufgeteilt in manische Störungen, bipolare Störungen und die depressiven Störungen, welche nochmals zergliedert sind in depressive Episode, bzw. major Depression und einzelne Episode und in Rezidivierende depressive Störung sowie Major Depression rezidivierend. Auch anhaltende affektive Störungen und andere

affektive Störungen werden beschrieben. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 120)

Depressive Symptome treten außer bei der manischen Episode bei allen affektiven Störungen auf.

Die depressive Episode oder auch major Depression ist aufgliedert in ein Stufenmodell, welches sich von der leichten über eine mittelgradige, bis hin zur schweren Episode erstreckt und Aufschluss über das Ausmaß der Depression und ihrer Symptome gibt.

Treten die depressiven Episoden wiederholt auf, spricht man von einer rezidivierenden, also einer wiederkehrenden depressiven Störung.

Der Ausbruch der Erkrankung, also die erste Episode, kann jederzeit zwischen Kindheit und Senium auftreten, wobei das Durchschnittsalter der Ersterkrankung bei etwa 29 Jahren liegt und sich aktuell immer weiter nach vorne verschiebt. Sie kann dann von einigen Wochen bis hin zu mehreren Monaten andauern. Der Zeitraum zwischen den Intervallen kann dabei von Person zu Person sehr stark variieren und ist daher nicht zu generalisieren.

Weitere affektive Störungen mit depressiven Symptomen sind die anhaltenden affektiven Störungen. Sie sind weiter unterteilt in Zykllothymia, Dysthymia, sonstige und nicht näher bezeichnete affektive Störungen.

Für Fälle, in denen die diagnostischen Kriterien für die aufgeführten Störungen nicht ausreichend erfüllt sind, dennoch die Charakteristika einer depressiven Verstimmung erfüllen, führt das ICD 10 andere und nicht näher bezeichnete affektive Störungen auf. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 121)

2.2 Diagnostische Kriterien

Um sicher zu stellen, dass die Diagnose der Depression die richtige ist, wurden bestimmte Kriterien festgelegt, an denen man erkennen kann, ob es sich um eine Depression handelt und um welche Form und welchem Schweregrad.

2.2.1 Bipolare affektive Störung

Diese Störung beschreibt den stetigen Wechsel zwischen gehobener Stimmung, also Manie und Stimmungssenkung, der Depression.

Bei der bipolaren Störung wird zunächst die gegenwärtige hypomanische Episode beschrieben. Sie ist davon gekennzeichnet, dass Betroffene gegenwärtig hypomanisches Verhalten zeigen und im Verlauf eine weitere affektive Episode, wie beispielsweise eine depressive aufweisen. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 127)

Eine weitere Form der bipolaren Störung ist die gegenwärtige manische Episode mit und ohne psychotische Symptome. Dabei sind Betroffene gegenwärtig manisch und haben wenigstens eine weitere affektive Episode. Bei der manischen Episode mit psychotischen Symptomen kommen zu den gegebenen Symptomen auch synthyme oder parathyme psychotische Symptome hinzu. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 128)

So wie eine bipolare Störung sich durch eine gegenwärtig manische Episode äußern kann, ist es auch möglich, dass sie in Form einer leichten, mittelgradigen oder schweren depressiven Episode auftritt. Dabei müssen neben Symptomen einer leichten, mittelgradigen oder schweren depressiven Episode auch weitere affektive Episoden im Krankheitsverlauf aufgetreten sein. Auch dabei können synthyme oder parathyme psychotische Symptome hinzukommen. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 129)

2.2.2 Depressive Episode

Um von einer depressiven Episode sprechen zu können, müssen bestimmte Kriterien erfüllt sein, die eine andere Erkrankung ausschließen. Zunächst ausschlaggebend ist der Zeitraum, über den die Symptome andauern. Um von einer depressiven Episode sprechen zu können, müssen sie mindestens zwei Wochen bestehen. Die ICD-10 teilt die Symptome dabei in Haupt- und Nebensymptome ein, die entsprechend der vorliegenden Form in bestimmten Verhältnissen auftreten. (Vgl. Rahn, Mahnkopf 1999, S. 315) Des Weiteren muss ausgeschlossen sein, dass keine weiteren Symptome vorliegen, die auf eine bipolare- oder eine andere Störung hinweisen. Ein weiteres Kriterium ist es,

auszuschließen, dass die Symptome durch Drogenmissbrauch oder eine organische Störung hervorgerufen werden. Sind diese Punkte erfüllt, kann davon ausgegangen werden, dass es sich um eine depressive Episode handelt. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 133)

Die leichteste Depressive Episode ist die schwächste Form der Erkrankung. Neben den allgemeinen Kriterien, die eine depressive Episode bestimmen, müssen bei der leichten depressiven Episode weitere Merkmale vorliegen, die sie von der mittelgradigen und schweren Episode unterscheiden.

Die depressive Stimmung ist merklich höher als es die betroffene Person gewöhnt ist und hält die meiste Zeit über konstant an. Außerdem verzeichnet sich bei vielen Betroffenen eine Interessenlosigkeit für vormals gern ausgeführte Aktivitäten. Des Weiteren kann es zu Antriebslosigkeit und rascher Ermüdung kommen. Zwei dieser Symptome müssen für die Diagnose einer leichten depressiven Episode vorliegen. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 135) Hinzu kommen weitere Anzeichen, die einen deutlichen Hinweis auf diese Erkrankung geben. Diese Merkmale können der Verlust des Selbstvertrauens, unangemessene Schuldgefühle, Unentschlossenheit, Schlafstörung, Konzentrationsschwierigkeiten und psychomotorische Agitiertheit oder Hemmungen können auch häufig beobachtet werden. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 133) Daneben können bereits in der leichten Episode Suizidgedanken und suizidales Verhalten vorkommen. Auch kann ein Bestandteil der Diagnose einer leichten depressiven Episode ein somatisches Syndrom sein. Dabei handelt es sich um Symptome oder körperliche Beschwerden, die nicht durch organische Ursache hervorgerufen werden. Diese Symptome können zum Beispiel Schlafstörungen sein, die sich auch durch sehr frühes Erwachen am Morgen auszeichnen können. Auch Gewichtsabnahme als Folge von Appetitlosigkeit gehört zu einem somatischen Syndrom, ebenso wie der Verlust der Libido. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 135)

Wie bei der leichten depressiven Episode müssen ferner für die mittelgradige depressive Episode bestimmte Symptome vorliegen, die sie als solche definieren. Bei dieser Form der Erkrankung liegen mehr Symptome vor als bei der leichten. Dabei hat auch der betroffene Patient größere Schwierigkeiten bei der Ausführung alltäglicher Aktivitäten. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 136)

Auch um eine schwere depressive Episode diagnostizieren zu können, müssen bestimmte Sachverhalte bestehen, die eine andere Form ausschließen. Das heißt also, dass besonders viele der Symptome einer depressiven Episode bestehen müssen. Sie sind quälend für den Betroffenen und machen ihm das normale alltägliche Leben nahezu unmöglich. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 137)

Auch kann eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen gekoppelt sein. Dabei treten neben den geläufigen Symptomen außerdem Halluzinationen, Wahnideen und psychomotorische Hemmung oder Stupor auf. Durch diese Vielzahl von starken Symptomen und die Gefahr durch Suizid und Selbstgefährdung durch das Vergessen von Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr ist ein selbständiges Leben des Erkrankten nicht mehr gewährleistet. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 137)

Das Auftreten der Wahnvorstellungen und Halluzinationen macht es bei der Diagnostik zunächst erforderlich, andere Krankheitsbilder mit ähnlicher Symptomatik auszuschließen, um sicher zu stellen, dass es sich nicht um eine Schizophrenie oder eine schizodepressive Störung handelt. Dazu muss geprüft werden, welches Ausmaß die Wahnideen einnehmen. Sind die Wahnvorstellungen bizarr oder unangemessen und die Halluzinationen äußern sich als kommentierende Stimmen oder als Rede in der dritten Person, so sind sie nicht als Symptom für eine depressive Episode, sondern für Schizophrenie anzusehen. Typische wahnhaftige Symptome der depressiven Episode sind synthyme und parathyme psychotische Symptome. Von synthym spricht man bei Hypochondrie, Schuldwahn und akustischen Halluzinationen. Parathyme Symptome sind Verfolgungs- oder Beziehungswahn, sowie Halluzinationen, jeweils affektiv neutral. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 139)

Eine weitere Form ist die remittierte depressive Episode. Sie ist gekennzeichnet durch den augenscheinlichen Rückgang der Symptome, daher wird bei der Diagnostik geprüft, ob die Kriterien zur Diagnose einer depressiven Episode in der Vergangenheit erfüllt wurden, da sie gegenwärtig nicht (mehr) feststellbar sind. Sind die allgemeinen Kriterien für eine depressive Episode nicht erfüllt, aber der Zustand des Patienten weist dennoch auf eine depressive Erkrankung hin, spricht das ICD 10 von sonstigen und von nicht näher bezeichneten depressiven Episoden. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 139)

2.2.3 Rezidivierende Depressive Störung

Treten depressive Episode zum wiederholten Male auf, so spricht man von einer rezidivierenden depressiven Störung. Bei der Diagnostik wird zunächst geprüft, ob Manische Episoden in der Vergangenheit vorliegen, denn das würde die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung ausschließen. Dennoch sind einzelne kurze Episoden von leicht gehobener Stimmung häufig direkt im Anschluss an depressive Episoden zu verzeichnen. Das kann in vielen Fällen die Folge einer antidepressiven Behandlung sein und ist meist nur von kurzer Dauer. Es sind in der Vorgeschichte der Patienten mindestens eine depressive Episode aufgetreten, die einen Zeitraum von über vierzehn Tage andauerte und nach wenigstens zweimonatiger Symptom freier Zeit wiederholt auftrat. (Vgl.

Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 141) Wie auch bei der Diagnostik einer depressiven Episode, dürfen auch bei der rezidivierenden depressiven Störung keine Kriterien einer manischen Störung gegeben sein. Auch kann hier der Konsum von psychotropen Substanzen oder eine organische Störung ausschlaggebend für den Ausschluss einer depressiven Störung sein.

Auch diese Form der Depression ist weiter unterteilt in gegenwärtig leichte, mittelgradige und schwere Episode mit oder ohne psychotischen Symptomen.

