

# Depressionen im Alter

**D**ie Depression ist die häufigste psychische Erkrankung im höheren Lebensalter [1, 2]. Die mit ihr verbundenen Belastungen sind höher als die der meisten anderen (chronischen) Erkrankungen und mindestens vergleichbar mit den durch Herz- oder Gelenkerkrankungen bedingten [3]. Die Annahme, dass die Häufigkeit von Depressionen mit zunehmendem Lebensalter abnimmt, scheint inzwischen widerlegt. Entsprechende Daten aus dem deutschen Versorgungssystem belegen zumindest eine häufigere Diagnosestellung mit zunehmendem Lebensalter [4]. Dies ist kompatibel mit der im Alter ansteigenden Suizidrate, die im Wesentlichen auf Depressionen zurückgeht (s. unten). Auch scheint es sehr plausibel, dass gerade ältere depressive Patienten häufig nicht in epidemiologischen Untersuchungen „identifiziert“ wurden, weil sie entweder bereits langfristig in Institutionen aufgenommen waren oder weil sich gegebenenfalls häufiger ein somatischer Untersuchungsbefund fand, der die geschilderte Beschwerdesymptomatik (vermeintlich) erklärt. Auch in der Praxis ist die Komorbidität ein wesentlicher Grund dafür, dass Depressionen als „reaktiv“, „verständlich“ und damit nicht „behandlungsbedürftig“ eingeordnet werden [2, 5, 6, 7].

## Altersstereotype und Zufriedenheitsparadox

Immer noch wird sowohl von Therapeuten als auch Patienten angenommen, dass es normal sei, wenn man im Alter schlechter schläft, sich zurückzieht, Interessen aufgibt und keine Freude am Leben mehr hat. Dieser Annahme stehen jedoch inzwischen empirische Befunde gegen-

über, die zeigen, dass die Lebenszufriedenheit im Alter eher ansteigt [8]. Die Fähigkeit, trotz eingeschränkter Möglichkeiten zufrieden zu sein, wird in der einschlägigen Literatur als Zufriedenheitsparadox bezeichnet [9]. Ursächlich hierfür ist zum einen eine mit dem Alter zunehmend stabilere Affektregulation sowie die Fähigkeit, das Erreichte und Erlebte vor dem Hintergrund des gesamten Lebens zu sehen, d. h. Zufriedenheit deshalb auch mit einer gelungenen Lebensbilanzierung zu korrelieren. Auch vergleicht sich der einzelne Ältere eher selten mit Jüngeren, sondern in der Regel mit Angehörigen seiner Generation bzw. Kohorte. Wichtig sind dabei auch Persönlichkeitsfaktoren, insofern als einer extrovertierten und tendenziell dann auch bindungs- und kontaktfähigeren Persönlichkeit eine bessere Lebensbewältigung im Alter gelingt [10]. Neben bzw. in einer höheren gesellschaftlichen Partizipation will der alte Mensch in seinem Handeln und Sein „beantwortet“ werden und Bedeutung zugemessen bekommen [11]. Negative Altersstereotypen werden jedoch besonders auch von medizinischen Professionellen geteilt, die Alter ganz wesentlich mit Langsamkeit, Behinderung, verringerter Flexibilität und Hilflosigkeit assoziieren [12].

## Psychopathologie

Es ist zu vermuten und zum Teil auch empirisch belegt, dass Depressionen im Alter vergleichsweise spät bzw. gar nicht in Behandlung kommen. Die Ursache liegt hier außer in der schon beschriebenen Bereitschaft, die Beschwerden als normal bzw. als im Kontext der Einschränkung verständlich anzusehen, auch in der Annahme, dass Depressive selbst bei einer ent-

sprechenden Diagnose die Stigmatisierung und um ihre Autonomie fürchten würden. Die Beschwerdeschilderungen im Alter orientieren sich eher an körperlicher Beeinträchtigung, beinhalten also z. B. Schwäche, Schwindel, Gedächtnisstörung, Unruhe sowie Schlafstörungen [1, 5, 6, 7].

