

**Gibt es Möglichkeiten der Risikoeinschätzung zur
Entwicklung von Depressionen in der Altersgruppe
der 65- bis 80-jährigen?
Der Versuch der Erstellung einer Risikoskala**

Abschlussarbeit vorgelegt von
Dr. med. Birgit Lunger und
Dr. med. Florian Großrubatscher

im Rahmen der Ausbildung zum Allgemeinmediziner an
der Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin
(SAKAM)

Sommersemester 2014

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
1. Einleitung	7
2. Methodik	11
3. Ergebnisse	12
4. Diskussion	21
5. Schlussfolgerung	23
6. Anhang	24
7. Quellenverzeichnis	28
8. Abbildungsverzeichnis	30
9. Tabellenverzeichnis	30

*Wertlos, so schien es ihm, wertlos und sinnlos
hatte er sein Leben dahin geführt; nichts
Lebendiges, nichts irgendwie Köstliches oder
Behaltenswertes war ihm in Händen geblieben.
Allein stand er und leer, wie ein Schiffbrüchiger
am Ufer.*

Hermann Hesse, „Siddhartha“

Abstract

Hintergrund

Depressionen stellen den Arzt für Allgemeinmedizin vor große Herausforderungen. Er ist es doch, der meist die primäre Diagnose stellt und entsprechende Therapien einleitet, beziehungsweise, bei schweren Formen, als wichtige Schaltstelle zum Facharzt dient. Die Prävalenz von Altersdepressionen schwankt, kulturell bedingt, zwischen 10 und 20%¹. Doch während die verschiedenen Therapieformen dieser an Häufigkeit zunehmenden Erkrankung in einigen Studien bereits eruiert wurden, gibt es wenige Informationen über die prozentuell verhältnismäßige Relevanz einzelner Risikofaktoren für die Entwicklung von Depressionen in dieser Altersgruppe.

Ziel dieser Studie war es, sich mit einzelnen epidemiologischen Daten wie Alter, Geschlecht, Lebenssituation, Bildungsgrad, berufliche Situation usw. und ihrer Relevanz für die Entwicklung von Depressionen im Alter auseinanderzusetzen. Aus den erhobenen Datensätzen wurde ein Risiko-Score erstellt, welcher den Allgemeinärzten als Pretest Grundlage für die erste grobe Einschätzung ihrer Patienten dienen soll, um eventuell in einem zweiten Schritt durch validierte Depressionsscores die primäre Vermutung zu bestätigen oder zu widerlegen.

Methodik

Die Untersuchung erfolgte mittels validierter und selbsterstellter Fragebögen, welche von fünf Allgemeinmedizinern der Sprengel Bruneck und Tauferer- Ahrntal an Patienten im Alter zwischen 65 und 80 Jahren verteilt wurden.

Ergebnisse

Von den etwa 600 ausgeteilten Fragebögen wurden insgesamt 403 von den Patienten ausgefüllt. Die Mehrzahl der Studienteilnehmer waren Frauen (233 – 57,8%). Der Großteil der Befragten war pensioniert (373 – 92,6%) sowie verheiratet (258 – 64%). 292 Personen (72,5%) hatten mehrheitlich mit der Grundschule ihre schulische Laufbahn beendet.

Die Auswertung der Studienergebnisse lieferte zum Teil klare Aussagen:

Von den insgesamt 403 Teilnehmern waren 81 Personen depressiv, dabei hatten 59 (14,6%) eine milde, 16 Personen (4%) eine mittelgradige und sechs (1,5%) der Befragten eine schwere Form der Depression.

Es zeigt sich, dass eine aktuelle Belastungssituation ein eindeutiger Risikofaktor für Altersdepressionen ist ($p < 0,01$; Odds Ratio 4,75). Auch Schlafstörungen, unabhängig davon, ob es sich um Ein- oder Durchschlafstörungen beziehungsweise frühzeitiges Erwachen handelt ($p < 0,01$; Odds Ratio 3,47), sowie bekannte familiäre Depressionen ($p < 0,01$; Odds Ratio 2,99) und Depressionen in der Vergangenheit ($p < 0,01$, Odds Ratio 2,25) stellen sich als gefährdend heraus. Es konnte außerdem eine Verbindung zwischen Diabetes mellitus und Depressionen im Alter festgestellt werden ($p 0,03$; Odds Ratio 2,54). Protektive Faktoren sind laut den Ergebnissen der vorliegenden Studie das Leben in einer partnerschaftlichen Wohngemeinschaft ($p < 0,01$; Odds Ratio 0,37), unabhängig vom Zivilstand, sowie regelmäßiges Nachgehen von Hobbys ($p < 0,01$; Odds Ratio 0,48) und die Tätigkeit in einem Verein ($p 0,05$; Odds Ratio 0,51).

Schlussfolgerung

Die epidemiologischen Ergebnisse dieser Studie stimmen zu einem relativ großen Teil mit denen von Vergleichsstudien überein. Diese Tatsache und die teils eindeutigen Ergebnisse waren Grundlage für die Entwicklung eines Risiko-Scores, welcher den Allgemeinmedizinerinnen eine erste Einschätzung ihrer Patienten bezüglich potentieller Entwicklung von Depressionen ermöglichen soll.

C'è la possibilità di valutare il rischio dello sviluppo di depressione negli anziani dai 65 agli 80 anni?

Risultato di una ricerca sui fattori di rischio

Abstract

Motivazione

I medici di medicina generale sono il primo punto di riferimento per le persone che si sentono depresse, formulano la diagnosi e introducono le prime terapie. Nei casi più gravi fanno da tramite con gli specialisti del settore. La prevalenza di depressione nelle persone anziane oscilla tra il 10 e il 20%. Esistono molti studi sulle diverse terapie antidepressive, ci sono però poche informazioni relative alle percentuali dei singoli fattori che possono causare la depressione nelle persone tra i 65 e gli 80 anni.

Obiettivo di questa ricerca è confrontare alcuni dati epidemiologici come età, sesso, stile di vita, grado di istruzione, professione ecc. e la loro rilevanza nello sviluppo della depressione oltre i 65 anni.

È stata stilata una scala di rischio e sulla base dei risultati ottenuti il medico di medicina generale può già avere un primo risultato sugli eventuali fattori di rischio che, in un secondo tempo, attraverso scale di depressione di riferimento, possono confermare o escludere l'ipotesi della presenza di depressione.

Metodo

I questionari utilizzati per la ricerca, oltre a contenere domande standard, sono stati integrati con ulteriori quesiti, e cinque medici di medicina generale nei distretti sanitari di Brunico e Valle di Tures-Aurina li hanno distribuiti ai pazienti di età compresa tra i 65 e gli 80 anni.

Risultati

Dei circa 600 questionari distribuiti ne sono stati restituiti compilati 403. Hanno risposto alla ricerca in maggioranza persone di sesso femminile (233) pari al 57,8%, i pensionati e le

pensionate (373) pari al 92,6 % e i coniugati e le coniugate (258) pari al 64%. Di questi, 292 persone pari al 72,5% hanno dichiarato di aver terminato la carriera scolastica con la scuola primaria.

Dall'elaborazione dei risultati della ricerca sono emersi questi dati: dei 403 partecipanti, 81 di questi hanno manifestato forme depressive e in particolare 59 pari al 14,6% in forma lieve, 16 pari al 4% in forma media e 6 pari all'1,5 % in forma grave.

È emerso che una situazione di oppressione è un chiaro fattore di rischio di depressione ($p < 0,01$; Odds Ratio 4,75). Anche i disturbi del sonno nelle loro varie forme sono da annoverare tra i fattori di rischio ($p < 0,01$; Odds Ratio 3,47). Situazioni da tenere sotto controllo sono quelle in cui si sono verificati casi di depressione in famiglia ($p < 0,01$; Odds Ratio 2,99) e/o casi in cui la depressione si sia manifestata in passato ($p < 0,01$; Odds Ratio 2,25).