Dabei sind die diagnostischen Kriterien äquivalent zu den Merkmalen der entsprechenden depressiven Episoden. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 142)

2.2.4 Anhaltende affektive Störung

Bei anhaltenden depressiven Störungen handelt es sich um Stimmungsstörungen, die nicht schwer genug sind, um von Hypomanie oder einer leichten depressiven Episode sprechen zu können. In vielen Fällen dauern diese Störungen jahrelang an und haben häufig großes Leid und Beeinträchtigung bei Betroffenen zur Folge. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 145)

Die anhaltenden affektiven Störungen sind unterteilt in Zykllothymia und Dysthymia.

Die Zykllothymia ist gekennzeichnet durch eine anhaltende Instabilität der Stimmungslage und wird begleitet von zahlreichen Perioden depressiver

Verstimmung im Wechsel mit Hypomanie, also leicht gehobene Stimmung. Diese Symptome müssen im Intervall von mindestens zwei Jahren auftreten. Dabei ist weder die depressive, noch die hypomanische Stimmung innerhalb dieser Zeit stark und langanhaltend genug um die Kriterien einer bipolaren Störung oder einer rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Dennoch sind jeweils mindestens drei Symptome gegeben, die die depressive, bzw. die hypomanische Stimmung kennzeichnen. Das sind bei der depressiven Stimmung beispielsweise verminderter Antrieb, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und sozialer Rückzug. Symptome der Hypomanie sind gesteigerter Antrieb, geringes Schlafbedürfnis, stärkeres Selbstwertgefühl und weitere. Vor allem bei Verwandten von Patienten mit einer bipolaren Störung tritt vielfach dieses Krankheitsbild auf. Aus der Zykllothymia entwickelt sich in vielen Fällen tatsächlich eine bipolare Affektive Störung. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 145)

Eine Dysthymia zeichnet sich diagnostisch durch eine chronische Verstimmung aus, die über mehrere Jahre andauert. Auch bei diesem Krankheitsbild sind die Symptome nicht schwer genug und die Dauer der einzelnen Episoden nicht langanhaltend genug, um sie einer rezidivierenden depressiven Störung zuzuordnen. Ebenfalls muss dieser Zustand wie auch bei der Zykllothymia mindestens zwei Jahre andauern. Perioden normaler Stimmung, die zwischen den Depressionen liegen sind in den meisten Fällen bereits nach wenigen Wochen wieder vorbei. Außerdem sind wieder Symptome einer Depression, wie Schlafstörungen, Rückzug und Hoffnungslosigkeit zu beobachten. (Vgl. Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 147)

2.3 Symptome

Wie bereits beschrieben, gibt es zahlreiche Symptome, die zur Diagnostik einer Depression gegeben sein müssen. Im Folgenden Abschnitt werde ich daher im Einzelnen auf die unterschiedlichen Symptome eingehen und sie genauer darstellen.

Anzeichen für eine Depression sind verschiedene Indikatoren, die je nach Art und Schweregrad der Erkrankung variieren. Dabei sind die Symptome sehr vielseitig und es ist nicht nur die Psyche, sondern der ganze Körper, die Person als Ganzes, betroffen.

Die psychischen Symptome gliedern sich dabei in verschiedene Bereiche, die von Veränderungen durch die Krankheit betroffen sind. Das sind die Wahrnehmung, das Denken, die Gefühlswelt, die Motivation und die Psychomotorik.

Dabei unterscheidet sich auch die Beeinträchtigung durch die spezifischen Symptome bei den betroffenen Personen von Stufe zu Stufe. So ist bei einer leichten depressiven Episode die erkrankte Person noch weitestgehend fähig, ihr Leben noch selbständig, mit einigen wenigen Einschränkungen zu gestalten, hingegen bei einer schweren Störung ist ein eigenständiges Leben kaum noch möglich.

2.3.1 Wahrnehmungssymptome

Durch die Depression verändert sich in erster Linie die Wahrnehmung der Betroffenen. Es ist ihnen dabei nicht mehr möglich, die positiven Seiten des Lebens zu sehen, sie nehmen in erster Linie ausschließlich die negativen Dinge wahr. Der Betroffene verliert scheinbar gänzlich die Fähigkeit zur Freude und büßt einen objektiven Blick auf sich selbst ein, nimmt sich selbst als nur noch als nichts könnend wahr. (Vgl. Grond 2001, S. 12)

2.3.2 Kognitive Symptome

Diese verzerrte Wahrnehmung wirkt sich in der Folge auch auf das Denken der betroffenen Person aus. Die Gedanken kreisen scheinbar unendlich um negative Gesichtspunkte und sind dabei stark eingeschränkt und gleichzeitig sehr verallgemeinert. Dadurch gerät der Betroffene immer tiefer in die Depression hinein, ohne einen Ausweg zu sehen. Eigene Fähigkeiten werden nicht wahrgenommen, bzw. negativ bewertet. Auch verlangsamt sich der Denkprozess zunehmend und die Konzentration lässt stark nach. Die Fähigkeit, sich neue Sachverhalte einzuprägen, nimmt ebenfalls ab. Bedingt durch den anhaltenden seelischen Schmerz treten Suizidgedanken häufig auf und manifestieren sich in vielen Fällen, was eine große Gefahr für das Leben der Betroffenen darstellt, denn laut Statistik sind Depressionen die häufigste Ursache für Suizid. (Vgl. Grond 2001, S. 12)

Zu den Symptomen zählen häufig auch Wahnphänomene, die bei ca. acht bis zehn Prozent der Betroffenen auftreten. (Vgl. Rahn, Mahnkopf 1999, S. 317) Dabei begründen sich die Wahnideen vor allem auf Urängste der Menschheit, wie die Angst vor dem Tod, der eigenen Unzulänglichkeit sowie Gefühle der Schuld. Diese Themen sind in vielen Fällen kongruent zu den Themen, die in der Depression des Betroffenen eine übergeordnete Rolle spielen, spiegeln demzufolge sozusagen das Hauptthema der Depression wider. (Vgl. Rahn, Mahnkopf 1999 S. 317)

Wahnhalte, die dabei am häufigsten auftreten, sind beispielsweise der Versündigungswahn. Der Betroffene hat dabei grundlos die Befürchtung, eines Verbrechens angeklagt zu werden oder deutet auch nur geringes Fehlverhalten von sich als schwere Sünde. Auch tritt häufig ein hypochondrischer Wahn auf. Die Angst vor einer schweren Krankheit ist die Grundlage dieses Wahns. Damit werden häufig die Anzeichen der depressiven Erkrankung überspielt bzw. in den Hintergrund gestellt und die körperlichen Symptome im Kontext einer möglichen anderen Erkrankung gesehen. Eine weitere unrealistische Wahnvorstellung vieler an Depressionen erkrankter ist die Angst davor zu verarmen. Die schwerste Form aller möglichen Wahnvorstellung nennt sich Nihilistischer-, oder auch Nichtigkeitswahn. Gemeint ist damit, die Verneinung bzw. Ablehnung jeglicher Form des Seins. Hierbei existiert der Betroffene seiner eigenen Wahrnehmung nach nicht mehr und die Welt um ihn herum hört ebenfalls auf zu bestehen. (Vgl. Grond 2001, S. 317)

2.3.3 Emotionale Symptome

Einen Hauptteil der Symptome der an Depressionen Erkrankten findet in der Gefühlswelt der Betroffenen statt. Dabei haben depressive Menschen häufig ein Gefühl von eigener Wertlosigkeit, werden oft von starken Schuldgefühlen geplagt und ihr Selbstbewusstsein ist stark beeinträchtigt. Glücksgefühle sind nicht vorstellbar für Betroffene. Lediglich gedrückte Stimmung und tiefe Trauer werden wahrgenommen. Auch Angst spielt eine große Rolle. Da die Schwelle zur Überforderung durch die Depression häufig sehr niedrig ist, lösen schon scheinbar banale Gedanken an die Zukunft große Ängste in den Erkrankten aus. Oft haben Betroffene das Gefühl, Verantwortung für alles Negative in ihrer Umwelt zu tragen

und sind daher fortwährend von starken Schuldgefühlen geplagt. Auch fühlen sie häufig eine innere Leere bis hin zur scheinbar gänzlichen „Gefühllosigkeit“. Sie fühlen sich wie „eingesperrt“ in ihrer negativen Gefühlswelt und resignieren in Folge dessen häufig vor der Situation. (Vgl. Grond 2001 S. 13)

2.3.4 Motivationale Symptome

Diese Resignation vor dem Leben spiegelt sich auch in der Motivation von Depressiven wider. Diese Antriebslosigkeit bezieht sich auf alle Aktivitäten des alltäglichen Lebens und macht es für Betroffene, je nach Schweregrad der Erkrankung, in vielen Fällen nahezu unmöglich, das tägliche Leben selbständig zu bestreiten. (Vgl. Rahn, Mahnkopf, S.321) Das hat zur Folge, dass sich Betroffene oft stark aus dem Leben zurückziehen und sich in vielen Fällen isolieren. Sie fühlen sich schnell überfordert und vermeiden es Verantwortung zu übernehmen. Dadurch machen sie sich nachhaltig von ihren Bezugspersonen verantwortlich und übergeben an diese die Entscheidungsgewalt über ihr Leben. (Vgl. Grond 2001, S. 14)

2.3.5 Motorische Symptome

Psychomotorische Symptome spielen sich als stetiger Wechsel zwischen Agitiertheit und Hemmung ab. Beide Symptome wirken sich auf alle Bereiche aus und bestimmen das Gesamterscheinungsbild der Depression. Die Hemmung zeigt sich dabei durch apathisches und gehemmtes Verhalten. Betroffene sind sehr ruhig und in sich gekehrt und wirken resigniert. Hingegen zeichnet sich die Agitiertheit durch sehr unruhiges Verhalten aus. Die Betroffenen wirken nervös und aufgewühlt, sie finden keine Ruhe und „tanzen auf mehreren Hochzeiten“, also beginnen fortwährend Neues, ohne es tatsächlich zu Ende zu bringen. Es ist ein Erregungszustand, der besonders bei älteren Patienten häufig auch als Verwirrtheit interpretiert wird. (Vgl. Grond 2001, S. 14)

