



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Depression im Alter.

Der mühsame Weg bis zur tatsächlichen
Diagnosestellung“

Verfasserin

Magdalena Kumpfmüller

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 / 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Dr. Monika Linhart, Dipl. Pflegewirtin (FH)

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere:

- dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
- dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
- dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

Danksagung

Als erstes möchte ich mich an dieser Stelle ganz besonders bei meiner Diplomarbeitsbetreuerin Frau Dr. Monika Linhart bedanken, die mir stets mit gutem Rat und wertvollen Tipps zur Seite stand. Mit ihrem Engagement und ihrer Fachkompetenz war es mir möglich, mein bevorzugtes Themengebiet im Rahmen dieser Diplomarbeit zu bearbeiten.

Ein ganz besonderer Dank gilt meiner Familie, besonders aber meinen Eltern, Peter und Martina Kumpfmüller, die mir dieses Studium ermöglicht und mir all die Jahre starken Rückhalt geboten haben. Ihr Glaube an mich und ihre aufbauenden Worte haben mir immer wieder gezeigt und mich darin bestätigt, dass ich mich auf dem richtigen Weg befinde.

Ein großes Dankeschön gebührt auch meinem Freund, Josef Wiesinger, der die gesamte Studienzeit für mich da war und mich nach vollen Kräften unterstützt hat. Weiters möchte ich mich bei den MitarbeiterInnen der LNK Wagner-Jauregg in Linz bedanken, die mich bei der Suche nach potentiellen InterviewpartnerInnen für diese Arbeit tatkräftig unterstützt haben.

Ein herzliches Dankeschön gilt besonders den Menschen, die sich bereit erklärt haben, mit mir über ihre Depression zu sprechen und mir durch ihre Offenheit Zugang zu sehr interessantem Datenmaterial ermöglicht haben.

Kurzfassung

Hintergrund: Im Alter treten häufig Situationen auf, die sich negativ auf die Lebensqualität aber auch auf das seelische Wohlbefinden auswirken und zu einem psychischen Problem wie einer Depression führen können. Bei älteren Menschen wird eine Depression jedoch häufig nicht oder erst spät diagnostiziert, da diese meist an körperliche Beschwerden oder andere altersbedingte Umstände gekoppelt ist, welche die Symptome verdecken können. Außerdem wird eine traurige Stimmung vom sozialen Umfeld oft auch als normaler Teil des Alterungsprozesses wahrgenommen. Dieser Umstand betont die Notwendigkeit, mehr über die Lebenssituation älterer, an einer Depression leidenden Menschen in Erfahrung zu bringen, sodass die im Gesundheitswesen tätigen Personen aktiver in den Prozess der Diagnosestellung eingreifen können.

Ziel: Das Ziel dieser Studie war es, den Prozess, welchen alte Menschen bis zur tatsächlichen Diagnosestellung durchlaufen, sichtbar zu machen sowie jene Faktoren aufzuzeigen, die in engem Zusammenhang mit einer Depression im Alter stehen.

Methode: Mit acht Frauen und zwei Männern, im Alter von 70 – 84 Jahren, wurden semi-strukturierte Interviews durchgeführt. Die Datensammlung sowie die Analyse erfolgten nach der Methode der Grounded Theory. Aufgrund der zeitlichen Begrenzung konnte die theoretische Sättigung im Rahmen dieser Arbeit jedoch noch nicht erreicht werden.

Erkenntnisse: Insgesamt zeichneten sich vier Kategorien ab, die in Bezug auf die Krankheit Depression eine entscheidende Rolle spielen: Auslöser, Auswirkungen, Strategie und soziales Umfeld. Unter der Kategorie „Auslöser“ werden Ereignisse angesprochen, die eine Depression im Alter begünstigen können. Der Begriff „Auswirkungen“ beschreibt die verschiedenen Konsequenzen, die sich aufgrund depressiver Symptome auf die Lebensqualität der Betroffenen ergeben können. Die Kategorie „Strategie“ erläutert sowohl negative als auch positive Umgangsformen der Betroffenen mit ihrer Krankheit. Der vierte Begriff „soziales Umfeld“ umfasst sämtliche Vorkommnisse innerhalb der Familie und jene mit anderen Menschen, die sowohl in positiver als auch negativer Hinsicht, Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand nahmen.

Schlussfolgerung: Die gewonnenen Erkenntnisse betonen die Komplexität des Prozesses, der bis zur endgültigen Diagnosestellung einer Depression im Alter

abläuft. Sie zeigen die Notwendigkeit auf, mithilfe präventiver Maßnahmen Vorschub zu leisten. Die Sensibilisierung für und das Wissen über die Symptome und diagnostischen Methoden könnte neben einer Linderung des Leides der Betroffenen, vor allem den im Gesundheitsbereich tätigen Personen dazu verhelfen, den mühsamen Weg zur Diagnose und zur Behandlung einer erstmals im Alter aufgetretenen Depression zu verkürzen.

Abstract

Background: In old age people more often experience life situations that can affect both quality of life and well being in a negative way, which could eventually lead to mental health problems like depression. However, depression in old age often remains undiagnosed or will be diagnosed late because it is frequently coupled with physical pain, other age-related conditions overshadowing the actual symptoms, or the environment just assumes that 'being blue' is part of the normal ageing process. Therefore it is necessary to learn more about the life situation of older people suffering from depression so that health care professionals could smooth the way to diagnosis.

Aim: The aim of this study was to uncover the process older people are going through until they are finally diagnosed with depression and to identify factors that are closely linked to depression in old age.

Method: Eight women and two men, aged 70 to 84, were interviewed using open ended, semi-structured questions. Grounded theory principles guided the data collection and analysis. Due to time restrictions, theoretical saturation has not been reached yet.

Results: Findings showed four main categories that all play a decisive role in depression. They are as follows: triggers, consequences, strategy, and social environment. The category "triggers" addresses events that can lead to depression in old age. "Consequences" describes different implications the depressions symptoms could have on the quality of life of those affected. The category "strategy" summarizes both the negative and positive coping strategies utilized. And finally, "social environment" encompasses all incidents with family and other people which had either a positive or negative influence on the mental health status.

Conclusion: The findings emphasize the complex nature of the process of finally getting diagnosed with depression in old age. Preventive measures like awareness of and knowledge about symptoms and diagnostic means could not only ease the suffering but also enable health care professionals to shorten the bumpy road to diagnosis and treatment of those old people affected by a late life depression.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Hintergrund und Ausgangslage.....	1
1.2. Zielsetzung der Arbeit	2
1.3. Fragestellung	3
 2. Theoretischer Hintergrund	 4
2.1. Demographische Daten	4
2.2. Begriffsbestimmung Depression	5
2.3. Pathophysiologie.....	7
2.3.1. Entstehung einer Depression im Alter	7
2.3.2. Symptome einer Depression	10
2.4. Diagnosestellung.....	12
2.4.1. Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung.....	12
2.4.2. Gerontopsychiatrische Diagnosestellung	15
2.4.3. Rolle der Pflege bei der Diagnosestellung	19
2.5. Auswirkungen einer Depression im Alter	22
2.6. Rehabilitation	25
2.6.1. Allgemeine Aspekte.....	25
2.6.2. Behandlungsmethoden einer Depression im Alter	28
2.6.3. Ziele der Depressionsbehandlung.....	32
2.6.4. Rolle der Pflege bei der Rehabilitation	33
 3. Methodik.....	 37
3.1. Grounded Theory	38
3.2. Stichprobengrundlage	40
3.2.1. Einschlusskriterien.....	40
3.2.2. Rekrutierung	40
3.2.3. Freiwillige Teilnahme und „informed consent“	41

3.3. Methode der Datenerhebung.....	43
3.4. Beschreibung der TeilnehmerInnen.....	44
3.5. Datenanalyse.....	45
3.6. Gütekriterien	45
4. Erkenntnisse	48
4.1. Auslöser.....	48
4.1.1. Veränderung	49
4.1.1.1. Eintritt ins Rentenalter	49
4.1.1.2. Reduziertes Leistungsvermögen	51
4.1.1.3. Reduzierte soziale Kontakte	52
4.1.2. Belastung	53
4.1.2.1. Körperlichkeiten	53
4.1.2.2. Verlusterlebnisse	55
4.1.2.3. Negative familiäre Umstände	56
4.2. Auswirkungen	57
4.2.1. Psychische Auswirkungen	58
4.2.1.1. Emotionale Auswirkungen	58
4.2.1.2. Veränderung des Persönlichkeitsbildes	59
4.2.1.3. Selbstwahrnehmung	60
4.2.2. Physische Auswirkungen	62
4.2.2.1. Auswirkungen auf den Alltag	62
4.2.2.2. Somatoforme Symptome	64
4.2.3. Kognitive Auswirkungen.....	67
4.2.4. Suizidgedanken.....	68
4.2.5. Zukunftseinschätzung	69
4.2.5.1. Optimistischer Blick in die Zukunft.....	70
4.2.5.2. Zukunftsängste	70
4.3. Strategie	71

4.3.1. Positive Lösungsstrategien.....	72
4.3.1.1. Naturverbundenheit	72
4.3.1.2. Kommunikation	73
4.3.2. Negative Lösungsstrategien	74
4.3.2.1. Rückzugsverhalten	74
4.3.2.2. Verschleierungsverhalten	75
4.4. Soziales Umfeld	77
4.4.1. Familie	77
4.4.1.1. Depressionshemmende Familienfaktoren	78
4.4.1.2. Depressionsfördernde Familienfaktoren	79
4.4.2. Gesellschaft.....	80
4.4.2.1. Depressionshemmende Gesellschaftsfaktoren	81
4.4.2.2. Depressionsfördernde Gesellschaftsfaktoren	82
4.5. Abschließende Erklärung	84
4.6. Ausblick.....	86
5. Diskussion und Schlussfolgerung	88
5.1. Implikationen für die Pflege.....	92
5.2. Implikationen für die Pflegeforschung	93
5.3. Stärken und Schwächen der Arbeit.....	93
6. Literaturverzeichnis	95
7. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	100
8. Abkürzungsverzeichnis	101
9. Anhang	102
9.1. Interviewleitfaden	102
9.2. Einverständniserklärung.....	104
9.3. Curriculum Vitae.....	108

1. Einleitung

1.1. Hintergrund und Ausgangslage

Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung steigt, aufgrund besserer medizinischer Versorgung und der im Gegensatz zu früher verbesserten sozialen Begebenheiten, enorm an.

Dabei ist es wichtig zu erkennen, dass es sich beim Altern um einen physiologischen Prozess - nicht um eine Krankheit - handelt. Allerdings lässt sich nicht abstreiten, dass alternde Menschen im Vergleich zu Jüngeren öfter mit Situationen konfrontiert werden, die sich negativ auf deren Lebensqualität und das seelische Wohlbefinden auswirken können. In anderen Worten: Viele der über 65-Jährigen leiden unter psychischen Problemen, die sich häufig in Form einer Depression äußern. Bei älteren Menschen wird diese Krankheit jedoch oft nicht oder erst spät diagnostiziert.

Aus diesem Grund ist es essentiell, sich mit dem Thema der psychischen Störungen im Alter auseinanderzusetzen, diese ernst zu nehmen und nicht einfach als normale Entwicklung, die mit dem Älterwerden einhergeht, anzusehen. Des Weiteren dürfen Depressionen beispielsweise nicht als logische Konsequenz eines körperlichen Gebrechens verstanden werden. Hierbei ist es wichtig, älteren Menschen mit psychischen Problemen die gleiche Behandlung wie Jüngeren zukommen zu lassen, um dadurch der Verminderung der Lebensqualität und einer gleichzeitigen Diskriminierung vorzubeugen.

Den Ausgangspunkt dieser Arbeit stellen über 65-Jährige dar, die an einer Depression leiden. Konkret geht es um den Leidensdruck, den diese Menschen erleben und um den Knackpunkt, durch den ihre Krankheit endgültig diagnostiziert wird. In der Literatur wird vielfach die Schwierigkeit beschrieben, eine Depression bei älteren Menschen, aufgrund der Multimorbidität, zu erkennen. Auf den Prozess bis zur Diagnose wurde bisher jedoch noch nicht ausreichend eingegangen, weshalb ich mich damit im Rahmen meiner Diplomarbeit beschäftigen möchte. Ein ausgeprägteres Wissen in diesem Bereich würde auch auf die Praxis der Pflege einen positiven Einfluss haben. Durch einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn

könnte die Pflege unterstützend eingreifen und den Leidensdruck der älteren Personen lindern.

Im Allgemeinen ist die Beschäftigung mit dem Thema „Depression im Alter“ von großer Bedeutung, da es sich dabei um ein Thema der Zukunft beziehungsweise um ein Zukunftsproblem handelt, welches nicht nur Auswirkungen auf die betroffene Personengruppe selbst hat, sondern auch auf deren Angehörige sowie auf das Pflegepersonal und die behandelnden ÄrztInnen.

1.2. Zielsetzung der Arbeit

Ziel der Arbeit ist es, mit Hilfe qualitativer Interviews den Prozess, den alte Menschen bis zur Diagnosestellung „Depression“ durchlaufen, sichtbar zu machen, um damit der Pflege einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn zu vermitteln. Depressionsbegünstigende Ereignisse sollen erkennbar gemacht sowie allgemeine Faktoren identifiziert werden, die in engem Zusammenhang mit einer Depression im Alter stehen.

Aufgrund des hohen Leidensdruckes der Betroffenen ist es wichtig, eine Depression früher zu erkennen, um eine anschließende, erfolgreiche Behandlung zu begünstigen. Als vorrangiges Ziel gilt es deshalb, die Erfahrungen der Betroffenen zu erheben und den Knackpunkt, der letztendlich zur Diagnose führte, herauszufinden. Das dadurch gewonnene Wissen soll professionell Pflegende, die alte Menschen betreuen, dabei unterstützen, Hinweise auf eine Depression beziehungsweise Probleme auf dem Weg zu einer Diagnose zu erkennen. Damit könnten diese neben einer frühzeitigeren Diagnose vor allem einen wichtigen Beitrag leisten, die betroffenen älteren Menschen bei der Bewältigung zu unterstützen.

Weiters soll diese Arbeit das Verständnis, dass es sich bei einer Depression im Alter um eine höchst individuelle und subjektive Krankheit handelt, fördern. Es ist wichtig, auf die PatientInnen als Individuen einzugehen, ihren persönlichen Leidensdruck nachvollziehbar zu machen und zu erkennen, dass der Weg zur Diagnose höchst individuell verläuft. Das Ergebnis dieser Untersuchung soll außerdem dazu beitragen, das Thema publik zu machen und zu entstigmatisieren.

In weiterer Folge soll die angesprochene Personengruppe gestärkt und deren Lebensqualität aufrechterhalten werden.

1.3. Fragestellung

Den Ausgangspunkt dieser Arbeit stellt die folgende Forschungsfrage dar:

- Welchen Prozess haben die PatientInnen bis zur endgültigen Diagnosestellung durchlaufen?

Weitere, im Rahmen dieser Arbeit, behandelte Fragen lauten:

- Welche Faktoren spielen in Bezug auf eine Depression im Alter eine Rolle?
- Welche Ereignisse begünstigen eine Depression im Alter?

2. Theoretischer Hintergrund

Um ein besseres Verständnis dafür zu erlangen, was sich hinter dem Thema „Depression im Alter“ verbirgt, sollen im Rahmen des theoretischen Hintergrundes einige grundlegende Aspekte erläutert und der aktuelle Wissensstand dargestellt werden.

2.1. Demographische Daten

Parallel zu der in der Zukunft wachsenden Zahl der österreichischen Gesamtbevölkerung, kommt es hinsichtlich der Altersstruktur zu einer deutlichen Verschiebung und somit zu einem demographischen Wandel. Derzeit beträgt der Anteil der über 60-Jährigen rund 23 % an der Gesamtbevölkerung. Ab dem Jahr 2018 soll diese Altersgruppe bereits mehr als 25% der Bevölkerung ausmachen und nach 2028 ist sogar von mehr als 30% die Rede. Bis 2050 wird ein Anteil von 34,2% prognostiziert (Statistik Austria, 2009a).

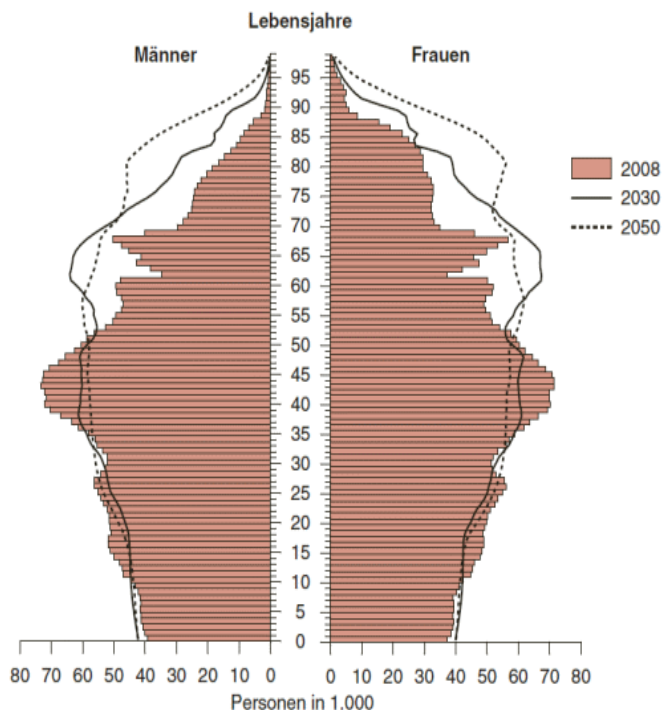


Abbildung 1: Bevölkerungspyramide für Österreich 2008, 2030, 2050 (Statistik Austria, 2009b)

Die Anzahl und der Anteil der über 75-Jährigen werden in Zukunft ebenfalls enorm steigen. Während im Jahr 2008 in Österreich 662.000 EinwohnerInnen dieser Altersgruppe gezählt wurden, wird diese Zahl bis zum Jahr 2030 auf über 1 Million ansteigen. 2050 soll sich die Zahl sogar auf 1,58 Millionen erhöhen. Diese von der Statistik Austria prognostizierten Entwicklungen werden den gesamten Gesundheitssektor, sowie sämtliche Betreuungsstätten für betagte Personen vor enorme Hürden stellen (Statistik Austria, 2009a).

Auch die Lebenserwartung hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Im Jahr 2006 lag diese bei den Männern bei 77,1 Jahren und bei den Frauen sogar bei 81,5 Jahren. In Folge dessen eröffnet sich jedoch vor allem die Frage, ob die gewonnenen Lebensjahre auch bei guten gesundheitlichen Bedingungen verbracht werden können (Statistik Austria, 2009c). Da es im Alter meist zu einem Anstieg der gesundheitlichen Probleme kommt, muss vor allem auf die zunehmende Bedeutung seelischer Krankheiten eingegangen werden.

Rund ein Viertel der über 65-Jährigen kämpft mit psychischen Beeinträchtigungen, wobei die Demenz und die in dieser Arbeit behandelten Depressionen zu den häufigsten psychischen Störungen zählen. Weniger häufig auftretende und dennoch ernst zu nehmende seelische Leiden stellen Angststörungen sowie somatoforme oder paranoide Krankheitszeichen dar (Stahl & Schreiter Gasser, 2004).

2.2. Begriffsbestimmung Depression

Depressionen zählen zu den affektiven Störungen und lassen sich in verschiedene Schweregrade einteilen. Abhängig von der Stärke der aufgetretenen Symptome kann es sich um eine leichte, mittelschwere, schwere oder sehr schwere depressive Episode handeln (Wolfersdorf & Schüler, 2005). Im Allgemeinen ist dann von einer Depression die Rede, wenn bestimmte Symptome über einen Zeitraum gleichzeitig auftreten und nicht durch andere Krankheiten oder sonstige Faktoren zu begründen sind (Hautzinger, 2000).

Ältere Menschen stellen eine ganz spezielle Personengruppe dar, bei der es besonders schwierig ist, eine Depression auch tatsächlich als solche zu identifizieren. Denn, während bei Jüngeren eine Depression meist als isoliertes

Ereignis in Erscheinung tritt, steht sie bei Älteren oft in engem Zusammenhang mit chronischen Krankheiten und Behinderungen. Des Weiteren stehen laut Kasper auch Veränderungen im psychosozialen Bereich, wie beispielsweise der Verlust des Lebenspartners beziehungsweise der Lebenspartnerin, soziale Einsamkeit oder der Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim in enger Verbindung mit dem Auftreten einer Depression im Alter (Kasper, 2006). Einen, in Zusammenhang mit dieser Krankheit, ebenfalls nicht zu vernachlässigenden Aspekt stellt die diesbezügliche Haltung des sozialen Umfeldes dar. Beispielsweise werden bei älteren Menschen depressive Verstimmungen oft eher als eine nachvollziehbare Reaktion auf das Erlebte oder das was kommen wird betrachtet (Hautzinger, 2000; Kasper, 2006; Kurlowicz & Harvath, 2008; Suter, Suter, & Johnston, 2008). Zwar lässt sich nicht abstreiten, dass es im Alter vermehrt zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen, verringerter Energie, weniger sozialen Unternehmungen sowie Verlusten kommt (Fischer, 2008). Diese Tatsachen dürfen aber trotz allem nicht den Anschein erwecken, eine Depression stelle einen gewöhnlichen und völlig normalen Teil des Alterungsprozesses dar (Fischer, 2008; Valente, 2005).

Das Nichterkennen und in weiterer Folge das Nicht-Behandeln einer Depression kann schwere Einbußen hinsichtlich der Lebensqualität, eine steigende Morbidität sowie Mortalität aber auch eine höhere Zahl an Suiziden nach sich ziehen (Kasper, 2006; Kurlowicz & NICHE, 1997). Besonders bei älteren Männern wird von einer drei- bis viermal höheren Suizidrate gesprochen als bei älteren Frauen. Außerdem besteht hinsichtlich des Krankheitsbildes der Depression häufig das Problem, dass psychische Erkrankungen in der heutigen Gesellschaft, besonders auch von den Betroffenen selber, nicht akzeptiert und deshalb verleugnet werden (Kasper, 2006).

2.3. Pathophysiologie

In diesem Kapitel wird auf die Ursachen, welche mit einer Depression im Alter in Zusammenhang stehen, näher eingegangen. Des Weiteren werden die Symptome, die aufgrund dieser Krankheit häufig in Erscheinung treten, beschrieben.

2.3.1. Entstehung einer Depression im Alter

Grundsätzlich lässt sich bezüglich des Auftretens psychischer Beeinträchtigungen Folgendes feststellen: Sie können entweder bereits eine Weile beziehungsweise das ganze Leben lang existieren und im Alter weiter bestehen oder sie treten erstmals im Alter in Erscheinung, beziehungsweise kommen in dieser Lebensphase erneut zum Ausbruch. Durch welche konkreten Einwirkungen diese Erkrankungen tatsächlich hervorgerufen werden beziehungsweise wurden, ist oft sehr schwer zu bestimmen. Die Beantwortung der Frage, ob es sich dabei in erster Linie um genetische, soziale, psychologische oder umweltbedingte Einflüsse handelt, gestaltet sich oft als problematisch. Speziell im Alter besteht diesbezüglich eine große Schwierigkeit, da psychische Erkrankungen bei älteren Menschen meist nicht nur durch einen, sondern erst durch das Aufeinandertreffen mehrerer Faktoren entstehen (Hirsch, 1999). Kurlowicz und Harvath erwähnen in diesem Zusammenhang, dass genetische Faktoren beziehungsweise Vererbung bei einer Depression vermutlich nur dann eine Rolle spielen, wenn die ältere Person bereits früher mit dieser Krankheit konfrontiert war (Kurlowicz & Harvath, 2008). Bezüglich der biologischen Ursache kann ein Ungleichgewicht der Neurotransmitter angeführt werden. Damit der Mensch Informationen von einer Gehirnzelle zur anderen übermitteln kann, benötigt er neurochemische Botenstoffe, welche sich im zentralen Nervensystem befinden. Zu den wichtigsten zählen dabei: Serotonin, Noradrenalin und Dopamin. Das Problem besteht jedoch darin, dass sich diese neurochemischen Botenstoffe, auch Neurotransmitter genannt, mit zunehmendem Alter vermindern. Schuld daran ist der ansteigende Monoaminoxidasespiegel, der zusätzlich das im Alter bereits verringerte Angebot an Neurotransmittern reduziert und die Entstehung einer Depression im Alter fördert (Kasper, 2006).