In welchem Umfang im Alter wie in anderen Altersgruppen auch eine psychopathologisch bedeutsame Komorbidität mit Angststörungen, mit den ebenfalls sehr häufigen Schlafstörungen sowie mit Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen besteht, ist bisher wenig untersucht. Es finden sich jedoch zunehmend Hinweise darauf, dass – analog zu den Ergebnissen in anderen Lebensabschnitten – z. B. eine Komorbidität mit Angststörungen einerseits mit einer (lebens-)langen Vulnerabilität verbunden ist und andererseits die Prognose erheblich verschlechtert [13].

Generell wird bei den psychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter zwischen denen mit frühem Beginn und Erkrankungen mit Beginn in der zweiten Lebenshälfte unterschieden. Depressionen mit spätem Beginn sind häufig Ausdruck einer (beginnenden) hirnorganischen Beeinträchtigung (s. unten).

## Komorbidität

Ein wesentliches Kennzeichen der Depression im Alter ist die häufige Komorbidität mit somatischen Erkrankungen. Dieses ist besonders gut für kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen untersucht. Es ist bekannt, dass jeder zweite Patient nach einem Schlaganfall und mindestens jeder dritte Patient nach einem Herzinfarkt eine Major Depression entwi-

kelt, die dann auch die Prognose der somatischen Erkrankung beeinflusst. Es mehren sich auch die Befunde in Bezug auf Bewegungsstörungen [14, 15, 16].

### **Depression, (Alzheimer-)Demenz sowie Parkinson-Krankheit**

Das Wechselspiel zwischen Demenz und Depression ist komplex, was sich in der Vergangenheit auch in der „Pseudodemenzdiskussion“ zeigte [17]. Eine Depression in der Vorgeschichte verdoppelt das Risiko, später an einer Alzheimer-Demenz zu erkranken [18]. Gleichzeitig erhöht eine hirnorganische Erkrankung das Risiko für eine Depression [19]. Es ist bekannt, dass insbesondere Depressive, die erstmals im höheren Lebensalter erkranken und dabei über kognitive Störungen klagen, im weiteren Verlauf immer häufiger in eine Demenz konvertieren [20, 21].

Deshalb spielt die Differenzialdiagnose zur Depression gerade in der Früherkennung der Demenz eine große Rolle. Immerhin findet sich auch eine erhebliche syndromatische Überlappung. So ist bekannt, dass in der Anfangsphase von Demenzen eine Apathie, sozialer Rückzug, affektive Labilität oder Gewichtsabnahme auftreten können [22, 23]. Studien zeigen im Vorlauf der Alzheimer-Demenz auch eine erhöhte Suizidalität [21, 24]. Die Angaben zur Häufigkeit depressiver Symptome und Syndrome bei Demenz schwanken zwischen verschiedenen Studien – je nach der gewählten Methode – stark. Es finden sich etwa gleich häufig leichte, mittlere und schwere Depressionen. Eine Major Depression entwickeln aber am ehesten Demenzkranke, die in der Vorgeschichte oder familiär bereits mit Depressionen belastet sind [25]. Die Diagnose einer depressiven Episode sollte auf die Symptome niedergedrückte, depressive Stimmung, reduziertes Selbstwertgefühl, Hoffnungslosigkeit, Beschäftigung mit Tod und Sterben sowie Suizidgedanken fokussieren und zudem auch eine ausreichende zeitliche Symptomstabilität einbeziehen [26].

Häufig, d. h. mit Prävalenzen von bis zu 50 %, finden sich Depressionen bei vaskulären und neurodegenerativen Hirnerkrankungen, die subkortikale Funktionskreise beeinträchtigen. Dies gilt vor allem

für den Morbus Parkinson, die vaskuläre Demenz und den Schlaganfall [15, 27]. Durch den Einsatz moderner bildgebender Verfahren konnte gezeigt werden, dass das Vorliegen von Durchblutungsstörungen oder auch neuronalen Abbauprozessen in strategischen Lokalisationen mit Beeinträchtigungen der striatofrontalen neuronalen Netzwerke Depressionen besonders begünstigen. Hierfür wird mitunter auch der Begriff der „subkortikalen Demenz“ verwendet [25, 27]. Gerade in den letzten Jahren wurde auch versucht, eine „vaskuläre Depression“ zu konzeptualisieren [28]. Hier findet sich dann vor allem auch eine ausgeprägte exekutive Funktionsstörung mit einer Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und Hirnleistungsgeschwindigkeit.