2.3.6 Somatische Symptome

Neben den Psychischen Symptomen treten in vielen Fällen auch körperliche Symptome auf. Besonders bei der Depression im Alter stehen die körperlichen Symptome im Vordergrund und machen das Leitbild der Erkrankung aus. Die körperlichen Symptome äußern sich vor allem durch Erschöpfung und Energielosigkeit. Auch verzeichnet sich häufig Appetitlosigkeit, die oft massiven Gewichtsverlust zur Folge hat. In manchen Fällen kann es aber zu Gewichtszunahme kommen, zu sogenannten „Kummerspeck“. (Vgl. Grond 2001, S. 15) Die meisten Betroffenen leiden auch unter Schlafstörungen, welche sich durch schlechtes Einschlafen, nächtliches Erwachen und frühmorgendliches Erwachen offenbaren. Häufig tritt auch das sogenannte Morgentief auf, welches sich durch betrübt Stimmung bereits in den Morgenstunden zeigt. Ebenfalls damit verbunden ist eine häufig auftretende Müdigkeit bei den Patienten. Eine weitere Begleiterscheinung von Depressionen ist der Verlust der Libido, wobei das sexuelle Verlangen stark abnimmt und in vielen Fällen ganz verloren geht. Auch Schmerzen sind körperliche Symptome, die ebenfalls häufig auftreten. (Vgl. Grond 2001, S. 15) Häufig leiden Patienten an Schmerzen in der Herzgegend und beschreiben oft auch ein Druck- und Engegefühl in der Brust. Desweiteren treten Kopf- und Nackenschmerzen vermehrt bei Depressiven auf. Auch Bachschmerzen und Magen- und Darmbeschwerden sind häufig körperliche Symptome einer Depression. (Vgl. Rahn, Mahnkopf 1999, S. 321) Diese Symptome kommen häufig zustande, in dem die Patienten ihre negativen Gefühle und Gedanken auf ihren Körper projizieren, um sie dadurch eine Art Kompensation zu schaffen. Auch können körperliche Symptome eine Art Regression in den eigenen Körper darstellen, um sich vor der oft beängstigenden Außenwelt abzugrenzen. (Vgl. Grond 2001, S. 16)

2.3.7 Interpersonelle Symptome

Diese Abgrenzung von der Außenwelt, bedingt durch die Vielzahl der Symptome, die eine depressive Erkrankung häufig mit sich bringt, wirkt sich in der Folge natürlich auch auf das gesamte soziale Leben der Betroffenen aus. Depressive leben häufig sehr stark isoliert, was in vielen Fällen durch den Verlust jeglicher

kommunikativer Fähigkeiten und sozialer Umgangsformen bedingt wird. (Vgl. Rahn, Mahnkopf 1999, S. 321) Betroffene ziehen den Rückzug der Konfrontation mit ihrer Umgebung und dem Druck sich für ihre Krankheit rechtfertigen zu müssen und Beurteilt zu werden vor. (Vgl. Grond 2001 S. 39)

2.4 Depressionen im Alter

Depression ist neben der Demenz die meist verbreitete psychische Krankheit bei Menschen im höheren Lebensalter. Nach einer Berliner Studie leiden 4,8 % der über Siebzigjährigen an einer schweren Depression und 17,8 % an anderen, nicht genau bezeichneten affektiven Störungen mit nur wenig ausgeprägten Symptomen. Es leiden ca. 30 – 40 % aller älteren Patienten eines Allgemeinarztes an unerkannten Depressionen. (Vgl. Grond 2001, S. 40)

Einer weiteren Studie von Adam zur Folge leiden von den über Sechzigjährigen ca. 16 % an Depressionen. Eine weitere Entwicklung zeigt, dass schwere Depressionen bei Frauen, die älter als siebzig Jahre sind, Depressionen abnehmen, hingegen bei Männern im selben Alter vermehrt auftreten. Das hat vor allem soziale Bedingungen, die ich im weiteren Verlauf eingehend beschreiben werde. (Vgl. Grond 2001, S. 40) Desweiteren sind in der Altersgruppe zwischen dem fünfundsiebzigsten und dem achtzigsten Lebensjahr ein Drittel der Männer und zwei Drittel der Frauen an Depressionen erkrankt. (Vgl. Grond 2001, S. 40) Bei den achtzig bis neunzig Jährigen sind ein Viertel der Männer und drei Viertel der Frauen betroffen. Insgesamt sind Adam zu Folge ältere Frauen 1,9-mal häufiger von Depressionen betroffen als Männer. Auch das wird in vielen Fällen auch durch soziale Faktoren begünstigt. Desweiteren zeigen Untersuchungen, dass Ersterkrankungen von Depressionen im höheren Alter im Rückgang sind. (Vgl. Grond 2001, S. 41) Bei allen diesen verschiedenen Untersuchungen ist es jedoch unerlässlich zu berücksichtigen, dass unterschiedliche Diagnosekriterien genutzt wurden und so Abweichungen auftreten können. Depressionen im Alter sind allerdings häufig nur schwer zu erkennen, worauf ich im weiteren Verlauf noch genauer eingehen werde

2.4.1 Verlauf der Altersdepression

Altersdepressionen verlaufen meist milder und schwächer als Depressionen bei Jüngeren. Dabei sind sie aber häufiger chronisch und insgesamt schwerer zu beeinflussen. Der Depressionsverlauf ist immer auch in besonderer Weise abhängig von der jeweiligen Lebensgeschichte des Betroffenen. Die Altersdepression verlagert sich in vielen Fällen auf den Körper, was ich im folgenden Abschnitt genauer Beschreiben werde. Dazu tragen Beschleunigungsfaktoren bei, die Krankheiten, Verluste oder Störungen des sozialen Netzwerkes sein können. (Vgl. Grond 2001, S. 69)

Insgesamt sind die Verläufe der Altersdepression, sowie die Lebensgeschichte der Betroffenen, sehr differenziert. Liegt eine bipolare affektive Störung vor, so kann eine manische Episode depressive Episoden ablösen. Dabei liegt die Wahrscheinlichkeit, dass nach drei depressiven Episoden eine manische Phase folgt, bei 10 – 30 Prozent.

Die depressiven Phasen können bei älteren Menschen oft über Jahre andauern. Zum Vergleich dauern depressive Phasen bei jüngeren Patienten etwa vier bis fünf Monate an. (Vgl. Grond 2001, S. 70)

Die Gesamtdauer des Zyklus, also der depressiven Episode und der depressionsfreien Phase, liegt zwischen zwei bis fünf Jahren. Dabei ist die Zeit ohne Beschwerden bei älteren Menschen deutlich verkürzt. (Vgl. Grond 2001, S. 71) Die Heilungsaussichten bei der Depression im Alter hängen auch von vielen individuellen Faktoren ab. Grundsätzlich dauert der Heilungsprozess im Alter länger als bei jüngeren Patienten. (Vgl. Grond 2001, S. 72)

2.4.2 Altersspezifische Symptome

Neben den allgemeinen Symptomen gibt es auch spezielle Merkmale, die die Altersdepression charakterisieren. Eine Besonderheit ist es, dass bei der Depression im höheren Lebensalter meist die körperlichen Symptome im Vordergrund stehen und die depressive Stimmung dabei in den Hintergrund gerät. (Vgl. Kisker u.a. 1989, S. 230) Betroffene leiden dabei häufig unter Verstopfungen und auch Mundtrockenheit. Viele Erkrankte leiden auch an körperlichen Schmerzen. (Vgl. Grond 2001, S. 15) Wahngedanken sowie Verhaltensstörungen

treten im Alter häufiger auf als bei Depressionen in jüngeren Jahren. Auch dabei stehen in vielen Fällen die körperlichen Beschwerden im Zentrum der Aufmerksamkeit des Erkrankten.

Ebenfalls besonders stark ausgebildet ist oft ein depressiver Stupor, eine Hemmung, die einen Starrezustand des ganzen Körpers bei vollem Bewusstsein auslöst. Der Patient wirkt reglos und verstummt. Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme sind nicht mehr selbständig möglich und die Patienten verlieren dabei meist sehr viel Gewicht. Die Gefahr, im höheren Alter auf Grund eines depressiven Stupors zu sterben, ist daher sehr viel höher als in jungen Jahren. Gründe dafür sind vor allem Dehydration und Pneumonie. Auch das Suizidrisiko steigt bei Depressionen im Alter drastisch an. (Vgl. Grond 2001 S. 77)

2.4.3 Probleme bei der Diagnostik

Die Diagnostik einer Depression im Alter wirft häufig große Probleme auf. Da meist die körperlichen Symptome bei der Altersdepression im Vordergrund stehen, kann es leicht zu Fehldiagnosen aufgrund der Symptome kommen. Ärzte konzentrieren sich dann in der Behandlung häufig nur darauf, die körperlichen Beschwerden zu lindern und verkennen dabei in vielen Fällen die eigentliche Ursache der Probleme. (Vgl. Grond 2001, S. 15) Wird eine Depression verkannt oder falsch behandelt, kann sich eine Chronifizierung entwickeln und die somatischen Symptome dabei stärker werden. Hinzu kommt außerdem, dass 70 – 80 % der älteren Menschen, die an Symptomen einer Depression leiden, sich weigern, einen Arzt aufzusuchen. Auch in diesen Fällen ist der Verlauf der Depression meist chronisch. (Vgl. Grond 2001, S. 40)

Eine der möglichen Fehldiagnosen stellt die Multimorbidität dar. Dabei handelt es sich um eine Mehrfacherkrankung. Diese Diagnose liegt oft aufgrund der sehr verschiedenen Symptome nahe, die eine depressive Erkrankung im Alter mit sich bringt. Desweiteren vermuten Ärzte in manchen Fällen auch eine Nervenschwäche, eine so genannte Neurasthenie, hinter den Symptomen. Denn auch bei dieser Erkrankung zeigen sich Symptome wie Kopfschmerzen, Ermüdung und übertriebene Ängstlichkeit. Auch wird häufig eine vegetative Störung hinter den somatischen Symptomen vermutet.

Das Auftreten von dementiellen Symptomen erschwert es bei der Altersdepression, die korrekte Diagnose zu finden. (Vgl. Kisker u.a. 1989, S. 230) Man spricht dabei auch von einer sogenannten pseudo Demenz, da in vielen Fällen anhand der Symptome fälschlicher Weise eine Demenz diagnostiziert wird. Dabei erweckt der Patient durch Ruhelosigkeit, anhängliches Verhalten, Hilfesuche und Händeringen als Folge von psychomotorischer Agitation und Hemmung den Eindruck, an einer dementiellen Erkrankung zu leiden. Auch tritt in vielen Fällen eine Verlangsamung der kognitiven Fähigkeiten und Konzentrationsstörungen auf, was gleichermaßen den Anschein einer Demenz erwecken kann. Auch der durch die Depression bedingte Abbau des Elans kann von Außenstehenden als Anzeichen von Senilität gewertet werden. (Vgl. URL1: www.psychosoziale-gesundheit.net 2010)

Ebenfalls ist das Erkennen einer Depression häufig besonders schwer, wenn es sich um eine eher leichte Form der Erkrankung handelt, da viele Symptome nicht besonders stark ausgebildet sind und dadurch nicht erkannt werden können. Dann richtet sich der diagnostische Blick oft auf andere, Depression untypische Symptome und es kommt auch leicht zu einer Fehldiagnostik. (Vgl. Grond 2001, S. 15)

Es wird also deutlich, wie schnell die Symptome der Altersdepression verkannt werden können und wie leicht dadurch eine Fehldiagnose getroffen werden kann.