È stato rilevato un rapporto tra il diabete mellito e la depressione ($p 0,03$; Odds Ratio 2,54). Dal nostro studio è emerso che i fattori che non favoriscono l'insorgenza della depressione nelle persone anziane sono la convivenza ($p < 0,01$; Odds Ratio 0,37) indipendentemente dallo stato civile, la pratica regolare di un hobby ($p < 0,01$; Odds Ratio 0,48) e l'attività nella società ($p 0,05$; Odds Ratio 0,51).

Conclusioni

I risultati epidemiologici di questo studio confermano in gran parte quanto già emerso in ricerche simili. I risultati della nostra ricerca sono stati la base per stilare una scala di rischio che il medico di medicina generale può utilizzare per stabilire o per escludere eventuali forme di depressione nei pazienti tra i 65 e gli 80 anni.

1. Einleitung

Die Gerontopsychiatrie geht heute davon aus, dass es eine explizite Altersdepression nicht gibt. Im Alter kommen alle Arten von depressiven Syndromen vor. Daher ist es besser von Depression im Alter zu sprechen. Der früher gebräuchliche Begriff Involutionen Depression kommt in den neuen Klassifikationssystemen (ICD-10, DSM IV) nicht mehr vor. Im Alter beginnende Depressionen und Rezidive von früher begonnenen Depressionen haben mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede. Die Symptome und der Krankheitsverlauf sind im Alter allerdings oft etwas anders als in jüngeren Jahren. Zum Beispiel klagen ältere Patienten mit Depressionen häufiger über körperliche Beschwerden und seltener über psychische Beschwerden wie zum Beispiel vermehrte Traurigkeit. Das erschwert oft die Diagnose einer Depression im Alter. Auch werden häufig depressive Symptome im Alter fälschlicherweise als normales Merkmal beschwerlicher Lebensumstände angesehen. Es leiden nicht mehr alte Menschen als junge an Depressionen. Allerdings dauern die depressiven Phasen im Alter länger an, werden häufiger nicht richtig behandelt und die Suizidrate ist höher. Als Ursache spielen, genauso wie im jüngeren Alter, eine Kombination von genetischen, biologischen, psychischen und sozialen Faktoren eine Rolle. Im Alter ist es wichtig darauf zu achten, ob nicht körperliche Ursachen eine zusätzliche Rolle spielen². Verschiedene organische Erkrankungen, wie dementielles Syndrom, Morbus Parkinson, kardiovaskuläre Erkrankungen sind in etwa 20% mit Depressionen im höheren Alter verbunden³. Depressive Phasen bereits in der Vergangenheit, der Tod eines Ehepartners und bestehende Angststörungen scheinen ebenso wichtige Faktoren zu sein⁴. Die mittlere Prävalenz von Depression im Alter weltweit liegt bei 10,03%¹, wobei die von Major Depressionen bei etwa 2,02% und die der Minor Depression bei 14,9% liegt⁵. Kasper et al. sprachen sich bereits 1997 in ihrem bio-psycho-sozialem Modell der Depression für eine multifaktorielle Genese aus, mit dem gemeinsamen Resultat einer Auslenkung der Neurotransmittersysteme im ZNS. Beeinflussende Faktoren sollen dabei altersabhängig an Bedeutung zunehmen, zu einem Mangel an Neurotransmittern im synaptischen Spalt sowie zu einer abnehmenden Dichte und Empfindlichkeit postsynaptischer Rezeptoren der noradrenergen und serotonergen Systeme führen⁶. (Abb. 1)

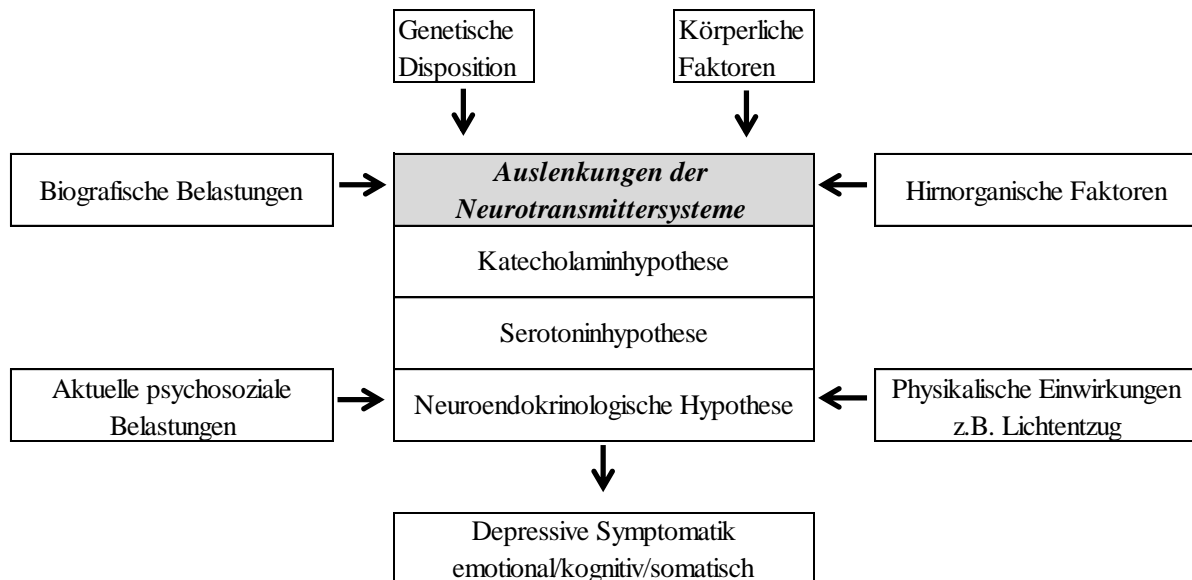


Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Modell der Depression (Kasper et al. 1997) (aus: Heuft, Kruse, Radebold: Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie)

Hopkinson G. unterstützt den Verdacht des genetischen Einflusses auf die Entwicklung der Altersdepression, wenn er in seiner Studie das Risiko der Entwicklung von Depressionen im Alter für Verwandte von Personen, welche nach dem fünfzigsten Lebensjahr eine Depression entwickelten, mit 8,3% beziffert, verglichen mit dem Risiko von etwa 20% der Verwandten von Patienten, welche bereits früher depressiv waren⁷.

Eine 2010 veröffentlichte japanische Studie⁸ befasste sich mit dem Einfluss von Stressfaktoren und Entwicklung von Depressionen im Alter. Dabei zeigte sich, dass vor allem das Gefühl von Nutzlosigkeit für die Gesellschaft, verminderte soziale Kontakte und gesundheitliche Probleme Risikofaktoren sind.

Martin G. Cole MD⁹ verglich in seiner prospektiven Studie im Jahr 2003 insgesamt zwanzig englisch- und französischsprachige Studien, welche sich mit potentiellen Risikofaktoren für Altersdepressionen beschäftigten. Daraus resultierte, dass Frauen eher zu Depressionen neigen als Männer, Schlafstörungen, Verlusterlebnisse, körperliche Behinderung, bereits vorher bestehende Episoden von Depressionen deutlichen Einfluss auf Auslösung von Depressionen im höheren Alter hätten. Invalidität sei vor allem deshalb ein Risikofaktor für Depressionen, da sie zu Vereinsamung und geringeren sozialen Kontakten führen¹⁰.

Laut Bair J. et al. wirkt sich die Präsenz von Schmerz negativ auf die Diagnose und Behandlung der Depression aus. Ähnlich verhält sich die Depression bei Schmerzpatienten, bei denen der Schmerz mehr Leidensdruck ausübt. Schmerzen und Depression teilen sich Neurotransmitter, was sich auf die Bedeutung der gleichzeitigen Behandlung auswirkt¹¹.