Hinsichtlich der Risikofaktoren für eine Depression lässt sich weiters anführen, dass Frauen besonders gefährdet sind, ein derartiges psychisches Leiden zu

entwickeln. Dies lässt sich möglicherweise durch die unterschiedliche Konstellation der Hormone bei Männern und Frauen erklären (Bojack, 2003). Butcher und McGonigal-Kenney weisen außerdem darauf hin, dass alleine zu leben, unverheiratet oder verwitwet zu sein sowie das Fehlen eines unterstützenden sozialen Netzwerkes weitere Umstände darstellen, die das Entstehen einer Depression im Alter begünstigen. Ebenfalls erwähnen sie, dass chronische Schmerzen beziehungsweise Krankheiten, Inkontinenz und der Verlust der Mobilität oder des Sehvermögens eine Depression hervorrufen können. Depressive Symptome können jedoch auch als Folge unerwünschter Arzneimittelnebenwirkungen in Erscheinung treten. Eine Abklärung durch geschultes Personal stellt dabei einen besonders wichtigen Aspekt dar (Butcher & McGonigal-Kenney, 2005).

Fastenbauer weist weiters auf den Aspekt der Vereinsamung hin. So konstatiert sie, dass durch eine aus verschiedenen Gründen verursachte soziale Isolation, beziehungsweise durch den Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben, einerseits Depressionen entstehen können, andererseits dadurch ein Verwirrtheitszustand hervorgerufen werden kann. Durch das Entgegenwirken einer eventuell bei einem älteren Menschen bevorstehenden Isolation, könnte jedoch eine Vielzahl der Symptome gemindert beziehungsweise vielleicht sogar verbannt werden (Fastenbauer, 2008). Zu den psychosozialen Risikofaktoren für die Entstehung einer Depression im Alter zählen laut Kasper außerdem das Übersiedeln in ein Altenheim oder der Tod des Lebenspartners beziehungsweise der Lebenspartnerin, aber auch der Verlust anderer geliebter Personen (Kasper, 2006). Die Abgrenzung zur Trauer bedarf hier jedoch einer besonderen Beachtung. Trauerreaktionen bringen häufig Symptome hervor, die sich mit einer depressiven Symptomatik decken. Eine Trauer darf jedoch nicht leichtfertig als Depression betitelt werden (Bojack, 2003; Fischer, 2008), wenngleich der Übergang zu einer Depression nicht ausgeschlossen werden kann (Fischer, 2008).

Als weiteres einschneidendes Ereignis, welches sich negativ auf die Psyche älterer Menschen auswirken kann, beschreiben Strnad und Bahro das Wegfallen der beruflichen Tätigkeit. Sie weisen darauf hin, dass bei Fehlen adäquater Lösungsstrategien Gefühle der Einflusslosigkeit, der Sinnentleertheit sowie des Kontrollverlustes auftreten können (Strnad & Bahro, 1999).

Flood und Buckwalter erwähnen im Zusammenhang mit der Entstehung einer Depression, dass Menschen bei denen bereits eine andere Erkrankung diagnostiziert wurde, anfälliger sind, in eine depressive Episode zu verfallen als andere. Da gerade ältere Menschen häufig an einer chronischen Krankheit leiden, weisen sie darauf hin, dass bei dieser Gruppe ein besonders hohes Risiko besteht, an einer Depression zu erkranken (Flood & Buckwalter, 2009). Neben chronischen Leiden müssen bei älteren Menschen jedoch auch grippale Infekte sowie schwere Operationen als depressionsfördernde Faktoren ernst genommen werden (Bojack, 2003).

Neben all den bereits genannten möglichen Ursachen kann die Entstehung einer Depression im Alter auch eng mit Enttäuschungen in Bezug auf bestimmte Erwartungen oder Wünsche verknüpft sein. Der Rückblick auf das eigene Leben kann beispielsweise sehr ernüchternd sein, wenn bestimmte Vorhaben nicht umgesetzt werden konnten, beziehungsweise vom jetzigen Standpunkt aus gesehen, falschen Zielen nachgegangen wurde. Aber auch das Erkennen nicht wahrgenommener, günstiger Gelegenheiten kann die Menschen in eine schwere Krise stürzen (Fastenbauer, 2008).

Die in diesem Kapitel genannten Ereignisse können zwar eine Depression im Alter begünstigen, letztendlich kommt es jedoch immer auf die individuelle Einschätzung der PatientInnen selbst an, wie belastend eine bestimmte Begebenheit ist und wie sehr dadurch die Lebensqualität und somit die Lebenszufriedenheit beeinträchtigt wird. Das folgende Beispiel soll dies verdeutlichen. Ein sehbehinderter älterer Mensch, der immer sehr gerne Bücher zur Hand genommen hat, wird vermutlich viel größere Schwierigkeiten haben, diese Beeinträchtigung zu akzeptieren, als jemand der lieber das Gespräch mit anderen Menschen sucht und nie sehr gerne gelesen hat (Stahl & Schreiter Gasser, 2004).

2.3.2. Symptome einer Depression

Hinsichtlich dessen, wie eine Depression in Erscheinung tritt, gibt es verschiedene Ausprägungen. Einerseits kann sich diese durch milde Krankheitszeichen bemerkbar machen, andererseits aber auch in einer schwereren Form in Erscheinung treten (Butcher & McGonigal-Kenney, 2005; Kurlowicz & Harvath, 2008). Beide Erscheinungsformen können, wenn sie über einen längeren Zeitraum bestehen, erhebliche negative Auswirkungen für die älteren PatientInnen mit sich bringen (Kurlowicz & Harvath, 2008). Vor allem mildere Formen dürfen nicht unterschätzt werden. Butcher und McGonigal-Kenney konstatieren, dass diese ebenfalls signifikante und ernst zu nehmende klinische Symptome aufweisen und bei älteren Menschen häufiger als die schweren Formen einer Depression in Erscheinung treten. Weiters betonen sie, dass ein erhöhtes Risiko besteht, nach einer milden Depression eine schwere zu entwickeln. Außerdem deuten Butcher und McGonigal-Kenney darauf hin, dass abgeschwächtere Formen mit einer stärkeren Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen, einer erhöhten Mortalität sowie einer enormen Verringerung der Lebensqualität in Verbindung stehen (Butcher & McGonigal-Kenney, 2005).

Wie sich nun eine Depression hinsichtlich ihrer Symptome tatsächlich äußern kann, darauf soll im Folgenden näher eingegangen werden.

Im Allgemeinen gelten eine gedrückte Stimmungslage, ein erhöhtes Reizempfinden, Interessensverlust und der Verlust der Zuversicht, der Tat- sowie der Antriebskraft als typische Anzeichen beziehungsweise Beschwerden einer Depression. Außerdem empfinden sich depressive Menschen oft als wertlos und sehen keinen Sinn mehr in ihrem Leben. Dies kann in manchen Fällen sogar zur Entwicklung von Selbstmordgedanken führen. Weiters zählen Angstgefühle, der Verlust des Appetits sowie Probleme beim Schlafen und Gedächtnisstörungen zu den typischen Auffälligkeiten einer Depression. Bei den eben genannten Gefühlszuständen handelt es sich aber meist um Reaktionen, die auch Menschen kennen, die nicht an einer Depression leiden. Diese werden beispielsweise durch Verlusterlebnisse, Erfahrungen von Misserfolgen, durch verschiedenste Rückschläge oder allgemein durch belastende Situationen hervorgerufen, wobei es immer darauf ankommt, wie lange und wie intensiv diese Gefühle zu Tage treten. Bisher gibt es noch keine Grenze, die den Übergang von einer normalen Reaktion zu einer bereits auffälligen und krankhaften zieht (Hautzinger, 2000).

Stress kann ebenfalls als Reaktion gewertet werden. Butcher und McGonigal-Kenney erwähnen, dass dieser sich bei älteren Menschen häufig in körperlichen, sozialen und psychischen Anzeichen äußert, wobei es besonders wichtig ist, diesen Zeichen große Aufmerksamkeit zu schenken, da diese Hinweise auf eine Depression geben können. Auch nonverbale Anzeichen wie beispielsweise eine gebückte Haltung, verlangsamtes Sprechen, verlangsamte Bewegungen oder mangelndes Interesse an der Selbstpflege können auf eine mögliche Depression hindeuten. Weiters können aggressive Äußerungen oder Handlungen mit einer Depression in Verbindung gebracht werden und bei den über 65-Jährigen auch nicht erklärbare, körperliche Beschwerden ein häufig vorkommendes Krankheitszeichen darstellen (Butcher & McGonigal-Kenney, 2005).

Generell ist bei dieser Altersgruppe eine erhöhte Schmerzwahrnehmung ein kennzeichnendes Merkmal für eine Depression. Neben den bereits beschriebenen Symptomen zählen außerdem ein verringertes Selbstbewusstsein, negative Gedanken sowie Zukunftsängste zu den, in Bezug auf eine Depression im Alter, typischen Anzeichen (Kasper, 2006).

Die genannten Symptome lassen sich bei jüngeren PatientInnen meist leichter einer depressiven Erkrankung zuordnen. Bei den Älteren sind die Zeichen häufig uneindeutig. Die für eine Depression typischen Symptome (Erschöpfung, Antriebsschwäche, Probleme beim Schlafen, etc.) können bei älteren Menschen auch mit anderen, im Alter häufig vorherrschenden Erkrankungen, in Verbindung stehen und deuten deshalb nicht zwangsläufig auf eine Depression hin. Ein ebenfalls wesentlicher Unterschied zur jüngeren Generation besteht darin, dass ältere Menschen viel seltener über ihre Gefühle sprechen, beziehungsweise eine gedrückte Stimmung zur Sprache bringen (Strnad & Bahro, 1999). Im Allgemeinen lässt sich festhalten, dass bei den betagten Personen nicht so sehr die Traurigkeit beziehungsweise die veränderte Stimmung im Vordergrund steht, sondern das Bild oft vielmehr von körperlichen (Kasper, 2006; Valente, 2005) und kognitiven Symptomen geprägt ist (Valente, 2005).

2.4. Diagnosestellung

Im Folgenden werden die Schwierigkeiten, die sich im Zuge der Diagnosestellung einer Depression im Alter häufig ergeben sowie die medizinische Diagnosestellung eingehender betrachtet. Außerdem soll die Rolle, die die Pflege in Bezug auf das Diagnostizieren einnimmt, herausgearbeitet werden.

2.4.1. Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung

Bis auf einzelne, kleinere Gegensätzlichkeiten unterscheidet sich eine Depression jüngerer Menschen im Grunde nicht von einer Depression älterer Menschen (Hautzinger, 2000). Es ist lediglich so, dass diese bei älteren Leuten schwerer zu diagnostizieren ist. Symptome, die auf eine depressive Verstimmung hindeuten, werden bei dieser Personengruppe oft nicht ausreichend ernst genommen und als normale Konsequenz im Zuge des Alterns aufgefasst (Hautzinger, 2000; Kasper, 2006; Kortus, 2008). Auch der Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit kann dazu beitragen, eine Depression im Alter zu übersehen (Hautzinger, 2000). Das Krankheitsbild steht in engem Zusammenhang mit der Demenz, wobei stets differenziert werden muss, ob die kognitiven Beeinträchtigungen als Konsequenz der Depression erfolgten, oder aber umgekehrt sich die Depression in Folge einer bereits vorliegenden Demenz entwickelt hat (Butcher & McGonigal-Kenney, 2005). Guerrero-Berroa und Phillips erwähnen, dass sich die Abgrenzung beziehungsweise Zuordnung der Symptome äußerst schwierig gestaltet, da die Anzeichen sowohl einer Demenz als auch einer Depression eine große Ähnlichkeit aufweisen (Guerrero-Berroa & Phillips, 2001). Ein in diesem Zusammenhang ebenfalls häufig auftretendes Problem besteht darin, dass die kognitiven Beeinträchtigungen, welche als Begleiterscheinung einer Depression auftreten, bei den betroffenen Menschen große Panik vor einer möglichen Demenz auslösen können und die PatientInnen in weiterer Folge dazu veranlassen, keine Hilfe aufzusuchen (Fastenbauer, 2008).

Als ein besonderes Kennzeichen einer Depression im Alter betonen Kurlowicz und Harvath die häufig vorherrschende medizinische Komorbidität. Besonders Krankheiten wie ein Krebsleiden, ein Schlaganfall, Arthritis, eine Hüftoperation, ein Herzinfarkt, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, Parkinson oder die zuvor bereits erwähnte Demenz stehen in enger Verbindung mit einer Depression im

Alter (Kurlowicz & Harvath, 2008). Durch das Zusammenwirken der Depression mit verschiedenen Krankheiten wird jedoch die Diagnosestellung zusätzlich erschwert (Kurlowicz & NICHE, 1997; Tanner, 2005). Die Schwierigkeit einer richtigen Diagnose besteht aber oft auch darin, dass ältere Leute eher über ihre körperlichen Symptome klagen, beziehungsweise diese früher thematisieren als eine depressive Stimmung. Psychische Probleme werden nicht gerne angesprochen, weshalb die PatientInnen dazu neigen, Symptome dieser Art zu verharmlosen. Grips und Adler weisen darauf hin, dass es sehr wichtig ist, auf die körperlichen Beschwerden, wie Kopf- beziehungsweise Bauchschmerzen, einen allgemeinen Schwächezustand, Herzbeschwerden, Schwindelgefühle, sowie Atembeschwerden genauer einzugehen (Grips & Adler, 2006), da diese Äußerungen meist das Bild dominieren und eine eventuell vorhandene Depression verdecken beziehungsweise in den Hintergrund drängen können (Grips & Adler, 2006; Hautzinger, 2000; Kasper, 2006). Auch das überzogene Klagen über körperliche Beschwerden, die sich jedoch nicht durch eine vorliegende somatische Krankheit erklären lassen, beziehungsweise nicht definierbare Schmerzsyndrome können bei betagten Menschen einen Hinweis auf eine möglicherweise vorherrschende Depression geben (Niklewski & Baldwin, 2003). Allgemein lässt sich in diesem Zusammenhang festhalten, dass körperliche Symptome, die im Rahmen einer Depression auftreten können, oft nur schwer von anderen akuten oder chronischen Erkrankungen beziehungsweise von den körperlichen Äußerungen, die sich im Zuge des Alterungsprozesses ergeben, abzugrenzen sind. Auch ÄrztInnen ordnen die Anzeichen beispielsweise häufig eher anderen medizinischen oder neurologischen Gegebenheiten als einer Depression zu (Butcher & McGonigal-Kenney, 2005).

Neben den bereits angeführten Faktoren, erwähnen Guerrero-Berroa und Philipps, dass das frühzeitige Erkennen, auch aufgrund der Unkenntnis vieler über die genauen Kennzeichen einer Depression, erschwert wird. Außerdem weisen sie auf ein häufig vorherrschendes, aber vielen nicht bewusstes, kulturelles Problem hin, welches darin besteht, dass eine Depression in verschiedenen Kulturen auch unterschiedlich in Erscheinung treten kann (Guerrero-Berroa & Phillips, 2001).

Das Nichterkennen oder Fehldiagnostizieren wird häufig aber auch durch das eigene Verhalten der PatientInnen begünstigt. Diese sind oft selbst der Ansicht, dass eine Depression eine persönliche Schwäche beziehungsweise ein Versagen

der eigenen Person darstellt, welches aus eigener Kraft bewältigt werden muss (Suter, et al., 2008). Grundsätzlich lassen sich verschiedene Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf die Krankheit anführen. Es gibt beispielsweise sehr viele Betroffene, die ihre schwermütigen Gefühle einfach erdulden, ohne überhaupt zu erkennen, dass sie depressiv sind. Andere wiederum lehnen es ab, aufgrund des häufig wahrgenommenen Stigmas gegenüber psychischen Erkrankungen, nach Hilfe zu suchen (Kurlowicz & Harvath, 2008). Die in unserer Gesellschaft vorherrschende Diskriminierung psychisch kranker Menschen führt bei den Betroffenen zu einer Negierung und Inakzeptanz ihrer Krankheit. Dieses Verhalten der PatientInnen verursacht aber in weiterer Konsequenz eine Verschlechterung des Zustandes. Die Auswirkungen, die sich dadurch auf ihr Leben ergeben, bestehen in Selbstvorwürfen sowie Ängsten. Erst dann, wenn die Last für die PatientInnen einerseits und deren Umfeld andererseits nicht mehr tragbar ist und eine ernsthafte Gefährdung droht, wird meist mit einer Behandlung begonnen (Kortus, 2008).

Nach diesen die Diagnosestellung erschwerenden Faktoren, gilt es noch einen wichtigen Aspekt hervorzuheben. Um zu einer klaren Diagnose zu gelangen, ist es stets wichtig, abzuklären, ob die Depression durch eine andere Erkrankung beziehungsweise durch die Einwirkung von Arzneimitteln, Rauschgift oder Alkohol hervorgerufen wurde. Nur durch Ausschluss dieser Einflussfaktoren ist es möglich, zu einer Differenzialdiagnose einer Depression zu kommen. Schätzungen besagen, dass etwa 30-40 % der betagten Personen, die eine Arztpraxis aufsuchen, an einer Depression leiden, welche jedoch nicht festgestellt wird. Die Nichtbehandlung beziehungsweise eine ungeeignete Behandlungsmethode können jedoch zu einer Verschlechterung oder sogar zu einer chronisch depressiven Stimmung beitragen. Außerdem können dadurch vorhandene körperliche Probleme verstärkt werden (Hautzinger, 2000).

2.4.2. Gerontopsychiatrische Diagnosestellung

Stahl und Schreiter Gasser erwähnen, dass bei der Diagnose im Rahmen der Gerontopsychiatrie die Kooperation aller Beteiligten - sowohl der PatientInnen und ihrer AnsprechpartnerInnen als auch des interdisziplinären Teams – einen wichtigen Aspekt darstellt. Bei älteren Menschen stellt das genaue Erfassen der Situation und der Problematiken eine große Herausforderung dar, da ihre Persönlichkeit und ihre Lebensgewohnheiten durch deren Lebenserfahrung sowie deren Alterungsprozess beeinflusst sind. Um eine optimale Behandlung zu ermöglichen und eine realistische Zielsetzung gewährleisten zu können, ist jedoch eine seriöse Abklärung unumgänglich, im Rahmen derer auch auf die Wünsche und die Grenzen der PatientInnen eingegangen werden soll (Stahl & Schreiter Gasser, 2004). Im Allgemeinen stellen die HausärztInnen für die älteren Menschen, insbesondere für die depressiven älteren Menschen, eine sehr häufige Anlaufstelle dar, weshalb diese in Bezug auf die Diagnosestellung aber auch hinsichtlich der Versorgung der depressiven Menschen eine ganz wichtige Rolle einnehmen (Fischer, 2008).

Um letztendlich eine Diagnose stellen zu können, finden heute spezielle Klassifikationssysteme, wie der ICD-10 (International Classification of Diseases) oder das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Anwendung. Mit deren Hilfe beziehungsweise durch die darin festgelegten Kriterien, ist es möglich, eine Depression zu diagnostizieren (Bojack, 2003). Da die Diagnosekriterien für eine depressive Phase sowohl in jungen Jahren als auch im Alter nicht grundlegend voneinander abweichen, wird eine Depression im Alter ebenfalls nach den in den Klassifikationssystemen aufgelisteten Kriterien festgestellt (Fischer, 2008).

Im europäischen Raum werden depressive Episoden vorwiegend nach dem ICD-10 (F32; F33)¹ diagnostiziert. Darin erfolgt eine Unterteilung in leichte (F32.0), mittelgradige (F32.1) und schwere (F32.2 und F32.3) Depressionen. Diese drei Kategorien sollten jedoch nur bei einzelnen depressiven Phasen Anwendung finden. Für weitere beziehungsweise wieder auftretende depressive Episoden kommen die verschiedenen Kategorien der rezidivierenden depressiven Störung (F33) zum Einsatz. Laut ICD-10 spricht man dann von einer depressiven Episode,

¹ F32: numerische Kennzeichnung im ICD-10 für eine depressive Episode
F33: numerische Kennzeichnung im ICD-10 für rezidivierende depressive Störungen

wenn die Symptome mindestens zwei Wochen anhalten. In besonderen Fällen können aber auch kürzere Zeiträume Berücksichtigung finden (Dilling, Mombour, & Schmidt, 2005).

Zu den drei typischen Symptomen einer depressiven Episode laut ICD-10 zählen:

- eine depressive Stimmungslage
- der Verlust von Interesse oder Freude sowie Antriebsschwäche
- gesteigerte Müdigkeit (Dilling, et al., 2005).

Weiters werden im ICD-10 sieben zusätzlich sehr oft vorkommende Symptome angeführt:

- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme
- Minderwertigkeitsgefühle
- Selbstvorwürfe sowie Gefühle der Bedeutungslosigkeit der eigenen Person
- negative Zukunftsgedanken
- Gedanken an Tod und Suizid, suizidale Handlungen
- Schlafprobleme
- Appetitverlust (Dilling, et al., 2005).

Der ICD-10 spricht bei Vorliegen von zwei typischen Symptomen und mindestens zwei der häufig vorkommenden Symptome von einer leichten depressiven Episode. Eine mittelgradige Episode wird durch das Vorliegen zweier typischer sowie drei bis vier häufiger Symptome beschrieben und bei einer schweren depressiven Episode müssen alle drei typischen Symptome in Erscheinung treten sowie mindestens vier der häufig vorkommenden (Dilling, et al., 2005).

Das DSM-IV ist hingegen besonders im amerikanischen Raum verbreitet. Es listet neun Kriterien auf, die für die Diagnose einer Depression herangezogen werden. Bei einer schweren Depression, im DSM-IV auch Major depression genannt, müssen fünf der neun im Folgenden aufgelisteten Kriterien, beinahe täglich sowie über eine Dauer von 2 Wochen, auftreten (Saß, Wittchen, Zaudig, & Houben, 2003).

- 1) schwermütige, traurige Stimmungslage
- 2) abnehmendes Interesse oder reduzierte Freude an Unternehmungen beziehungsweise bestimmten Tätigkeiten
- 3) Veränderungen bezüglich Appetit und Gewicht
- 4) Schlafstörungen
- 5) Psychomotorische Aufregung oder Hemmung
- 6) Mattigkeit sowie Energielosigkeit
- 7) Minderwertigkeitsgefühle und Selbstvorwürfe
- 8) Schwierigkeiten beim Denken oder verminderte Konzentrationsfähigkeit
- 9) Selbstmordgedanken beziehungsweise Selbstmordversuche (Saß, et al., 2003).