2.4.4 Verstärkende körperliche und psychische Faktoren

Besonders im Alter wirken sich viele Faktoren negativ auf die Gesundheit aus. Leidet ein älterer Mensch an Depressionen, verstärken diese Faktoren die Symptome häufig zusätzlich.

Ein Problem kann dabei die bereits erwähnte Multimorbidität darstellen. Viele Patienten leiden dabei gleichzeitig an mehreren Erkrankungen, was zum einen die Diagnostik der Depression erschwert, sich zum anderen aber auch zusätzlich verstärkend/destruktiv auf die Depression auswirkt. (Vgl. Grond 2001, S. 37)

Auch eine altersbedingte Verschlechterung von Hören und Sehen stellen weitere Risikofaktoren dar. Die Wahrnehmung wird zunehmend beeinträchtigt und stark dezimiert. Hinzu kommt, dass die Wahrnehmung - durch die Depression bedingt - hauptsächlich auf die negativen Aspekte gerichtet ist. Der ältere depressive

Mensch ist also wie gefangen in seiner negativen Wahrnehmung der Umwelt und wird so schnell misstrauisch und entwickelt in der Folge auch häufig starke Wahnideen. Außerdem werden Betroffene durch die schwindenden Sinneskräfte immer stärker auf die Hilfe von anderen Menschen abhängig, was in vielen Fällen auch die Depression verstärkt. (Vgl. Grond 2001, S. 37)

Eine weitere Alterserscheinung, die negativ auf die Psyche wirkt, ist Inkontinenz, also das Unvermögen, den eigenen Harndrang zu kontrollieren. Betroffene empfinden häufig große Scham und verlieren dadurch ihr Selbstwertgefühl. Natürlich wirkt sich auch diese Belastung negativ auf die Psyche der Erkrankten aus, beziehungsweise wird eine bereits bestehende depressive Störung dadurch intensiviert. (Vgl. Grond 2001, S. 38) Ebenfalls ein Risikofaktor ist die zunehmende Immobilität im höheren Lebensalter. Depressionen können in vielen Fällen auch ein Auslöser beziehungsweise Verstärker für Immobilität sein. Die Folge von anhaltender Immobilität ist ein Dekubitus, eine Schädigung der Haut und des Gewebes durch Wundliegen. Der Betroffene muss dabei wahrnehmen, wie sein eigener Körper bei lebendigem Leib verwest. Betroffene ergeben sich dabei immer mehr in ihre Depression und vermeiden jegliche Bewegungen. Hinzu kommt außerdem, dass pflegende Personen in diesen Fällen den Patienten auch selbstausführbare Aktivitäten abnehmen und die Erkrankten sich dann gänzlich der Krankheit fügen. Weiter kommt erschwerend hinzu, dass durch die Depression keine Wachstumshormone produziert werden und so die Wunde nur schwer oder gar nicht heilt. (Vgl. Grond 2001, S. 38)

Ein weiterer Faktor, der eine Depression verstärken kann, sind Erektionsstörungen. Sie wirken sich nicht nur auf die davon betroffenen Männer aus, sondern haben auch eine starke Wirkung auf die Frauen betroffener Männer. Viele Frauen haben dann das Gefühl, Schuld an den Störungen zu sein, weil sie sich nicht mehr attraktiv und begehrenswert fühlen. Dadurch verstärkt sich auch bei ihnen eine bereits bestehende Depression. (Vgl. Grond 2001, S. 38)

Neben den genannten altersbedingten körperlichen Problemen, spielen auch Veränderungen in der Psyche eine große Rolle. So verlieren viele Menschen im Alter Abwehrmechanismen und Lebenstechniken, durch die Belastungen und Probleme kompensiert werden. Dadurch können Probleme nicht mehr adäquat abgewandt werden, gewinnen an Bedeutung und wirken zusätzlich erschwerend auf die depressive Stimmung ein. (Vgl. Grond 2001, S. 38)

2.5 Ursachen

Depressionen entstehen durch das Zusammenwirken mehrerer Einflüsse, man spricht dabei auch von einer Multifaktoriellen Entstehung. Diese verschiedenen Faktoren verstärken sich dabei gegenseitig so stark, dass letztendlich eine depressive Störung entsteht.

Welche Ursachen dabei genau auslösend, bzw. begünstigend wirken ist nicht verallgemeinerbar, sondern jeweils individuell personenbezogen zu betrachten. Man kann daher nicht klare Auslöser benennen sondern lediglich vorhandene Risikofaktoren beleuchten. (Vgl. Grond 2001, S.67)

Im folgenden Abschnitt werde ich daher auf unterschiedliche Entstehungsfaktoren eingehen, die besonders bei der Entstehung einer Depression im Alter unter anderem eine große Rolle spielen.

2.5.1 Biochemie

Ursachen, die für den Ausbruch einer Depression verantwortlich sind, sind vielfältig. Ein wichtiger Faktor, der zur Entstehung beiträgt ist dabei die Biochemie. Bei depressiven Menschen ist nachweislich der Stoffwechsel im Gehirn gestört. Dabei geraten Botenstoffe wie Serotonin und Noradrenalin aus der Balance. Dann ist entweder die Konzentration der Botenstoffe zu gering oder ihre Übertragung ist gestört. Liegt eine Störung bei der Übertragung vor, so hat das auch Auswirkungen auf die Gefühle und Gedanken. Das hat dann häufig verminderten Antrieb, Appetit- und Schlaflosigkeit zu Folge. (Vgl. URL 2: www.kompetenznetz-depression.de 2010)

Besonders im Alter treten vor allem bei Frauen große hormonelle Veränderungen in Form der sogenannten „Wechseljahre“ auf. Die weiblichen Geschlechtshormone Progesteron und Östrogen werden im Klimakterium nicht weiter produziert. Diese Hormone wirken sich nicht nur auf die weiblichen Geschlechtsorgane aus, sondern haben auch Einfluss auf die Nervenzellen im Gehirn und sind an der Steuerung anderer Hormone beteiligt. Das Hormon Östrogen beeinflusst dabei das Hormon Serotonin und ist für den Anstieg dessen Aktivität zuständig. Bleibt die Ausschüttung des Östrogens aus, entsteht häufig auch ein Mangel an

Serotonin. Dieser Mangel kann dann als Folge Depressionen und Angststörungen auslösen. (Vgl. URL 3: www.hormontherapie-wechseljahre.de 2010)

2.5.2 Genetik

Auch die Erbllichkeit oder auch genetische Disposition spielt eine entscheidende Rolle bei der Ursachenklärung. Sie spiegelt die Anfälligkeit für eine Depression, die Erkrankungswahrscheinlichkeit wider. Die Verwandten eines an Depressionen erkrankten Menschen haben dabei um ein vielfältiges höhere Gefahr, ebenfalls zu erkranken, als Menschen ohne erkrankte Familienmitglieder. Die genaue prozentuale Verteilung bei der Gefahr, ebenfalls zu erkranken, liegt dabei bei Eltern, Kindern und Geschwistern von Erkrankten bei 10 bis 15 Prozent. Sind beide Elternteile eines Kindes betroffen, so liegt die Erkrankungswahrscheinlichkeit bei 30 bis 40 Prozent. Bei zweieiigen Zwillingen liegt die Wahrscheinlichkeit, dass auch das andere Geschwisterteil erkrankt, bereits bei 20 Prozent und bei eineiigen Zwillingen sogar bei 50 bis 80 Prozent. (Vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S. 234)

2.5.3 Persönlichkeit

Neben den biochemischen Hintergründen und der genetischen Disposition wurde auch die Persönlichkeit der Betroffenen für die Ursachenklärung mit einbezogen. Besondere Bedeutung wird dabei der „prämorbidem Persönlichkeit“, die die Persönlichkeit vor dem Ausbruch der Depression beschreibt, beigemessen. Insbesondere wird dabei ihr Beitrag zur Entstehung der Depression untersucht. Die Forschung auf diesem Gebiet ist allerdings sehr kompliziert, da nur Langzeitstudien, die bereits vor dem Auftreten von depressiven Störungen angesetzt werden, Aufschluss über dieses Thema geben könnten. Dennoch steht fest, dass depressive Patienten oftmals auch Persönlichkeitsstörungen aufweisen. So sind Depressive häufig autoaggressiv, haben ein nur sehr geringes Selbstwertgefühl und sind vielfach von starken Schuldgefühlen geplagt. (Vgl. Richter, Richter 1995, S. 67)

Auch das Temperament und die körperliche Konstitution stehen im Fokus und sind Grundlagen vieler weiterer Theorien. (Vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S. 234) Eine der Theorien stammt von Ernst Kretschmar, einem Persönlichkeitspsychologen, der verschiedene Persönlichkeitstypen definierte, die über die Morbidität Auskunft geben sollten. Seiner Theorie, der „Konstitutionstypologie“, zufolge ist der Körpertypus des Pyknikers, der sich vor allem durch Neigung zum Übergewicht und durch mittelgroßen bis gedrungenen Körperbau auszeichnet, oft von psychischen Störungen, wie Depressionen und Manie betroffen. (Vgl. URL 4: teresa6114.tripod.com 2010) Dabei hat der Pykniker meist ein zyklisches Temperament, welches als offen und kontaktfreudig gilt. (Vgl. URL 5: www.imedo.de 2010) Steigert sich dieser Persönlichkeitstyp sehr stark, spricht Kretschmar von einer Zyklithymie, also von einer bipolaren Störung. Kretschmars Theorie gilt inzwischen allerdings als überholt. (Vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S. 235)