### **Suizidalität**

Depression im Alter korreliert mit einer hohen Suizidrate. Während insgesamt etwa 60 % aller Selbsttötungen ursächlich mit einer Depression einhergehen, liegt diese Zahl im höheren Lebensalter bei ca. 90 %. Zumindest ist die Depression der wichtigste Risikofaktor für Suizidalität im Alter [29]. Weltweit ist die Selbsttötungsrate in der Altersgruppe der über 75-Jährigen am höchsten (<http://www.who.int>). Der diesbezügliche Geschlechtsunterschied verschiebt sich mit dem Alter weiter zuungunsten der Männer (bis zu 4:1). Vergleichende Untersuchungen in Europa bzw. in verschiedenen Bevölkerungsgruppen in den USA deuten darauf hin, dass hierfür in einem erheblichen Maß kulturelle Faktoren von Bedeutung sind [30]. Statistisch nimmt die Zahl der Suizidversuche im Verhältnis zur Anzahl der vollzogenen Suizide im Alter ab. Dies hat zum einen mit der Wahl der Suizidmethoden (tendenziell aggressiver), zum anderen aber auch mit der ausgeprägteren körperlichen Vulnerabilität und damit größeren Sterblichkeit nach einem Suizidversuch zu tun [31].

Hinzu kommt, dass bestimmte Formen der Suizidalität im höheren Lebensalter diagnostisch und ethisch problematisch sind. So ist der Wunsch zu sterben für viele, die damit konfrontiert werden, nachvollziehbar und verständlich. Auch die Verweigerung lebenserhaltender

Maßnahmen oder die Nahrungsverweigerung werden häufig eher im ethischen als im psychiatrischen Kontext diskutiert. Dabei zeigt eine Vielzahl von Untersuchungen, dass das Vorliegen einer Depression entsprechende Entscheidungen beeinflussen kann [32]. Der Wunsch zu sterben ist sehr häufig mit dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung verbunden [33].

Auch im höheren Lebensalter spielen die Hoffnungslosigkeit und die Affektregulation eine maßgebliche innerpsychische Rolle. Als wesentliche Risikofaktoren für Suizidalität sind eine subjektiv schlechte Gesundheit, das empfundene und/oder erlebte Fehlen von Vertrauenspersonen und sozialer Unterstützung, Hoffnungslosigkeit und neu auftretende körperliche Krankheiten zu nennen. Das Alleinleben ist insbesondere für Männer problematisch [29, 31].

### **Behandlungsmöglichkeiten**

Ältere Menschen profitieren ganz besonders von den Innovationen der letzten Jahre im psychiatrisch-therapeutischen Bereich [34]. Die Einführung nebenwirkungsärmerer Psychopharmaka ermöglicht heute bei jüngeren und älteren Patienten gleich gute Behandlungserfolge. Gleichzeitig zeigen sich auch gute Behandlungsergebnisse bei anderen biologischen Therapieverfahren, insbesondere der Elektrokonvulsionsbehandlung [5, 35, 36]. Auch körperliche Aktivierungen sind wirksam [37].

Psychotherapie ist im höheren Lebensalter mindestens ebenso wirksam wie in anderen Lebensabschnitten, sofern entsprechende Modifikationen berücksichtigt werden [38, 39]. Leider finden sich in der Versorgungsrealität nicht nur eine Unter- bzw. Fehlbehandlung auf der pharmakologischen Ebene, sondern auch eine noch viel stärker ausgeprägte Unterbehandlung auf der psychotherapeutischen [4, 40]. Die Bereitstellung psychotherapeutischer Kompetenz für ältere Menschen ist deshalb besonders zu fördern, da Längsschnittuntersuchungen zeigen konnten, dass die Rezidivraten gerade über eine Kombination aus medikamentösen und psychotherapeutischen Maßnahmen verringert werden können,

wenngleich auch dieser Befund noch weiter geprüft werden muss [41, 42].