Schane et al. untersuchten 2008 die Prävalenz und Risikofaktoren für depressive Symptome bei Patienten mit COPD. Es zeigte sich, dass hierbei eine depressive Symptomatik viel häufiger als bei anderen chronischen Erkrankungen auftritt¹². Van Manen et al. kamen in ihrer 2002 veröffentlichten Studie zu ähnlichen Ergebnissen¹³.

Als weiterer Risikofaktor wird die Alkoholabhängigkeit beschrieben. 20% der Patienten mit Altersdepression gehen mit einer alkoholbezogenen Störung einher^{14,15} und von diesen wiederum haben 90% eine positive Anamnese für Depression¹⁶. Haynes et al. untersuchten im Jahre 2000 in einer Längsschnittstudie den Alkoholkonsum als Risikofaktor für Depression und Angst und umgekehrt. Dabei zeigte sich hingegen, dass übermäßiger Alkoholkonsum nicht mit dem Auftreten von Depression und Demenz, jedoch Abstinenz mit einem niedrigerem Risiko für Depression und Angst korreliert. Eine Langzeitstudie von Hartka et al. aus dem Jahre 1991 zeigt hingegen eine signifikante Assoziation von Alkoholabhängigkeit und die spätere Entwicklung einer Depression. Für Frauen bestehe hierfür ein höheres Risiko (Wang & Patten 2001)¹⁷. Auch Gilman S. und Abraham H. sehen in ihrer 2001 veröffentlichten Studie Alkohol als klaren Risikofaktor für eine Depression²⁷.

Arterielle Hypertonie soll laut Jorm A. sogar einen protektiven Effekt auf Altersdepressionen ausüben, während Hypotonie ein Risikofaktor ist¹⁸.

Schüßler et al.¹⁹ befassten sich 2008 mit dem Zusammenhang zwischen Depression und körperlichen Erkrankungen wie zum Beispiel die koronare Herzkrankheit (KHK). 20% der Patienten mit einer KHK weisen eine Depression auf. Weiters steht laut Schüßler et al.²⁰ auch fest, dass eine bestehende Herzerkrankung häufig zu einer Depression führen kann.

Verschiedene Studien ergaben einen signifikanten Zusammenhang zwischen Diabetes mellitus und Depressionen im höheren Alter²¹.

So kommt z.B. die Studie von Mezuk et al. zum Ergebnis, dass Depression mit einem 60%ig erhöhtem Risiko für die Entwicklung eines Diabetes mellitus Typ 2 assoziiert ist, während Diabetes mellitus Typ 2 nur ein mäßig (15%) gesteigertes Risiko für die Entwicklung einer Depression darstellt²². Laut M.J. Knol besteht bei depressiven Erwachsenen ein 37%iges Risiko für die Entwicklung von Diabetes mellitus Typ 2²³. Nouwen et al. durchsuchten alle in Pubmed, Medline und PsycInfo publizierte Studien, welche sich bis September 2009 mit dem Zusammenhang zwischen Diabetes mellitus und Depression auseinandersetzten. Das Ergebnis zeigte, dass Typ-2-Diabetiker im Gegensatz zu Nichtdiabetikern ein 24% höheres Risiko haben eine Depression zu entwickeln. Der Zusammenhang zwischen diesen beiden Faktoren ist bislang noch nicht geklärt²⁴.

Die Frage, ob diese Erkrankungen nun Folge oder Ursache sind, wird durchaus kontrovers diskutiert^{22, 24}.

Dasselbe gilt für die Schlafstörungen. Viele ältere Menschen haben Schlafprobleme. Schlafstörungen und Depressionen stehen in enger Wechselwirkung. Über 90% der älteren Depressiven leiden an Ein- und Durchschlafstörungen oder morgendlichem Früherwachen²⁵. Buysse et al. nahmen zunächst an, dass Schlaflosigkeit häufig nur ein Depressionssymptom sei. Jedoch ergab vorliegendes Forschungsmaterial der groß angelegten Studie von 2008, dass Schlaflosigkeit nicht nur ein Depressionssymptom ist, sondern dass es tatsächlich eine Depression vorhersagen kann. Mit anderen Worten haben Personen, die eine Schlaflosigkeit, aber keine Depression haben, ein gesteigertes Risiko später eine Depression zu entwickeln. Die Ergebnisse zeigen, dass Insomnie eher von Depression gefolgt wird als andersherum²⁶.

In dieser Studie wurden einige epidemiologische Aspekte von Depressionen im höheren Alter (Häufigkeit in Bezug auf Geschlecht, Bildungsgrad, Wohnsituation, eventuellen organische Erkrankungen und so weiter) bezüglich ihrer Relevanz untersucht, um daraus Risikofaktoren herauszuarbeiten und einen Risiko-Score zu erstellen, der dem Allgemeinmediziner als Checkliste zur Verfügung stehen sollte, um seine Patienten bezüglich des Risikos der Entwicklung von Depressionen im Alter einzuschätzen.

2. Methodik

Es handelt sich hierbei um eine retrospektive Beobachtungsstudie, welche mit validierten als auch selbsterstellten Fragebögen durchgeführt wurde. Insgesamt 403 Patienten von fünf Allgemeinmedizinerinnen der Sprengel Bruneck und Tauferer-Ahrntal beteiligten sich an der Umfrage. Die Fragebögen wurden, unabhängig vom jeweiligen aktuellen Behandlungsanlass und davon, ob bereits eine Depression in der Vergangenheit bestand, an Patienten ausgeteilt, welche diese teils mithilfe der betreuenden Ärzte oder der Sprechstundenhilfe, teils autonom ausgefüllt haben. Die Untersuchung erstreckte sich über einen Zeitraum von drei Monaten, von Jänner bis einschließlich März 2014.

Die Fragebögen bestanden aus insgesamt drei Teilen. Im ersten, selbsterstellten Teil, wurde nach potentiellen Risikofaktoren, beziehungsweise nach protektiven Faktoren gefragt und zwar nach Geschlecht, Zivilstand, Schulbildung, Beruf, Wohnsituation, organischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Lungen- und Herzerkrankung sowie Tumorerkrankung. Weiters wurde das Vorliegen eventueller chronischer Schmerzen, Schlafstörungen, vorhandene Belastungssituation sowie ein eventueller Nikotinkonsum, aber auch potentielle protektive Faktoren wie die Mitgliedschaft in einem Verein, ehrenamtliche Tätigkeit und sportliche Betätigung als auch das regelmäßige Nachgehen eines Hobbys berücksichtigt. Außerdem wurden die Patienten nach einer depressiven Episode in der Vergangenheit gefragt, wobei aus praktischen Gründen die Aussagen „Ja, die Depression ist derzeit auch manifest“ sowie „Ja, ich nehme deshalb auch Medikamente“ bei der Auswertung zusammengefasst wurden. Im zweiten Teil erfolgte mittels des CAGE- Testes²⁸ eine Einschätzung bezüglich des Alkoholverhaltens. Im dritten Teil wurden die Patienten durch Anwendung einer deutschen Übersetzung der validierten Depressionsskala nach Yesavage et al.²⁹ nach Vorhandensein einer Depression überprüft. Bei positivem Ergebnis wurden sie in leicht-, mittel- bis schwergradig depressiv Erkrankte eingeteilt.