Auch Hubertus Tellenbach hat auf der Grundlage der Persönlichkeit des Menschen eine Theorie entwickelt. Er hat den „Typus Melancholicus“ entworfen. Er beschreibt eine Persönlichkeitsstruktur, der häufig depressiven Menschen entsprechen. (Vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S. 235) Menschen mit dieser Art von Persönlichkeit sind oft sehr auf Ordnung und Genauigkeit bedacht. Dabei sind sie meist zwanghaft und haben einen großen Leistungsanspruch an sich selbst. Auch der Psychologe Lothar Laux konnte in Studien diese Ergebnisse bestätigen und fand ebenfalls zwanghafte und pessimistische Grundzüge bei chronisch depressiven Patienten. Eine weitere Untersuchung von Tölle, Peikert und Rieke ergab, dass bis zu 80% der monopolar Depressiven eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur aufweisen. (Vgl. Richter, Richter 1995, S. 68)

Es wird also deutlich, dass sich die unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen der Erkrankten häufig ähneln und sich in vielen Fällen gemeinsame Strukturen abzeichnen. Dabei sind die auffälligsten Gemeinsamkeiten Zwanghaftigkeit, Introversion, Abhängigkeit, mangelndes Selbstbewusstsein und Pessimismus, so resümierten Akiskal, Hirschfeld und Yerevanian. (Vgl. Richter, Richter 1995, S. 67)

2.5.4 Körperliche Faktoren

Auch körperliche Faktoren sind häufig am Ausbruch von Depressionen beteiligt. Durchschnittlich 10 bis 25 Prozent aller Depressionen treten im Verlauf oder im Anschluss einer körperlichen Erkrankung auf. Häufige Krankheiten sind dabei Dörner und Plog zur Folge Hirngefäßleiden, Encephalitis, Viruserkrankungen und Zustände nach Operationen, um nur einige zu nennen. (Vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S. 235) Auch hirnorganische Erkrankungen, wie Alzheimer, vaskuläre Demenz und Parkinson können Entstehungsfaktoren sein. (Vgl. Grond 2001, S. 45)

2.5.5 Umweltfaktoren

Zur Entstehung einer Depression können auch Umweltfaktoren beitragen. So kann beispielsweise Lichtmangel eine Depression begünstigen. Nachweislich entstehen im Herbst und Winter durch wenig Licht häufig saisonale Depressionen. Besonders in den Skandinavischen Ländern, in denen es im Winter fast ausschließlich dunkel ist treten Depressionen zu dieser Zeit sehr häufig auf. (Vgl. Grond 2001, S. 67)

Zu den genannten Faktoren kommen noch zahlreiche weitere Aspekte, die das Entstehen einer Depression begünstigen können.

Soziale Faktoren, die als mögliche Bedingung einer Altersdepression fungieren, möchte ich im folgenden Abschnitt genauer untersuchen. Dabei werde ich zunächst eine allgemeine Bestandsaufnahme der Lebensbedingungen im Alter vornehmen und weiterführend speziell auf soziale Bedingungen die das Alter mit sich bringt eingehen.

3. Das Alter

Das Alter beschreibt den hinteren Lebensabschnitt des Menschen. Es ist die Zeit zwischen dem mittleren Erwachsenenalter und dem Tod. Die Alterung ist ein natürlicher Prozess und betrifft daher jeden Menschen. Mit Alterungsprozess

gehen zahlreiche Veränderungen in allen Bereichen des Lebens einher. (Vgl. Hirsch 1992, S. 24) Diese Prozesse sind häufig vom Abbau bestimmter körperlicher und geistiger Funktionen geprägt. (Vgl. Kisker u.a. 1989, S. 3) Auch im sozialen Umfeld älterer Menschen finden dabei zahlreiche Modifikationen statt. Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit all diesen mannigfachen Veränderungen, vor allem im sozialen Umfeld, die der Alterungsprozess mit sich bringt.

3.1 Historischer Hintergrund

Die Geschichte lehrt uns, dass das Ansehen alter Menschen sich über die Jahrhunderte hinweg immer wieder gewandelt hat. Dabei galt der alte Mensch in der Frühzeit zunächst als Belastung und minderwertig. Ab dem späten 17. Jahrhundert wandelte sich das Bild durch den Prozess der Versittlichung und die Sozialdisziplinarisierung. Ab diesem Zeitpunkt wurden alte Menschen geachtet und respektiert. Diese Achtung des Alters war in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts auf seinem Höhepunkt. Mit Beginn des 19. Jahrhunderts wurden ältere Menschen wieder zunehmend an den Rand der Gesellschaft gestellt. Zwar waren alte Menschen nach wie vor anerkannt, aber dennoch keine vollwertigen Mitglieder der Gesellschaft mehr. Im frühen 20. Jahrhundert waren Menschen gezwungen zu arbeiten, solange ihr Gesundheitszustand dies zuließ. Erst mit Aufgabe der Arbeit galten sie als alt. In der heutigen Zeit ist die Definition von Alter nicht mehr an den Gesundheitszustand gebunden, sondern vielmehr gekennzeichnet vom Eintritt in den Ruhestand. (Vgl. von dem Knesebeck 2005, S. 22)

3.2 Körperliche Veränderungen

Die deutlichsten Veränderungen, die die Alterung mit sich bringt, finden im Körper und der Gesundheit statt. Viele Aktivitäten, die in der Vergangenheit problemlos durchgeführt werden konnten, werden schwerer und belastender. Äußerliche Veränderungen sind beispielsweise die Erschlaffung der Haut. Sie weist zunehmend Pigmentflecke auf und wird zunehmend trockener.

Weitere äußere Veränderungen sind an den Haaren erkennbar. Das Haar ergraut oder wird weiß, und es wird zunehmend dünner. Vor allem Männer sind häufig von Kahlköpfigkeit betroffen. (Vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S. 440)

Körperliche Veränderungen, die nicht auf den ersten Blick erkennbar sind, sind Veränderung der Muskeln. Sie werden schwach und viele Menschen sind auch von Muskelschwund betroffen. Dabei zeigt sich häufig ein seniler Tremor, also ein Zittern in Armen oder auch Beinen. Diese Erscheinung verunsichert viele Betroffene und sie versuchen häufig ihr Zittern zu verbergen, was es vielen Fällen noch verstärkt. Neben den Muskeln sind auch die Knochen vom Alterungsprozess betroffen. Sie werden brüchiger, da ein Wandel im Proteinhaushalt stattfindet. Hinzu kommt außerdem, dass sich die Wirbelsäule krümmt und so das Balance halten erschwert wird. Die Gestik verlangsamt sich und die Gesichtszüge werden ausdrucksloser und weniger beweglich. (Vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S. 440)

Auch in den Augen treten Veränderungen auf. Dadurch, dass die Augenlinse an Elastizität verliert, kann sie Gegenstände in unmittelbarer Nähe nicht ausreichend fokussieren. Auch werden die Augen lichtempfindlicher.

Veränderungen finden ebenfalls an den Ohren statt. Ältere Menschen können zunehmend hohe Töne nicht mehr wahrnehmen. Dadurch werden Worte oft nicht richtig verstanden und es wird dadurch immer komplizierter Gespräche zu führen. Das führt in vielen Fällen zu Isolation. Je stärker die Taubheit dabei voranschreitet, desto isolierter Leben die Betroffenen.

Eine weitere Folge des Alterns ist, dass Geschmacks- und Geruchssinn nachlassen.

Viele Personen belasten diese Veränderungen sehr stark und sie werden durch den zunehmenden körperlichen und in vielen Fällen auch geistigen Verfall stark getroffen.

Auch auf das soziale Leben der Betroffenen hat diese Entwicklung Auswirkungen. Ältere Menschen büßen dadurch häufig ihre Mobilität ein, was die Pflege sozialer Kontakte sehr erschwert. (Vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S. 440)

3.3 Seelische Veränderungen

Neben den körperlichen, treten auch zahlreiche seelische Veränderungen im Alter auf.

Die geistigen Fähigkeiten verändern sich und werden schwächer. Dabei nimmt auch die Lernfähigkeit ab. Das Kurzzeitgedächtnis lässt zunehmend nach, was unter anderem darin begründet liegt, dass das Interesse an aktuellen Ereignissen verloren geht. Auch das psychomotorische Tempo verlangsamt sich zunehmend. Dadurch tritt eine Verlangsamung der Reaktionszeit ein. In vielen Fällen können auch Veränderungen in der Persönlichkeit auftreten. (Vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S. 441)

3.4 Verluste im Alter

Besonders im Alter verzeichnen sich zunehmend Verluste im Leben der Menschen. Diese Verluste stellen meistens dramatische Einschnitte in die Lebenswelt der Betroffenen dar. Im folgenden Abschnitt werde ich daher auf die bedeutendsten Verluste eingehen und sie genauer darstellen.

3.4.1 Verluste von Bezugspersonen

Die wichtigste Bezugsperson und daher die am höchsten gestellte Beziehung, ist beim Großteil aller verheirateten Personen der Ehepartner. Begründet liegt dieses Ergebnis auf dem Vertrauen, was Ehepartner sich entgegenbringen. Desweiteren stellt der Ehepartner meist eine verlässliche Größe dar, auf den man sich in jeder Situation verlassen kann, und den man in den meisten Fällen schon seit vielen Jahren kennt. (Vgl. Minneman 1994, S. 110) Damit verbunden werden auch die höchsten Erwartungen an diesen Netzwerkpartner gestellt und der Partner ist daher am meisten von dieser Person abhängig.

Es ist also ein großer Verlust, wenn der Partner stirbt. Damit geht auch die Hauptbezugsperson verloren und der wichtigste Netzwerkpartner und

Stabilisator. Häufig sind mit diesem Verlust auch weitere Verluste verbunden. Der verwitwete Ehepartner zieht sich in seiner Trauer zurück und lässt andere Beziehungen ruhen.

Insgesamt nimmt im Alter die Anzahl von Bezugspersonen drastisch ab. Gründe dafür sind in erster Linie der Tod und sozialer Rückzug.