Die Datenlage zur Wirksamkeit der Behandlung von Depressionen bei komorbiden Erkrankungen im Alter ist sehr schlecht. Bei Patienten mit einer Demenz trägt sie wohl zur Verbesserung der kognitiven Funktionen und der Lebensqualität bei. In einer Cochrane-Analyse wurden Studien aus dem Zeitraum von 1989–2000 ausgewertet. Kleine Fallzahlen und Mängel in der Methodik lassen die Feststellung einer starken Evidenz für eine pharmakotherapeutische Wirksamkeit nicht zu. Vergleichbar schlecht ist die Datenlage zur Wirksamkeit nichtpharmakologischer Maßnahmen sowie der Depressionsbehandlung bei der Parkinson-Krankheit [43, 44, 45, 46, 47].

### Verlauf und Prognose

Die Depression im Alter birgt – im Vergleich zur Depression in jüngeren Jahren – eine größere Gefahr der Chronifizierung [5, 48]. Dies scheint ausschließlich ein Effekt der mit ihr in diesem Lebensalter häufig assoziierten Syndrome – insbesondere der somatischen Komorbidität – zu sein sowie auch Folge des meist späteren Behandlungsbeginns und der oft inadäquaten Behandlung. Als typisch für das höhere Lebensalter wird insbesondere die rezidivierende Depression angesehen. Dies unterstreicht die Bedeutung langfristiger therapeutischer und Compliance fördernder Maßnahmen, zumal bekannt ist, dass in allen Lebensabschnitten die Persistenz von Reststörungen – insbesondere von Schlafstörungen – das Wiederauftreten einer Depression befördert [5, 35]. Wie in allen anderen Lebensabschnitten erhöht die Komorbidität mit anderen psychiatrischen Erkrankungen, wie z. B. Angsterkrankungen oder Abhängigkeitsstörungen, die Gefahr der Chronifizierung und verschlechtert die Prognose (s. oben).

### Versorgungsprobleme

#### Erkennung und Behandlung

Wie schon ausgeführt, gilt es, Depressionen im höheren Lebensalter besser und auch früher zu erkennen. Dem kann z. B.

#### Übersicht 1

#### Patienten mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko für eine Depression im Alter

##### Patienten

- in einschneidenden Lebenssituationen
- mit hirnganischen Erkrankungen, z. B. beginnender Alzheimer-Demenz
- mit länger bestehenden Schlafstörungen
- mit chronischen körperlichen Erkrankungen, insbesondere wenn sie mit Schmerzen einhergehen und/oder die Mobilität einschränken
- mit fehlendem/eingeschränktem „sozialem Netz“
- mit geringerer Bildung
- mit psychiatrischen Erkrankungen in der Vorgeschichte
- mit positiver Familienanamnese

der regelmäßige Einsatz von Screeningverfahren bei bestimmten Risikopopulationen (■ **Übersicht 1**) nützen. Entsprechende Skalen sind zum Teil heute Bestandteil empfohlener geriatrischer Assessments [49]. Es gilt aber auch, die negativen und falschen Stereotype vom Alter – zumindest aufseiten der Professionellen – im Gesundheitswesen zu korrigieren.

Die Behandlung von Depressionen im Alter beinhaltet auch, auf die verschiedenen Versorgungssettings Rücksicht zu nehmen. So gilt es, eine Depression in der Rehabilitation von Herzinfarkt, Schlaganfall und Sturzkrankheiten adäquat zu berücksichtigen. Generell ist bei der hochbetagten multimorbiden Bevölkerungsgruppe eine enge Kooperation zwischen Geriatrie und Gerontopsychiatrie zu fordern. Eine besondere Herausforderung stellt sich bei Institutionen/Heimen. Hier treten Depressionen bei jedem zweiten Patienten auf. Dabei gilt es zu beachten, dass Depressionen durchaus nicht nur eine Folge der Übersiedlung in ein Heim sind, sondern sehr häufig auch ihre Ursache. Schließlich führen insbesondere unbehandelte und länger dauernde Depressionen zur erheblichen Beeinträchtigung der sozialen Netze.

Speziell ist anzuraten, vor einer Heimeinweisung darauf zu achten, eine fachärztliche Konsultation durchzuführen. Hier könnten bis dahin nicht behandelte Depressionen vielleicht noch erkannt und behandelt werden und damit eventuell auch der tief in das Leben eingreifende Schritt einer Institutionalisierung verhindert werden. Bei der derzeitigen Diskussion um den Einsatz spezieller Ärzte in der

Pflegeheimbetreuung gilt es zu bedenken, dass sie ein psychiatrisches Qualifikationsprofil aufweisen müssen, das der Häufigkeit und Behandelbarkeit gerontopsychiatrischer Störungen Rechnung trägt.