Die Auswertung der Studienergebnisse erfolgte mittels des Statistikprogrammes SPSS. Dabei wurden die einzelnen epidemiologischen Daten bezüglich ihrer Signifikanz zur Altersdepression in einer univariaten Prüfung mittels des Chi-Quadrat-Tests geprüft. Alle Variablen wurden im zweiten Schritt durch Anwendung der logistischen Regressionsprüfung zueinander in Beziehung gebracht. Durch Einbezug mehrerer Variablen konnte der unabhängige Einfluss einer einzelnen Variablen im Kontext der anderen beurteilt werden. Aus dem Ergebnis konnte die Odds-Ratio, das Quotenverhältnis, der einzelnen signifikanten Variablen berechnet werden, sodass daraus ein Risiko-Score für die Entwicklung von Depressionen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren erstellt wurde.

3. Ergebnisse

Es wurden insgesamt 600 Fragebögen an fünf Allgemeinmediziner der Sprengel Bruneck und Tauferer-Ahrntal verteilt, von denen 403 von Patienten ausgefüllt wurden. Die Mehrzahl der Studienteilnehmer (233 – 57,8%) waren Frauen, der Großteil der Befragten gab an, verheiratet zu sein (258 – 64%). 292 Personen (72,5%) haben mit der Grundschule ihre schulische Laufbahn beendet. Wie in dieser Altersgruppe zu erwarten war, waren die meisten der Befragten pensioniert (373 – 92,6%). Mithilfe des validierten Fragebogens nach Yesavage et al. wurde bei 81 Personen (20,1%) eine Depression festgestellt, wobei 59 Personen (14,6%) eine milde, 16 der Betroffenen (4%) eine mäßige und sechs Personen (1,5%) eine schwergradige Depression hatten (siehe Abbildung 2). Insgesamt war bei 68 (16,9%) Studienteilnehmern eine Depression im näheren Verwandtenkreis bekannt. 88 Personen (21,8%) gaben an, bereits in der Vergangenheit eine depressive Episode durchgemacht zu haben, davon bestätigten fünf Teilnehmer (1,2%) aktuell depressiv zu sein bzw. Antidepressiva einzunehmen (38 – 9,4%) (siehe Tabelle 2).

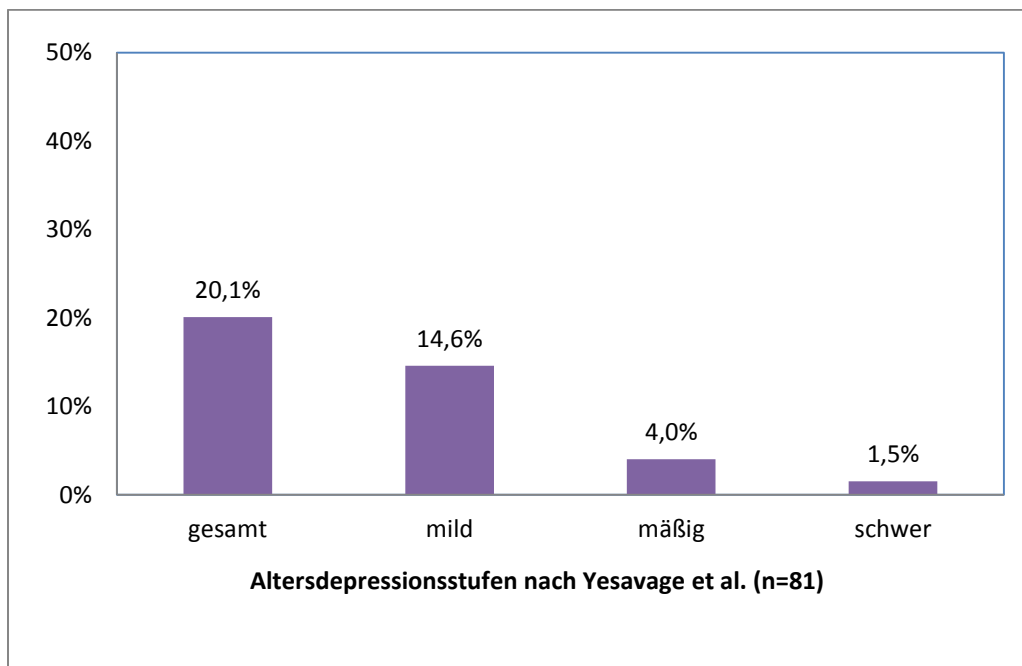


Abbildung 2: Relative Häufigkeiten der Altersdepressionsstufen in Prozent der Gruppe der 81 als depressiv eingestuften Patienten der Studienpopulation

Im Rahmen der ersten Datenauswertung wurde, mithilfe des Statistikprogramms SPSS, eine univariate Prüfung der einzelnen epidemiologischen Faktoren unabhängig voneinander bezüglich ihrer Relevanz beziehungsweise Signifikanz (p) hinsichtlich der Altersdepression durchgeführt.

Dabei stellte sich heraus, dass Frauen (25,3%) eher zu Depressionen neigen als Männer (12,9%) (p 0,02). Der Chi-Quadrat-Test ergab außerdem, dass Verheiratete (14%) und in Partnerschaft lebende Personen (18,8%) seltener depressiv sind im höheren Lebensalter als Alleinlebende (34,1%) sowie Verwitwete (31,8%) (p <0,01). Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei der Frage nach der Wohnsituation ab, wenn 30,2% der Alleinlebenden und 30,6% der mit der Familie lebenden Befragten, jedoch nur 13,5% der in Partnerschaft Lebenden sich als depressiv herausstellten (p <0,01).

Interessantes Detail: Bei genauerer Betrachtung dieser letzteren Variablen und Erstellung eines sogenannten „Cross Tabs“ (Kombinationstabelle) stellte sich heraus, dass Männer signifikant stärker von einer Partnerschaft profitieren als Frauen (siehe Tabelle 1).

			Depression		Total
			Nein	Ja	
Allein	Geschlecht	F	47 (68,1%)	22 (31,9%)	69 (100%)
		M	13 (76,5%)	4 (23,5%)	17 (100%)
	Total		60 (69,8%)	26 (30,2%)	86 (100%)
Partner	Geschlecht	F	94 (80,3%)	23 (19,7%)	117 (100%)
		M	118 (92,2%)	10 (7,8%)	128 (100%)
	Total		212 (86,5%)	33 (13,5%)	245 (100%)

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Depressionen nach Erstellung eines Cross Tabs zwischen Wohnsituation, Partnerschaft und Geschlecht.

In der primären, univariaten Prüfung der Variablen ergab sich eine gehäufte Assoziation zwischen Diabetes mellitus und Depressionen (33,8%) (p 0,03). Auch chronische Schmerzpatienten waren mit 36% häufiger depressiv als Personen ohne Schmerzen (13,8%) (p < 0,01). Wie zu erwarten, hatte die Mehrzahl der Patienten mit Schlafstörungen eine Depression. Es ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der Auswertung Patienten, die Schlafmedikamente einnahmen, zu jenen mit Schlafstörungen gerechnet wurden. Dabei überwiegen Durchschlafstörungen mit 34,1%, (p <0,01) gefolgt von Einschlafstörungen (31,7%; p 0,01) und frühzeitigem Erwachen (13,7%; p 0,06). 42,9% der 91 Personen, die aktuell unter einer Belastungssituation zu leiden hatten, wurden mithilfe der Depressionsskala nach Yesavage et al. als depressiv identifiziert (p <0,01), während bei 35,3% der Personen, die bereits familiär mit Depressionen belastet waren, der Test positiv ausfiel (p <0,01). Die univariate Prüfung ergab außerdem, dass Depressionen in der Vergangenheit als potentieller Risikofaktor gelten (p <0,01). Als protektive Faktoren stellten sich das regelmäßige Nachgehen eines Hobbys (p <0,01) sowie die Mitgliedschaft in einem Verein heraus. (p 0,05) (siehe Tabelle 2). Die übrigen untersuchten

epidemiologischen Variablen wie Schulbildung (p 0,3), Beruf (p 0,9), regelmäßiger Alkoholkonsum (p 0,27), chronischer Nikotinkonsum (p 0,57) sowie häufiger Fernsehkonsum (p 0,68), aber auch arterielle Hypertonie (p 0,10), Lungen- (p 0,16), Herz- (p 0,97) oder Tumorerkrankungen (p 0,90) ergaben bereits in dieser ersten univariaten Prüfung keine signifikante Relevanz in Bezug auf Entwicklung von Depressionen im höheren Alter.