3.4.2 Verlust der Arbeit

Der Beginn der Rente ist gleichzeitig der erste Schritt zum Eintritt ins Alter. Dieser Vorgang stellt daher einen großen Einschnitt in das Leben der Betroffenen dar. (Vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S. 439) Mit der Ausgliederung aus der Arbeitsgesellschaft ist neben dem Verlust von sozialen Kontakten auch der Verlust von bestimmten Rollen verbunden. (Vgl. von dem Knesebeck 2005, S. 41)

3.4.3 Verlust des eigenen Wohnraums

Eigener Wohnraum ist neben Selbständigkeit einer der wichtigen Faktoren für psychische Gesundheit im Alter. Der Verlust der eigenen Wohnung ist in den meisten Fällen mit dem Verlust sozialer Netzwerke verbunden. Alte Menschen sind häufig auf Unterstützung angewiesen, die ihnen im eigenen Wohnraum nicht zuteil werden kann. Daher sind sie gezwungen, in ein Wohn- oder Pflegeheim umzusiedeln. Diese Umsiedlung beruht dabei in den meisten Fällen nicht auf Freiwilligkeit, sondern ist eine unumgängliche Notwendigkeit. (Vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S. 438) Häufig resultiert eine Fremdunterbringung älterer Menschen aus einem langen Krankenhausaufenthalt, durch den die Betroffenen ihre Wohnung verloren haben. Das ist in vielen Fällen vor allem Folge der Einschätzung der Ärzte und des Pflegepersonals, nach deren Wahrnehmung die älteren Menschen nicht mehr in der Lage sind, allein zurecht zu kommen. Häufig führt diese fremdbestimmte Entscheidung zu großen psychischen Belastungen bei den Betroffenen. (Vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S. 438)

3.5 Gesellschaft

Auch Entwicklungstendenzen der Gesellschaft wirken sich stark auf die alten Menschen und ihre psychische Gesundheit aus.

3.5.1 Demographische Entwicklung

Auch ist es bei der Auseinandersetzung mit diesem Thema von Bedeutung, den Blick auf die Demographie zu richten. Besonders bei der Bedeutung des Themas Depressionen im Alter für die Soziale Arbeit spielt dabei die demographische Entwicklung eine große Rolle.

Laut dem Bericht der Kommission „Familie und demographischer Wandel“ sinkt die Geburtenrate seit dem Jahre 1900 konstant. (Vgl. Kommission "Familie und demographischer Wandel" 2005, S. 7) Zu diesem Verlauf kommt hinzu, dass die Lebenserwartung immer weiter ansteigt. Das Zusammenspiel beider Phänomene schafft drastische Änderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung. Die Sterberate überschreitet dabei die Geburtenrate. Die Konsequenz daraus ist eine Schrumpfung der Bevölkerung bei gleichzeitiger Überalterung.

Diese Änderungen haben selbstverständlich auch Auswirkungen auf das Sozialsystem und die Soziale Arbeit. (Vgl. Kommission "Familie und demographischer Wandel" 2005, S. 16) Es wird deutlich, dass das Arbeitsfeld der Altenhilfe weiter entwickelt und ausgebaut werden muss, um dieser Entwicklung gerecht zu werden.

3.5.2 Wandlung der Familienstrukturen

Eine weitere soziale Folge des Demografischen Wandels ist eine Veränderung in den familiären Strukturen der heutigen Zeit. Während früher die Menschen in Mehrgenerationenfamilien zusammen lebten, gibt es heute vielfältige alternative Lebensformen. Von ehemals 44,4 %, die 1871 mit mehr als fünf Personen in einem Haushalt lebten, lag die Anzahl 1990 nur noch bei 5,3 % und ein weiterer Rückgang ist zu verzeichnen. (Vgl. Stracke-Mertens 1994, S. 56) Heute lebt eine ansteigende Anzahl von Menschen in Einzelhaushalten. Durch wachsende

Mobilität, die von vielen Arbeitsgebern mittlerweile als Voraussetzung zur Einstellung verlangt wird, leben Eltern und Kinder häufig sehr weit voneinander entfernt. Dadurch steigt auch die Wahrscheinlichkeit, im Alter allein zu leben. (Vgl. Stracke-Mertens 1994, S. 56) Hinzu kommt außerdem, dass in heutigen Familien durchschnittlich eine kleinere Anzahl an Kindern leben. Die Geburtenrate liegt hier bei ca. 1,4 Kindern pro Familie. Das hat wiederum zur Folge, dass der Zeitraum, in dem Eltern mit ihren Kindern zusammen leben, kürzer ist, als in den kinderreichen Familien der Vergangenheit. Demzufolge leben ältere Menschen insgesamt einen wesentlich längeren Zeitraum allein als noch vor hundert Jahren. Zu diesen familienstrukturellen Entwicklungen kommt zusätzlich hinzu, dass auch die Zahl der Eheschließungen fortwährend sinkt und dazu Ehescheidungen immer häufiger werden. Inzwischen wird beinahe jede vierte Ehe geschieden. (Vgl. Stracke-Mertens 1994, S. 57)

Alle diese Entwicklungen haben zur Folge, dass in unserer heutigen Gesellschaft sehr viele ältere Menschen allein und isoliert leben. Noch 1961 lebten lediglich 24 % der über 65jährigen allein. Nur dreißig Jahre später lag die Rate fast doppelt so hoch, bei 42 %. (Vgl. Stracke-Mertens 1994, S. 58)

3.5.3 Soziale Ungleichheit und Armut im Alter

Soziale Ungleichheiten sind im Alter wesentlich gewichtiger als in anderen Altersgruppen. Häufig geht der Eintritt ins Rentenalter für sehr viele mit großen finanziellen Verlusten und sozialen Abstieg einher. (Vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S. 438) Dennoch muss beim Betrachten dieses Themas davon ausgegangen werden, dass der soziale Status, an dem Ungleichheit gemessen wird, nicht zwingend einheitlich ist. Das heißt also, dass es durchaus große Differenzen zwischen verschiedenen Gruppen alter Menschen geben kann und man die Situationen nicht verallgemeinerbar sind. Die Literatur hat dafür den Begriff des „differentiellen Alterns“ gemäß Baltes und Baltes geprägt. (Vgl. von dem Knesebeck 2005, S. 22)

Dennoch hat Altersarmut in den vergangenen Jahren stark zugenommen und wird auch in den kommenden Jahren weiterhin ansteigen. In Deutschland haben dabei eine Million Rentner ein Durchschnittseinkommen, welches unterhalb des Regelsatzes für Sozialhilfe liegt. Wenn diese Entwicklung so fortbesteht, müssen

in 15 Jahren über eine Million Rentner Sozialhilfe empfangen, um ihren Unterhalt zu sichern. (Vgl. URL 6: www.renten-fakten.de 2010) Nicht nur die Selbstversorgung wird durch die begrenzten finanziellen Mittel erschwert, sondern auch die Teilnahme am sozialen Leben. Da sämtliche Angebote von Kultur und Sport mit finanziellen Aufwendungen verbunden sind, können ältere Menschen diese vielfältig nicht nutzen.

3.5.4 Jugendwahn und Stigmatisierung älterer Menschen

Älter werden wird in einer immer stärker alternden Gesellschaft, die dabei geprägt von einem übertriebenen Jugendwahn ist, sehr häufig als etwas Negatives betrachtet. Es existieren mittlerweile schier unerschöpfliche medizinische Verjüngungsmöglichkeiten als Antwort auf die stetig steigende Nachfrage. In der heutigen Gesellschaft werden ausschließlich die negativen Aspekte des Alterns in Augenschein genommen. Dabei ist mit Würde zu altern kaum noch denkbar. (Vgl. Stracke-Mertens 1994, S. 31)

Kein Wunder also, dass Psychologen mittlerweile ein Syndrom nach dieser Erscheinung benannt haben. Dabei handelt es sich um das „Dorian-Gray-Syndrom“, welches das Unvermögen, in Würde zu altern und reifen beschreibt. Damit verbunden sind ein übertriebener Schönheitswahn und der Wunsch nach extremer körperlicher Verjüngung durch Schönheitschirurgie. Schon leichte Anzeichen des natürlichen Alterungsprozesses löst dabei starkes Unwohlsein, bis hin zum vollständigen sozialen Rückzug bei Betroffenen aus. (Vgl. URL7: www.dorian-gray-syndrom.org 2010) Einer der Auslöser der Entwicklung sind Schönheitsideale, die immer unrealistischer und unerreichbarer werden und damit in vielen das Gefühl der Unvollkommenheit erwecken.

Im Zuge des Verjüngungswunsches vieler werden alte Menschen zunehmend stigmatisiert. Sie werden abgelehnt, da sie die Ideale der Vitalität, Produktivität und Schönheit nicht mehr bedienen können. Hinzu kommt außerdem, dass sie jüngeren Menschen das „Memento Mori“, also das Bewusstsein über die eigene Sterblichkeit, vor Augen führen. Das löst Ängste und Befürchtungen vor dem Alter aus. Um sich frei von negativen Eindrücken wie diesem zu machen, werden ältere Menschen in den Hintergrund geschoben und finden nur wenig Beachtung in der heutigen Lebenswelt. (Vgl. Stracke-Mertens 1994, S. 35) Laut Dörner und Plog ist

„die Gefahr des Abschiebens in ein soziales und psychisches Ghetto ... z.Zt. von allen Bevölkerungsgruppen für die Alten am größten“. (Zit. nach Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S. 437)

Die Folge dieser Problematik ist der Ausstoß älterer Menschen aus der Gesellschaft. Ältere Menschen werden nicht mehr ernst genommen und erhalten zunehmend weniger Respekt. Sie gelten als schwach, hilfebedürftig, verwirrt und insgesamt unbrauchbar für die Leistungsgesellschaft. In den Augen Jüngerer werden sie als nicht mehr entwicklungsfähig betrachtet und erwecken häufig den Eindruck, den Tod zu ersehnen. (Vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S. 437)

Es wird von ihnen erwartet, dass sie das „Feld“ für jüngere räumen und ihnen sozusagen das „Revier“ überlassen. Diese Form der Stigmatisierung bewirkt, dass bei alten Menschen häufig nicht das Individuum gesehen wird, sondern scheinbar nur die Aufschrift „alt“ die Person identifiziert. (Vgl. Stracke-Mertens 1994, S. 37)

Ansgar Stracke-Mertens beschreibt es treffend mit den Worten: „die Zuschreibung verändert letztlich bei den Betroffenen die Identität“. (Zit. nach Stracke-Mertens 1994, S. 37)

Das heißt also, dass ältere Menschen diese Etikettierung häufig für sich annehmen und letzten Endes wie bei Mertons „Self-fulfilling prophecy“ tatsächlich den Erwartungen, die in der Gesellschaft bestehen, entsprechen und sich auch den Erwartungen entsprechen verhalten. (Vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S. 439)

4. Auswertung

Die angeführten Beispiele über Veränderungen im Alter machen deutlich, dass besonders in dieser Lebensphase viele potentiell belastende Entwicklungen von statten gehen.