Weiters muss, um von einer Major depression laut DSM-IV sprechen zu können, eines der fünf Symptome entweder das erste oder das zweite der oben aufgelisteten Kriterien erfüllen (Saß, et al., 2003). Kurlowicz und Harvath erwähnen, dass das DSM-IV dann von einer milderen Form der Depression spricht, wenn weniger als die fünf Kriterien, die für eine schwere Depression erfüllt sein müssen, auftreten. Des Weiteren betonen sie, dass auch bei einer weniger schweren Depression die Symptome mindestens 2 Wochen anhalten müssen (Kurlowicz & Harvath, 2008).

Da eine Depression im Alter aufgrund ihrer atypischen Erscheinungsform häufig nicht so gut in die vorgefertigten Diagnosesysteme der ICD-10 oder des DSM-IV passt, kann möglicherweise die zusätzliche Anwendung psychometrischer Verfahren, wie beispielsweise der Hamilton-Depressionsskala (HAM-D) oder der Geriatric-Depression-Scale (GDS), mehr Klarheit schaffen (Strnad & Bahro, 1999). Bei diesen Instrumenten handelt es sich um Werkzeuge, welche die Einschätzung einer Depression im Alter erleichtern können. Sie sollen helfen, depressive Symptome aufzudecken. Kurlowicz und Harvath erwähnen beispielsweise die sehr weit verbreitete GDS, die auf ihre Wirksamkeit hin überprüft wurde und häufig bei älteren Menschen, eingeschlossen derjenigen, die an einer psychischen Krankheit leiden, eine leichte bis mittelgradige kognitive Beeinträchtigung aufweisen oder institutionalisiert sind, angewendet wird. Sie beschreiben die kurze Version der GDS, auch GDS: SF (Geriatric-Depression-Scale: Short-Form) genannt, die aus

15 Fragen besteht und für die zeitlich circa 5 Minuten aufgewendet werden müssen. Die Antworten beschränken sich dabei auf JA beziehungsweise NEIN. Das Erreichen von 6 bis 9 Punkten zeigt eine mögliche Depression an. 11 Punkte weisen hingegen bereits auf eine sehr wahrscheinlich vorhandene Depression hin. Kurlowicz und Harvath halten fest, dass die GDS: SF zwar keinen Ersatz für eine individuelle Beurteilung oder ein diagnostisches Gespräch, durch auf diesem Gebiet geschulte Personen darstellt, sie aber trotzdem nützlich ist, um eine Depression bei älteren Menschen festzustellen (Kurlowicz & Harvath, 2008). Im Folgenden ist die deutsche Version der GDS in ihrer Kurzform dargestellt.

1.	Sind Sie im Wesentlichen mit Ihrem Leben zufrieden?	Ja / Nein
2.	Haben Sie viele Ihrer Interessen oder Aktivitäten aufgegeben?	Ja / Nein
3.	Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben leer ist?	Ja /Nein
4.	Sind Sie oft gelangweilt?	Ja / Nein
5.	Haben Sie meistens gute Laune?	Ja / Nein
6.	Sind Sie besorgt darüber, dass Ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte?	Ja / Nein
7.	Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?	Ja / Nein
8.	Fühlen Sie sich oft hilflos?	Ja / Nein
9.	Ziehen Sie es vor, Zuhause zu bleiben, anstatt auszugehen und sich mit etwas Neuem zu beschäftigen?	Ja / Nein
10.	Haben Sie den Eindruck, mit dem Gedächtnis in letzter Zeit mehr als sonst Probleme zu haben?	Ja / Nein
11.	Finden Sie es schön, jetzt in dieser Zeit zu leben?	Ja / Nein
12.	Fühlen Sie sich, so wie sie im Augenblick sind, wertlos?	Ja / Nein
13.	Fühlen Sie sich voller Energie?	Ja / Nein
14.	Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?	Ja / Nein
15.	Haben Sie den Eindruck, dass es den meisten Menschen besser geht als Ihnen?	Ja / Nein

Tabelle 1: Kurzfassung GDS – deutsche Version (Gauggel & Birkner, 1999, S. 23f.)

Da die depressiven Symptome bei vielen älteren Leuten nicht immer offensichtlich sind, erwähnen Kurlowicz und Harvath, dass es speziell auch im Rahmen von Routineuntersuchungen des Gesundheitszustandes einen besonders wichtigen Aspekt darstellt, auf eine möglicherweise vorherrschende depressive Symptomatik zu achten (Kurlowicz & Harvath, 2008).

2.4.3. Rolle der Pflege bei der Diagnosestellung

Pflegepersonen stellen Schlüsselfiguren in der frühzeitigen Erkennung einer Depression bei betagten Personen dar (Butcher & McGonigal-Kenney, 2005; Kurlowicz & Harvath, 2008).

Die Prävalenz einer Depression bei älteren Menschen liegt im privaten Bereich bei circa fünf bis zehn Prozent. In Alten- und Pflegeheimen sind sogar 25 bis 45 % der betagten Menschen mit einer Depression konfrontiert. Besonders eng stehen dabei, neben den Angehörigen, die Pflegekräfte mit den PatientInnen in Kontakt (Ollinger, 2008). Da gerade in Alten- und Pflegeheimen aber auch bei ambulant behandelten PatientInnen gehäuft psychische Erkrankungen wie Depressionen auftreten, ist es für die Pflegekräfte besonders wichtig, auch während ihrer Routinearbeit, auf eine möglicherweise vorherrschende depressive Symptomatik zu achten und Instrumente wie die GDS einzusetzen (Kramer, Allgaier, & Hegerl, 2008).

Grundsätzlich gilt es, das Bewusstsein der im Gesundheitswesen tätigen Personen bezüglich der depressiven Krankheitszeichen zu schärfen (Guerrero-Berroa & Phillips, 2001). Kurlowicz und Harvath deuten darauf hin, dass das Pflegepersonal besonders die vorherrschenden körperlichen Symptome im Auge behalten sollte. Wie bereits in Kapitel 2.4.1. erwähnt, sind körperliche Anzeichen, die bei einer Depression auftreten, oft schwer von den körperlichen Symptomen zu trennen, die im Zusammenhang mit einer chronischen körperlichen Krankheit stehen, oder im Zuge des Alterns auftreten. Kurlowicz und Harvath konstatieren, dass es für das Pflegepersonal daher eine große Herausforderung darstellt, diese Krankheitszeichen nicht zu übersehen und darüber hinauszuschauen, um die ganze Bandbreite der depressiven Symptomatik bei den älteren Menschen einschätzen zu können (Kurlowicz & Harvath, 2008). Besteht aufgrund der

aufgetretenen Symptome, laut den Pflegekräften der Verdacht auf eine Depression, so sollte dieser umgehend dem behandelnden Arzt, beziehungsweise der behandelnden Ärztin mitgeteilt werden. Hinweise wie diese können zu einer richtigen und auch frühzeitigen Diagnosestellung beitragen (Kramer, et al., 2008; Kurlowicz & NICHE, 1997) und den Leidensdruck der PatientInnen sowie die negativen Auswirkungen einer Depression mindern (Kurlowicz & NICHE, 1997).

Das tatsächliche Diagnostizieren der Erkrankung „Depression“ fällt zwar in den Kompetenzbereich der ÄrztInnen, der Begriff der Diagnose findet aber auch im Pflegebereich, in Form von Pflegediagnosen, Anwendung. In diesem Zusammenhang muss jedoch hervorgehoben werden, dass die Absichten und Ziele der Pflege von jenen der Medizin abweichen. Das Hauptaugenmerk der MedizinerInnen liegt auf der Erkrankung, beziehungsweise auf deren Genesung oder Milderung. Im Zentrum der Pflege steht hingegen die Alltagsbewältigung während der Krankheit, beziehungsweise während des Heilungsprozesses. Auch die Steigerung des Wohlbefindens und die Lebensqualität stellen zentrale Begriffe dar. Die Ziele der Pflege bestehen letztendlich vor allem darin, die Autonomie sowie die Selbständigkeit der PatientInnen zu erhalten und zu verbessern (Schrems, 2003).

Prinzipiell lässt sich die Definition des Begriffes „Diagnostizieren“ sehr weit fassen. Häufig wird er jedoch lediglich mit dem medizinischen Bereich, beziehungsweise speziell mit Krankheiten in Verbindung gebracht. Da es sich bei der Diagnose um eine Einschätzung und um das Wahrnehmen eines bestimmten Sachverhaltes handelt, ist ihr Anwendungsbereich aber viel größer und nicht lediglich auf die Medizin beschränkt. Der Begriff kann überall dort Gebrauch finden, wo eine bestimmte gegenwärtige Begebenheit festgestellt werden soll, von der ausgehend dann spezielle Maßnahmen zur Zielerreichung formuliert werden. Beim Diagnostizieren steht vor allem das Sammeln von Informationen im Mittelpunkt. Allgemein formuliert, geht es dabei um einen erkenntnisgewinnenden Prozess, der in der Pflege bereits Anwendung findet, aber auch in anderen beruflichen Tätigkeitsfeldern sowie im Alltag zum Einsatz kommen kann (Schrems, 2003).

Im Unterschied zur Medizin handelt es sich bei den Pflegediagnosen aber lediglich um vorübergehende Beschreibungen, die bei auftretenden Veränderungen, wie

beispielsweise der Besserung des Gesundheitszustandes, korrigiert werden müssen (Schrems, 2003). Käppeli bringt dies mit folgenden Worten auf den Punkt:

„Pflegediagnostik ist ein gezieltes Vorgehen. Die einzelnen Aspekte des Prozesses lassen sich nicht klar abgrenzen, sondern gehen zum Teil ineinander über. Der diagnostische Prozess ist also nie abgeschlossen, sondern entsprechend der Komplexität und den Veränderungen von Pflegesituationen fortlaufend und, open ended. In diesem Sinne ist das Hauptmerkmal von Pflegediagnosen deren Veränderlichkeit und oft kurzfristige Gültigkeit und nicht deren Endgültigkeit. Pflegediagnostik ist dynamisch.“ (Käppeli, 2000, S. 19)

Grundsätzlich kommt es im Rahmen der Anwendung des Pflegeprozesses, welcher im Folgenden kurz dargestellt werden soll, zu einer Pflegediagnose:

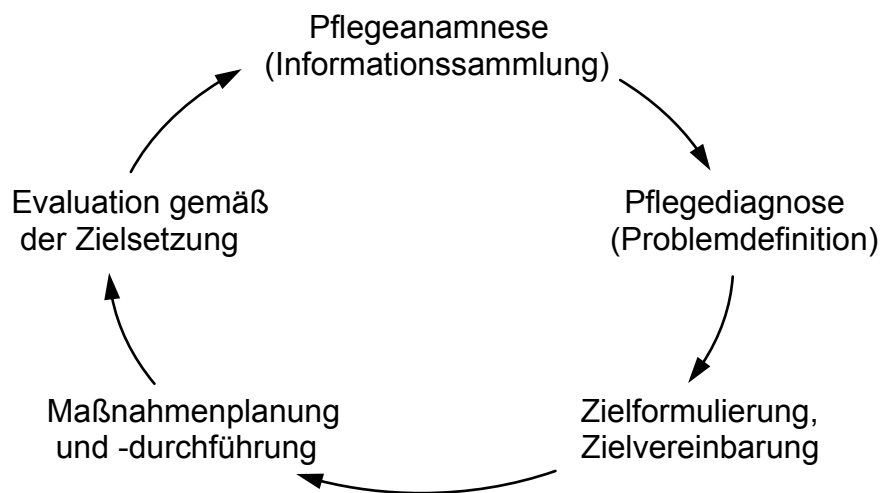


Abbildung 2: Pflegeprozess (Schrems, 2003, S. 38)

1. Pflegeanamnese (Informationssammlung)
2. Pflegediagnose (Problemdefinition)
3. Zielformulierung, Zielvereinbarung
4. Maßnahmenplanung und -durchführung
5. Evaluation gemäß der Zielsetzung (Schrems, 2003, S. 38).

Um eine Pflegediagnose zu erstellen, gibt es verschiedene Klassifikationssysteme wie NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) oder ICNP (International Classification of Nursing Practice), um nur zwei zu nennen. Alle existierenden Systeme verfolgen jedoch das gleiche Ziel, nämlich die identische Bezeichnung und Klassifikation von gegenwärtig auftretenden oder möglichen Gesundheitsbeeinträchtigungen (Schrems, 2003), der sogenannten menschlichen Reaktionen beziehungsweise „human resources“ (Lunney, 2007). So können zum Beispiel Reaktionen auf bestimmte Erkrankungen oder soziale Veränderungen wie beispielsweise der Verlust des Lebenspartners beziehungsweise der Lebenspartnerin aber auch Reaktionen auf andere Begebenheiten wie sie im Kapitel 2.3.1. genannt werden, im Rahmen der Pflegediagnostik festgestellt und ein wichtiger Beitrag zur endgültigen Diagnosestellung geleistet werden. Zudem können Pflegekräfte entsprechende psychometrische Verfahren, wie zum Beispiel die GDS in die routinemäßige Informationssammlung mitaufnehmen.

2.5. Auswirkungen einer Depression im Alter

Allgemein formuliert, kann eine Depression im Alter sehr schwere und das Leben stark beeinträchtigende Konsequenzen nach sich ziehen (Butcher & McGonigal-Kenney, 2005; Kurlowicz & Harvath, 2008; Suter, et al., 2008).

Butcher und McGonigal-Kenney weisen darauf hin, dass die Annahme, eine Depression stelle ein spezifisches Charakteristikum des Alterungsprozesses dar, schlichtweg falsch sei. Sie betonen, dass es enorme negative Auswirkungen auf das Leben von älteren Menschen haben kann, wenn körperliche Beeinträchtigungen, ein weniger aktives Verhalten, beziehungsweise ein geringeres Engagement als normale Erscheinungen im Alter aufgefasst werden. Sie zeigen auf, dass jene Menschen, deren Symptome nicht als gesundheitliche Probleme angesehen werden, nicht die für sie notwendige Behandlung erhalten (Butcher & McGonigal-Kenney, 2005).

Besonders bei älteren PatientInnen, die zusätzlich an einer schweren Krankheit leiden oder solchen, die in einem Altenheim wohnen, kann eine Depression

ernsthafte negative Folgen mit sich bringen. Hinsichtlich der möglichen Konsequenzen erwähnen Kurlowicz und Harvath unter anderem verstärkte Schmerzen, eine langsamere Genesung von Erkrankungen oder Operationen, die Verschlechterung medizinischer Symptome, eine steigende Pflegebedürftigkeit und kognitive Beeinträchtigungen. Außerdem heben sie hervor, dass Depressionen körperliche Erkrankungen sowie eine Alkoholabhängigkeit begünstigen können und für depressive ältere Menschen, die an kognitiven Beeinträchtigungen leiden, bei nicht Behandlung der Depression, ein besonders hohes Risiko besteht, eine Demenz zu entwickeln. Weiters kann eine Depression die Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigen. Dies kann ein lebensbedrohliches Verhalten der alten Menschen wie beispielsweise das Verweigern von Essen, Medikamenten oder anderen für sie wichtigen Behandlungen nach sich ziehen kann (Kurlowicz & Harvath, 2008). Suter et al. erwähnen, dass auch fehlendes Interesse an der Selbstpflege, das Nachlassen der Einhaltung des Behandlungsplanes, die Gefahr einer Arzneimittelwechselwirkung bei Einnahme zu vieler verschiedener Medikamente sowie allgemein eine Reduktion der Lebensqualität, ernsthafte Auswirkungen einer Depression im Alter darstellen. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass unbehandelte Depressionen damit enden können, dass die PatientInnen keinen anderen Ausweg mehr sehen und sich das Leben nehmen (Suter, et al., 2008). Eventuell vorhandene Suizidideen können vor allem dann vermutet werden, wenn im Gespräch mit alten Menschen eine gewisse Sinnlosigkeit des Lebens sowie Minderwertigkeit und ein Gefühl der Überflüssigkeit der eigenen Person angesprochen wird (Fastenbauer, 2008). Verglichen mit allen anderen Altersgruppen, gilt die Suizidrate bei älteren Menschen als die höchste (Suter, et al., 2008), wobei auch die Steigerung der nichtsuizidalen Todesfälle nicht außer Acht gelassen werden darf. Um diese steigende Sterberate bei den alten Menschen zu verringern, stellen eine sorgfältige und rechtzeitige Diagnose sowie die entsprechende Behandlung einer Depression im Alter einen besonders wichtigen Faktor dar (Kurlowicz & Harvath, 2008). Ein im Zusammenhang mit der Suizidalität häufig auftretendes Problem besteht jedoch darin, dass die ältere Generation belastende Ereignisse, die eventuell zu Selbstmordgedanken führen könnten, oft nicht direkt ansprechen. Als Konsequenz einer Depression im Alter lässt sich deshalb auch ein ausgeprägtes Schamgefühl anführen. Die Leute schämen sich zumeist sowohl für ihre

Beschwerden als auch für ihre Gedanken bezüglich des Freitodes. Gerade bei älteren Menschen sollte das Thema Suizid deshalb direkt vom Arzt beziehungsweise der Ärztin angesprochen werden, um so den PatientInnen die Last ein wenig abzunehmen. Besonders bei heiklen Gesprächen wie diesem, beziehungsweise allgemein bei therapeutischen Gesprächen, sollten aber stets bestimmte Aspekte berücksichtigt werden. Zum einen gilt es, den PatientInnen Interesse entgegen zu bringen sowie Geduld und Einfühlungsvermögen zu zeigen. Zum anderen sollten spezifische Probleme und möglicherweise vorherrschende Selbstmordgedanken eingehender betrachtet werden. Unter der Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte wird ein guter Beziehungsaufbau möglich, in Folge dessen auch bestimmte therapeutische Schritte festgelegt werden können (Fischer, 2008). Im Folgenden ist ein kurzer Gesprächsleitfaden dargestellt, welcher zur Beurteilung der Suizidalität einer Person herangezogen werden kann.

1.	Haben Sie über Ihre Absichten schon gesprochen?
2.	Haben sich Ihre Interessen, Ihr Denken, Ihre Kontakte gegenüber früher eingeschränkt, vermindert?
3.	Haben Sie Gefühle der Aggression?
4.	Frühere Suizidversuche?
5.	„Altruistische“ Motive?
6.	Suizide in der Umgebung?
7.	Verlust von Beziehungen (Tod, Beziehungsprobleme, Mobilität)?
8.	Wohnungswechsel (Heim, Verkehrsanbindung)?
9.	Vereinsamung?
10.	Finanzielle Schwierigkeiten?
11.	Vorbereitungen, um Versäumtes in Ordnung zu bringen (Testament o.ä.)?
12.	Krankheits-, Schuld-, Verarmungsgefühle?
13.	Depressive Wahngedanken oder Halluzinationen?
14.	Hoffnungslosigkeit?

Tabelle 2: Gesprächsleitfaden zur Beurteilung der Suizidalität (Fischer, 2008, S. 314)

Häufig ist eine Depression im Alter auch mit einer gewissen Angst verbunden, wofür sich verschiedene Motive anführen lassen. Beispielsweise kann die Befürchtung, den Haushalt oder andere alltägliche Dinge nicht mehr bewältigen zu können, eine Angstreaktion auslösen. Aber auch ein Verwirrtheitszustand, in dem bestimmte Geschehnisse nicht mehr richtig zugeordnet werden können, wirkt oft beängstigend auf ältere depressive Menschen. Um diesen Personen eine möglicherweise vorherrschende Angst zu nehmen, beziehungsweise diese zu mindern, ist es wichtig, ihnen mit Verständnis zu begegnen und Hoffnung zu vermitteln (Bojack, 2003).

Neben der Angst und der Verwirrtheit lässt sich auch die Antriebsschwäche als kennzeichnendes Merkmal für eine Depression anführen. Die PatientInnen fühlen sich häufig energielos, wodurch es schwierig wird, diese für etwas zu begeistern. Besonders wichtig ist es dabei, den an einer Depression leidenden Menschen Zeit zu geben und sie nicht zu bestimmten Aktivitäten zu zwingen, sie nach Gelingen von Tätigkeiten zu loben und ihnen Anerkennung entgegen zu bringen. Außerdem sollte der Versuch unternommen werden, deren Interesse für möglicherweise früher gerne ausgeübte Beschäftigungen neu zu erwecken (Bojack, 2003).

2.6. Rehabilitation

Nachstehend werden die wichtigsten Aspekte in Bezug auf die Behandlung einer Depression im Alter aufgezeigt sowie die, für diese Krankheit, geeigneten Therapieformen und die Ziele der Depressionsbehandlung erläutert. Außerdem wird die Rolle, welche die Pflege im Rahmen der Rehabilitation einnimmt, näher betrachtet.

2.6.1. Allgemeine Aspekte

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass mehr als 70 % der depressiven älteren Menschen gut auf ihre Behandlung ansprechen und sich letztendlich wieder von ihrer Depression erholen (Kortus, 2008). Bezüglich der bei den über 65-Jährigen eingesetzten Therapien gibt es keinen Unterschied zu den Behandlungsformen in jüngeren Jahren. Das heißt also, dass im Rahmen der

Rehabilitation bei älteren Menschen im Grunde die gleichen Therapien eingesetzt werden können, die sich auch schon bei den jüngeren Leuten als zielführend erwiesen haben. Lediglich einzelne Aspekte, wie beispielsweise die Vorbehalte Älterer gegenüber psychiatrischen Behandlungen und deren oft eher passive Grundhaltung, sollten bei dieser Altersgruppe besondere Beachtung finden. Diese zu beachtenden Gesichtspunkte rühren daher, dass die über 65-Jährigen in einer Zeit aufgewachsen sind, in der psychisch kranke Menschen aufgrund der ungenügenden wirksamen Behandlungsmethoden verwahrt wurden. Ihre Angst davor, nicht mehr selbständig handeln zu können und weggesperrt zu werden, ist deshalb verständlich. Weiters stellt die Stigmatisierung durch das soziale Umfeld einen Angstfaktor dar. Hinsichtlich der passiven Grundhaltung der älteren Menschen lässt sich außerdem anführen, dass diese oft eine überzogene Erwartungshaltung an die ÄrztInnen haben. Sie gehen davon aus, dass diese ihren Gesundheitszustand allein durch das Verschreiben und den Einsatz von Medikamenten verbessern beziehungsweise wiederherstellen können und verfallen in Folge dessen in eine passive Haltung. Eine besondere Herausforderung besteht deshalb zunächst darin, diesen Menschen die Ängste zu nehmen und in weiterer Folge ihr Bewusstsein dahingehend zu stärken, welchen Beitrag sie selbst leisten können, um bald wieder gesund zu werden beziehungsweise eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes zu erreichen (Stahl & Schreiter Gasser, 2004). Die aktive Auseinandersetzung mit der Depression wird bei den älteren Menschen aber oft auch durch eventuell vorherrschende kognitive Beeinträchtigungen erschwert (Fischer, 2008).

Um eine individuell passende Behandlungsmethode auswählen zu können, ist es besonders wichtig, über die Schwächen, aber auch über die Stärken der PatientInnen Bescheid zu wissen. Es gilt sowohl körperliche, psychologische, biographische als auch kulturelle Gesichtspunkte zu beachten. Außerdem sollten die Interessen und Lieblingsfreizeitbeschäftigungen der Personen festgestellt werden. Zusätzlich gilt es auch Kenntnisse hinsichtlich des sozialen Umfeldes der PatientInnen zu erlangen. Um all das zu erreichen, ist im Rahmen einer gerontopsychiatrischen Rehabilitation die Zusammenarbeit mehrerer verschiedener beruflicher Sparten wichtig. Im Idealfall zählen zu diesem interdisziplinären Team neben den ExpertInnen von Psychiatrie und Psychologie, auch jene aus der Pflege, der Ergo-, Aktivierungs-, Musik-, Bewegungs- und

Physiotherapie sowie SozialarbeiterInnen. Gemeinschaftlich wird versucht, die Betroffenen dazu zu motivieren, beziehungsweise ihnen dahingehend zu helfen, ihr Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen. Dagegen wird bei bereits chronisch psychisch Kranken versucht, die Umweltfaktoren stark miteinzubeziehen. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Umgebung, in jeglicher Hinsicht, gut an die Anliegen der PatientInnen angepasst ist. Beispielsweise kann dabei eine Wohnungsadaptierung, das Organisieren einer Pflege im eigenen zu Hause oder auch die Suche nach einem betreuten Wohnen erforderlich sein (Stahl & Schreiter Gasser, 2004).