Variable		Anzahl	% Gesamt	% Depression	p Wert
Geschlecht	weiblich	233	57,8	25,3	<0,01
	männlich	170	42,2	12,9	
Zivilstand	alleinlebend	44	10,9	34,1	<0,01
	verheiratet	258	64	14	
	verwitwet	85	21,1	31,8	
	Partner	16	4	18,8	
Schulbildung	Grundsch.	292	72,5	21,6	0,3
	Berufsch.	62	15,4	24,2	
	Matura	49	12,2	6,1	
Beruf	pensioniert	373	92,6	20,6	0,91
	selbständig	26	6,5	7,7	
	angestellt	4	1	50	
Wohnsituation	alleinl.	86	21,3	30,2	<0,01
	mit Partner	245	60,8	13,5	
	mit Familie	69	17,1	30,6	
	mit Betreuer	3	0,7	30,6	
Vereinsmitglied	ja	191	47,4	14,1	0,05
	nein	212	52,6	25,5	
ehrenamtliche Tätigkeit	ja	109	27	11,9	0,13
	nein	294	73,3	23,1	
Sport	ja	174	43,2	14,9	0,24
	nein	229	56,8	24	
Hobby (2 fehlend))	ja	216	53,9	13,4	<0,01
	nein	185	46,1	27,6	
Fernsehkonsument	ja	344	85,4	19,8	0,68
	nein	59	14,6	22	
Diabeteserkrankung (1 fehlend)	ja	65	16,2	33,8	0,03
	nein	337	83,8	17,5	
Bluthochdruckerkrankung	ja	216	53,6	23,1	0,10
	nein	187	46,4	16,6	
Lungenerkrankung	ja	30	7,4	30	0,16
	nein	373	92,6	19,3	
Herzkrankung	ja	90	22,3	20	0,97
	nein	313	77,7	20,1	
chron. Schmerzen	ja	114	28,3	36	<0,01
	nein	289	71,7	13,8	
Tumorerkrankung	ja	26	6,5	19,2	0,90
	nein	377	93,5	20,2	
Schlafstörungen (1 fehlend)	ja	180	44,8	28,3	<0,01
	nein	190	47,3	8,4	
	nein/Medik.	32	8	43,8	
Einschlafstörungen	ja	60	14,9	31,7	0,01
	nein	343	85,1	18,1	
Durchschlafstörung	ja	126	31,3	34,1	<0,01
	nein	277	68,7	13,7	
frühzeitiges Erwachen	ja	72	17,9	31,9	0,06
	nein	331	82,1	17,5	
Belastungssituation (3 fehlend)	ja	91	22,8	42,9	<0,01
	nein	309	77,3	13,6	

Variable		Anzahl	% Gesamt	% Depression	p Wert
Rauchen	ja	29	7,2	24,1	0,45
	nein	374	92,8	19,8	
regelm. Alk.konsum (1 fehlend)	ja	82	20,4	15,9	0,27
	nein	320	79,6	21,3	
familiäre Depressionen	ja	68	16,9	35,3	<0,01
	nein	335	83,1	17	
Depressionen in der Vergangenheit	ja, ok	45	11,2	22,2	<0,01
	ja, manifest	5	1,2	100	
	ja, Medik.	38	9,4	55,3	
	nein	315	78,2	14,3	
Depressionen gesamt	ja	81	20,1		
	nein	322	79,9		
Depressionsgrad	normal	322	79,9		
	mild	59	14,6		
	mäßig	16	4		
	schwer	6	1,5		

Tabelle 2: Demographische Verteilung der Depressionen von Patienten im Alter zwischen 65 – 80 Jahren der Sanitätssprengel Bruneck und Tauferer-Ahrntal

Im zweiten Schritt wollten wir nun klären, welche Faktoren im Endeffekt maßgeblich für die Entwicklung einer Depression sind. Dazu führten wir eine logistische Regressionsprüfung durch. Es wurden alle Faktoren zueinander in Beziehung gebracht und dadurch die Signifikanz des einzelnen Faktors in Bezug auf die Vergleichsfaktoren beurteilt.

So wurden bei Aufnahme der Variablen „derzeitige Belastungssituation“ andere Faktoren wie Geschlecht, Schule, Ein- und Durchschlafstörung, Ehrenamt in ihrer Relevanz im Verlauf reduziert und schließlich eliminiert, das heißt aber auch, dass bei Fehlen dieser übergeordneten Variablen „ Belastungssituation“ letztere Faktoren wieder an Bedeutung gewinnen.

Die Variable „Schlaf“ hingegen behauptete sich in der logistischen Regressionsberechnung bis zum Schluss und hat somit eindeutige Relevanz.

Depressionen in der Vergangenheit scheinen ebenfalls in der multivariaten Prüfung nicht an Signifikanz zu verlieren.

Die Variable „Wohnsituation“ eliminierte im Verlauf der logistischen Regressionsprüfung den Faktor „Zivilstand“, sodass man daraus durchaus schließen kann, dass eine Wohngemeinschaft protektiv ist, wobei der Zivilstand nicht unbedingt von Relevanz ist.

Als sehr beständige Variable stellt sich der Faktor „Diabetes mellitus“ heraus, welcher bis zum Schluss der logistischen Regressionsberechnung standhielt.

Im nächsten Schritt wurde die Variable „Hobby“ in die Berechnung aufgenommen und beweist sich als eindeutig protektiver Faktor, genauso wie die Tätigkeit in einem Verein.

Familiäre Depressionen gelten, auch nach der multivariaten Prüfung, als eindeutiger Risikofaktor für die Entwicklung von Depressionen im Alter.

Schließlich konnte aus den gewonnenen Ergebnissen der Regressionskoeffizient β und die Odds Ratio (das relative Risiko an einer Depression zu erkranken bei Vorliegen des Faktors) berechnet werden.

Daraus lässt sich erkennen, dass eine aktuelle Belastungssituation mit einer Odds Ratio von 4,75 ($p < 0,01$) einen eindeutigen Risikofaktor für Entwicklung von Depressionen im Alter darstellt, noch vor Schlafstörungen mit einer Odds Ratio von 3,47, ($p < 0,01$), genauso wie bekannte Depressionen in der Familie (Odds Ratio 2,99; $p < 0,01$) und Diabetes mellitus (Odds Ratio 2,54; $p < 0,03$). Auch bereits in der Vergangenheit aufgetretene depressive Episoden (Odds Ratio 2,25; $p < 0,01$) gehen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung einer Depression im Alter einher.

Als protektive Faktoren hingegen stellten sich die Wohngemeinschaft mit einem Partner (Odds Ratio 0,37; $p < 0,01$), ein Hobby (Odds Ratio 0,48; $p < 0,01$) sowie die Mitgliedschaft in einem Verein (Odds Ratio 0,51; $p < 0,05$) heraus.

