

Psychische Erkrankungen im Alter

Häufigkeit und Inanspruchnahmeverhalten

Steffen Häfner, Ute Martens und Stephan Zipfel

Psychische Erkrankungen kommen im höheren Lebensalter gleich häufig vor wie in der Erwachsenenpopulation insgesamt. Das gegenwärtige psychosoziale Versorgungssystem weist aber bei der Behandlung älterer psychisch kranker Menschen erhebliche Lücken auf. Die Gründe für die geringe Inanspruchnahme fachkompetenter psychosozialer Hilfsangebote liegt sowohl bei den Patienten als auch bei den Helfern. Die Suizidalität im Alter stellt ein besonderes, häufig unterschätztes Problem dar, deren Erkennung und Behandlung deshalb einer besonderen Aufmerksamkeit bedarf.

Epidemiologie

In der epidemiologischen Untersuchung von Schneider et al. (19) konnte bei 20,1 Prozent älterer Menschen eine psychogene Beeinträchtigung, das heißt ein Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) nach Schepank (17) von > 5 festgestellt werden, wobei die Symptome den ICD-10-Diagnosen F1 (Abhängigkeit) beziehungsweise F3-6 (affektive und neurotische Störungen, Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsstörungen) zugeordnet werden konnten. 25 Prozent von 1000 älteren Patienten, die mit der Verdachtsdiagnose einer Gedächtnisstörung der Essener Memory-Clinic zugewiesen wurden, litten

unter einer Neurose, einer akuten Belastungsreaktion oder einer Persönlichkeitsstörung (12). In der Untersuchung von Cooper und Sosna (1) ergab sich, dass 25 Prozent der alten Menschen in Mannheim psychisch oder psychiatrisch krank waren. Die behandlungsbedürftige psychiatrische Gesamtmorbidität bei den 65-Jährigen wird auf 20 bis 25 Prozent geschätzt (4, 5, 21).

Schmeling-Kludas (18) fand allerdings bei Patienten einer medizinischen Krankenhausabteilung bei den Älteren, über 65-Jährigen keine spezifischen Probleme oder Therapienotwendigkeiten im Vergleich zu den Jüngeren. Die Belastungen und Bewältigungsanforderungen durch die Multimorbidität, die chronischen Krankheiten und die körperlichen Einschränkungen wurden deshalb von ihm nicht als für das Alter charakteristisch angesehen. Die von über 65-jährigen Patienten genannten psychosozialen Schwierigkeiten betrafen vor allem die bestehende Einsamkeit, eine fehlende Lebensperspektive, Probleme, sich zu Hause weiter selbstständig zu versorgen, Verlusterlebnisse und Suizidtendenzen. Vor allem die Persönlichkeitsmerkmale leisten einen bedeutsamen Beitrag zur Vorhersage der Lebenszufriedenheit, wie Schumacher et al. (20) im Rahmen einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung an 766 Personen im Alter zwischen 61 und 92 Jahren in den alten und neuen Bundesländern Deutschlands zeigen konnten. Laederach-Hofmann et al. (10) fanden bei einer Nachuntersuchung der Emmental-Kohorte nach über 50 Jahren heraus, dass

Merksätze

- Mindestens jeder fünfte ältere Mensch ab 65 Jahren leidet unter einer psychogenen Beeinträchtigung.
- Die psychosozialen Schwierigkeiten sind vor allem auf Einsamkeit, fehlende Lebensperspektive sowie Verlusterlebnisse zurückzuführen.
- Nur wenige der älteren Menschen werden auch psychotherapeutisch behandelt. Die Zahlen schwanken zwischen weniger als 1% und etwa 5%.
- Das Kriterium Alter steht bei Untersuchungen zu Suizidhäufigkeiten bereits an dritter Stelle, Männer sind besonders gefährdet.

die während der Schulzeit erfassbaren Parameter wie kinderneurotische Symptome, das Vorliegen eines desintegrierten Milieus sowie die Intelligenz einen nachweisbaren Einfluss auf das spätere Leben haben.

Inanspruchnahmeverhalten

Während Sigmund Freud erst spät die psychotherapeutische Behandelbarkeit im Alter konzidierte, war Karl Abraham bereits 1920 vom Erfolg psychoanalytischer Behandlungen älterer Patienten überzeugt. Dennoch besteht bis heute eine auffallende Zurückhaltung von psychotherapeutischer Seite, ältere Patienten in Behandlung zu nehmen. In einer Zufallstichprobe von 1344 verhaltenstherapeutischen Psychotherapieanträgen waren lediglich 0,2 Prozent der Patienten älter als 65 Jahre (12). Fichter (3) beziffert den Anteil über 60-Jähriger in der psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Kasenpsychotherapie auf lediglich 0,6 Prozent. Damit ist diese Altersgruppe bei der psychotherapeutischen Behandlung erheblich unterrepräsentiert.