Um im Rahmen der gerontopsychiatrischen Rehabilitation Erfolge erzielen zu können, ist es von besonderer Bedeutung, dass die TherapeutInnen Interesse für die älteren PatientInnen zeigen und sie angesichts ihrer persönlichen Geschichte und Erlebnisse ernst nehmen (Stahl & Schreiter Gasser, 2004). Es sollte ein respektvoller Umgang in Bezug auf die vorliegende Situation der älteren PatientInnen gewährleistet werden. Außerdem ist stets zu berücksichtigen, dass es alten Menschen oft unangenehm ist, jemand anderem, möglicherweise auch noch einem Jüngeren, ihre Sorgen und Probleme mitzuteilen. Damit die PatientInnen dennoch die Möglichkeit haben, sich zu öffnen, sollten die TherapeutInnen eine aktivere und stützende Rolle einnehmen (Fastenbauer, 2008).

Da es für ältere Menschen meist nicht so leicht ist, sich an eine neue Umgebung zu gewöhnen, findet der sozialpsychiatrische Anspruch „ambulant vor stationär“ speziell in der Gerontopsychiatrie große Berücksichtigung. Ein bekanntes Umfeld kann möglicherweise der Gefahr einer übermäßig lang andauernden Rehabilitationsphase entgegenwirken. Im Allgemeinen ist das Angebotsspektrum im Rahmen der Gerontopsychiatrie sehr groß. Es gibt stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote. Darüber hinaus sind die aufsuchenden Dienste anzuführen. Es sollte jedoch stets darauf geachtet werden, dass innerhalb dieser verschiedenen Formen genügend Spielraum bleibt, um auch auf spezielle persönliche Bedürfnisse der Menschen eingehen zu können. Beispielsweise sollte es im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ermöglicht werden, vor der endgültigen Spitalsentlassung einmal für eine Nacht oder ein

Wochenende nach Hause zu gehen, um die PatientInnen so wieder langsam an ihr natürliches Umfeld nach dem Aufenthalt zu gewöhnen. Auch in der Tagesklinik sollte die Zahl der Besuchstage individuell festgelegt und in weiterer Folge der zeitliche Abstand der Besuche in der Tagesklinik erweitert werden. Letztendlich sollten die PatientInnen nach dem langsamen Rückzug der professionellen Unterstützung wieder fähig sein, ihr Leben eigenständig zu meistern (Stahl & Schreiter Gasser, 2004).

Im Folgenden sollen noch die wichtigsten Prinzipien, die im Rahmen der Rehabilitation älterer psychisch kranker Menschen zum Tragen kommen, festgehalten werden:

- Sicherstellung der Einwilligung in die Behandlung, sowie die Reduktion eventuell bestehender Hemmungen
- Wichtigkeit einer transparenten Behandlung
- Entdecken der individuellen Stärken, sowie deren Bekräftigung
- Setzen angemessener und erreichbarer Ziele
- Positive Erfahrungen hinsichtlich der Krankheitsbewältigung ermöglichen
- Kooperation eines interdisziplinären Teams (Stahl & Schreiter Gasser, 2004).

2.6.2. Behandlungsmethoden einer Depression im Alter

Grundsätzlich lassen sich bei der Behandlung einer Depression im Alter zwei Therapieformen unterscheiden. Zum einen die biologischen Therapien wie die Pharmakotherapie oder die Elektrokrampftherapie und zum anderen die psychosozialen Behandlungsformen (Kurlowicz & Harvath, 2008).

Die Psychotherapie gilt auch bei älteren Menschen als sehr wirkungsstark. Sie stellt ein besonders gutes Instrument dar, um die Personen zu informieren, ihnen die Einsicht in die Krankheit sowie Copingstrategien zu vermitteln. Weiters zielt die Therapie darauf ab, Taktiken zu erarbeiten, um einem wiederholten Auftreten der Depression entgegenzuwirken und überzogene Erwartungshaltungen, die die PatientInnen häufig gegenüber ihrer eigenen Person haben, zu diskutieren beziehungsweise abzubauen. Im Rahmen der Psychotherapie ist es den

Betroffenen ebenfalls möglich, sich mit bisher noch nicht verarbeiteten Geschehnissen auseinander zu setzen, beziehungsweise können im Zuge dieser Behandlung auch Trauerprozesse Begleitung finden. Vorrangiges Ziel dieser Behandlungsform ist es, mit den PatientInnen ein Gefühl der Kontrolle zu erlangen und ihr Selbstbewusstsein aufzubauen. Neben dem Einzelgespräch gibt es unter anderem auch die Möglichkeit psychotherapeutischer Gruppengespräche, welche unter einer professionellen Leitung eine Konfrontation mit der Erkrankung, aber auch den gegenseitigen Erfahrungsaustausch mit anderen PatientInnen ermöglichen. Beispielsweise lässt sich hinsichtlich dieser Gruppengespräche das Depressionsmodul anführen, welches auf Basis eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verständnisses von Depression beruht und in 4-5 Sitzungen die folgenden Schritte umfasst (Stahl & Schreiter Gasser, 2004):

1. Schritt: In diesem Schritt geht es darum, die PatientInnen emotional zu entlasten und die Krankheitseinsicht zu fördern.

2. Schritt: Hierbei gilt es, innerhalb der Gruppe die Begebenheiten festzustellen, die für die Entstehung der Depression ausschlaggebend waren. Ziel ist es, Risikofaktoren zu identifizieren, um einem erneuten Auftreten der Depression entgegenwirken zu können.

3. Schritt: Anhand des Teufelskreismodells (Abbildung 3) wird den Betroffenen aufgezeigt, welche Faktoren beim Bestehen einer Depression beteiligt sind. Das Modell soll ihnen verdeutlichen, warum es beinahe unmöglich ist, ohne fremde Hilfe diese Erkrankung zu besiegen. Zugleich zeigt es aber auch, bei welchen Punkten eine Behandlung ansetzen kann und was die Betroffenen selbst dazu beitragen können, um ihre Depression zu überwinden. Die PatientInnen sollen dahingehend motiviert werden, eine aktivere Rolle bei der Bewältigung ihrer Krankheit einzunehmen.

4. Schritt: Im letzten Schritt bekommen die PatientInnen unter anderem Hinweise bezüglich eines guten Umgangs mit Medikamenten. Weiters wird an der sozialen Kompetenz gearbeitet und Aktivitäten geplant. Die Betroffenen sollen außerdem positive Erfahrungen hinsichtlich der Bewältigung machen, auf Basis derer sie ihr Selbstbewusstsein wieder stärken können.

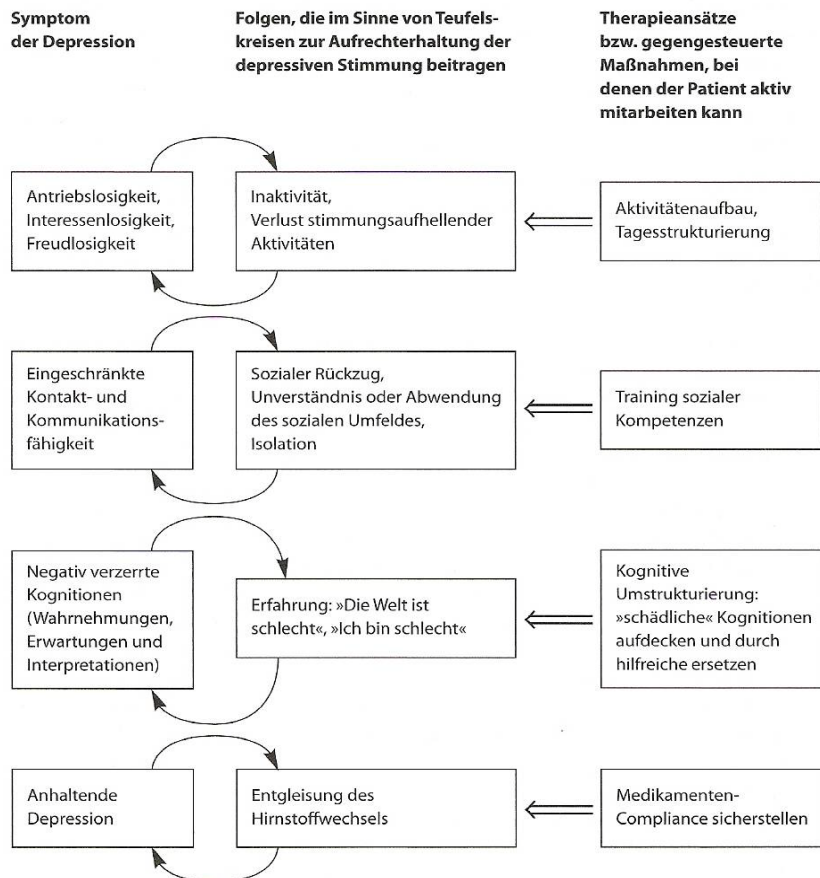


Abbildung 3: Teufelskreismodell und die entsprechenden Therapieansätze (Stahl & Schreiter Gasser, 2004, S. 515)

Grundsätzlich stellt die Psychotherapie für weniger schwere Depressionen eine empfehlenswerte Behandlung dar. Sie wird aber auch dann eingesetzt, wenn aufgrund anderer medizinischer Erkrankungen oder möglicher schädlicher Auswirkungen keine Medikamente verordnet werden können (Butcher & McGonigal-Kenney, 2005).

Die Pharmakotherapie stellt ebenfalls eine wirksame Behandlungsform bei einer Depression im Alter dar. Aufgrund der im Alter veränderten Pharmakokinetik und Pharmakodynamik und der dadurch vermehrt in Erscheinung tretenden Nebenwirkungen (Grips & Adler, 2006; Niklewski & Baldwin, 2003) sowie aufgrund der bei älteren Personen verzögerten Ausscheidung der antidepressiven Medikamente, ist es jedoch ratsam mit einer geringeren Dosis zu starten. Die Dosissteigerung sollte dann unter Kontrolle des Plasmaspiegels sowie nicht erwünschter Effekte erfolgen (Niklewski & Baldwin, 2003). Auch aufgrund der im

Alter häufig vorherrschenden Multimorbidität und der damit verbundenen vermehrten Arzneimiteleinnahme, bedürfen die Medikamente einer besonderen Dosierung und Auswahl. Es ist also stets auf ein gutes Neben- und Wechselwirkungsprofil der antidepressiven Medikamente zu achten. Des Weiteren ist bei der medikamentösen Behandlung zu beachten, dass die älteren Menschen dieser Behandlungsform oft sehr misstrauisch gegenüberstehen. Um trotzdem ihre Compliance hinsichtlich einer Pharmakotherapie zu fördern, ist es besonders wichtig, sie selbst und deren Bezugspersonen sorgfältig über die Bedeutung und die Wichtigkeit, aber auch über die möglichen Nebenwirkungen dieser Therapie aufzuklären (Grips & Adler, 2006). Hinsichtlich der Medikation werden bei älteren PatientInnen am häufigsten die selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) eingesetzt, da sich diese durch eine gute Verträglichkeit auszeichnen und oft auch leichter einzunehmen sind. Dadurch, dass sie keine anticholinergen Nachwirkungen verursachen, erzielen diese Medikamente auf die kognitive Funktionsfähigkeit eine besserer Wirkung, weshalb diese besonders häufig bei Personen eingesetzt werden, die an einer Depression und kognitiven Beeinträchtigungen leiden (Niklewski & Baldwin, 2003). Zu den am meisten verordneten Medikamenten dieser Wirkstoffgruppe zählen Sertralin, Citalopram und Escitalopram (Grips & Adler, 2006).

Grundsätzlich lässt sich hinsichtlich der beiden bisher erläuterten Behandlungsmethoden festhalten, dass diese am besten in Kombination wirken. Die Verbindung der Pharmakotherapie mit der Psychotherapie hat auch bei älteren PatientInnen einen positiven Effekt und ist hinsichtlich der Wirkung einer alleinigen Psychotherapie vorzuziehen (Niklewski & Baldwin, 2003).

Eine weitere Behandlungsform stellt die Elektrokrampftherapie (ECT) dar. Diese wird bei älteren Menschen speziell dann angewendet, wenn es sich um eine besonders schwere Depression handelt, beziehungsweise wenn die PatientInnen auf keine andere Therapie ansprechen. Der Vorteil besteht darin, dass im Gegensatz zur medikamentösen Therapie, eine frühzeitigere antidepressive Wirkung erzielt werden kann. Diese Therapieform sollte des Weiteren bei einer Verweigerung der Nahrungs- beziehungsweise Flüssigkeitsaufnahme der PatientInnen in Betracht gezogen werden (Ebner & Hofmann, 2008).

Abschließend soll noch festgehalten werden, dass der jeweilige Behandlungsansatz stets vom Schweregrad der Depression abhängt. Kurlowicz und NICHE weisen beispielsweise darauf hin, dass schwere Depressionen mit vorhandenen Selbstmordgedanken einer intensiven psychiatrischen Behandlung, einem Spitalsaufenthalt, einer medikamentösen Behandlung sowie einer Elektrokrampftherapie bedürfen. Außerdem spielt die Unterstützung durch das soziale Umfeld eine zentrale Rolle. Bei einer weniger schweren Depression ist meist entweder eine Psychotherapie oder eine medikamentöse Behandlung ausreichend. Weiters läuft die Behandlung fast ausschließlich ambulant ab (Kurlowicz & NICHE, 1997).

2.6.3. Ziele der Depressionsbehandlung

Die Ziele der Behandlung einer Depression im Alter bestehen vor allem darin, die depressiven Symptome zu verringern, die Lebensqualität sowie die Gesundheit zu verbessern und die Mortalität zu senken. Infolgedessen können auch die Kosten im Gesundheitswesen reduziert werden (Kurlowicz & Harvath, 2008). Des Weiteren soll den PatientInnen dahingehend geholfen werden, geeignete Handlungsweisen zu entwickeln, um mit den Beeinträchtigungen umgehen beziehungsweise diese bewältigen zu können (Grips & Adler, 2006). Außerdem gilt es, eventuell wiederholenden depressiven Episoden entgegenzuwirken. Kulowicz und Harvath erwähnen, dass gerade das wiederkehrende Auftreten einer Depression bei älteren Menschen ein ernstzunehmendes Problem darstellt und die Fortsetzung der Behandlung deshalb auch nach einer Besserung von großer Bedeutung ist (Kurlowicz & Harvath, 2008). Butcher und McGonigal-Kenney weisen darauf hin, dass sich im Allgemeinen oft bereits nach nur zwei Wochen Behandlung Verbesserungen erkennen lassen, die volle Wirksamkeit jedoch häufig erst nach einigen Monaten zu Tage tritt. Außerdem wird in diesem Zusammenhang erwähnt, dass speziell alte Menschen, im Gegensatz zu Jüngeren, oft mehr Zeit benötigen, um ihre Depression in den Griff zu bekommen (Butcher & McGonigal-Kenney, 2005).

2.6.4. Rolle der Pflege bei der Rehabilitation

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass das Pflegepersonal nicht nur beim Erkennen einer Depression eine wichtige Rolle spielt sondern auch bei der Rehabilitation von großer Bedeutung ist (Suter, et al., 2008). Da eine Pflegeperson mit hoher Wahrscheinlichkeit im Laufe ihrer Karriere älteren PatientInnen mit psychischen Leiden begegnet, ist es besonders wichtig, diese auch über die wesentlichsten Interventionen bei psychischen Störungen im Alter zu informieren (Flood & Buckwalter, 2009). Nachfolgend sollen einige dieser Maßnahmen aufgezeigt und näher erläutert werden.

Die Pflegepersonen spielen hinsichtlich der Stabilisierung der PatientInnen aber auch in Bezug auf den Aufbau beziehungsweise die Wiederherstellung sozialer Kontakte eine wesentliche Rolle. In Folge der Diagnose einer psychischen Erkrankung und vor allem nach einem meist darauf folgenden stationären Aufenthalt, haben die Menschen oft das Gefühl, dass ihr Leben nun in Trümmern liegt. Sie sind motivationslos, leiden unter dem Stigma psychischer Erkrankungen und schämen sich auch häufig dafür. Es ist besonders wichtig, diesen Menschen Mut zuzusprechen und sie im Rahmen der Rehabilitation so weit zu unterstützen, dass sie die Fähigkeiten, die für eine selbständige Weiterführung des Lebens erforderlich sind, zurückerlangen. Während eines stationären Aufenthaltes wird versucht, die Menschen zu entlasten. Sie genießen dabei ständige Betreuung, viel Aufmerksamkeit und müssen sich nur um wenige Dinge selbst kümmern. Kurz gesagt, sie werden geschont. In dieser Zeit kommt es jedoch auch häufig zum Abbau alltäglicher Fertigkeiten sowie zu einer Reduktion der Kontakte zu Bekanntschaften der natürlichen Umgebung. Von großer Bedeutung ist es deshalb, im Rahmen der Rehabilitation den Menschen zu helfen, wieder einen Weg in die Selbständigkeit zu finden und die Alltagsfertigkeiten und sozialen Kontakte wiederherzustellen (Stahl & Schreiter Gasser, 2004). Eine wichtige Aufgabe der Pflegepersonen besteht demnach darin, den PatientInnen zu helfen, ihr soziales Netzwerk wieder zu verbessern beziehungsweise aufzubauen. Beispielsweise könnte die jeweilige Familie, eine Vertrauensperson, Freunde, Freiwillige oder auch eine Selbsthilfegruppe aktiviert werden, um die depressiven älteren PatientInnen zu unterstützen (Kurlowicz & Harvath, 2008).

Das Pflegepersonal nimmt aber auch eine beratende Funktion ein. Beispielsweise können die Gesundheits- und KrankenpflegerInnen bei der Aufklärung der PatientInnen hinsichtlich ihrer Krankheit als unterstützende Kraft wirken. Sie können bei Unsicherheiten beziehungsweise Unklarheiten von Seiten der PatientInnen und ihrer Bezugspersonen, im Rahmen ihrer zeitlichen Ressourcen und ihres eigenen Wissensstandes bezüglich des diagnostischen Vorgehens, der Behandelbarkeit und den verschiedenen Behandlungsformen Auskunft geben und so die Einwilligung beziehungsweise die Bereitschaft zur Behandlung fördern (Kramer, et al., 2008). Auch Valente betont beispielsweise, dass die Pflegepersonen die verschiedenen Behandlungsmethoden erklären beziehungsweise ihre Wirksamkeit bekräftigen und im Rahmen einer pharmakologischen Behandlung auf die Wichtigkeit der regelmäßigen Medikamenteneinnahme hinweisen können (Valente, 2005).

Valente führt außerdem an, dass die Pflegekräfte hinsichtlich des Abbauens der vorherrschenden Mythen und des Stigmas, welches häufig gegenüber Depressionen besteht, eine bedeutende Rolle einnehmen. Neben dem Versuch gegen die soziale Diskriminierung anzugehen, stellt es aber auch eine wichtige Aufgabe des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals dar, das Bewusstsein der PatientInnen dahingehend zu schärfen, dass eine Depression beziehungsweise die aufgetretenen Krankheitszeichen behandelbar und nicht auf eine schwache Persönlichkeit zurückzuführen sind. Haben die Betroffenen dies einmal verstanden, so werden sie in weiterer Folge auch positiver auf die Empfehlungen in Bezug auf eine Behandlungsmethode reagieren (Valente, 2005).

Des Weiteren kann die Pflege zum Beispiel auch im Rahmen der Pflegediagnostik, wie auf Seite 22 beschrieben, in der Rolle einer beobachtenden und überwachenden Instanz gesehen werden. Eine in diesem Zusammenhang wichtige Intervention des Pflegepersonals, welches mit depressiven älteren Menschen arbeitet, besteht beispielsweise darin, bezüglich eventuell vorhandener Suizidideen nachzufragen. Außerdem erwähnen Flood und Buckwalter, dass auch die Beobachtung und Förderung der Ernährung eine bedeutende pflegerische Intervention darstellt und die Pflegepersonen bei älteren Menschen auch ein Auge auf die Ausscheidung haben, deren Schlafverhalten beobachten sowie deren körperliches Wohlbefinden steigern sollten. Um beispielsweise die Selbständigkeit und die persönliche Kontrolle der PatientInnen zu stärken weisen Flood und

Buckwalter darauf hin, dass die Pflegekräfte gemeinsam mit den an einer Depression leidenden Menschen einen Tagesplan entwerfen sowie kleinere Ziele festlegen sollten (Flood & Buckwalter, 2009). Außerdem erwähnen Kurlowicz und Harvath, dass die pflegerische Intervention auch darauf abzielen sollte, die körperliche Funktionsfähigkeit der älteren PatientInnen durch strukturierte und regelmäßige Aufgaben und Aktivitäten in Schwung zu bringen und zu verbessern (Kurlowicz & Harvath, 2008).

Die Pflege kann weiters aktiv dazu beitragen, das Selbstwertgefühl und die gedrückte Stimmung der PatientInnen zu verbessern. So beschreiben Kurlowicz und Harvath das Wachrufen von angenehmen Erinnerungen als zielführend. Pflegekräfte können diese Erinnerungen beispielsweise fördern, indem sie die PatientInnen direkt bezüglich deren Vergangenheit ansprechen. Aber auch mit Hilfe von Fotos, alten Magazinen oder anderen Gegenständen kann die Erinnerung angeregt werden (Kurlowicz & Harvath, 2008). Um das Wohlbefinden der PatientInnen zu steigern sowie auch eventuell vorhandenen Stress zu reduzieren, sind weiters Aktivitäten wie meditieren, malen oder Musik hören besonders empfehlenswert (Valente, 2005). Kurlowicz und Harvath führen beispielsweise an, dass die individuell an die PatientInnen angepasste Musiktherapie einen guten Ansatz darstellt, um depressive Anzeichen zu reduzieren (Kurlowicz & Harvath, 2008).

Eine besonders wichtige Rolle bei älteren depressiven PatientInnen spielt die emotionale Unterstützung. Das Pflegepersonal sollte deshalb empathisch sein, zuhören können sowie die PatientInnen dahingehend ermutigen, ihre Gefühle stärker zum Ausdruck zu bringen. Wichtig ist es außerdem, die Stärken und Ressourcen der depressiven Personen zu erkennen und in weiterer Folge zu bekräftigen, deren Privatsphäre sowie die Achtung vor ihnen zu wahren und ihnen Hoffnung zu vermitteln (Kurlowicz & Harvath, 2008).

Wie in diesem Kapitel gut ersichtlich wurde, kann die Pflege bei der Rehabilitation verschiedene Rollen einnehmen und Maßnahmen setzen. Welche Interventionen in der jeweiligen Situation tatsächlich zum Tragen kommen, ist aber stets vom Schweregrad der Depression abhängig und kann nicht allgemein festgelegt werden. Lediglich grobe Richtlinien können die Handlungsweise leiten.