		B	df	Sig.	Exp(B)	Gewicht für Summen - Score
Verein	(ja)	-0,661	1	0,042	0,51	-1
Hobby	(ja)	-0,723	1	0,02	0,48	-1
Diab.	(ja)	0,935	1	0,015	2,54	1
Schlafst.	(ja)	1,245	1	0	3,47	1
Belastung	(ja)	1,558	1	0	4,75	1
FamDepr.	(ja)	1,097	1	0,004	2,99	1
Depr.Veg.	(ja)	0,814	1	0,015	2,25	1
Wohnsit.			2	0,009		
Allein	(ja)	-0,074	1	0,86	0,92	0
Part	(ja)	-0,97	1	0,01	0,37	-1
Constant		-2,16	1	0	0,11	

Tabelle 3: Ergebnisse der logistischen Regressionsberechnung mit Odds Ratio und entsprechende Gewichtung zur Erstellung eines Summenscores

Aus den oben gewonnenen Ergebnissen konnte schließlich das primär angestrebte Ziel der Erstellung eines Risiko-Scores erreicht werden, indem jeweilige Risikofaktoren mit einem Punkt versehen, während protektive Faktoren mit -1 subtrahiert wurden.

	ja	nein
Sind in Ihrer Familie depressive Erkrankungen bekannt?	1	0
Leiden Sie derzeit unter einer Belastungssituation?	1	0
Leiden Sie unter Schlafstörungen?	1	0
Leiden Sie an Diabetes mellitus?	1	0
Hatten Sie bereits früher einmal eine depressive Episode?	1	0
Leben Sie in einer partnerschaftlichen Wohngemeinschaft?	-1	0
Haben Sie ein Hobby, welchem Sie regelmäßig nachgehen?	-1	0
Sind Sie Mitglied in einem Verein?	-1	0

Tabelle 4: Risiko-Score für Depressionen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren

Auswertung des Risiko-Scores:

Punkte	
-3 – 0	die Entwicklung einer Depression gilt als sehr unwahrscheinlich
0	die Entwicklung einer Depression gilt als möglich
1 – 5	die Entwicklung einer Depression gilt als sehr wahrscheinlich

Tabelle 5 gibt Auskunft über die verhältnismäßige Verteilung der Risiko-Score-Punkte bezogen auf unsere Studienpopulation im Raum Bruneck und Tauferer-Ahrntal. Es wird darauf hingewiesen, dass von den insgesamt 403 Befragten sieben Personen nicht den vorliegenden Kategorien zugeordnet werden konnten und somit bei der Auswertung dieser Skala insgesamt nur 396 Patienten berücksichtigt wurden.

Nur 25 der 78 Patienten mit einem Risikoscore von 1 waren depressiv, während 17 der 31 Befragten mit einem Score von 2 eine Depression hatten. Alle sechs Patienten unserer Studie, welche vier Punkte der erstellten Risikoskala erreichten, und somit unter einer Belastungssituation litten, eine Schlafstörung hatten, Diabetiker waren, bereits früher eine depressive Episode durchmachten und keine protektiven Faktoren hatten, waren depressiv.

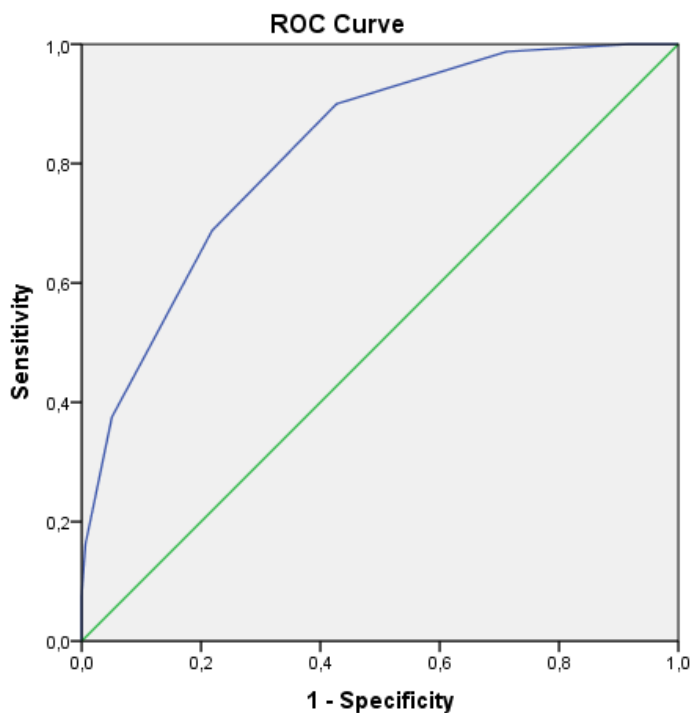
Umgekehrt stellte sich die Situation bei den protektiven Faktoren dar. Während sieben von insgesamt 97 Befragten mit einem Risiko-Score von -1 depressiv waren, stellte sich heraus, dass alle Personen mit drei protektiven Faktoren und fehlenden Risikofaktoren – insgesamt 26 Patienten – als nicht depressiv eingestuft werden konnten.

Risiko-Score	Depression		Gesamt
	nein	ja	
-3	26 (100%)	0 (0%)	26 (100%)
-2	65 (98,5%)	1(1,5%)	66 (100%)
-1	90 (92,8%)	7 (7,2%)	97 (100%)
0	66 (79,5%)	17 (20,5%)	83 (100%)
1	53 (67,9%)	25 (32,1%)	78 (100%)
2	14 (45,2%)	17 (54,8%)	31 (100%)
3	2 (22,2%)	7(77,8%)	9 (100%)
4	0 (0%)	6 (100%)	6 (100%)
Gesamt	316 (79,8%)	80 (20,2%)	396 (100%)

Tabelle 5: Verhältnismäßige Verteilungen von Depressionen unserer Studienpopulation entsprechend der Punktevergabe

Es stellt sich prinzipiell die Frage nach der diagnostischen Aussagekraft einer Testmethode. Die ROC-Kurve in Abbildung 3 und die numerische Darstellung von Sensitivität und Spezifität in Tabelle 6 stellen die diagnostische Güte unserer Testergebnisse dar.

Die Area Under the Curve beträgt 0,823, ist signifikant verschieden von Null ($p < 0,01$) und liegt somit über dem Cut off von 0,5, wenn auch unter dem optimalen Wert von 1.



Diagonal segments are produced by ties.

Area Under the Curve

Test Result Variable(s): RiskScore

Area	Std. Error ^a	Asymptotic Sig. ^b	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
,823	,024	,000	,775	,871

The test result variable(s): RiskScore has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

- a. Under the nonparametric assumption
- b. Null hypothesis: true area = 0.5

Abbildung 3: Darstellung von Sensitivität und Spezifität dieser Studie als Kurvenverlauf und statistische Ergebnisse tabellarisch dargestellt.

Die Tabelle 6 zeigt jeweilige Sensitivitäten und Spezifitäten, welche vom gewählten Cut-off abhängig sind.

Positiv, wenn größer oder gleich	Sensitivität	1 – Spezifität (Falsch Positiv)
-3	1	1
-2	1	0,918
-1	0,988	0,712
0	0,9	0,427
1	0,688	0,218
2	0,375	0,051
3	0,163	0,006
4	0,075	0

Tabelle 6: ROC-Analyse mit tabellarischer Darstellung von Sensitivität und Spezifität

4. Diskussion

Die Studienpopulation war mit 403 Teilnehmern begrenzt, das Einzugsgebiet mit den beiden Sozialsprengeln Bruneck und Tauferer-Ahrntal relativ klein. Das primäre Ziel, mindestens 500 Personen in die Studie aufzunehmen, wurde somit nicht vollständig erreicht, was wohl einerseits mit der Tatsache, dass nicht alle Fragebögen vollständig ausgefüllt und somit auch nicht ausgewertet werden konnten und, andererseits mit dem eingeschränkten Untersuchungszeitraum von nur drei Monaten zusammenhängt.

Die externe Validität des aus den Studienergebnissen und den berechneten Odds Ratios erstellten Risiko-Scores ist durch die geringe Fallzahl reduziert.