### Evidenz

Leider stützt sich sowohl die Pharmakotherapie als auch die Psychotherapie von Depressionen im Alter (insbesondere wenn man auch noch die entsprechenden Komorbiditäten mit beachtet) auf eine oft nicht ausreichende Evidenz. Es kann aber hier nicht gewartet werden, bis z. B. die Industrie entsprechende Studien auf den Weg bringt.

### Psychotherapie

Die Versorgungsrealität zeigt, dass mit zunehmendem Alter depressiv Erkrankter vermehrt biologische Behandlungsverfahren – insbesondere Pharmaka – zum Einsatz kommen und die Anwendung psychotherapeutischer Verfahren immer seltener wird. Dies erscheint in besonderer Weise widersinnig, da gerade bei älteren Menschen mit körperlichen Erkrankungen unter einer Pharmakotherapie das Sturzrisiko und auch andere Nebenwirkungsrisiken häufiger werden. Psychotherapeutische Verfahren sind im Alter nachgewiesen wirksam, tendenziell sogar noch wirksamer als in jüngeren Lebensabschnitten. Insofern sollte eine Psychotherapie häufiger durchgeführt werden. Hier gilt es, entsprechende Anreizsysteme zu schaffen.

### Die Qualifikation der Therapeuten

Es scheint unstrittig, dass sich die Situation für die ältere Bevölkerung nur dann verbessern wird, wenn die entsprechende Aus-, Fort- und Weiterbildung der in medizinischen Berufen Tätigen verbessert wird. Dies gilt ausdrücklich nicht nur für die spezielle gerontopsychiatrische Qualifikation von Psychiatern und Psychotherapeuten sowie in der hausärztlichen Versorgung, sondern z. B. auch für die Altenpflege und die psychologische Psychotherapie.

### Korrespondierende Autorin

#### Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe

Universitäre Psychiatrische Kliniken  
Wilhelm Klein-Strasse 27  
4025 Basel, Schweiz  
E-Mail: gabriela.stoppe@upkbs.ch

### Literatur

1. Beekman ATF, Deeg DJH, Van Tilburg T, et al. (1995) Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord* 36: 65–75
2. Helmchen H, Linden M, Wernicke T (1996) Psychiatrische Morbidität bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt* 67:739–750
3. Unützer J, Patrick DL, Diehr P, et al. (2000) Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders. *Int Psychogeriatr* 12:15–33
4. Grobe TG, Bramesfeld A, Schwartz FW (2006) Versorgungsgeschehen. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg) *Volkskrankheit Depression*, 1. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 39–98
5. Charney DS, Reynolds CF, Lewis L, et al. (2003) Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry* 60:664–672
6. Gallo JJ, Rabins PV (1999) Depression without sadness. Alternative presentations in late life. *Am Fam Physician* 60:820–826
7. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al. (1997) Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *J Am Med Ass* 278: 1186–1190
8. Pinquart M, Sorensen S (2001) Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci* 56: 195–213
9. Brandstädter J, Wentura D (1995) Adjustment to shifting possibility frontiers in later life: Complementary adaptive models. In: Dixon RA, L. Bäckman (eds) *Psychological compensation: Managing losses and promoting gains*. Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp 83–106

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2008 · 51:406–410  
DOI 10.1007/s00103-008-0508-7  
© Springer Medizin Verlag 2008

### G. Stoppe

## Depressionen im Alter

### Zusammenfassung

Depressionen sind im Alter die häufigsten psychischen Erkrankungen. Manche Betroffene hatten schon in früheren Lebensabschnitten depressive Episoden oder andere psychische Erkrankungen. Das psychopathologische Erscheinungsbild unterscheidet sich von dem Jüngerer dahin gehend, dass somatische Beschwerden oder Klagen über kognitive Beeinträchtigungen häufig sind. Bekannte Risikofaktoren für eine Depression im Alter sind (neu auftretende) körperliche Erkrankungen, Schlafstörungen oder Partnerverlust. Depressionen komplizieren den Verlauf komorbider somatischer Erkrankungen. Wesentliche Folge ist eine hohe Suizidalität im Alter. Depressionen sind auch ein Risikofaktor für eine Reihe anderer Störungen, von der Demenz bis hin zur früheren Institutionalisierung. Das Wechselspiel zwischen Depression und Demenz sowie anderen hirnorganischen Erkrankungen ist komplex und noch nicht voll-