Aus pflegerischer Sicht ist es bei einer leichteren Form der Depression beispielsweise empfehlenswert, die PatientInnen dahingehend zu unterstützen, mehr Dinge zu unternehmen, die sich positiv auf das Wohlbefinden auswirken können, sowie die eventuell verloren gegangenen Kontakte wieder herzustellen. Dagegen steht bei schwereren Depressionen eher die Schonung der PatientInnen im Zentrum (Kramer, et al., 2008). Ein, im Gegensatz zu diesem sehr allgemein formulierten Handlungsansatz, allgemeingültiges Rezept gibt es nicht. Es gilt daher die Behandlung beziehungsweise die Interventionen stets individuell an die PatientInnen anzupassen.

3. Methodik

Das Ziel dieser Arbeit war es, das eigene Erleben beziehungsweise den Prozess, den die alten Menschen bis zu ihrer Diagnosestellung durchgemacht haben, sichtbar zu machen. In weiterer Folge sollten Punkte aufgezeigt werden, an denen angesetzt werden kann, um den Leidensprozess zu verkürzen und die Lebensqualität der erkrankten Menschen zu erhöhen. Da in der Literatur sehr wenige Informationen bezüglich des Prozesses vor der tatsächlichen Diagnosestellung vorliegen, erschien der qualitative Forschungsansatz als der beste Weg, um das Ziel dieser Arbeit zu erreichen.

Vorab soll jedoch festgehalten werden, dass qualitative Forschungsarbeiten keine Anleitung dafür geben, wie gehandelt werden muss. Sie stellen vielmehr einen allgemeinen Erkenntnisgewinn sowie eine Erweiterung des Wissens über ganz spezielle Situationen dar. Prinzipiell wird der Mensch in der qualitativen Forschung als Ganzes gesehen. Da jeder Mensch Dinge anders wahrnimmt, kann im Rahmen dieser Forschungsmethode jedoch nicht von einer objektiven Wahrheit gesprochen werden. Was als Wahrheit gilt, ist demnach subjektiv. Es geht stets darum, die persönlichen Erfahrungen eines Menschen in seinem natürlichen Umfeld zu erfassen und seine Perspektiven wahrzunehmen und zu begreifen. Zu den bedeutendsten Ansätzen der qualitativen Forschung zählen die Grounded Theory, die Phänomenologie, die Ethnografie sowie die objektive Hermeneutik (Mayer, 2002).

Im Rahmen dieser Arbeit wurde mit der Grounded Theory, welche nachfolgend noch näher beschrieben wird, gearbeitet. Diese Methode eignete sich für den Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit am besten, da sie darauf ausgelegt ist, herauszufinden, wie bestimmte Prozesse ablaufen, um daraus erklärende Theorien für das soziale Verhalten abzuleiten.

3.1. Grounded Theory

Die Grounded Theory verfolgt im Gegensatz zu anderen qualitativen Forschungsmethoden das Ziel, systematisch eine Theorie zu entwickeln. Es geht nicht darum, ein spezielles Phänomen zu beschreiben (Strauss & Corbin, 1996). Als Begründer dieser Methode sind Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss hervorzuheben. Sie entwickelten die Grounded Theory auf Basis der Theorie des symbolischen Interaktionismus (Mayer, 2002).

Gegenstand der Methode ist es, soziale Prozesse aus der Sicht der menschlichen Interaktion zu untersuchen und zu verstehen. Aus den gefundenen Daten sollen Theorien abgeleitet werden, die das menschliche Verhalten sowie gesellschaftliche Abläufe erklären. Die im Zuge der Anwendung der Grounded Theory entwickelten Theorien werden als „gegenstandsbezogen“ deklariert, da sie direkt der Wirklichkeit der UntersuchungsteilnehmerInnen entwachsen beziehungsweise aus den Daten heraus entstehen (Mayer, 2002).

Um ein Forschungsvorhaben starten und im Endeffekt eine Theorie entwickeln zu können, gilt es zu Beginn eine Forschungsfrage zu formulieren. Sie erleichtert den Einstieg und soll dem Forscher immer wieder helfen bei seinem Forschungsinteresse zu bleiben und nicht abzuschweifen. Sollte sich der Forscher doch einmal in seinen Daten verlieren, so kann die Ausgangsfrage immer wieder zur Klärung beitragen. Grundsätzlich sind die anfänglichen Schritte im Rahmen der Grounded Theory denen anderer qualitativer Methoden sehr ähnlich. Zuerst wird beobachtet und befragt und in einem nächsten Schritt geordnet und klassifiziert. Im weiteren Verfahren ergibt sich jedoch ein Unterschied zu den anderen Ansätzen. Bei der Grounded Theory verläuft der Forschungsprozess nämlich nicht linear, sondern zyklisch. Das heißt, Datensammlung und Datenanalyse wechseln sich ab (Strauss & Corbin, 1996).

Bei Untersuchungen, die sich der Methode der Grounded Theory bedienen, spielt neben dem Einsatz von Fachliteratur auch die nichtfachliche Literatur eine bedeutende Rolle. Briefe, Tagebücher, Berichte oder ähnliche Materialien stellen eine nicht zu vernachlässigende Datenquelle und eine wertvolle Ergänzung dar (Strauss & Corbin, 1996).

Bei der Auswertung im Rahmen der Grounded Theory spielt die theoretische Sensibilität des Forschers eine bedeutende Rolle. Sie stellt eine wichtige Eigenschaft dar, um den gefundenen Daten Bedeutung verleihen sowie Feinheiten

und Zusammenhänge erfassen zu können. Weiters geht es dabei um die Fähigkeit, wichtige von unwichtigen Gegebenheiten trennen zu können. Im Rahmen des Analyseverfahrens, in welchem es um ein sorgfältiges Kodieren der Daten geht, wird häufig auch mit Memos und Diagrammen gearbeitet, welche ihrerseits eine Unterstützung dahingehend bieten, Zusammenhänge verstehen zu können (Strauss & Corbin, 1996).

Grundsätzlich können bei der Grounded Theory drei Typen des Kodierens unterschieden werden. Zuerst wird „offen“ kodiert, danach spricht man vom „axialen“ Kodieren, bis es dann in einem letzten Schritt zum „selektiven“ Kodieren kommt. Beim offenen Kodieren steht das Aufbrechen des gefundenen Datenmaterials im Vordergrund. Dabei werden inhaltliche Themen herausgegriffen und bereits einzelne Kategorien, deren Eigenschaften sowie dimensionale Ausprägungen ermittelt. Das axiale Kodieren bringt die im Rahmen des offenen Kodierens gefundenen Daten auf eine neue Art und Weise in Zusammenhang. Es geht bereits darum, Verbindungen zwischen den Kategorien zu erfassen. Auch sollen dabei Subkategorien mit den jeweils passenden Kategorien zusammengeführt werden. Den im Rahmen der Grounded Theory letzten auszuführenden Schritt, stellt das „selektive“ Kodieren dar. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Identifizierung der Kernvariablen des betrachteten Phänomens (Strauss & Corbin, 1996).

3.2. Stichprobengrundlage

3.2.1. Einschlusskriterien

Folgende Kriterien waren auf der Suche nach potentiellen InterviewpartnerInnen relevant:

- männlich oder weiblich
- 65 Jahre oder älter
- erstmalig im Alter auftretende Depression
- Mini- Mental- Status Test: mindestens 26 Punkte
- freiwillige Teilnahme

3.2.2. Rekrutierung

Um an potentielle InterviewpartnerInnen zu gelangen, wurde Kontakt zur Landesnervenklinik Wagner-Jauregg in Linz (OÖ) aufgenommen. Um die Untersuchung in diesem Krankenhaus durchführen zu können, wurde zu allererst das Einverständnis der ärztlichen sowie der Pflegedirektion eingeholt. Danach fand ein Informationsgespräch mit dem Primar der neurologisch-psychiatrischen Gerontologie dieser Krankenanstalt statt, in welchem auch dessen Zustimmung zur Durchführung der Untersuchung erfolgte. Innerhalb dieser neurologisch-psychiatrischen Gerontologie wurde Kontakt zu vier Stationen sowie zur geronto-psychiatrischen Tagesklinik aufgenommen. Neben den OberärztInnen wurden dabei die jeweiligen Stationsleitungen, ebenfalls persönlich und mit einem Informationsbrief, über die geplante Untersuchung informiert.

Durch regelmäßigen Kontakt mit den ÄrztInnen konnte in Erfahrung gebracht werden, ob sich ein geeigneter Interviewpartner beziehungsweise eine geeignete Interviewpartnerin in stationärer Behandlung befindet. War dies der Fall, so konnte nach dem Einverständnis der ÄrztInnen sowie in Absprache mit den Stationsleitungen ein Termin zur ersten Kontaktaufnahme mit den potentiellen InterviewpartnerInnen fixiert werden. In einem Einführungsgespräch wurde jeder mögliche Teilnehmer beziehungsweise jede mögliche Teilnehmerin einzeln sowohl mündlich als auch mit Hilfe eines Informationsbriefes, über das Vorhaben

aufgeklärt. Es wurde jeweils darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an dieser Studie freiwillig ist und bei Zustimmung auch jederzeit, das heißt auch bei einem bereits begonnenen Interview, wieder widerrufen werden kann. Weiters wurde jedem Anonymität sowie die vertrauliche Behandlung des Materials zugesichert. Um die potentiellen InterviewpartnerInnen für eine Teilnahme zu motivieren, wurde im Einführungsgespräch besonders auf die Nützlichkeit ihrer persönlichen Erfahrungen für die Pflege eingegangen. Es wurde betont, dass durch ihre Erfahrungswerte, die Pflegekräfte und Personen anderer Gesundheitsberufe, die Erlebnisse und Probleme älterer Menschen mit einer Depression in Zukunft noch besser verstehen und die betroffenen Menschen durch eine frühzeitige und effiziente Behandlung bei der Bewältigung dieser Krankheit unterstützen können. Nachdem das wesentlichste besprochen wurde und eine Zusage zur Teilnahme erfolgte, wurde ein für die PatientInnen zeitlich passender Termin für das Interview vereinbart.

3.2.3. Freiwillige Teilnahme und „informed consent“

Um von einer freiwilligen Teilnahme sprechen zu können, ist es im Allgemeinen sehr wichtig, die TeilnehmerInnen noch vor Beginn der Untersuchung ausführlich über deren Ziel, Zweck, die genaue Vorgehensweise, aber auch über möglicherweise auftretende Risiken aufzuklären. Weiters sollen die UntersuchungsteilnehmerInnen genau über ihre Rolle informiert werden. Wichtig ist dabei, stets eine verständliche Sprache zu wählen. Außerdem soll die Informationsweitergabe in mündlicher und /oder in schriftlicher Form geschehen. Einen wesentlichen Aspekt stellt es dar, die TeilnehmerInnen nicht unter Druck zu setzen, sondern ihnen einen freiwilligen Entschluss zu ermöglichen. Sie müssen über ihr Recht aufgeklärt werden, die Teilnahme ablehnen beziehungsweise auch später jederzeit aus der Untersuchung aussteigen zu können (Mayer, 2002). All diese Punkte wurden im Rahmen dieser Arbeit berücksichtigt, was bereits aus dem Kapitel 3.2.2 hervorgeht.

Um die Bereitschaft an der Untersuchung teilzunehmen zu bestätigen, mussten die TeilnehmerInnen auf der von der Forscherin vorgefertigten Einverständniserklärung, auch „informed consent“ genannt, unterschreiben. Im

Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde der Titel der Arbeit auf der Einverständniserklärung sowie auf den Informationsblättern für die InterviewpartnerInnen ein wenig abgeändert, um diese nicht zu überrumpeln, sondern behutsam an das doch sehr persönliche Thema heranzuführen. Anstatt des eigentlichen Titels „Depression im Alter“, wurde die Überschrift „Gefühlsveränderungen im Alter“ gewählt. Nachdem der Inhalt der Einverständniserklärung noch einmal im Einzelnen mit den TeilnehmerInnen durchgegangen wurde, bekamen diese noch die Möglichkeit, Fragen zur Studie sowie zur Person der Untersucherin zu stellen. Sie bekamen alle Informationen, die sie benötigten, um sich für ein Mitwirken zu entscheiden.

Vor jedem Interview wurde gesondert darauf hingewiesen, dass das Gespräch mit Hilfe eines Diktiergerätes aufgezeichnet wird, wobei es den TeilnehmerInnen jedoch freistand, diese digitale Aufnahme zu verweigern. Bei Ablehnung der Tonbandaufnahme mussten vom Forscher beziehungsweise der Forscherin detaillierte Notizen über die Aussagen der InterviewpartnerInnen gemacht werden. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung konnte jedoch jedes Interview aufgezeichnet werden. Die rekrutierten Personen wurden weiters darüber informiert, bei zusätzlich auftretenden Fragen - neben der Forscherin - auch deren Betreuerin Dr. Linhart kontaktieren zu können.

Nach der Einwilligung und der Unterschrift auf der Einverständniserklärung wurde jedem Teilnehmer beziehungsweise jeder Teilnehmerin eine Kopie dieser schriftlichen Zusage zur Verfügung gestellt. Die unterschriebenen Erklärungen wurden vertraulich behandelt und separat von den digitalen Aufnahmen und den Transkripten aufbewahrt.

3.3. Methode der Datenerhebung

Bei der Datenerhebungsmethode, welche im Rahmen dieser Untersuchung zum Einsatz kam, handelte es sich um Interviews, das heißt um persönliche Befragungen, die von Angesicht zu Angesicht und zu einer von den TeilnehmerInnen gewünschten Zeit stattfanden.

Das Interview wird gerade bei qualitativen Forschungen sehr häufig als Methode der Datenerhebung eingesetzt, da sich damit speziell die Erlebnisse, Ansichten oder auch Empfindungen der UntersuchungsteilnehmerInnen gut erfassen lassen. Bei einem halbstandardisierten beziehungsweise semi-strukturierten Interview, wie es im Rahmen dieser Arbeit eingesetzt wurde, wird der Gesprächsverlauf durch einen vom Forscher beziehungsweise von der Forscherin vorgefertigten Interviewleitfaden gelenkt. Dieser Leitfaden dient zur Unterstützung bei der Gesprächsführung. Die darin aufscheinende Reihenfolge beziehungsweise Formulierung der einzelnen Fragen ist jedoch nicht verbindlich. Die Fragen sollen hinsichtlich der Reihenfolge und Formulierung stets der jeweiligen Interviewsituation entsprechen. Weiters steht es dem Interviewer beziehungsweise der Interviewerin frei, auch Zwischen- sowie Verständnisfragen einzubauen (Mayer, 2002).

Bei der Datensammlung im Rahmen dieser Arbeit wurden offene Fragen, den Weg bis zur Diagnosestellung betreffend, gestellt. Neben Fragen bezüglich des Auslösers, der aufgetretenen Gefühlsveränderungen beziehungsweise Veränderungen des Lebensrhythmus wurden auch die Reaktionen des sozialen Umfeldes thematisiert. Weiters wurden speziell der eigene Umgang mit der veränderten Stimmung sowie der Ablauf der Diagnosestellung und die Therapien angesprochen.

Um eine entspannte Gesprächsatmosphäre zu schaffen, stellt besonders der Raum, in welchem das Interview stattfindet, ein wichtiges Kriterium dar. Da die Interviews in der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg in Linz durchgeführt wurden, standen als Räumlichkeiten neben dem eigenen Zimmer der PatientInnen auch Therapieräume zur Verfügung. Um ein ungestörtes Gespräch führen zu können, wurde meist ein Therapieraum gewählt. Bei den geführten Interviews war nie eine dritte Person anwesend und die Befragungen dauerten im Durchschnitt eine bis eineinhalb Stunden. Wie bereits erwähnt, gaben auch alle InterviewpartnerInnen das Einverständnis dazu, das Gespräch auf Tonband aufzuzeichnen.

Für eine entspannte Interviewsituation war das anfängliche Gespräch, in dessen Rahmen auch die Einverständniserklärung unterschrieben wurde, sehr hilfreich. Dadurch konnte die Nervosität beziehungsweise die Hemmung der TeilnehmerInnen, über ein doch sehr persönliches Thema zu sprechen, abgeschwächt werden. Im Allgemeinen konnte das Eis stets rasch gebrochen und eine angenehme Interviewsituation geschaffen werden.

3.4. Beschreibung der TeilnehmerInnen

Insgesamt erklärten sich zehn Personen bereit für ein Interview, in welchem sie über ihre Erfahrungen mit einer Depression im Alter berichteten. Die Geschlechterverteilung gestaltete sich folgendermaßen: Acht Frauen und zwei Männer stimmten einer Teilnahme zu.

Am Anfang eines jeden Interviews wurden persönliche Daten wie das Geburtsdatum, der Familienstand, die Zahl der Kinder sowie die Zahl der Geschwister, der Wohnort, der Beruf und die Mitgliedschaft in einem Verein erhoben. Dieser Einstieg in das Interview konnte stets als förderlich für einen guten Beziehungsaufbau zwischen den TeilnehmerInnen und der Forscherin wahrgenommen werden.

Die Altersspanne der TeilnehmerInnen reichte von 70 bis 84 Jahren. Bezüglich des Familienverhältnisses lässt sich anführen, dass fünf der UntersuchungsteilnehmerInnen verheiratet sind, zwei verwitwet, eine Teilnehmerin geschieden ist und zwei TeilnehmerInnen ledig sind. Acht der TeilnehmerInnen haben Kinder, einer Frau ist der einzige Sohn bereits verstorben und ein Mann gab an, keine Kinder zu haben. Neun der Teilnehmerinnen waren früher berufstätig und eine Frau berichtete, als Hausfrau tätig gewesen zu sein. Um zu erfahren, ob die InterviewpartnerInnen noch viel Kontakt zu anderen Menschen beziehungsweise sozialen Gruppen haben, wurde anfangs auch die Frage nach einer Vereinszugehörigkeit gestellt. Dabei gaben sechs TeilnehmerInnen an, in einem Verein mitzuwirken. Vier führten an, kein Vereinsmitglied zu sein.

Wichtig ist auch anzumerken, dass alle Befragten vor dem Krankenhausaufenthalt zu Hause lebten. Außerdem soll an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen

werden, dass es sich bei allen InterviewpartnerInnen um eine erstmals im Alter aufgetretene Depression handelte.

3.5. Datenanalyse

Im Rahmen dieser empirischen Arbeit wurden zehn Interviews geführt. Diese wurden transkribiert, wobei stets darauf geachtet wurde, die Anonymität der TeilnehmerInnen zu wahren. Alle die Personen identifizierenden Daten wurden entfernt. Danach wurde mit der Analyse des Materials nach der Methode der Grounded Theory begonnen. Da aus Zeitgründen lediglich zehn Interviews geführt wurden, musste der Auswertungsprozess nach dem axialen Kodieren abgebrochen werden. Durch die geringe Zahl der Interviews konnte keine Datensättigung erreicht werden, wodurch der letzte Schritt im Rahmen der Grounded Theory, das selektive Kodieren, nicht mehr ausgeführt werden konnte. Am Beginn der Datenanalyse stand das offene Kodieren. Dabei wurden die Daten aufgebrochen. Es wurde Zeile für Zeile kodiert und Namen für darin enthaltene wichtige Vorfälle vergeben. Es wurden Konzepte benannt, welche ihrerseits wieder zu Kategorien zusammengefasst wurden. In einem nächsten Schritt wurden diese provisorisch gebildeten Kategorien auf eine neue Art und Weise zusammengesetzt beziehungsweise Subkategorien sowie deren Ausprägungen gebildet. Schlussendlich wurde versucht, die einzelnen Daten miteinander in Verbindung zu bringen und ein erstes Erklärungsmodell zu erstellen.

3.6. Gütekriterien

Im Rahmen von Forschungsarbeiten stellen Gütekriterien einen sehr wichtigen Aspekt dar. Mithilfe dieser Kriterien ist es möglich, die Qualität der Forschungsergebnisse zu beurteilen (Mayer, 2002). Anders als bei der quantitativen Forschung gibt es bei der qualitativen Forschung jedoch keine einheitlichen Gütekriterien, die von allen anerkannt werden. Je nach AutorIn weichen die Kriterien bezüglich ihrer Anzahl, Bezeichnung und Priorität ein wenig voneinander ab. Der Kern der Aussage ist jedoch bei allen gleich (Mayer, 2007).

Mayer erwähnt drei Güterkriterien, die für die Beurteilung eines qualitativen Forschungsergebnisses herangezogen werden können:

- Glaubwürdigkeit
- Folgerichtigkeit
- Angemessenheit (Mayer, 2007, S. 101).

Mit dem Kriterium der Glaubwürdigkeit soll beurteilt werden, ob die Interpretation des Forschers beziehungsweise der Forscherin aus der Sicht der TeilnehmerInnen beziehungsweise aus der Sicht anderer mit der Wissenschaft betrauter Menschen korrekt ist (Mayer, 2007). Im Rahmen dieser Arbeit wurden die Ergebnisse laufend mit der Betreuerin Dr. Linhart besprochen. Weiters kann durch die Vergleichbarkeit mit den zu diesem Thema bereits vorliegenden Forschungsergebnissen auf die Richtigkeit der Daten geschlossen werden.

Das Kriterium der Folgerichtigkeit beleuchtet, ob die Arbeit von Anfang bis zum Ende auch nachzuvollziehen ist (Mayer, 2007). Da im Rahmen dieser Arbeit eine ausführliche Dokumentation aller Schritte der Forschung erfolgte und die Erkenntnisse im Anschluss detailliert beschrieben werden, gilt auch dieses Kriterium als erfüllt.

Das Kriterium der Angemessenheit bezieht sich auf die Genauigkeit. Die Wirklichkeit der UntersuchungsteilnehmerInnen soll dabei so detailliert wie möglich dargestellt werden, um den LeserInnen eine Beurteilung - hinsichtlich der Wichtigkeit der Ergebnisse - für ihre praktische Arbeit zu ermöglichen (Mayer, 2007). In dieser Arbeit wurde die Wirklichkeit der TeilnehmerInnen sehr ausführlich beschrieben und vor allem mit Zitaten belegt, weshalb man auch hier davon ausgehen kann, dass das Kriterium erfüllt wurde.

Die Reflexivität stellt im Rahmen einer qualitativen Forschung ein ebenfalls wichtiges Kriterium dar. Hierbei geht es darum, das Bewusstsein des Forschers beziehungsweise der Forscherin dafür zu schärfen, dass unter anderem jegliche Vorbereitungen und die eigene Einstellung sowie das Verhalten im Allgemeinen die Interviewsituation und damit die zu gewinnenden Daten beeinflussen. Diese Einsicht soll dazu beitragen, den Datengewinnungsprozess auf eine Art und Weise zu gestalten, die es gestattet, möglichst unverzerrte Daten zu erhalten (Hall & Callery, 2001). Um im Rahmen dieser Arbeit möglichst sicherzustellen, dass mein Tun und Handeln beziehungsweise meine eigene Sichtweise zum Thema

„Depression im Alter“ die Datensammlung so wenig wie möglich beeinflusst, war es stets hilfreich, meine Vorgehensweise sowie meine Vermutungen mit meiner Betreuerin Dr. Linhart zu diskutieren. Aber auch durch das Verfassen von Memos habe ich stets versucht mich selbst zu kontrollieren.

4. Erkenntnisse

Die im Rahmen dieser Diplomarbeit interviewten Personen haben einen harten Weg hinter sich. Sie alle sind an Depressionen erkrankt, wobei die tatsächliche Diagnose erst sehr spät und nach individuell unterschiedlichen, aber leidvollen Erlebnissen gestellt wurde.