In der Zürcher Altersstudie gaben aber zirka 5 Prozent der Befragten an, seit dem 65. Lebensjahr eine Psychotherapie in Anspruch genommen zu haben, entweder allein oder in Kombination mit einer Pharmakotherapie. 10 Prozent nehmen wegen psychischer Probleme eine therapeutische Massnahme in Anspruch, Frauen doppelt so häufig wie Männer. Als Prädiktoren für eine hohe Psychotherapiemotivation erwiesen sich der Leidensdruck und ein geringes Ausmass der Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (14).

Auch eine von Hartwig et al. (6) durchgeführte Vollerhebung der Altersheimbewohnerschaft des Landkreises

Uelzen weist deutliche Defizite in der Versorgung nach – sowohl was die Medikation als auch was die nicht medikamentösen therapeutischen Massnahmen anbelangt. Etwa drei Viertel der Altersheimbewohner wiesen ausgeprägte Anzeichen psychischer Störungen auf, knapp die Hälfte zeigte eine demenzielle Symptomatik. In einem Planungsgutachten zur gerontopsychiatrischen Versorgung der Stadt Solingen gaben Fachpsychotherapeuten bei den über 65-Jährigen eine psychotherapeutische Behandlungsnotwendigkeit von 0,5 Prozent an (22). In demselben Gutachten wird aber der Versorgungsbedarf psychisch kranker, alter Menschen von den befragten Internisten auf 15 Prozent und von Allgemeinmedizinern sogar auf 20 Prozent geschätzt.

Die geringe Inanspruchnahmerate bei psychosozialen Leistungen steht in auffallendem Gegensatz zu der sonst stark ausgeprägten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei älteren Patienten (7). In zwei repräsentativen Erhebungen von zu Hause lebenden älteren Menschen in der Schweiz (Genf und Zentralwallis) in den Jahren zwischen 1979 und 1994 liess sich eine deutliche Verbesserung des psychischen Befindens erkennen. Dabei war das bessere psychische Befinden beziehungsweise die abnehmende Häufigkeit verschiedener depressiver Symptome mit der verbesserten physischen Gesundheit heutiger älterer Menschen assoziiert (11). Während im jüngeren Erwachsenenalter die Beschäftigung mit Beruf, Familie und Freunden im Mittelpunkt steht, nimmt im hohen Alter die Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit und geistigen Leistungsfähigkeit einen zentralen Stellenwert ein, wie die Berliner Altenstudie bestätigt (15).

Literatur:

- Cooper B, Sosna U (1983): *Psychische Erkrankung in der Altenbevölkerung. Eine epidemiologische Feldstudie in Mannheim. Nervenarzt* 54: 239–249.
- Dellisch H (2005): *Altern – Verlust und Gewinn. Imagination* 1: 53–82.
- Fichter M (1990): *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo (Springer).*
- Gatz M, Kasl-Godley JE, Karel MJ (1996): *Aging and mental disorders. In: Birren J, Schaie KW (eds) Handbook of the psychology of aging. New York (Academic Press), 365–382.*
- Häfner H (1993): *Epidemiologie psychischer Störungen im höheren Lebensalter. In: Möller HJ, Rohde A (Hg) Psychische Krankheit im Alter. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo (Springer), 45–70.*
- Hartwig J, Heese K, Waller H, Machleidt W (2005): *Zur Versorgung von psychisch kranken Altenheimbewohner/innen im Landkreis Uelzen. Gesundheitswesen* 67: 274–279.
- Hessel A, Gunzelmann T, Geyer M, Brähler E (2000): *Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60-jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstrukturelle,*

soziodemographische und subjektive Faktoren. Z Gerontol Geriatr 33: 289–299.

8. Heuft G, Kruse A, Radebold (2000): *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München, Basel (Ernst Reinhardt Verlag).*

9. Heuft G, Nehen HG, Haseke J, Gastpar M, Paulus HJ, Senf W (1997): *Früh- und Differentialdiagnose von 1000 in einer Memory Clinic untersuchten Patienten. Nervenarzt* 68: 259–269.

10. Laederach-Hofmann K, Zundel-Funk AM, Dräyer J, Lauber P, Mussgay L, Egger M, Jürgensen R, Weber K (1999): *Körperliches und psychisches Befinden bei 60–70-jährigen Bernerinnen und Bernern mit neurotischen Symptomen im Kindesalter – Eine Untersuchung über mehr als 50 Jahre (Emmental-Kohorte). Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 48: 751–777.

11. Lalive d'Epinay C, Maystre C, Bickel JF, Riand JF, Höpflinger F (1999): *Zur psychischen und somatischen Situation älterer Menschen – Veränderungen im Verlauf von 1979 bis 1994 an zwei repräsentativen Schweizer Stichproben. Zsch psychosom Med* 45: 209–217.