## Depression in old age

### Abstract

Depression is the most frequent psychiatric disorder in old age. Some patients have had depressive episodes or other psychological disorder in an earlier part of their life span. Older people show more somatic or cognitive complaints compared to younger depressives. Risk factors for depression in old age are (incident) physical disorders, sleep disorders or loss of spouse. Depression worsens course and prognosis of comorbid somatic disorders. A major consequence is the high suicide rate in the elderly. Depression is also a risk factor for other disorders like dementia or institutionalisation. The interplay between depression and dementia and other organic brain disorders is complex and still unresolved. Depression in the

ständig verstanden. Die Depression im Alter stellt an das Gesundheitssystem eine Fülle von Herausforderungen. Noch immer wird sie nur selten erkannt. Integrative Behandlungsansätze im Kontext somatischer Erkrankungen bzw. auch in verschiedenen Settings (z. B. Altenheim) gilt es noch zu entwickeln. Angesichts der steigenden Zahl älterer Menschen ist zu fordern, die Evidenz für die verschiedenen Behandlungsformen der Depression deutlich zu verbessern. In der Praxis überwiegt – eine häufig inadäquate – Pharmakotherapie. Psychotherapeutische Behandlungsangebote müssen weiterentwickelt und die Zahl entsprechend qualifizierter Therapeuten erhöht werden.

### Schlüsselwörter

Depression · Suizidalität · Somatische Komorbidität · Demenz · Versorgungsmängel

elderly is a challenge for our health system. Recognition and treatment rates are still too low. Integrative treatment plans for depression with comorbid physical disorders or in various settings should be developed. With the growing elderly population the available evidence for treatment urgently has to be increased. In current practice drug therapies – mostly inadequate – dominate. Psychotherapy should be promoted and the number of old age psychotherapists increased.