Für viele wurde im Endeffekt das Leid so groß, dass sie selbst, mitunter auch auf Anraten ihres Umfeldes, die Initiative ergriffen und den Arzt, meist den Hausarzt, aufsuchten. Schlussendlich wurde fast allen InterviewteilnehmerInnen vom Hausarzt eine Depression diagnostiziert, welcher dann auch den Anstoß zu einem Krankenhausaufenthalt gab.

Der Weg bis zur tatsächlichen Diagnosestellung gestaltete sich variantenreich und verlief von Person zu Person sehr unterschiedlich. Bei näherer Betrachtung des Interviewmaterials konnten jedoch mit Hilfe der Methode der Grounded Theory Gemeinsamkeiten gefunden werden. Im Folgenden sollen nun die Erfahrungen, die die befragten älteren Menschen in Bezug auf ihre Depression gemacht haben, in verallgemeinerter Form, belegt durch Zitate aus den Interviews, dargestellt werden.

4.1. Auslöser

Allen Ereignissen im Leben liegt ein bestimmter Auslöser beziehungsweise Ausgangspunkt zu Grunde. Auch Depressionen im Alter haben eine Ursache.

Im Rahmen der geführten Interviews wurden viele verschiedene Faktoren genannt, welche zu einer Depression im Alter beitragen können. Neben den eher vorhersehbaren Veränderungen im Zuge des Alterungsprozesses spielen auch unerwartet auftretende und in Folge belastende Ereignisse eine bedeutsame Rolle. Die Hauptkategorie „Auslöser“ setzt sich somit aus den beiden Subkategorien Veränderung und Belastung zusammen, welche ihrerseits wieder in Dimensionen zerlegt werden können. Nachfolgend werden die beiden Subkategorien sowie deren Ausprägungen näher beschrieben.

4.1.1. Veränderung

Aus den geführten Interviews konnte gefiltert werden, dass sich das Wort „Veränderung“ auf die im Zuge des Alterungsprozesses eher absehbaren Ereignisse im Leben bezieht, welche aber trotz ihrer Vorhersehbarkeit dazu beitragen können, das seelische Wohlbefinden aus dem Gleichgewicht zu bringen. Eine sehr große Veränderung bei älteren Menschen stellt der Übergang von der Erwerbstätigkeit ins RentnerInnenendasein dar. Aber auch die abnehmende Widerstandskraft beziehungsweise Leistungsfähigkeit im Alter kann tiefgreifende Spuren bei den Menschen hinterlassen und zu einer Verschlechterung der Stimmung beitragen. Weiters können neben diesen bereits genannten Veränderungen auch die im Alter häufig abnehmenden sozialen Kontakte in diese Kategorie eingeordnet werden. Demgemäß lässt sich die Subkategorie „Veränderung“ in die drei Aspekte: Eintritt ins Rentenalter, reduziertes Leistungsvermögen und reduzierte soziale Kontakte aufspalten.

4.1.1.1. Eintritt ins Rentenalter

Der Eintritt ins Rentenalter stellt einen neuen Lebensabschnitt dar, welcher für viele Menschen erst einmal gewöhnungsbedürftig und auch belastend sein kann. Einen in diesem Zusammenhang häufig verwendeten Begriff stellt der „Pensionsschock“ dar. Plötzlich fällt die Beschäftigung weg und die Menschen fühlen sich oft nicht mehr gebraucht und folglich auch nicht mehr so wertvoll. Das Gewöhnen an beziehungsweise das Annehmen dieses neuen Lebensabschnittes erfordert häufig viel Zeit. Die Herausforderung besteht darin, den Alltag auf andere Weise - ohne eine berufliche Tätigkeit - zu gestalten. Weiters kommt in dieser Phase oftmals das Gefühl der Einsamkeit dazu.

Ein Interviewpartner hat den Übergang ins Rentenalter sehr genau und damit gut nachvollziehbar beschrieben:

Naja das ist so (,) jetzt auf einmal hat man dann (,) fällt die Arbeit alles weg (,) es ist dann ah ah das geht einem dann ab ist e klar das ist man gewöhnt jeden Tag bei den Leuten zustellen nicht und dann war aber das nicht mehr (,) und ich war im Ort Zusteller

nicht und da habe ich natürlich dann das Problem gehabt nichts mehr zu tun (,) nicht (,) ich bin in den Ort hinunter gefahren und wieder heim gefahren weil ich ja nichts zu tun gehabt hab aber das war der Schock von der Pension

Auf die Frage, wie sich dieser Schock genau geäußert hat bzw. welche Gefühle dabei zum Vorschein kamen, lautete seine Antwort:

*Ja gefühlt habe ich mich da (..) als weniger ah ah (,) weniger beansprucht hald oder weniger weniger wert
Nennen wir es ja also nicht mehr so wertvoll oder so so wie in der ganzen ganzen ah Sache drinnen wenn man da täglich weiß also das ist zu tun und das und auf einmal fällt alles weg*

Bezüglich der auftretenden Symptome erwähnte der Interviewpartner Folgendes:

*Naja a bissal a so a zeitlang (,) nicht (,) weiß ich nicht wie man es nennt oder schreibt (,) zeitlang zeitlang (,) das ist ein bisschen eine (,) eine Sache die man (,) nur selber fühlen kann das kann keiner mit dir fühlen die zeitlang die die einfach nicht mehr (,) das was dann nicht mehr so beansprucht und und du bist (,) fast nicht als Arbeitnehmer beschäftigt jetzt geht dir das fürchterlich ab und und bis dass du dann wieder in das andere hineinkommst dass du das wieder kannst dann ste vergeht hald eine Zeit
Ja dass das die zeit die zeitlang die zeitlang ah (..),(...) also die nicht beschäftigt sein nicht (,) weil jeder Mensch der sein Lebtage viel gearbeitet hat der ist das gewohnt nicht (,) dass es alle Tage Arbeit gibt nicht und dann auf einmal ist hald der die (,) da kommen dann die Jungen und die übernehmen dann und die machen das anders und und selber gibt man auch verschiedenes ah auf also ich ich hab die Landwirtschaft aufgegeben und dann bei der Post aufgeben nicht (,) alles miteinander weg und das ist dann das (,) Problem (,) wo man fertig werden muss nicht dass man nicht versumpft da (,) weil*

Beschäftigung ist sehr wichtig ist sehr wichtig für einen Menschen

Eine andere Interviewpartnerin beschrieb den Übergang in das Rentendasein wie folgt:

Naja ja am Anfang war es schwer (,) da habe ich noch so viel Kraft gehabt und da habe ich mir gedacht mein Gott nein ich möchte arbeiten

4.1.1.2. Reduziertes Leistungsvermögen

In den Interviews wurde immer wieder die Leistungsfähigkeit beziehungsweise die Widerstandsfähigkeit im Alter thematisiert. Aufgrund gehäufte gesundheitlicher Probleme aber auch aufgrund der Bewegungseinschränkungen, die der Alterungsprozess mit sich bringt, gestalten sich gewisse Tätigkeiten bei den älteren Menschen als große Herausforderung. Viele Dinge können nicht mehr so einfach aus eigener Kraft bewältigt werden, was dazu führt, dass Aktivitäten aufgegeben beziehungsweise eingeschränkt werden müssen.

Eine Interviewpartnerin beschrieb die abnehmende Leistungsfähigkeit wie folgt:

Hab ich mir hald Gedanken gemacht oft ja wie wird das weitergehen (,) oder ich hab es auch gespürt mein Mann hilft mir nicht das Putzen ist mir schon zu stark (,) und jetzt bin ich so weit (,) Fenst Vorhänge aufhängen kann ich nicht mehr beim Fensterputzen bin ich mir unsicher (,) ob ich nicht hinausfalle (,) das habe ich ja früher nicht gekannt (,) oder auch Boden aufwischen das ist mir zu stark (,) das schaffe ich nicht mehr

Ein anderer Interviewpartner erwähnte bezüglich der abnehmenden Ressourcen im Alter Folgendes:

Das ist durch die Über Überstrapaz ah die Überarbeiten und und so denke ich (,) nicht (,) da kommt man hald dann im Alter auf einen Punkt einmal (,) wo hald das alles nicht mehr so hinhaut

4.1.1.3. Reduzierte soziale Kontakte

Eine ebenfalls bedeutende und einschneidende Veränderung bei Menschen höheren Alters stellt die Reduktion beziehungsweise das Fehlen der sozialen Kontakte dar. Mitunter kann auch das zu einer getrübten Stimmung beitragen und letztendlich eine Depression im Alter begünstigen.

Eine Frau schilderte die Veränderung bezüglich der sozialen Kontakte wie folgt:

Ja die sind auch alle so so wie soll ich sagen so (,) können auch nicht mehr weit gehen und und sind alle schon so beieinander (,) eine ist gestorben (,) wir waren früher sehr viel beieinander (,) weil ich habe das Auto gehabt und da da war hald das Auto voll und da sind wir hinaus gefahren und das war schön (,) da sind wir ein bisschen spazieren gegangen dann sind wir wieder heim haben einen Kaffee getrunken (,) ja und das das ist jetzt nicht mehr (,) jetzt ist nur mehr eine (,) aber die ist auch schon 85 Jahre und kann auch nicht mehr so und hat auch mit den Knien zu tun (,) ja (,) dann hat sie Herzinfarkt gehabt und so kommt man alleine an

4.1.2. Belastung

Neben den bereits beschriebenen Veränderungen kann eine depressive Verstimmung auch durch verschiedenste Belastungen ausgelöst werden. Belastungen werden hierbei als Ereignisse deklariert, die durch eher unvorhersehbare Faktoren herbeigeführt werden.

Was genau jemand als Belastung bezeichnet, ist jedoch von Person zu Person sehr unterschiedlich. Aus den im Rahmen dieser Diplomarbeit geführten Interviews konnten drei Bereiche abgeleitet werden, die individuell als besonders bedrückend beschrieben wurden.

Die Aufspaltung des Begriffes erfolgte demnach in Körperlichkeiten, Verlusterlebnisse und negative familiäre Umstände.

Diese drei Begrifflichkeiten werden im Folgenden näher beschrieben und mit Zitaten belegt.

4.1.2.1. Körperlichkeiten

Körperliche Beschwerden spielen gerade bei der älteren Generation eine bedeutende und nicht zu vernachlässigende Rolle. Alte Menschen leiden gehäuft an einer oder auch mehreren körperlichen Erkrankungen, welche die Lebensqualität mitunter enorm beeinträchtigen und zu Depressionen führen können. Auch mit der im Alter oft längeren Genesungsdauer kann unter Umständen eine depressive Verstimmung einhergehen.

In den Interviews wurden neben Operationen, die verschiedensten körperlichen Erkrankungen beziehungsweise Beschwerden angeführt, welche von den Betroffenen als große Belastung erlebt und auch als Mitverursacher ihrer Depression eine Rolle spielten.

Eine Frau berichtete beispielsweise über ihre veränderte Stimmung nach einer Lungenembolie:

Ja (räuspert sich) ich bin ich hab Lungenembolie gehabt (,) da das war dann ganz krass dann bin ich (,) heim gekommen da bin ich (,) von Dienstag bis Samstag auf der Intensiv gelegen und dann haben sie mich hinauf auf die Interne und am Mittwoch

haben Sie mich schon nach Hause geschickt und ich hab so gezittert (da unten) (,) ich war noch gar nicht ausgeheilt (,) und nach ein paar Tagen ist es losgegangen ich habe nicht schlafen können (,) ich habe fünf Wochen nichts geschlafen (,) ich habe nicht können

Eine andere Interviewpartnerin erwähnte wiederum eine Grippe als Auslöser für ihre Depression:

Ausgelöst hat es eigentlich eine Grippe (,) weiß ich noch (,) die (,) da ist dann so eine eine Veränderung direkt eingetreten (,) weil ich habe hohes Fieber gehabt das weiß ich noch (,) und dann habe ich die Depressionen bekommen

Auch Probleme mit dem Blutdruck machen vielen älteren Menschen zu schaffen, wie die folgende Aussage eines Mannes zeigt:

*Ich sitz jetzt da ich hab keine Unternehmenslust nicht (,) mich interessiert nichts weil der Blutdruck so niedrig ist (,) ich hab jetzt einen Blutdruck von von 60 zu 90 (,) also von 90 zu 60
Da ist man nicht so so unternehmungslustig da ist mir fad (,) bei einem niedrigen Blutdruck da ist mir fad (,) nicht (,) da ist man hald nicht so mit Energie nicht das das ist ist hald (,) jetzt heute habe ich zum Beispiel wieder einen Blutdruck von gehabt mit 110 zu 80 und da passt es das kenn ich genau aber wie ich ah am Anfang da hergekommen bin und da mit den Tabletten umgestellt worden bin da hab ich einen Blutdruck gehabt zu 60 zu 90 das (..),(...) da Blutdruck macht das aus nicht (,) der soll hald da immer bei 80 also 130 20 130 zu 80 sein nicht oder ein bisschen niedriger ist (,) ist besser wie zu hoch aber zu niedrig ist auch schlecht ist auch schwierig (,) da kommt man in so ein Stadium hinein wo einen nichts mehr freut (,) da freut dich nichts mehr (,) ma da das ist alles so mühsam*

4.1.2.2. Verlusterlebnisse

Auch Verlusterlebnisse können eine große Belastung darstellen. Gerade ältere Menschen sind häufig mit Ereignissen dieser Art konfrontiert und damit klar zu kommen, fällt vielen schwer.

Eine Interviewpartnerin hat dies sehr treffend formuliert:

Jetzt kommt mir das ja alles erst zur Besinnung (,) früher hat mich das nie gerührt (seufzt) und wenn sie nach der Reihe so wegsterben (..),(...) bin ich jedes Mal so fertig dass ich mein Mann hat mich jetzt schon ah mein Bruder ah bin schon blöd mein mein Sohn hat dann gesagt dann geh ich bald nicht mehr auf die Begräbnisse weil die dir geht das so nahe (,) sage ich ja mir geht es wirklich nahe (,) ehrlich

Speziell der Verlust des Partners, aber auch der der eigenen Kinder oder anderer Freunde und bekannter Personen, ist für viele ältere Menschen schwer zu verkraften und kann zu einer Verschlechterung der Stimmung und im Endeffekt zu einer Depression beitragen.

Eine Interviewpartnerin sprach beispielsweise über den Tod ihres Mannes, welcher ihr sehr zu Herzen geht:

Ich muss ehrlich sagen ich bin fertig jetzt auch durch meinen Mann (,) jetzt kommt mir das erst zum Bewusstsein wissen sie (,) zuerst nicht (weint)
Mein Mann ist schon vor 5 Jahren gestorben (,) der ist vor 5 Jahren leider (,) er es ist mir ewig leid (weint) er war ein guter Mensch (,) er hat alles gemacht (,) er war wenn er können hat alles hat er gemacht

4.1.2.3. Negative familiäre Umstände

Familiäre Angelegenheiten können ebenfalls große Belastungen darstellen und zu einer Verschlechterung des Gefühlszustandes führen. In einigen Interviews wurden Streitigkeiten und Unstimmigkeiten innerhalb der Familie als sehr belastend angegeben. Vor allem Generationenkonflikte können zu einer schwermütigen Stimmung beitragen.

Als weitere negative familiäre Umstände wurde in einzelnen Interviews von Verletzungen oder schweren Erkrankungen wie beispielsweise Krebsleiden naher Angehöriger gesprochen. Ereignisse wie diese können ebenfalls die Gefühlswelt der älteren Menschen aus dem Gleichgewicht bringen. Besonders in diesen Bereichen ist die Aufmerksamkeit der Pflegekräfte und auch der anderen Leute gefragt. Es ist sehr wichtig, das Auge nicht lediglich auf die erkrankte Person zu richten, sondern auch auf deren Umfeld. Gespräche mit den Angehörigen bezüglich deren Befinden und deren Umgang mit dem Schicksal stellen wichtige Anhaltspunkte dar, um eine möglicherweise bevorstehende Depression abzufedern. Besonders alte Menschen haben oft nicht mehr so viel Kraft, die Schicksalsschläge naher Angehöriger effizient zu verarbeiten.

Im Folgenden wird ein Interviewpartner zitiert, dessen Frau und dessen Schwiegersohn schwer erkrankt sind. Möglicherweise hätte diesem Mann viel Leid erspart werden können, wenn auch er einmal nach seinem Befinden gefragt worden wäre:

*(wo) Meine Frau auch einen Schlaganfall gehabt hat (,) voriges Jahr am 10. Mai ist sie da ins Jauregg hergekommen mit einem (,) schweren Schlaganfall rechtsseitig gelähmt (,) ist sie da her gekommen (,) und na ja das war ja auch ah so ah (,) keine (,) nervenaufbauende Sache der Schwiegersohn im Krankenhaus (,) schwer erkrankt an Krebs (,) Bauchspeicheldrüsenkrebs (,) die Frau in Ding im im Jauregg da (,) ah schwebt entweder oder nicht
Dann ist der Schwiegersohn ist e gestorben (,) meine Frau war bis im September im Krankenhaus zuerst da im Ding da (,) Jauregg (,) und dann in (,) in Passau (,) Reha*

Ich hab (,) täglich (,) die Frau besucht (,) weil ich mit dem Arzt geredet hab da im Jauregg und der hat gesagt das ist eine Therapie wenn ich komm (,) weil ich hab gefragt ob das eine Belastung ist wenn wenn weiß ich wie die Frau (,) nein nein sagt er (,) unbedingt so oft was es möglich ist besuchen weil das ist für den Patienten also für den auch eine Therapie (,) nur sie hat sich immer wieder fassen müssen (,) wer bin ich (,) sie hat mich immer gefragt wer bist denn du (?) sie hat mich gar nicht gekannt nicht (,) oder was tust denn du da (?) (,) nicht (,) das ist schon sch sehr bedenklich

Auch die Unterordnung der Frauen gegenüber ihren Männern, wie es in früheren Jahren häufig üblich war, kann als Spätfolge eine depressive Stimmung nach sich ziehen und zählt somit zu einer belastenden Situation im Rahmen des familiären Umfeldes.

Eine Interviewpartnerin erläuterte diesbezüglich Folgendes:

Ich hab nicht mehr mein eigenes Geld gehabt (,) ich habe mich fügen müssen (,) sonst wäre das Zusammenleben mit meinem Mann (,) ich hab meinen Mann nach ah Leben dann nach meinem Mann ausgerichtet und jetzt bin ich so weit dass ich (,) fertig bin eigentlich nervlich fertig

4.2. Auswirkungen

So vielfältig die Auslöser für eine depressive Episode sein können, so vielfältig gestalten sich auch ihre Auswirkungen. Neben den Konsequenzen für die Psyche und den Körper sind auch die kognitiven Einschränkungen sowie möglicherweise auftretende Suizidgedanken besonders ernst zu nehmen.

Weiters haben Depressionen Auswirkungen darauf, wie die Betroffenen ihre Zukunft einschätzen beziehungsweise dieser gegenüberstehen.

All die genannten Begrifflichkeiten, welche als Subkategorien der Hauptkategorie „Auswirkungen“ deklariert wurden, werden im Folgenden näher beschrieben.

4.2.1. Psychische Auswirkungen

In den einzelnen Interviews wurden sehr viele Angaben darüber gemacht, welche psychischen Konsequenzen sich aus einer Depression ergeben können. Um diese Auswirkungen möglichst genau zu erfassen, wurde eine weitere Aufspaltung vorgenommen. Die psychischen Auswirkungen wurden demnach unterteilt in allgemeine emotionale Auswirkungen, Veränderung des Persönlichkeitsbildes sowie in die Selbstwahrnehmung.

4.2.1.1. Emotionale Auswirkungen

Auf welche Weise die Depression bei den einzelnen InterviewpartnerInnen hinsichtlich der Emotionen zum Vorschein kam, wurde hauptsächlich mit Gefühlen der Antriebslosigkeit, der Freudlosigkeit sowie des Interessensverlustes beschrieben.

Eine Interviewpartnerin hat dies wie folgt auf den Punkt gebracht:

Na ja man ist so so antriebslos (,) dass man irgendwie und (,) es freut einen hald nichts mehr (,) das ist das (,) das ist eben das Tief das man hat

Weiters haben manche Betroffene eine erhöhte Reizbarkeit oder auch Nervosität angegeben.

Ein Interviewpartner äußerte sich diesbezüglich folgendermaßen:

Da da ist dann das Nervensystem also angeschlagen worden nicht (,) und seitdem bin ich hald ein bisschen weiß ich (,) ah (,) emotioneller (,) mich regt hald gleich was auf nicht (,) das ist das ist das (,) da kann ich gar nichts dafür (,) kann ich gar nichts dafür das das kommt mit dem Alter daher und das bringt die Zeit mit sich (,) was ist (,) das geht alles auf das Nervensystem

Neben Schuldgefühlen spielte bei einigen auch ein gewisses Schamgefühl eine Rolle. Hinsichtlich des emotionalen Ausdrucks der Traurigkeit ergaben sich

unterschiedliche Aussagen. Einige InterviewpartnerInnen sprachen davon, nur mehr geweint zu haben, andere wiederum beschrieben einen Zustand, indem sie nicht mehr weinen konnten, obwohl ihnen vielleicht manchmal dazu zumute gewesen wäre.

Häufig wurde auch ein so genanntes Morgentief thematisiert, welches von einer Interviewteilnehmerin wie folgt beschrieben wurde:

In der Früh ist das (,) meistens in der Früh (,) nicht abends wenn ich ins Bett gehe sondern in der Früh (,) da bleibe ich dann noch so ein bisschen liegen noch (,) tu so ein bisschen nach ding (,) und dann auf einmal werde ich so schwermütig so und dann muss ich weinen

4.2.1.2. Veränderung des Persönlichkeitsbildes

Eine starke Auswirkung der Depression konnte auch auf das Persönlichkeitsbild der Betroffenen in Erfahrung gebracht werden. Fast alle interviewten Personen klagten über eine Veränderung ihre Persönlichkeit beziehungsweise ihre persönlichen Eigenschaften betreffend. Der lebensfrohe und lustige Mensch, der sie früher einmal waren, existiert nicht mehr und diese Veränderung wahrzunehmen, löste bei vielen Erschrecken beziehungsweise ein befremdendes Gefühl aus.

Ein Mann beschrieb diese Veränderung wie folgt:

Da befasst du dich mit Selbstmord alles (,) das das das habe ich nie geglaubt (,) weil ich war immer ein lebensfroher Mensch und und das hätte ich nie geglaubt dass man so weit kommen kann (,) mit mit mit mit einem so einem Problem (,) wenn die Nerven einfach ah nicht mehr widerstandsfähig sind (,) dass man das nicht mehr packt (,) ist e ein Problem nicht (,) kannst nichts machen

Derselbe Interviewpartner schilderte weiters:

Vorher (,) immer eine starke Natur gehabt nicht (,) starke Nerven und Ding (,) aber mit dem ganzen (,) was passiert ist bin ich bin ich hald ah angeschlagen (,) ich sags ganz ehrlich es ist so (,) da (,) da verbohrt man sich drinnen (,) und und und und (,) man liegt dann mit Tränen im Bett

Eine Interviewpartnerin beschrieb die Veränderung des Persönlichkeitsbildes folgendermaßen:

Ich bin ja an sich ein lebensfroher Mensch und auf einmal (,) wird man da (,) da freut einen nichts mehr (,) man will nirgends mehr hingehen und dann hat mich das auch belastet wenn dann mehr Leute gekommen sind das war mir auch zu viel

4.2.1.3. Selbstwahrnehmung

An Depression erkrankte Personen müssen einem enormen Leidensdruck standhalten. Alles verdunkelt sich und oft macht sich ein Gefühl der Ausweglosigkeit breit. Die persönliche Wahrnehmung der Betroffenen spielt dabei eine ganz zentrale Rolle.