Die Prävalenzrate von Altersdepressionen in der Allgemeinpraxis war in dieser Studie mit 20,1% relativ hoch. Die im ersten Schritt der Auswertung der Fragebögen durchgeführte univariate Prüfung der epidemiologischen Daten schien eine klare Sprache zu sprechen. So zum Beispiel, dass Frauen eher als Männer eine Depression im höheren Alter entwickeln, eine Partnerschaft protektiv sei, chronische Schmerzen und Schlafstörungen (v.a. Durchschlafstörungen) Risikofaktoren darstellten.

Bei genauerer Prüfung der erhobenen Daten relativierte sich aber die Relevanz einzelner Faktoren, als sie im Rahmen der logistischen Regressionsberechnung zueinander in Bezug gebracht wurden. So zeigten sich einige Faktoren deutlich einflussreicher, während andere durch übergeordnete Variablen Bedeutung verloren. Aktuelle Belastungssituationen gelten als eindeutiger Risikofaktor, gefolgt von Schlafstörungen. Interessanterweise stellte sich heraus, dass es nicht von Relevanz ist, ob es sich dabei um Ein- oder Durchschlafstörungen beziehungsweise frühzeitiges Erwachen handelt. Buysse D. J. und Franzen P. L. unterstützen mit ihrer 2008 erschienen Studie das erzielte Ergebnis, wenn sie die Insomnie als Risikofaktor für Depressionen beschreiben.²⁶

Wie auch in vorliegender Studie bestätigt, gibt es wohl einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Diabetes und Depressionen²¹. Welche der beiden Erkrankungen nun Ursache und welche Folge ist, wird kontrovers diskutiert^{22, 23}.

Keine Überraschung scheinen die Studienergebnisse zu liefern, wenn familiäre Depressionen und Depressionen in der Vergangenheit in die Risikoliste aufgenommen werden. Bestätigt wird dieses Ergebnis durch zahlreiche Studien in der Vergangenheit, wie zum Beispiel von Kasper et al. mit ihrem bio-psycho-sozialem Modell⁶ und von Hopkinson G., der vor allem den genetischen Einfluss für die Entwicklung von Altersdepressionen beschreibt⁷.

Zwei weitere Faktoren forderten unsere Aufmerksamkeit, und zwar der Schmerz und die Lungenerkrankungen. Während zu Beginn der logistischen Auswertung diese beiden Faktoren keine wesentliche Rolle zu spielen schienen, gewannen sie im Laufe der Berechnungen immer

mehr an Bedeutung, auch wenn sie schlussendlich in dieser Studie nicht als relevante Faktoren hervorgehen. Bei weiteren Studien jedoch sollte man diese Variablen immer auch berücksichtigen.

Als protektive Faktoren gelten sowohl partnerschaftliche Wohngemeinschaften unabhängig vom Zivilstand als auch das regelmäßige Nachgehen von Hobbys sowie die Vereinstätigkeit.

Damit wird der wichtige Aspekt des sozialen Umfeldes unterstrichen. Isolation und Unselbständigkeit, so bestätigen Vergleichsstudien¹⁰, scheinen den Mensch zu vereinsamen und schließlich in die depressive Aussichtslosigkeit zu treiben. Umso deutlicher sollten die in der vorliegenden Studie in Kenntnis gebrachten protektiven Faktoren hervorgehoben werden.

Als nicht relevant für die Entwicklung von Altersdepressionen, so zumindest laut vorliegender Studie, scheinen der Bildungsgrad, regelmäßiger Alkohol- und Nikotinkonsum, häufiger Fernsehkonsum, arterielle Hypertonie, Herz- oder Tumorerkrankungen zu sein. Dabei decken sich diese Ergebnisse jedoch nicht immer mit jenen von Vergleichsstudien, wenn zum Beispiel Hartka et al.¹⁷ und Gilman et al.²⁷ sehr wohl Alkohol als Risikofaktor sehen oder Starkstein et al.³ und Schüßler et al.¹⁹ eine Korrelation zwischen kardiovaskulären Erkrankungen und Altersdepressionen sehen. Jorm A., Preziosi T., Bolduck P. und Robinson R. hingegen¹⁸ beschreiben in ihrer 2001 veröffentlichten Studie sogar einen protektiven Wert von Hypertonie.

5. Schlussfolgerung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es sich bei einer Teilnehmerzahl von 403 befragten Personen um eine relativ kleine Studie handelt. Um die Validität zu steigern, sollte der Score in Zukunft an einer größeren Fallzahl getestet und angewandt werden.

Dieser Score sollte dem Arzt für Allgemeinmedizin zumindest als Referenz dienen und einen primären Überblick über die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Depression bei seinen Patienten ermöglichen. In einem zweiten Schritt kann mit einem validierten Depressionsscore dieser primäre Hinweis bestätigt oder widerlegt werden, wobei der Allgemeinmediziner grundsätzlich seinen Fokus vor allem auf die Prävention, sprich die Vermeidung von Risikofaktoren und die Förderung von protektiven Faktoren richten sollte.

6. Anhang

Fragebogen:

- Geschlecht weiblich männlich
- Alter _____ Jahre
- Zivilstand alleinstehend verheiratet verwitwet
 in Partnerschaft lebend
- Schulabschluss Grund-und/oder Mittelschulabschluss
 Berufsschulabschluss Matura
- Beruf pensioniert (keine berufliche Tätigkeit)
 selbständig beruflich tätig
 angestellt beruflich tätig
- Wohnsituation alleinlebend mit Partner
 mit anderen (Familienangehörigen/Verwandten)
 mit „Badante“/ Betreuer/in
- Mitglied in einem Verein ja nein
- Ehrenamtliche Tätigkeit ja nein
- Sportliche Aktivität ja nein
- wenn ja, wie viele Stunden ungefähr pro Woche? _____ Stunden
- Haben Sie Hobbys, denen Sie regelmäßig nachgehen? ja nein
- wenn ja, welche?
- Schauen Sie regelmäßig fern? ja nein
- wenn ja, wie viele Stunden am Tag? _____ Stunden
- Chronische Erkrankungen:
- Diabetes mellitus ja nein
- Bluthochdruck ja nein
- Lungenerkrankung, wie z.B. Asthma, COPD, ... ja nein

- Herzerkrankung ja nein
- Chronische Schmerzen ja nein
- Tumorerkrankung ja nein

- Schlafstörung nein
- nein, weil ich Schlafmedikamente nehme
- ja
- wenn ja:
- ich habe Einschlafstörungen
- ich habe Durchschlafstörungen
(nächtliches Erwachen mit Schwierigkeiten wieder einzuschlafen)
- ich erwache frühzeitig

Derzeitige Belastungssituationen (Partnerschaft, Konflikte, Trauer, finanzielle Sorgen, ...)

- ja
- nein

Rauchen Sie? ja nein

Trinken Sie Alkohol? ja nein

wenn ja:

- Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken?
 ja nein
- Haben Sie sich schon einmal darüber geärgert, dass Sie von anderen wegen Ihres Alkoholkonsums kritisiert wurden?
 ja nein
- Haben Sie sich jemals wegen Ihres Trinkens schuldig gefühlt?
 ja nein
- Haben Sie jemals morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden?

- ja nein

Sind in Ihrer Familie depressive Erkrankungen bekannt?

- ja nein

Wurde bei Ihnen selbst in der Vergangenheit eine Depression diagnostiziert?