### Keywords

depression · suicide · physical comorbidity · dementia · health care delivery

10. Schelling HR (2005) Der Alltag alter Menschen. In: Boothe B, Ugolini B (Hrsg) Lebenshorizont Alter. Vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich, S 47–67
11. Takkinen S, Ruoppila I (2001) Meaning in life as an important factor of functioning in old age. *Intl J Aging Human Development* 53:211–231
12. Flick U, Walter U, Fischer C, et al. (2004) Gesundheit als Leitidee? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften. Huber, Basel Bern
13. Schoevers RA, Deeg DJ, van Tilburg W, Beekman AT (2005) Depression and generalized anxiety disorder: co-occurrence and longitudinal pattern in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 13: 31–39
14. Albus C, De Backer G, Bages N, et al. (2005) Psychosoziale Faktoren bei koronarer Herzkrankheit – wissenschaftliche Evidenz und Empfehlungen für die klinische Praxis. *Gesundheitswesen* 67:1–8
15. Kales HC, Maixner DF, Mellow AM (2005) Cerebrovascular disease and late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 13:88–98
16. Stoppe G (2007) Prävention psychischer Erkrankungen im Alter. *Psychiatrie* 4:153–158
17. Stoppe G, Staedt J (1993) Die frühe diagnostische Differenzierung primär dementer von primär depressiven Syndromen im Alter – ein Beitrag zur Pseudodemenz-Diskussion. *Fortschr Neurol Psychiatrie* 61:172–182
18. Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, et al. (2006) Depression and risk for Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry* 63:530–538
19. Tiemeier H (2003) Biological risk factors for late life depression. *Eur J Epidemiol* 18:745–750
20. Stoppe G (2000) Depressionen bei Alzheimer-Demenz. In: Calabrese P, Förstl H (Hrsg) Psychopathologie und Neuropsychologie der Demenz. Pabst, Lengerich, S 68–86
21. Vinkers DJ, Gusseklo J, Stek ML, et al. (2004) Temporal relation between depression and cognitive impairment in old age: prospective population based study. *Br Med J* 329:881–883
22. Knopman DS, Edland SD, Cha RH, et al. (2007) Incident dementia in women is preceded by weight loss by at least a decade. *Neurology* 69(8): 739–746
23. Visser PJ, Verhey FR, Scheltens P, et al. (2002) Diagnostic accuracy of the Preclinical AD Scale (PAS) in cognitively mildly impaired subjects. *J Neurol* 249:312–319
24. Lim WS, Rubin EH, Coats M, Morris JC (2005) Early-stage Alzheimer disease represents increased suicidal risk in relation to later stages. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 19:214–219
25. Stoppe G (2006) Demenz. UTB Ernst Reinhardt, München
26. Haupt M, Kurz A, Greifenhagen A (1995) Depression in Alzheimer's disease: phenomenological features and association with severity and progression of cognitive and functional impairment. *Intl J Geriatr Psychiatry* 10:469–476
27. Mentis MJ, Delalot D (2005) Depression in Parkinson's disease. *Review. Adv Neurol* 96:26–41
28. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al. (1997) Vascular depression hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 54:915–922
29. Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED (2002) Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry* 52: 193–204
30. Diekstra RFW, Gulbinat W (1993) The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *Wld Hlth Statist Quart* 46:52–68
31. Erlemeier N (2002) Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Kohlhammer, Stuttgart
32. Stoppe G (2005) Die Verhandlungsfähigkeit des alten (multimorbiden) Patienten. *Rechtsmedizin* 15:143–147
33. Barnow S, Linden M, Freyberger HJ (2004) The relation between suicidal feelings and mental disorders in the elderly: Results from the Berlin Aging Study (BASE). *Psychol Med* 34:741–746
34. Hegerl U, Moller HJ (2000) Pharmakotherapie der Depression im Alter. *Nervenarzt* 71:1–8
35. Baldwin RC, Anderson D, Black S, et al. (2003) Guidelines for the management of late-life depression in primary care. *Intl J Geriatr Psychiatry* 18:829–838
36. Van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WL, Beekman AT (2003) Electroconvulsive therapy for the depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. CD003593
37. Sjösten N, Kivelä SL (2006) The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review. *Intl J Geriatr Psychiatry* 21:410–418
38. Maercker A, Nitsche I, Schuster P, Boos A (2004) Ambulante Psychotherapie Älterer: Sind ältere Psychotherapiepatienten „einfachere“ Patienten? *Z Gerontol Geriatr* 37:265–271
39. Cuijpers P, van Straten A, Smit F (2006) Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Intl J Geriatr Psychiatry* 21:1139–1149
40. Maercker A, Enzler A, Grimm G, et al. (2005) Inanspruchnahme und Psychotherapiemotivation in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe über 65jähriger – Ergebnisse der Zürcher Altersstudie. *Psychotherap Psychosom Med Psychol* 55: 177–182
41. Reynolds CF 3<sup>rd</sup>, Frank E, Perel JM, et al. (1999) Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *JAMA* 281:39–45
42. Schulberg HC, Post EP, Raue PJ, et al. (2007) Treating late-life depression with interpersonal psychotherapy in the primary care sector. *Intl J Geriatr Psychiatry* 22:106–114
43. Bains J, Birks JS, Denning TR (2002) The efficacy of antidepressants in the treatment of depression in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* (4): CD003944
44. Maeck L, Müller-Spahn F, Stoppe G (2007) Pharmakotherapie der Demenz. *Psychiatrie* 4:41–49
45. Shabnam GN, Th C, Kho D, et al. (2003) Therapies for depression in Parkinson's disease. *Cochrane Database Syst Rev* (3):CD003465
46. Stoppe G, Maeck L (2007) Nichtpharmakologische Therapie bei Demenz. *Psychiatrie* 4:33–36
47. Miyasaki JM, Shannon K, Voon V, et al. (2006) Quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter: evaluation and treatment of depression, psychosis, and dementia in Parkinson disease (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 66(7):996–1002
48. Beekman ATF, Gerlings SW, Deeg DJ, et al. (2002) The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community. *Arch Gen Psychiatry* 59:605–611
49. Sandholzer H, Hellenbrand W, v. Renteln-Kruse W, et al. (2004) STEP – europäische Leitlinie für das standardisierte evidenzbasierte preventive Assessment älterer Menschen in der medizinischen Primärversorgung. *Dtsch Med Wochenschr* 129: 183–226