Nachstehend soll das eigene Empfinden der an Depression erkrankten älteren Menschen anhand von Zitaten dargelegt werden.

Zu wissen, wie es im Inneren dieser Menschen aussieht beziehungsweise wie sie selber ihre Krankheit erleben, ist besonders wichtig, um ihnen mehr Verständnis entgegenbringen zu können.

Viele bezeichnen das Erleben einer Depression als subjektive Erfahrung, die nur schwer zu erklären und noch viel schwerer nachzuempfinden ist. Trotzdem sollen die folgenden Zitate zumindest einen Versuch darstellen, den Leidensdruck der Menschen auch für deren Umfeld ein wenig greifbarer und nachvollziehbarer zu machen.

Eine interviewte Frau beschrieb ihre persönlichen Empfindungen wie folgt:

Das ist eben das (,) ja furchtbar (,) man ist so (,) so (..) das kommt auf einmal und dann sagt man ich bin nicht mehr der was ich war (,) es ist alles anders (,) man kommt in so ein tiefes Loch hinein und denkt sich da kommt man nie mehr heraus (,) und sagt sich immer mir kann niemand helfen es hilft nichts

Das ist wie in einem Loch (,) in das ich hineingefallen bin und ich finde nicht heraus

Die Metapher des tiefen Loches bringt in anschaulicher Weise zum Ausdruck, wie sich ein depressiver Mensch fühlen kann beziehungsweise seine Depression empfindet.

Eine andere Interviewpartnerin beschrieb die Krankheit folgendermaßen:

Das ist wie wenn sich da irgendwas auslösen täte im (,) da im Oberstübchen (,) das (,) man kann sich d ah vormachen (,) hm das gibt's doch nicht und man will (,) aber man kommt dann nicht mehr heraus

Wiederum eine andere Interviewpartnerin hat ihre Depression wie folgt wahrgenommen:

Ich war hald so so trübselig (,) ich habe alles schwarz gesehen ich ich habe keine Hoffnung gehabt dass es anders wird

4.2.2. Physische Auswirkungen

Nicht nur auf der psychischen, sondern auch auf der physischen Ebene kommen die Auswirkungen einer Depression zum Tragen. Gerade bei älteren Menschen gilt es, diesem Bereich besondere Beachtung zu schenken. Auf der physischen Ebene werden viele Symptome als zum normalen Alterungsprozess zugehörig angesehen, was jedoch fatale Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der älteren Menschen haben kann. Gerade bei dieser Altersgruppe ist es sehr wichtig, genauer auf die körperlichen Erscheinungen zu achten, da sich dahinter oft Depressionen verbergen können.

Im Folgenden findet eine Unterteilung der physischen Auswirkungen zum einen in Auswirkungen auf den Alltag, wobei dabei speziell die Schlaf- und Essproblematik angesprochen wird und zum anderen in somatoforme Symptome statt.

4.2.2.1. Auswirkungen auf den Alltag

Depressionen können enorme Auswirkungen auf den Alltag haben. Speziell im Bereich Essen und Schlafen treten häufig ernst zu nehmende Konsequenzen auf. Sehr viele der interviewten Personen erwähnten Schlafschwierigkeiten. Neben Einschlafproblemen wurden vor allem das nächtliche Erwachen und die damit in Verbindung stehenden Sorgen, welche dann die Gedanken dominieren, thematisiert.

Folgende Interviewausschnitte sollen zeigen, wie die Betroffenen ihre Schlafschwierigkeiten beschrieben haben. Ein interviewter Mann berichtete beispielsweise Folgendes:

*Bei der Nacht dass man munter wird und du kommst sofort in die
Ding hinein und du kannst nicht mehr schlafen weil dir geht d
durch (,) nicht (,) das Nervensystem ist hald so ah gesteuert vom
Gehirn aus nicht (,) hallerdera (,) dann ah hast (,) hast Probleme*

Eine Frau äußerte sich bezüglich der Schlafproblematik wie folgt:

Ich bin nur herumgesessen und (,) dann habe ich dann habe ich nicht schlafen können ist der Doktor wieder gekommen hat er mir wieder eine Spritze gegeben naja dann ist es wieder ein paar Stunden so (..),(...) dahingegangen

Viele der Befragten berichteten weiters darüber, keinen Appetit mehr gehabt beziehungsweise sich sogar vor dem Essen geekelt zu haben, was teilweise zu einem starken Gewichtsverlust führte.

Eine Frau beschrieb die Essproblematik folgendermaßen:

Und dann hat sich das auf den Magen gelegt nicht (,) weil mitn Essen das war furchtbar (,) ich habe einen Kaffee ah mit mit ah trinken noch früher können aber dann essen nur das Semmerl oder ein Brot was ich hald in der Früh habe nicht (,) das ist mir dann gleich 10 Minuten darauf hoch gekommen wieder (,) naja dann war das Essen wieder umsonst (..),(...) mir war nicht gut dabei

Weiters erzählte die Frau:

*Ich habe nichts mehr essen können weil mir hat vor allem so gegraust
keinen Hunger gehabt keine Durst gehabt nichts (,) ich hab einf ich hätte einfach nicht ich habe mich dann selber oft gezwungen (,) und das war (,) und das war das ich weiß nicht wieso das war (,) ich ich kann das ich kann es nicht sagen weil in unserer Familie war das bei niemandem*

4.2.2.2. Somatoforme Symptome

Einen wichtigen Aspekt hinsichtlich des frühzeitigen Erkennens einer Depression im Alter stellt die Beachtung somatoformer Symptome dar.

Häufig werden die zu Tage getretenen körperlichen Symptome bei den älteren Menschen nicht in einem möglichen Zusammenhang mit einer Depression gesehen, sondern lediglich als isolierte körperliche Beschwerden betrachtet und dementsprechend behandelt. Oft werden diese sogar als normale Erscheinungen im Alter angesehen.

Hier gilt es, radikal umzudenken, den Blick zu schärfen und hinter die Fassade der körperlichen Symptome zu schauen. Nur so ist es möglich, eine sich eventuell dahinter verbergende Depression zu erkennen beziehungsweise einer Verschlimmerung mit geeigneten Behandlungsmaßnahmen frühzeitig entgegenzuarbeiten. Von besonderer Bedeutung ist es also, nicht nur bei den offensichtlichen Beschwerden und Krankheiten der älteren Menschen hängen zu bleiben, sondern auch darüber hinauszuschauen.

Bei den in den Interviews angesprochenen körperlichen Symptomen handelte es sich beispielsweise um die Zittrigkeit, ein starkes Müdigkeits- beziehungsweise Erschöpfungsgefühl, Schwindelanfälle und Übelkeit. Aber auch unerklärliche Schmerzsymptome und vor allem ein plötzlich auftretendes Herzrasen, Brustschmerzen sowie starke Kopfschmerzen wurden thematisiert.

Wie groß und lange der Leidensprozess werden kann, wenn lediglich die körperlichen Symptome Beachtung finden und behandelt werden, soll die folgende Erzählung einer Interviewpartnerin verdeutlichen:

Angefangen hat da der Schmerz (,) links beim Brustbein (,) aber wahnsinnig viel ganz plötzlich (,) dann hab ich eine Zeit gehofft das hört e wieder auf dann bin ich doch zum Arzt gegangen (,) der hat mir Infiltrationen gemacht da (,) ich hab genau d gewusst er (,) erwischt die genau die Stelle wo der Schmerz sitzt (,) es ist einen Tag zwei weggegangen dann war es wieder da (,) ja dann bin ich hald am dritten oder vierten Tag wieder hingegangen (,) ja wieder (,) aber es hat und dann hat der Doktor hat gesagt das müsste eine Woche anhalten (,) bei mir hat es nur ein paar Tage angehalten dass (,) es war immer noch da (,) ich war dann auch

(,) Mitte Jänner im Krankenhaus (,) deswegen (,) die haben in erster Stelle dann nachgeschaut (,) wegen dem Herz und da hab ich die fünf Tage auch fast 15 Infusionen bekommen Schmerzinfusionen (,) es es war (zwar) gedämpft (,) zum Aushalten aber immer noch gespürt das sitzt noch drinnen da (,) ja und dann hat mir dann der Arzt daheim (,) gesagt wie ich wieder (,) zuerst hab ich geglaubt das vergeht e wieder (,) nein es ist wieder ärger geworden dann bin ich doch wieder zum Arzt gegangen (,) und zum Hausarzt und hab ich gesagt was ich jetzt tun soll sagt er Infiltrationen können wir keine mehr machen aber Schmerzinfusionen können wir geben (,) und da hab ich 10 bekommen (,) so jeden Tag eine (,) außer Sonntag (,) Samstag hab ich mir auch noch eine holen können (,) am Donnerstag nicht aber immerhin (,) und bei der siebten Infusion (,) ist dieses Kopfweh aufgetreten (,) der Kopfschmerz (,) von ein ah mitten am Vormittag (,) auf einmal war der da (,) und nicht mehr ist nicht mehr weggegangen (,) und dann hab ich gehofft das vergeht e wieder (,) Anfang Februar war ich dann ein paar Tage komplett erledigt (,) aber wirklich dass ich mir gedacht hab (,) was ist jetzt los jetzt hab ich das Gefühl (,) mit mir geht's dann bald wenn es so weiter geht (,) nicht (,) und dann bin ich doch wieder zum Hausarzt gegangen und dann war die Tochter da die haben eine Praxis miteinander der Vater und die Tochter (,) und (,) hat sie mir Tabletten verschrieben die Seropram (,) hat sie gesagt damit werden Sie besser schlafen (,) weil geschlafen hab ich ja auch überhaupt schon nicht mehr (,) nur mehr wenn ich was genommen hab und das hat oft nicht gescheit geholfen in der Nacht

Ja und der Kopfschmerz ist noch ärger geworden (,) putzen hab ich ja schon auf ein paar Tage aufgeteilt daheim (,) weil ich es nicht mehr geschafft habe (,) ich war wieder fertig ich hab mich auch während dem Kochen niedersitzen müssen ich hab nicht

mehr weitermachen können (,) da haben mich die Schmerzen gezwungen dazu

Das Kopfweh hab ich jetzt seit Anfang Februar (,) ununterbrochen Tag und Nacht (,) gleich quälend (,) und das drückt mich das drückt mich so nieder

Ein im Zusammenhang mit einer Depression sehr häufig auftretendes somatoformes Symptom stellt das Herzrasen dar.

Eine Frau formulierte ihre diesbezügliche Erfahrung folgendermaßen:

Das ist ein furchtbares Gefühl (,) innerlich (,) sag ich immer das kann man niemandem erklären (,) beim Herz tut es weh ja und so stark Herzklopfen

Das ist ein so ein Klammergefühl wie wenn dich wer festhalten täte so (,) und lässt einen nicht aus und man kriegt Angst

Auch das Zittern darf als eine mögliche Folge der Depression im Alter nicht vernachlässigt werden. Hierbei ist jedoch vermutlich die Gefahr sehr groß, dass es als normale Erscheinung im Zuge des Alterns verstanden wird.

Eine Interviewpartnerin berichtete dazu Folgendes:

Ich hab als ganzes gezittert die Hände und Füße (,) wie gestern hab ich dann auch wieder gezittert nach dem (,) Gespräch (,) heute in der Früh auch wieder noch

Bezüglich der Müdigkeit beziehungsweise der Energielosigkeit als körperliche Äußerung berichtete eine andere Frau Folgendes:

Naja ich bin hald dann recht recht müde war ich ich habe nicht die Leistung verbracht wie was ich arbeiten hätte sollen (,) das Kochen war mir dann irgendwie (seufzt) ist mir dann ganz schwer gefallen und die ganze Arbeit ist einfach nicht mehr gegangen

4.2.3. Kognitive Auswirkungen

Auch kognitive Einschränkungen, wie Vergesslichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten oder Orientierungslosigkeit können im Rahmen einer Depression entstehen. Kognitive Beeinträchtigungen können bei den alten Menschen jedoch auch bereits zuvor bestanden haben und ihrerseits ein Mitverursacher der Depression sein. Eine Abgrenzung beziehungsweise die Abklärung, was zuerst in Erscheinung getreten ist, die Depression oder die kognitiven Probleme, ist sehr schwer und bedarf einer genaueren Untersuchung. Eine Interviewpartnerin erzählte in Bezug auf ihre Konzentrationsschwierigkeiten Folgendes:

Ich hab auch in letz jetzt in letzter Zeit daheim beim Kochen sogar Konzentrationsschwierigkeiten gehabt (,) schwierigkeiten (,) ja (,) und (,) da hab ich was gemacht (,) jetzt mach ich das (,) dann bin ich meinetwegen hab ich nebenbei gerade einmal so einen Raum wo ich meine Lebensmittel (,) aufbewahre (,) dann geh ich dort hin (,) wenn ich dort bin (,) wegen was bin ich jetzt da her gegangen (,) das hat mich schon recht gestört (,) furchtbar (,) das hat mich irgendwie auch belastet (,) ist mir dann e wieder eingefallen oder ich bin wieder zurückgegangen und dann hab ich es gewusst (,) aber dann hab ich wieder von anderen gehört ja das geht mir auch so (,) naja hab ich mir gedacht (,) (seufzt) zufrieden bin ich nicht mit der Angelegenheit und und Namen habe ich in letzter Zeit so vergessen (,) oder wie es da jetzt war in der Therapie (,) sobald jemand drein redet kann ich mich nicht mehr konzentrieren (,) da hab ich wie es gestern w gestern ist es mir gut gegangen (,) hab ich auch sehr viel gewusst (,) ist mir sehr viel eingefallen was vorher nicht so war (,) aber dann hab ich was gewusst dann hat immer wer drein geredet und weg war es wieder ist mir auch nicht mehr eingefallen (,) andere Sachen sind mir wieder eingefallen aber das nicht mehr (,) und das ist was was mir auch (,) Bedenken macht (,) schon gewaltige (,) wenn das so bleibt (,) weiß nicht wie es mir draußen dann wieder geht

Eine andere Frau berichtete Folgendes bezüglich ihrer Vergesslichkeit:

Naja da dann ist es so das Gefühl gewesen das halte ich schlecht aus das so so richtig ah ah (,) ich weiß nicht wie ich das beschreiben soll so ein ein Gefühl das das (,) so vergessen wann man also was nicht merken können und (,) und im Gedächtnis hald irgendwie (,) so verloren mehr

4.2.4. Suizidgedanken

Ein zentrales Thema, welches sich in fast allen Interviews wiederfand, stellte der Tod dar. Viele berichteten über Todesgedanken und sahen den Tod als einzigen Ausweg aus ihrer Situation beziehungsweise als Erlösung an.

Irgendwann erreicht der Mensch die Grenze seiner Belastbarkeit. Ein Problem ergibt sich dann, wenn der Suizid als einzige Lösung gesehen wird. Damit die Menschen erst gar nicht so weit kommen, sich mit Todesgedanken und dergleichen zu beschäftigen, ist es wichtig, sie noch vor dieser Phase zu erreichen und abzufangen und sie dabei zu unterstützen, ihr Wohlbefinden beziehungsweise ihre Lebensqualität zurückzuerlangen.

Folgende Interviewausschnitte sollen verdeutlichen, wie aussichtslos den Menschen ihre Situation teilweise erschien und wie verzweifelt sie waren.

Der erste Ausschnitt stammt aus einem Interview mit einem Mann, welcher durch die ständigen Streitigkeiten mit seinem Sohn sehr belastet war und Selbstmordgedanken hegte:

Nein das ist jetzt ah dazu (,) gestoßen mitn Sohn (,) ah der Sohn ist (..) weiß ich (,) auf ah eine Frage von mir sehr unhöflich geworden und hat da geschrien mit mir und weiß ich was (,) und das ein paar Tage hintereinander (,) dann hab ich in der Nacht (,) Gedanken bekommen die also (,) nicht sehr angenehm sind (,) mit (,) dem Leben abrechnen

Weiters führte dieser Interviewpartner aus:

Das hab ich dann schwer verkraftet nicht (,) das hab ich schwer verkraftet (,) da bin ich bei der Nacht also gelegen und und und (,) und mit den Gedanken (,) in Dinge geschwebt wo man sagt da muss ich was tun weil sonst kann es passieren dass es wirklich noch dazu auch kommt (,) nicht (,) wenn immer wieder eine ah ah eine Nadel hineingestochen wird und das hältst du dann nicht mehr aus dann kann es passieren dass du Sachen machst die (..),(...)

Eine Frau berichtete Folgendes:

(seufzt) Man kann das eigentlich nicht (,) es (,) es ist halt nichts mehr es man hat sogar oft (,) bissl Todesgedanken aber (,) wenn es recht schlimm ist dann (,) ist man schon verzweifelt

4.2.5. Zukunftseinschätzung

Hinsichtlich der Auswirkungen dahingehend wie die Betroffenen ihre Zukunft einschätzen, konnten sehr unterschiedliche Aussagen verzeichnet werden. Diese Kategorie wurde deshalb in zwei gegensätzliche Dimensionen aufgespaltet. Während einige Befragte eine optimistische Haltung hinsichtlich ihrer Zukunft einnahmen, konnte bei anderen wiederum eine eher ängstliche Einstellung wahrgenommen werden. Um beide Ausprägungen zu erfassen, wurde die Subkategorie Zukunftseinschätzung weiter unterteilt in einerseits einen optimistischen Blick in die Zukunft und andererseits in Zukunftsängste.

Aufgrund der Verteilung, welche sich im Rahmen der geführten Interviews ergab, liegt jedoch die Vermutung nahe, dass jene Personengruppe mit den Zukunftsängsten die dominantere darstellt.

4.2.5.1. Optimistischer Blick in die Zukunft

Von einigen InterviewpartnerInnen wurden sehr optimistische Aussagen bezüglich der Zukunft getroffen. Für sie stellte die Krankheit keinen Grund dar, sich aufzugeben und die Lebensfreude zu verlieren. Auch wenn ihnen gewisse Einschränkungen aufgrund des Alters beziehungsweise aufgrund der Krankheit bewusst waren, so ließen sie sich dennoch ihren Lebensmut nicht nehmen.

Eine Frau äußerte sich wie folgt:

Nein das wünsche ich niemandem dass es so krass kommt (,) aber jetzt jetzt kann ich wieder was tun (,) es geht langsamer aber das macht nichts ich habe ja Zeit

Eine andere Interviewpartnerin berichtete Folgendes:

Nein ich möchte schon wieder ich ich aufgeben aufgeben tu ich mich nicht (,) ich versuche es schon wieder (,) weil ich habe da meine Freunde wieder wenn ich heim komme

4.2.5.2. Zukunftsängste

Sehr viel häufiger wurden Ängste die Zukunft betreffend angesprochen. Neben der Furcht nicht mehr ganz gesund zu werden beziehungsweise das Leben nicht mehr selbständig bewältigen zu können, wurde auch die Angst vor einem geistigen Abbau sowie vor der Abschiebung in ein Heim geäußert.

Eine Frau beschrieb ihre Angst davor, in ein Pflegeheim abgeschoben zu werden, wie folgt:

Es drückt einen (,) das man ist gedrückt (,) und man ist ein wenig ängstlich weil man nicht weiß was was noch kommt (,) oder mach ich mir wieder Gedanken wenn ja wenn ich einmal so weit komm dass ich ein Pflegefall werde ja dann lande ich sofort im Heim weil mein Mann (,) der schiebt mich dann ab (,) weil er kann das nicht (,) zumindest sagt er so und ich glaub ihm das

auch (,) er (,) er ist einfach nicht der der Mensch (,) das macht mir schon (,) Ge Sorgen

Die Sorge vor einem geistigen Abbau wurde von einer anderen Interviewpartnerin folgendermaßen beschrieben:

Sicher mache ich mir Sorgen wie geht es weiter mit mir (,) weil unter anderem hat die Frau Doktor einmal erw erwähnt es kann sein dass ich (,) geistig abbaue(,) vor dem habe ich Angst (,) weil ich sehe was da los ist das habe ich ja noch nie gesehen (,) nie erlebt (,) und dann mache ich mir schon Sorgen hoffentlich wird das nicht so (,) weil ich will (,) bis zu meinem Ende (,) einfach (,) beieinander sein wie es sich gehört aber (,) das macht mir schon Bedenken

Wie sehr Zukunftssorgen belasten können, wird auch durch folgendes Zitat nachvollziehbar:

Und mit den Sorgen die beschäftigen dich auch (,) bei der Nacht nicht (,) wennst so denkst (..),(...) furchtbar (,) na ja und dann (,) da ist halt das Problem (,) die Sorgen (,) die füllen das dann aus nicht (,) so richtig nicht (,) was wird werden was wird da werden was wird da jetzt werden (,) mein Gott na (,) nein das ist ein Wahnsinn

4.3. Strategie

Hinsichtlich der Strategie, also wie die Menschen selber ihrer Krankheit entgegentraten beziehungsweise versuchten mit ihrer Stimmungsveränderung umzugehen, wurden die unterschiedlichsten Ansatzpunkte deutlich.

In den Interviews wurden einerseits Handlungen, welche als positive Lösungsstrategien, andererseits aber auch solche, welche als negative Lösungsstrategien eingeordnet werden können, genannt.

Im Folgenden wird näher auf diese beiden unterschiedlichen Strategien eingegangen.

4.3.1. Positive Lösungsstrategien

Damit ist gemeint, was die Menschen selbst alles unternommen haben beziehungsweise was ihnen ihrer Ansicht nach helfen würde, um eine Verbesserung der Stimmung zu erreichen. Einerseits spielte dabei die Natur bei vielen eine wichtige Rolle, andererseits wurden auch Gespräche als stimmungsaufbauende Faktoren genannt. Infolgedessen ergab sich die Unterteilung dieser Subkategorie in Naturverbundenheit und Kommunikation.

4.3.1.1. Naturverbundenheit

Viele der befragten Personen gaben an, die Natur als Energiequelle zu betrachten. Aktivitäten wie aus dem Haus gehen und Spaziergänge machen oder Ausflüge unternehmen wurden als besonders gute Ablenkung empfunden. Bei vielen Frauen hatte auch der Garten eine positive Wirkung auf die Stimmung. Sie sprachen von einer großen Freude, welche bei ihnen durch die Gartenarbeit geweckt wurde.

Allgemein zeichnete sich in den geführten Interviews ab, dass die Natur als Quelle der Kraft angesehen wird.

Eine Interviewpartnerin antwortete auf die Frage, was sie selbst unternommen hat, wenn es ihr schlecht ging, wie folgt:

Ja ich bin fortgegangen (,) wir wohnen direkt neben der Krems und da ist so ein schöner Damm und da kann man so schön spazieren gehen (,) und da geh ich hald (,) mein Mann kann nicht mehr so weit aber ich kann schon noch ein bisschen gehen und das das freut mich auch wenn die (,) alles heranwächst

Weiters erwähnte die Frau:

Wir sind sehr viel wandern gegangen (,) immer (,) allerdings schon in Oberöst also in Österreich muss ich sagen Salzburg Steiermark und da (,) ja (,) es war wunderschön (,) das das hat einen dann auch wieder die Natur und das das gibt einem dann wieder so viel

4.3.1.2. Kommunikation

Besonders Gespräche wurden in den meisten Interviews als wichtig hervorgehoben. Laut den Befragten müssen die Unterhaltungen jedoch nicht unbedingt von ihrer Depression handeln. Einige InterviewpartnerInnen empfanden beziehungsweise würden beispielsweise lustige Gespräche oder Gespräche über alltägliche Dinge als gute Ablenkung empfinden.