- ja, aber momentan geht es mir gut
 ja, diese ist derzeit auch vorhanden
 ja, ich nehme derzeit deshalb Antidepressiva ein
 nein, bei mir wurde noch nie eine Depression diagnostiziert

Nr.	Frage	JA	NEIN
1.	Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?		
2.	Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?		
3.	Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt?		
4.	Ist Ihnen oft langweilig?		
5.	Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?		
6.	Haben Sie Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte?		
7.	Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?		
8.	Fühlen Sie sich oft hilflos?		
9.	Bleiben Sie lieber zuhause, anstatt auszugehen und Neues zu unternehmen?		
10.	Glauben Sie, mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als die meisten anderen?		
11.	Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?		
12.	Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?		
13.	Fühlen Sie sich voller Energie?		
14.	Finden Sie, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?		
15.	Glauben Sie, dass es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?		

Tabelle 7: Geriatrische Depressionsskala nach Yesavage et al. (1983)

*In der Depression
lebe ich ohne Sinn und Bewusstsein.
Ich sehe, ohne wahrzunehmen.
Ich fühle ohne Empfindung und Gefühl.
Ich schmecke ohne Genuss.
Ich rieche ohne Empfindung.
Ich denke ohne Geist und Sinn und Phantasie
und Kombinationsfähigkeit
Ich lache ohne Freude.
Ich weine ohne Schmerzensstachel.
Ich bewege mich ohne motorische Harmonie und
Ausdrucksvermögen.
Ich kenne weder Hoffnung noch Maß noch Ziel.
Schlaf und Tod sind mir das Erstrebenswerteste.
Ich freue mich nicht, ich begeistere mich nicht,
ich liebe nicht, ich trauere nicht.
Ich male nicht, ich spreche nicht, ich dichte nicht,
ich singe nicht, ich tanze nicht,
und wenn ich es doch tue, dann ohne Ausdruck und Phantasie und
ohne dabei zu sein, ohne Leben.*

Anonymus, Gedicht einer depressiven Frau
aus WOLFERSDORF M, Depression,
Springer, Berlin Heidelberg (1995)

7. Quellenverzeichnis

- ¹ Ankur Barua, Mihir Kumar Ghosh, Nilomodhab Kar, Mary Anne Basilio: prevalence of depressive disorders in the elderly
- ² <http://de.wikipedia.org/wiki/Altersdepression> (Zugriff: 07. 06.2014)
- ³ Starkstein S, Preziosi T, Bolduck P, Robinson R. Depression in Parkinson's disease. *J Nervous Mental Disord.* 1990;178:27–31
- ⁴ Schoevers RA, Beekman AT, Deeg DJ, Geerlings MI, Jonker C, Van Tilburg W. Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). *J Affect Disord.* 2000 Aug;59(2):127-37
- ⁵ A. T. Beekman, D. J. Deeg, T. van Tilburg et al. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders* 01/1996; 36(1-2):65-75
Source: PubMed
- ⁶ Heuft G., Kruse A., Radebold H. *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, Allgemeine Gerontopsychosomatik psychischer Störungen.* Seiten 123-124
- ⁷ Hopkinson G. A genetic study of affective illness in patients over 50. *Br J Psychiatr.* 1964;110:244–252
- ⁸ Kaji T, Mishima K, Kitamura S. et al. Relationship between late-life depression and life stressors: large-scale cross-sectional study of a representative sample of the Japanese general population. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2010 Aug;64(4):426-34
- ⁹ Martin G. Cole, M.D., C.P. (C), Risk factors for depression among elderly community Subjects: A systematic review and metaanalysis. *AM J Psychiatry* 2003; 160:1147-1156
- ¹⁰ Blazer D. Impact of late-life depression on the social network. *Am J Psychiatr.* 1983;140:162–166
- ¹¹ Bair J., Robinson RL., Katon W., Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern med.* 2003 Nov 10; 163(20): 2433-45
- ¹² Schane R., Woodruff P., Walter L. Prevalence and risk factors for depressive symptoms in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *J G Intern Med* 2008 September 12
- ¹³ Van Manen J.G., Bindels P J E, Dekker F W et al. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax* 2002; 57: 412-416
- ¹⁴ Blow FC., Serras AM., Barry KL. Late-life depression and alcoholism. *Curr Psychiatry Rep.* 2007 Feb; 9 (1): 14-9. Review
- ¹⁵ Schuckit MA. Alcohol-use disorders. *Lancet* 2009; 373:492-501

- ¹⁶ Grant BF., Harford TC. Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and MDE. *Drug Alcohol Depend* 1995; 39: 197-206
- ¹⁷ Haynes J.C., Farrell M., Singleton N., Meltzer H., Araya R. and Wiles N.J. Alcohol consumption as a risk factor for anxiety and depression: Results from the longitudinal follow-up of the National Psychiatric Morbidity survey. *B J Psych* 2005; 187: 544-551
- ¹⁸ Jorm A. Association of hypotension with positive and negative affect and depressive symptoms in the elderly. *Br J Psychiatr.* 2001;178:553–555
- ¹⁹ Schüßler G.& Heuft G. (2008): Angst und Depression bei körperlicher Erkrankung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*; 54: 354-367
- ²⁰ Schüßler G., Bertl-Schüßler A., Ecker-Egle M.-L., Egle U., Kammerer E., Leibing E., Söllner W., Windgassen K.: 2005 *Psychosomatik/Psychotherapie systematisch*, 3.Auflage, UNI-MED Verlag AG, Bremen, Deutschland; Seite 128f
- ²¹ Lustman et al. *Diabetes Care* 2000 Jul;23(7):934-42
- ²² Mezuk B., Eaton W., Albrecht S. et al. Depression and Type 2 Diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes care* Dec 2008; 31(12): 2383-2390
- ²³ Knol MJ¹, Twisk JW, Beekman AT et al. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia* May 2006; 49(5): 837-45
- ²⁴ Nouwen A., Winkley K., Twisk J. et al., Typ 2 Diabetes mellitus as a risk factors for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia* Dec.2010; 53(12):2480-2486
- ²⁵ <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/erkrankungen/altersdepression/ursachen-risikofaktoren/> (Zugriff:11.06.2014)
- ²⁶ Buysse D.J., Franzen P.L. Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues Clin Neurosci.* Dec. 2008; 10(4): 473-481
- ²⁷ Gilman S., Abraham H. A. longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression. *Drug Alcohol Depend.*2001; 63:277–286
- ²⁸ <http://www.suchteam.at/CAGE-Test.pdf> (Zugriff: 12.06.2014)
- ²⁹ www.geriatrie-drg.de/agast/gds.doc (Zugriff: 12.06.2014)

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Modell der Depression (Kasper et al. 1997) (aus: Heuft, Kruse, Radebold: Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie) (S. 5)

Abbildung 2: Relative Häufigkeiten der Altersdepressionsstufen in der Gruppe der 81 als depressiv eingestuften Patienten der Studienpopulation (S. 8)

Abbildung 3: Darstellung von Sensitivität und Spezifität dieser Studie als Kurvenverlauf und statistische Ergebnisse tabellarisch dargestellt (S. 14)

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung der Depressionen nach Erstellung eines Cross Tabs zwischen Wohnsituation, Partnerschaft und Geschlecht (S. 9)

Tabelle 2: Demographische Verteilung der Depressionen von Patienten im Alter zwischen 65 - 80 Jahren der Sanitätssprengel Bruneck und Tauferer Ahrntal (S. 11)

Tabelle 3: Ergebnisse der Logistischen Regressionsberechnung mit Odds Ratio und entsprechende Gewichtung zur Erstellung eines Summenscores (S. 12)

Tabelle 4: Risiko-Score für Depressionen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren (S. 12)

Tabelle 5: Verhältnismäßige Verteilungen von Depressionen unserer Studienpopulation entsprechend der Punktevergabe (S. 13)

Tabelle 6: ROC-Analyse mit tabellarischer Darstellung von Sensitivität und Spezifität (S. 15)

Tabelle 7: Geriatrische Depressionsskala nach Yesavage et al. (1983) (S. 19)