Auch zahlreiche medizinische, psychologische und soziologische Studien haben sich daher mit dem Einfluss sozialer Bedingungen auf die Gesundheit im Alter befasst. Dabei wird die These, dass ein Wechselverhältnis zwischen der Gesellschaft und den alten Menschen besteht, bei den meisten Untersuchungen als Voraussetzung gesehen. (Vgl. von dem Knesebeck 2005, S. 41)

Als die bedeutendsten Einflüsse gelten dabei die vielfältigen Verluste, die das Alter mit sich bringt. Besonders traumatisch scheint dabei der Verlust des Partners bzw. der Hauptbezugsperson zu sein. Eine besondere Rolle in der social support

Forschung nehmen die ehelichen und familiären Beziehungen ein. Wie viele Studien beweisen, haben an Depressionen Erkrankte in vielen Fällen wenige außersfamiliäre Kontaktpersonen und insgesamt nur wenig vertraute Personen. Auch in der Islington-Studie von Brown, Andrews, Harris, Adler und Bridge, die 400 Frauen untersuchten, wurde ein höheres Depressionsrisiko im Zusammenhang mit sozialen Faktoren nachgewiesen. Vor allem das Selbstbewusstsein spielte eine große Rolle, das durch fehlende soziale Unterstützung einer Vertrauensperson sehr stark eingeschränkt war. Zusätzlich negativ beeinflusst wurde dieser Sachverhalt durch weitere Stressoren in Form von Krisen oder negativen Lebensereignissen, „Life events“, die hinzu kamen. Insgesamt sind die sozialen Netzwerke Depressiver häufig nur sehr spärlich ausgebildet und weisen in Untersuchungen lediglich geringe Ausprägungsgrade qualitativer Netzwerkmerkmale auf, so Gabriele und Jörg Richter. (Vgl. Richter, Richter 1995, S. 60) Das beweist, dass Verluste von Bezugspersonen in hohem Ausmaß begünstigend auf das Entstehen von Depressionen einwirken. Husaini und Frank machen mit ihren Untersuchungsergebnissen deutlich, dass es dabei nicht unbedingt auf die objektiv feststellbare Unterstützung, sondern vielmehr die subjektive Gewissheit, sozialen Rückhalt zu haben, Depressionen begünstigen können und besonders in Verbindung mit weiteren problematischen Lebensereignissen eine besonders große Gefahr darstellt. Dabei ließ sich auch eine Beziehung zwischen höherer Depressivität und geringen Unterstützungswerten, so Reiss und Benson, bestätigen. (Vgl. Richter, Richter 1995, S. 60) „Depressive haben kleinere Soziale Netzwerke, reduzierte soziale Kontakte und erhalten weniger soziale Unterstützung als Gesunde“, so fassten es Richter und Richter zusammen. (Zit. nach Richter, Richter 1995, S. 63) Brüche in sozialen Beziehungen sowie der Mangel an vertrauensvollen und engen sozialen Kontakten stehen im direkten Zusammenhang mit Depression und der Erkrankungswahrscheinlichkeit, so Richter und Richter. (Vgl. Richter, Richter 1995, S. 63)

Ein weiterer Grund für das Fehlen von Bezugspersonen ist der demographische Wandel. Dadurch, dass zunehmend mehr Familien kinderlos bleiben, fehlen vielen alten Menschen jüngere und damit konstante Bezugspersonen in Form von Kindern und Enkel. Durch diese Entwicklung sind die sozialen Netzwerke älterer

Menschen von vornherein wesentlich kleiner und der Verlust von Netzwerkangehörigen ist damit verbunden auch dramatischer. Neben dem Verlust von Bezugspersonen spielen weitere Verluste im Prozess des Alterns eine wichtige Rolle. So ist der Eintritt in den Ruhestand und der damit einhergehende Verlust der Arbeit gleichzeitig auch ein weiterer Verlust von Kontaktpersonen in Form von Kollegen und ein Statusverlust. Viele Menschen definieren sich über ihre Arbeit und die Rolle die sie darstellen. Ein Verlust dieser Rolle und des damit verbundenen Status kann viele Menschen in eine Krise führen. Kempner stellte dazu die Zwei-Dimensionen-Theorie auf. Diese Theorie besagt, dass Depressionen häufig als Folge von Statusverlusten entstehen. Als Status gilt dabei neben Respekt, Ansehen und Achtung auch Zuwendung, Liebe, Freundschaft, Wärme, etc. Statusverluste, so Kempner führen zum Verlust des Selbstwertgefühls und begünstigen dadurch das Entstehen einer Depression. (Vgl. Richter, Richter 1995, S. 62)

Ebenfalls zum Thema der Entberuflichung hinzuziehen möchte ich die Aktivitätstheorie nach Cavan. Sie besagt, dass Menschen, die aktiv sind, auch glücklicher sind. Alte Menschen sind durch natürliche Prozesse, wie beispielsweise die Ausgliederung aus dem Arbeitsleben und dem damit verbundenen Rollenverlust, im Alter zu Passivität gezwungen. Dieser Einschnitt, sofern keine Kompensationsmöglichkeiten vorhanden sind, hat dann häufig Konsequenzen für die psychische Gesundheit der Betroffenen. (Vgl. von dem Knesebeck 2005, S. 41)

Die Berentung stellt die Betroffenen folglich vor komplexe Probleme. Auch die life event-Forschung, auch Lebensereignisforschung genannt, hat zahlreiche Ergebnisse zur Thematik der Verluste hervorgebracht. Brown und Harris haben im Rahmen dessen drei Faktorentypen bestimmt, die beim Zustandekommen von Depressionen beteiligt sind. Das sind auslösende-, vulnerabilitäts-, also verletzlichkeits- und symptomgestaltende Faktoren. Schwerwiegende Vulnerabilitätsfaktoren sind dabei langanhaltende Lebensbelastungen. Sie machen die Betroffenen nicht per se depressiv, aber erhöhen die Gefahr durch akute Ereignisse, „Life events“, wie durch Verluste, depressiv zu werden. Dabei bezieht sich das Verlustkonzept nach Brown und Harris nicht ausschließlich auf den Verlust von nahestehenden Personen, sondern

bezieht eben auch den Verlust von Rollen und persönlichen Werten mit ein. (Vgl. Richter, Richter 1995, S. 53)

Bedeutende Verluste dieser Art sind im Alter vor allem der Verlust der Arbeit. Aber auch der Verlust der eigenen Wohnung und damit der gewohnten Umgebung ist ein wichtiges Thema. Der jeweilige Verlust wird dabei als Auslöser für Hoffnungslosigkeit betrachtet, was besonders bei einem von außen herbeigeführten Umzug in eine Heim- oder Pflegeeinrichtung vorliegt. Hinzu kommt, dass die Vulnerabilitätsfaktoren das Selbstwertgefühl beeinträchtigen. Spielen beide Faktoren zusammen, wird die Verlustreaktion durch die Hoffnungslosigkeit und das geringe Selbstwertgefühl noch verstärkt. Diese Verstärkung löst dann einen tiefen Schmerz in der betroffenen Person aus, der letztendlich zur Verleugnung führt und in einer Depression enden kann. (Vgl. Richter, Richter 1995, S. 53) Weitere Studien ergaben ähnliche Ergebnisse. So wiesen Jacobs, Prusoff und Paykel nach, dass Verluste und andere negative Ereignisse häufig im Vorfeld von Depressionen auftreten und damit als mögliche begünstigende Faktoren gelten. (Vgl. Richter, Richter 1995, S. 53)

Dass auch neben den unterschiedlichen Verlusten gesellschaftliche Bedingungen das Entstehen von depressiven Störungen bedingen können, wurde in weiteren Untersuchungen dargelegt. Die Soziologen Mayer und Wagner haben in diesem Kontext die Zusammenhänge von Gesundheit und sozialer Ungleichheit beleuchtet und dabei herausgefunden, dass Verbindungen zwischen sozioökonomischen Faktoren, wie beruflicher Stellung, Bildung und sozialem Prestige, existieren. Dabei war das Einkommen der Faktor, der die Gesundheit am stärksten beeinflusste. (Vgl. von dem Knesebeck 2005, S. 36)

Zusätzlich zu den verschiedenen Studien zur Analyse der unterschiedlichen Auswirkungen sozialer Ungleichheit im Alter wurden zur Entstehung von Ungleichheit Hypothesen aufgestellt. Dabei besagt die „Kontinuitätsthese“ oder auch „Status-Maintenance-Hypothese“, dass der soziale Status, den eine Person im Laufe ihrer Erwerbstätigkeit inne hatte, auch im Ruhestand beibehalten wird. Die soziale Ungleichheit beruht also auf den Folgen der Stellung, die die Person bereits im Arbeitsleben verkörperte und die darüber hinaus kontinuierlich erhalten bleibt. (Vgl. von dem Knesebeck 2005, S. 22) Hinzu kommt die „Destrukturierungsthese“, der Unterschiede des Status, die im Alter weniger differenziert ausgebildet sind als in jüngeren Jahren und zunehmend an

Bedeutung verlieren. Grundlage dieser Hypothese ist die Annahme, dass der Erhalt von staatlicher Unterstützung in Form von Rente und altersbedingte gesundheitliche Faktoren den sozialen Status zunehmend vereinheitlichen und neutralisieren. Das hätte also zur Folge, dass Ungleichheit nicht zwischen der Bevölkerungsgruppe der alten Menschen an sich entsteht, sondern in erster Linie Statusunterschiede zwischen arbeitender und berenteter Bevölkerung sind. Kongruent dazu steht die These der „Altersbedingtheit“ nach Mayer und Wagner, die wiederum aussagt, dass die gesundheitlichen und sozialen Aspekte des Alterns die soziale Lage bedingen, und dabei ökonomische Aspekte sowie der bisherige Status an Bedeutung verlieren. Die vierte bedeutende Hypothese zur Untersuchung der Entstehung sozialer Ungleichheit im Alter ist die sogenannte „Kumulationsthese“. Laut dieser Hypothese entstehen Ungleichheiten aufgrund von Verstärkungsprozessen durch Benachteiligungen und Belastungen in den unteren Gesellschaftsschichten, sind also gruppenspezifischer Natur. Dieser Hypothese nach haben Personen, die höheren Gesellschaftsschichten angehören, mehr Möglichkeiten, sich Rücklagen zu schaffen und sich damit abzusichern. (Vgl. von dem Knesebeck 2005, S. 36) Eine Bestätigung dieser Hypothese ergab eine Studie, die in Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurde. Demnach steht die Schichtzugehörigkeit, also der soziale Status, der sich vor allem durch Bildungsstatus, Beruf und Einkommen auszeichnet, im engen Zusammenhang mit der Gesundheit älterer Menschen. Adam fand dazu in einer Metaanalyse, die speziell zum Thema depressive Störungen durchgeführt wurde heraus, dass alte Menschen, die einen vergleichsweise niedrigen sozialen Status einnehmen, wesentlich häufiger an Depressionen leiden als solche mit einem hohen. Auch dabei stand vor allem das Einkommen an vorderster Stelle der Indikatoren des sozialen Status. Ähnliche Ergebnisse erlangten Berkman und Gurland bei einer Erhebung mit der älteren Bevölkerung New Yorks. Auch diese Studie ergab einen Zusammenhang zwischen Einkommen und Bildung mit psychischer Gesundheit. (Vgl. von dem Knesebeck 2005, S. 36) Altersarmut scheint also diesen Ergebnissen zur Folge ein großer Risikofaktor zu sein.