Von der Patientenseite aus betrachtet mag die geringere Inanspruchnahmerate von psychotherapeutischer Hilfe daran liegen, dass ältere Patienten ein weniger psychosozial ausgerichtetes Krankheitskonzept, eine geringer ausgeprägte Psychotherapiemotivation und Erwartungshaltung sowie eine negativere Einstellung zur Psychotherapie haben (2). Peters et al. (16) konnten diese Annahme für Patienten in Rehabilitationskliniken bestätigen. Vonseiten der Psychotherapeuten werden ungewohnte Gegenübertragungsphänomene (Rolle der Tochter/des Sohnes bzw. der Enkel) und das Weiterwirken des Verdikts von Freud (Unbehandelbarkeit von Neurosen jenseits des 40. Lebensjahres) als ausschlaggebend dafür angesehen, dass weniger ältere Patienten in Behandlung genommen werden.

Suizidalität im Alter

Die Suizidalität im Alter stellt ein wichtiges Problem dar, das allerdings häufig unterschätzt wird. Die Anzahl der vollendeten Suizide steigt mit dem Lebensalter an. Während pro 100 000 Einwohnern im Alter zwischen 45 und 60 Jahren pro Jahr 24 Suizid begehen, steigt die Zahl bei den 75- bis 80-Jährigen auf 38 und bei den 85 bis 90-Jährigen auf 44 an (8). Ähnliche Daten liegen aus den anderen westlichen Industrienationen vor. Ältere Männer begehen zwei- bis dreimal häufiger Suizid als ältere Frauen. Die Differenz zwischen der Häufigkeit von Suizidhandlungen und von vollendeten Suiziden wird mit steigendem Lebensalter immer geringer. Bei Untersuchungen zur Suizidhäufigkeit steht das Kriterium «Alter» nach den Kriterien «Depression» und «Suchtmittelabhängigkeit» bereits an dritter Stelle der Gefährdungskategorien.

In der Berliner Altenstudie (BASE-Studie) hatten 7,9 Prozent der Probanden den Wunsch, zu sterben, 1,2 Prozent äusserten Suizidgedanken. Bei 90 Prozent dieser Personen lag gleichzeitig eine Depression vor. Für 85 Prozent der Probanden war Selbsttötung aber kein Thema (15). Als Ursachen für suizidale Handlungen werden depressive Störungen und narzisstische Krisen angegeben. Da die depressiven Störungen sich zur häufigsten psychischen Erkrankung des 21. Jahrhunderts entwickeln, ergibt sich hieraus auch unter Berücksichtigung der steigenden Lebenserwartung ein erhebliches Gefährdungspotenzial. ■



Dr. med. Steffen Häfner
Medizinische Universitätsklinik
Abteilung Innere Medizin VI,
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Osianderstrasse
D-72076 Tübingen

Interessenkonflikte: keine

12. Linden M, Förster R, Oel M, Schlötelborg R (1993): Verhaltenstherapie in der kassenärztlichen Versorgung: Eine versorgungsepidemiologische Untersuchung. *Verhaltenstherapie* 3: 101–111.

13. Linden M, Kurtz G, Balthes MM, Geiselmann B, Lang FR, Reischies FM, Helmchen H (1998): Depression bei Hochbetagten – Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt* 69: 27–37.

14. Maercker A, Enzler A, Grimm G, Helfenstein E, Ehlert U (2005): Inanspruchnahme und Psychotherapiemotivation in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe über 65-Jähriger – Ergebnisse der Zürcher Altersstudie. *Psychother Psych Med* 55: 177–182.

15. Mayer KU, Balthes PB (Hg) (1996): Die Berliner Altenstudie. Berlin (Akademie Verlag).

16. Peters M, Lange C, Radebold H (2000): Psychotherapiemotivation älterer Patienten in der Rehabilitationsklinik – Eine empirische Studie. *Zsch. psychosom. Med.* 46: 259–272.

17. Schepank H (1995): Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Göttingen (Hogrefe).

18. Schmeling-Kludas C (1994): Zur Krankheitsverarbeitung geriatrischer internistischer Patienten – Befunde im Vergleich mit jüngeren Kranken bei Entlassung aus dem Krankenhaus und drei Monate später. *Zeitschr. für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 7: 219–231.

19. Schneider G, Heuft G, Senf W, Schepank H (1997): Die Adaptation des Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) für Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. *Z Psychosom Med* 43: 261–279.

20. Schumacher J, Gunzelmann T, Brähler E (1996): Lebenszufriedenheit im Alter – Differentielle Aspekte und Einflussfaktoren. *Zeitschr für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 9: 1–17.

21. Wernicke TF, Linden M, Gilberg R, Helmchen H (2000): Ranges of psychiatric morbidity in the old and very old – results from the Berlin Aging Study (BASE). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 250: 111–119.

22. Wolter-Henseler DK (1996): Gerontopsychiatrie in der Gemeinde. Bedarfsermittlung und Realisierungsmöglichkeiten für ein gerontopsychiatrisches Zentrum am Beispiel einer Grossstadt. KDA-Reihe, Forum, Bd. 30. Kuratorium Deutsche Altenhilfe, Köln.