Die Forscher Marmot und Nazroo untersuchten im Jahre 2001 in Großbritannien Auswirkungen von Ungleichheit im Alter und fanden dabei wiederum eine Verknüpfung zwischen der beruflichen Position, also dem Status und Gesundheit

heraus. Eine schwedische Untersuchungsreihe ergab nach Thorslund und Lundberg vergleichbare Ergebnisse. (Vgl. von dem Knesebeck 2005, S. 37) Auch weitere Entwicklungstendenzen der Gesellschaft und Stigmatisierung haben Einfluss auf die Gesundheit alter Menschen. So steigt beispielsweise das durchschnittliche Rentenalter konstant an. Auch wenn der Eintritt in die Rente vielfältige Krisen verursacht, so ist auch der sehr späte Eintritt in die Rente als problematisch zu betrachten. Die Forscher Cumming und Henry haben mit der Disengagementtheorie den Gegensatz zur bereits erwähnten Aktivitätstheorie entwickelt. Cumming und Henry gehen davon aus, dass gerade der soziale Rückzug von den älteren Menschen erwünscht ist und im Wesentlichen zu ihrer Gesundheit beiträgt. (Vgl. von dem Knesebeck 2005, S. 41) Den Forschern zur Folge, ist es demnach der Gesundheit im Alter nicht förderlich, dass die Menschen bis ins hohe Lebensalter arbeiten und der Ruhestand nur noch einen geringen Lebensabschnitt ausmacht.

Ein weiterer negativer Einfluss auf die psychische Gesundheit alter Menschen ist die Stigmatisierung durch die Gesellschaft und dem übertriebenen Jugendwahn. Auch dadurch verringert sich das Selbstbewusstsein und die älteren Menschen fühlen sich unzulänglich. Häufig geben sie den Vorurteilen nach und Verhalten sich so, wie die Gesellschaft es von ihnen erwartet. (Vgl. Stracke-Mertens 1994, S. 37) Auch das löst häufig sozialen Rückzug und letztlich Depressionen aus. (Vgl. URL7: www.dorian-gray-syndrom.org 2010

Alle betrachteten Forschungsergebnisse machen die Komplexität aller sozialen Einflüsse deutlich, die eine Depression im Alter bedingen können.

Der Persönlichkeitsforscher Havighurst hat auf die Stellung der eigenen Persönlichkeitsstruktur aufmerksam gemacht und dargestellt, dass vor allem der von den älteren Menschen gepflegte Lebensstil darüber entscheidet, welches Verhalten der Gesundheit am förderlichsten ist. (Vgl. von dem Knesebeck 2005, S. 42) Aus dieser These formulierten Gerontologen die Kontinuitätstheorie. Diese besagt, dass das Leben im Alterungsprozess so kontinuierlich wie möglich geführt werden sollte, um die Lebenszufriedenheit und daraus resultierende Gesundheit zu erhalten. (Vgl. von dem Knesebeck 2005, S. 42)

Diese These spiegelt gleichzeitig das Hauptproblem des Alterungsprozesses wieder, der ja geprägt ist von mannigfachen Veränderungen. Diese Veränderungen in nahezu allen Lebensbereichen können dann problematisch

werden, wenn mehrere Faktoren und negativ empfundene Veränderungen zusammenspielen.

Letztlich sind alle Menschen unterschiedlich und reagieren daher auch differenziert auf bestimmte Ereignisse. Dennoch werden die Gefahren deutlich, die das Alter und damit verbundene Veränderungen mit sich bringen und welche sozialen Faktoren dabei den Ausbruch einer depressiven Störung bedingen können.

5. Aussicht - Bedeutung für die Soziale Arbeit

Für die Soziale Arbeit haben die angeführten Entwicklungen Bedeutungen von enormer Tragweite. Es wird künftig zunehmend mehr alte Menschen geben und damit verbunden muss auch die professionelle Hilfe für alte Menschen verstärkt werden. (Vgl. Dörner, Plog, Teller, Wendt 2002, S.437) Hinzu kommt, dass wenn immer mehr ältere Menschen vollkommen allein und auf sich gestellt leben, sie umso mehr auf Hilfe von außen angewiesen sind. Besonders die soziale Arbeit muss daher perspektivisch die Arbeitsfelder erweitern und speziell Angebote für ältere Menschen ergänzen. Dabei ist vor allem die Prävention von großer Bedeutung. Dabei muss vor allem die Lebensgeschichte und die sozioökonomischen Bedingungen eingegangen werden. (Vgl. Jansen, Schmitz-Scherzer 1999, S. 375)

Aufgaben für die Soziale Arbeit sind dabei unter anderem in Einzelhilfe Motivation für die alten, depressiven Menschen zu schaffen. Das kann beispielsweise erreicht werden, in dem die alten Menschen ehrenamtliche Aufgaben übernehmen. Dabei bekommen sie das Gefühl gebraucht zu werden, was das Selbstwertgefühl stärkt. Vor allem in der Prävention kann die Übernahme sozialer Aufgaben sehr erfolgreich sein. Besonders die Integration in eine Gruppe, wie zum Beispiel in einer Kirchgemeinde oder in Interessengruppen. Die Personen haben dann die Möglichkeit sich ein neues Netzwerk aufzubauen und in der Gemeinschaft Freude zu erleben. (Vgl. Grond 2001 S.123) Durch Selbsthilfegruppen werden Klienten ebenfalls in neue Netzwerke gebracht und haben dabei die Möglichkeit sich mit ebenfalls Betroffenen über ihre Erkrankung auszutauschen. Das vermittelt ihnen das Gefühl nicht allein mit ihren Problemen da zu stehen. Außerdem hilft es den

Klienten sich aus ihrer Isolation zu lösen und ihren seelischen Zustand zu stabilisieren.

Um Verarmung zu verhindern ist es möglich gemeinsam mit dem Klienten die nötige Unterstützung zu beantragen.

Um die Stigmatisierung depressiver alter Menschen zu verhindern und die Anerkennung älterer Menschen insgesamt zu fördern, ist Öffentlichkeitsarbeit ein gutes Mittel. (Vgl. Grond 2001 S.123)

6. Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Lebensphase des Alterns viele belastende Einschnitte mit sich bringt, die sich stark auf die Gesundheit der Menschen auswirkt. Vor allem soziale Gesichtspunkte stellen dabei einen erhöhten Risikofaktor für die Gesundheit der Menschen dar. Durch vielfältige Verluste und einer schwierigen Stellung in der Gesellschaft können im Zusammenspiel mit weiteren Faktoren Depressionen entstehen. Diese sind im Alter aus verschiedenen Gründen oft komplizierter und langwieriger. Insgesamt nehmen Altersdepressionen stark zu und es ist daher von großer Bedeutung dieser Entwicklung entgegenzuwirken, vor allem die soziale Arbeit steht dabei vor großen Aufgaben, die es perspektivisch umzusetzen gilt.

7. Quellenverzeichnis

Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Teller, Christian; Wendt, Frank: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Bonn 2002.

Grond, Erich: Altersschwermut. 25 Bde. München 2001.

Hirsch, Rolf D. (Hrsg.): Altern und Depressivität. 1. Aufl. Bern 1992.

Jansen, Birgit; Karl, Fred; Radebold, Hartmut; Schmitz-Scherzer, Reinhard (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Weinheim 1999.

Kipp, Johannes; Jüngling, Gerd: Einführung in die praktische Gerontopsychiatrie. Zum verstehenden Umgang mit alten Menschen. 3., neu bearbeitete Aufl. München 2000.

Kisker, K.P.; Lauter, H.; Meyer, J.-E.; Müller, C. ; Strömingen (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Alterspsychiatrie. Bd. 8. 3. Aufl. Heidelberg 1989.

Kommission "Familie und demographischer Wandel": Starke Familie. Stuttgart 2005.

Minneman, Elisabeth: Die Bedeutung sozialer Beziehungen für Lebenszufriedenheit im Alter. Regensburg 1994.

Rahn, Ewald ;Mahnkopf, Angela: Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. 1. Aufl. Bonn 1999

Richter, Gabriele; Richter, Jörg: Komplexität von Depressivität. Münster 1995.

Stracke-Mertens, Ansgar: Soziologie. Der Blick auf soziale Beziehungen. Hannover 1994.

Summer, Elisabeth: Macht die Gesellschaft depressiv? Alain Ehrenbergers Theorie des „erschöpften Selbst“ im Licht sozialwissenschaftlicher und therapeutischer Befunde. Bielefeld 2008.

URL1: <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/depression2.html>
[Stand: 12.05.2010]

URL2: http://www.kompetenznetz-depression.de/betroffene/fakten_biochemie.htm
[Stand: 15.05.2010]

URL3: http://www.hormontherapie-wechseljahre.de/hormontherapie/symptome_der_wechseljahre/psyche_wohlfinden/content-156651.html [Stand: 15.05.2010]

URL4: <http://teresa6114.tripod.com/kretschmer.html> [Stand: 10.05.2010]

URL5: <http://www.imedo.de/medizinlexikon/zyklothym> [Stand: 10.05.2010]

URL6: <http://www.renten-fakten.de/altersarmut-deutschland-2458> [Stand: 13.05.2010]

URL7: http://www.dorian-gray-syndrom.org/PsychoAnalyse/Psychozial/Dorian_Gray_Syndrom_ethnische_Stoerung_Spaetmoderne.php [Stand: 13.05.2010]

von dem Knesebeck, Olaf: Soziale Einflüsse auf die Gesundheit alter Menschen. Eine deutsch-amerikanische Vergleichsstudie. 1. Aufl. Bern 2005.

Weltgesundheitsorganisation. Dilling, Horst; Freyberger, Harald (Hrsg.): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 5. ,überarbeitete Aufl. Bern 2010.