Ein Interviewpartner äußerte sich folgendermaßen:

Ja das ist (,) das ist sicher (,) ein bisschen eine Tischrunde oder weiß ich irgendwas im Wirtshaus ah (,) ist da ganz interessant nicht weil ja (,) da wird verschiedener Blödsinn geredet und was weiß ich alles nicht da kommt allerhand daher und so redet man auch einen Blödsinn dass es eine Gaudi gibt nicht und und und (,) das ist (,) die Sache dass man (,) nachher ein bisschen zehrt davon nicht wenn man sich wieder einmal wo ein bisschen gut unterhalten hat nicht (,) da da zehrt man dran (,) denkt man dann nach wenn man sich am Abend niederlegt heute haben wir eine Gaudi gehabt nicht und so ist es hald

Bezüglich der Nützlichkeit der Gespräche mit einer Psychotherapeutin, welche im Rahmen des stationären Krankenhausaufenthaltes stattfinden, meinte dieser Interviewpartner Folgendes:

Das ist sicher das das ist sehr gut (,) drum hab ich auch das nicht abgelehnt (,) weil so lange man im Gespräch ist mit wem vergisst

*man die anderen Dinge weil man weiß ich doch denken muss
über das was man (,) sagt (,) nicht (,) dann vergisst man wieder
das ein bisschen was da nicht passt (,) und das ist viel wert*

Eine andere Interviewpartnerin erwähnte Folgendes:

*Wenn ich wen hab ja (,) also das muss ja nicht gerade über das
Problem reden aber so ein bisschen (,) dass man einfach
vernünftig mit wem reden kann (,) ich glaub das würde mir auch
helfen (,) dann doch ein wenig mehr (,) als wie immer nur das
Schlucken und Schlucken*

4.3.2. Negative Lösungsstrategien

Gegenüber den positiven Strategien stehen die negativen. Dabei soll das Verhalten der depressiven alten Menschen beziehungsweise deren eher oft ungünstiger Umgang mit ihrer Krankheit zu Tage gelegt werden.

Eine Strategie in diese Richtung stellt der soziale Rückzug dar. Eine andere eher negative Verhaltensweise ist das Verbergen beziehungsweise Verschleiern der tatsächlichen Stimmung gegenüber anderen. Diese beiden als negative Lösungsstrategien angesehenen Handlungen finden im Folgenden eine nähere Betrachtung.

4.3.2.1. Rückzugsverhalten

Zu den negativen Lösungsstrategien im Rahmen einer Depression im Alter zählt die soziale Isolation.

Für viele depressive Menschen mag ein Rückzug im ersten Moment zwar wie eine positive Lösungsstrategie erscheinen. Im Endeffekt ist dieser jedoch meist hinderlich, um zu einer Lösung zu gelangen. Das Rückzugsverhalten trägt möglicherweise eher zu einer Verschlechterung der Situation bei, da dadurch eine Behandlung erst viel später zum Einsatz kommen kann.

Eine Interviewpartnerin erklärte dieses Rückzugsverhalten folgendermaßen:

Man schämt sich (,) man man lässt sich gar nicht sehen (,) man versteckt sich

Auf die Frage hin, warum sie sich schäme, erwiderte die Frau:

Ja weil ich so was habe eine so eine Krankheit (,) die niemand versteht (..) das ist das Furchtbare

4.3.2.2. Verschleierungsverhalten

Dieses Verhalten stellte sich als zentral heraus. Es zog sich in unterschiedlichen Ausprägungen wie ein roter Faden durch alle Interviews. Die meisten befragten Personen wollten auf diese Weise verhindern, eine Belastung für Angehörige oder das soziale Umfeld darzustellen. Das „nicht zur Last fallen wollen“ und in weiterer Folge das Vertuschen der depressiven Stimmung kann jedoch nicht als positive Lösungsstrategie gelten.

Die Kenntnis, dass dieses Verhalten bei älteren Menschen besonders stark ausgeprägt ist, ist sehr wichtig, um im geriatrischen Bereich auch mehr darauf achten und die individuellen Vertuschungsstrategien der PatientInnen durchschauen zu können.

Wie diese Verschleierungstaktik von den betagten Menschen genau umgesetzt wird, dafür gibt es die „kreativsten“ Ansätze.

Ein Mann sah beispielsweise den Humor als optimale Strategie zur Verschleierung seiner Stimmung:

Meine Frau hat da nicht viel bemerkt davon (,) das hab ich mir nicht anmerken lassen (,) sie hat zwar oft gesagt du hast schon ein bisschen einen Pensionsschock aber ich war immer (,) so auf derer Linie ah ein bisschen mit Humor nehmen ein bisschen eine Gaudi machen so (,) dass was dass ich zu meiner Frau gesagt hab jetzt hast einen alten Scheisser daheim nicht (lacht) (,) ja man muss sich dann irgendwie ah kann man sich lustig auch

machen darüber (,) man muss es ja auch mit Humor das ganze betrachten weil ja es ändert nichts es ist so

Außerdem erwähnte dieser Interviewpartner:

Naja also ganz ehrlich gesagt redet man ja gar nicht so gern darüber was einen bedrückt nicht da tut man sich ein bisschen darüber hinwegflüchten

Eine andere Interviewpartnerin war bezüglich der Offenlegung ihrer tatsächlichen Stimmung folgender Ansicht:

Ich hab auch das immer so wenn es mir überhaupt nicht gut gegangen ist so ein bisschen (,) nicht so (,) in Vordergrund (,) rücken (,) was muss ich gerade mal sagen weil (,) ich will niemand anderen belasten damit (,) nicht (,) das kann ich mittlerweile während es mir gar nicht gut geht dass ich doch (,) also (,) halbwegs re reagier wie es (,) was sich ein Mensch erhofft

Dieselbe Interviewpartnerin hat sich auch bereits Standardantworten parat gelegt, mit welchen sie auf Fragen bezüglich ihres Befindens antwortet, wie die folgende Interviewpassage belegt:

Wenn mich wer fragt ja was soll ich antworten drauf soll ich das Problem heraus herauslassen das hat keinen Sinn (,) und so wenn mich wer fragt wie geht es dir denn ja ich sag hald dann ja entweder ich sag wie es einen alten Menschen geht oder es geht mir e gut (,) ja schaut e so aus (,) naja was soll ich dann sagen (,) das ist ein Blödsinn ich kann nichts da (,) nicht (,) ich will nicht dass das zum Getratsche wird

4.4. Soziales Umfeld

Das soziale Umfeld stellt einen in jeglicher Beziehung bedeutenden Faktor dar. Ob in Gesundheit oder Krankheit, das soziale Umfeld ist stets präsent und nimmt Einfluss auf das Leben der Menschen. Es kann sowohl auf positive, als auch auf negative Weise die Lebenswelt einer Person beeinflussen.

In Bezug auf das Thema dieser Arbeit kann das soziale Umfeld einerseits fördernd, andererseits aber auch hemmend auf die Entstehung einer Depression wirken.

Wie sich das nun im Konkreten auswirkt, soll durch die folgenden Erkenntnisse ersichtlich gemacht werden.

Hinsichtlich des sozialen Umfeldes wurden zwei Subkategorien, einerseits die Familie und andererseits die Gesellschaft, gebildet.

4.4.1. Familie

Die Familie hat bei sehr vielen Menschen einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden beziehungsweise den gesundheitlichen Zustand.

Neben Familien oder Familienmitgliedern, die im Krankheitsfall Unterstützung und dadurch ein Gefühl der Akzeptanz und der Geborgenheit bieten, gibt es auch jene, die durch ihr Unverständnis und ihren fehlenden Beistand zu einer Verschlechterung der Situation oder des Zustandes der erkrankten Person beitragen.

Die Familie nimmt im Allgemeinen eine besondere Position ein. Gerade für ältere Menschen hat sie eine bedeutende Funktion. Viele ihrer sozialen Kontakte existieren hauptsächlich innerhalb der Familie. Entsteht in dieser Beziehung dann aus irgendwelchen Gründen eine Distanz, so kann das enorme Auswirkungen auf das Wohlergehen der älteren Menschen haben.

Ob in Krankheit oder Gesundheit - ob in positiver oder negativer Hinsicht - die Familie nimmt einen zentralen Stellenwert bei älteren Menschen ein.

Im Folgenden werden die Dimensionen, depressionshemmende Familienfaktoren einerseits und depressionsfördernde Familienfaktoren andererseits, näher betrachtet.

4.4.1.1. Depressionshemmende Familienfaktoren

Die Unterstützung durch die Familie stellt, sei es bezüglich der Hausarbeiten oder sonstigen Angelegenheiten, bei den älteren Menschen einen wichtigen Aspekt dar. Sie benötigen aufgrund ihres Alters in gewissen Dingen Hilfe. Erklärt sich jemand aus der Familie bereit zu helfen, so trägt das vermutlich enorm zum Wohlbefinden der älteren Menschen bei. Sie fühlen sich dann nicht vom familiären Kreis ausgeschlossen, was als stimmungsaufbauender Faktor angesehen werden kann. Eine Interviewpartnerin äußerte sich beispielsweise sehr dankbar über die Unterstützung durch ihre Schwiegertochter:

Die Schwiegertochter die ist recht um mich die ist wirklich einmalig (,) die sagt gleich Mami lass das gehen ich mache dir das (,) ich mache es dir e (,) weil ich mache sonst alles es ist aber gewisse Sachen kann ich nicht mehr machen (,) da da hilft sie mir das ist mir wichtig ja schon ich versteh mich (,) gestern waren sie da (,) ich muss sagen ich habe ein große Freude mit ihnen und und wenn dir fad wird hat sie gesagt dann kommst du herüber weil sie haben einen schönen Balkon

Einige Befragte gaben an, dass für sie die Familie besonders im Krankheitsfall einen hohen Stellenwert einnimmt und als wichtiger Anker angesehen wird. Durch die Unterstützung und die Akzeptanz der nahen Angehörigen entsteht ein Gefühl der Geborgenheit und der Leidensdruck wird gepuffert beziehungsweise abgeschwächt. Die Familie nimmt also durch die der erkrankten Person entgegengebrachten Unterstützung eine Art Pufferfunktion ein.

Wenn ein Mensch spürt, dass von außen Unterstützung kommt, kann das zu einer großen Erleichterung und daraus folgend zu einer verbesserten Stimmung beitragen.

Eine Interviewteilnehmerin berichtete Folgendes:

Er hat der ist immer zu mir gestanden und hat mich getröstet er ist nie ungeduldig geworden (..) gar nicht da hab ich überhaupt (,) wir haben eine eine so eine gute Ehe zusammen und und wenn einer was hat dann hat der andere Mitleid und geht ein auf ihn

Eine andere Frau traf folgende Aussage:

Ja eigentlich e die Familie die Enkelkinder sind sehr lieb zu mir und die die hängen an der Oma und (,) und wann kommst du wieder Oma (,) das ah macht schon ein bisschen eine Erleichterung

4.4.1.2. Depressionsfördernde Familienfaktoren

Fehlt die Akzeptanz oder die Unterstützung der Familie beziehungsweise einzelner Familienangehöriger, so kann das negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden eines Menschen haben. Speziell im Krankheitsfall wie beispielsweise bei einer Depression kann das zur Verschlechterung des Zustandes beitragen. Bei fehlender Unterstützung kann bei den älteren Menschen das Gefühl der Ausgrenzung beziehungsweise der Nichtdazugehörigkeit entstehen, was sich meist nicht unbedingt förderlich auf die Stimmung auswirkt.

Ein interviewter Mann berichtete beispielsweise:

Nein da da hab ich eigentlich niemand gehabt weil ja die Jungen die sind im Haus im oberen Stock (,) die haben (,) ihr Leben hald weiß ich ihr Ding mit den Kindern verbringen sie dort oben im oberen Stock und ich bin nach Hause gekommen (,) und hab niemanden gehabt nicht (,) ich hab auch nichts zum Essen gehabt es hat mir niemand was gemacht (,) und dadurch hat sich auch dann ein bisschen eine so ein Diskrepanz herausgebildet (,) dass dann ah ah sich mit alles ein wenig dass du nicht dass du dich ah ah ausgegrenzt fühlst (,) dann wird es ein bisschen kritisch

Weiters schilderte der Mann:

Jetzt ist der Punkt (,) ich weiß nicht wie sich das wieder ausgeht dass wir da herauskommen (,) weil wenn der Sohn da da sich ah (,) ah nicht dazu bereit erklärt dass er mit mir redet so wie es sich

gehört (,) nicht (,) weil ja (,) ich hab ja auch meine Eltern gehabt die sind ja auch 80 Jahre alt geworden so (,) nahe (,) und (,) da weiß ich es ja (,) was man (,) im Alter einen einen alten Menschen (,) ah wohltuend ist wenn man ihm eine Anerkennung anbietet nicht also super das hast du super gemacht Opa und das ist super nicht (,) das (,) das baut dich auf (,) aber wenn das nie der Fall ist (,) dann hast du (,) automatisch kein Interesse mehr

Ebenfalls als depressionsfördernder Faktor konnte ein vorherrschendes Unverständnis der Familienangehörigen für die Situation der erkrankten Person erkannt werden.

Eine Interviewpartnerin berichtete darüber, wieviel Unverständnis ihr durch den eigenen Ehemann entgegengebracht wurde:

A mit meinem Mann kann ich nicht reden (,) wissen Sie was ich da für eine Antwort bekomme (?) (,) das habe ich oft schon gehört auch derweil ich jetzt da bin (,) was willst du denn du bist ein altes Weib (lacht) und andere leben schon gar nicht mehr (,) also sei zufrieden wie du es hast

4.4.2. Gesellschaft

Neben der Familie kann auch die Gesellschaft enormen Einfluss auf das Wohlbefinden eines Menschen haben. Individuell unterschiedlich kann davon eine positive beziehungsweise eine negative Wirkung abgeleitet werden.

Der im Rahmen einer Depression positive und somit depressionshemmende Einfluss der Gesellschaft besteht darin, dass die alten Menschen Unterstützung beziehungsweise die Akzeptanz von außen spüren und sich nicht aufgrund ihrer Krankheit vom gesellschaftlichen Geschehen ausgegrenzt fühlen.

Demgegenüber steht die fehlende Unterstützung beziehungsweise die fehlende Akzeptanz durch die Gesellschaft und auch die Angst der an Depression erkrankten Personen, stigmatisiert zu werden. Beide Aspekte tragen zu einer

Verstärkung des Leidensdruckes bei und können somit als depressionsfördernde gesellschaftliche Faktoren deklariert werden.

4.4.2.1. Depressionshemmende Gesellschaftsfaktoren

Die Unterstützung durch die Gesellschaft kann eine sehr positive Wirkung auf die Stimmung der älteren Leute haben. Es geht dabei oft nur um kleine Gesten, die den betagten Menschen zu verstehen geben, dass sie von ihrem Umfeld wahrgenommen und nicht ausgeschlossen werden. Die Leute spüren lassen, dass sie nicht alleine sind und ihnen Verständnis entgegenbringen, stellen zwei sehr wichtige Aspekte dar, welche aus den geführten Interviews herausgefiltert werden konnten.

Auch die alte Generation ist Teil unserer Gesellschaft und darf nicht aufgrund ihres Alters und möglicherweise damit verbundener Krankheiten ausgegrenzt werden. Aufgrund der Aussagen in den Interviews kann vermutet werden, dass es sehr wichtig ist, auch den älteren Menschen das Gefühl zu geben, eine Bereicherung in unserem Leben darzustellen.

Die durchgeführten Befragungen lassen darauf schließen, dass es zu den depressionshemmenden gesellschaftlichen Faktoren zählt, wenn den alten, an Depression leidenden Menschen Akzeptanz entgegengebracht und nicht das Gefühl vermittelt wird, ein Mensch zweiter Klasse zu sein.

Eine Interviewpartnerin antwortete auf die Frage, wie sie von ihrem sozialen Umfeld behandelt worden ist, wie folgt:

Bei uns in da ja ja nein bei uns in der Siedlung die (,) wir haben (,) wir sind wirklich (,) eine verschworene Gesellschaft (,) durch das dass wir das Hochwasser gehabt haben haben alle zusammengeholfen und die haben alle gewusst wenn ich im im Wagner-Jauregg war aber es hat mich niemand blöd angedet gar nichts (,) die haben das gewusst und Schluss aus da hat niemand gefragt und gar nichts

4.4.2.2. Depressionsfördernde Gesellschaftsfaktoren

Anstelle der Unterstützung erleben viele ältere Menschen die Kehrseite, nämlich den fehlenden Beistand der Gesellschaft. Wenn von außen kein Rückhalt geboten wird beziehungsweise die alten Menschen keine Akzeptanz erleben, so fühlen sie sich möglicherweise alleine gelassen und verlieren ihre Lebensfreude. Die Aussagen in den Interviews lassen vermuten, dass die Leute dann immer tiefer in ihrer Depression versinken und sich ein immer größer werdender Leidensdruck aufbaut.

Eine Frau hatte diesbezüglich folgende Empfindungen:

*Verlassene Gefühle (,) wie soll ich das erklären (,) mich braucht
e niemand mehr sag ich dann und ist e egal alles und das ist so
arg*

Aber auch die Angst von der Gesellschaft stigmatisiert zu werden, gilt als depressionsfördernder Faktor.

Bei einigen interviewten Personen war diese Angst so groß, dass sie sich, wie in einem vorangegangenen Kapitel bereits erwähnt, dazu entschlossen haben, ihre gedrückte Stimmung so gut wie möglich zu verbergen. Der dadurch vermutlich immer größer werdende Leidensdruck führt zu einer starken Reduktion der Lebensqualität dieser Menschen.

Viele haben die Befürchtung nach Bekanntwerden ihrer Krankheit nicht mehr ernst genommen zu werden. Sie haben Angst vor „Getratsche“ und häufig schleicht sich ein gewisses Schamgefühl ein.

Die Furcht vieler vor einer sozialen Diskriminierung soll durch die folgenden Interviewpassagen verdeutlicht werden.

Eine Interviewpartnerin schilderte ihre Befürchtung, nicht mehr ernst genommen zu werden, folgendermaßen:

*Das bedrückt mich ein wenig (,) dass ich doch obwohl ich es
nicht wahrnehme (,) das sie als depressiv ausdrückt das
bedrückt mich schon ein wenig (,) weil ich habe ja dann das da
überall drinnen stehen in der Krankenakte (,) und das (,) weil
dann heißt es gleich ah die ist depressiv (,) nicht (,) so wird das*

abgewertet in der Bevölkerung und wie der Arzt umgeht (,) beim Doktor E habe ich da ein bisschen Bedenken ich glaube der hat da nicht viel Verständnis für das

Auf die Nachfrage hin, wer dieser Doktor E sei, antwortete die Frau:

Das ist der Hausarzt und der ist mehr robusterner Natur

Auf die Frage, ob sie die Befürchtung habe, dass der Hausarzt sie nun anders behandeln würde, kam folgende Antwort:

Irgendwie schon (,) oder dass er mich dann nicht so ernst nimmt (,) die Gedanken habe ich (,) auf das bin ich neugierig wenn ich wieder hin muss zu ihm (,) ob ich da was merke oder nicht

Eine andere Interviewpartnerin berichtete von einem Schamgefühl, welches sich anfänglich aufgrund der Einweisung in die Nervenklinik breit machte:

Wissen Sie ich habe mich dann geschämt habe ich mich weil ich das das habe ich nicht begreifen können (,) (..),(...) war für mich wie wenn lauter Dumme dort wären so so habe ich das aufge aber mittlerweile wo ich jetzt da bin (,) mir gefällt es da (,) ich sags ehrlich

4.5. Abschließende Erklärung

Mit dem folgenden Erklärungsmodell sollen die Erkenntnisse, welche im Rahmen dieser Arbeit gewonnen werden konnten, noch einmal im Überblick dargestellt werden.

Es soll in anschaulicher Weise verdeutlichen, welche Faktoren auf das im Zentrum dieser Abbildung stehende Phänomen - die Depression - wirken und diesbezüglich eine entscheidende Rolle spielen.

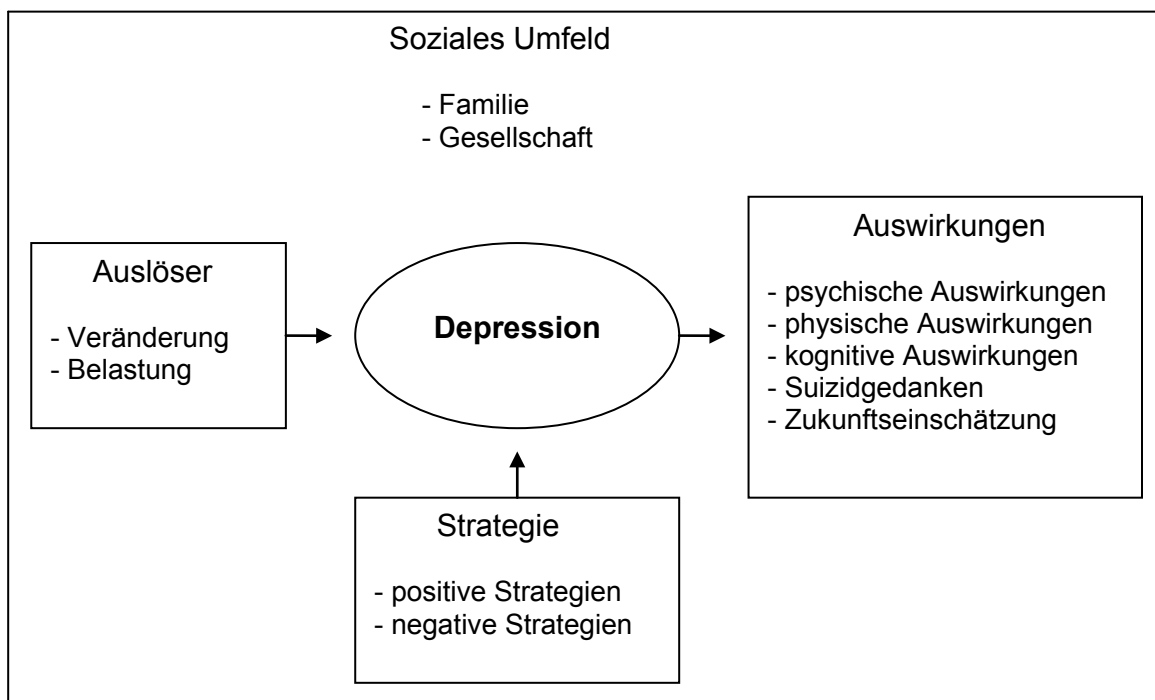


Abbildung 4: Erklärungsmodell „Depression im Alter“

Die erste Kategorie und damit der erste die Depression beeinflussende Faktor, welcher im Rahmen dieser Arbeit ermittelt werden konnte, wurde mit dem Begriff Auslöser betitelt. In den Interviews haben sich vor allem die Veränderungen, welche sich im Zuge des normalen Alterungsprozesses ergeben, aber auch die verschiedensten durch eher unvorhersehbare Faktoren ausgelösten Belastungen, die von den alten Menschen nicht mehr in effizienter Weise verarbeitet werden konnten, als depressionsauslösende Faktoren herauskristallisiert. Beispielsweise kann die Reduktion beziehungsweise das Fehlen sozialer Kontakte als ein nicht zu

vernachlässigender Aspekt im Leben älterer Menschen gewertet werden, welcher mitunter eine gedrückte Stimmung begünstigen und letztendlich ausschlaggebend für die Entwicklung einer Depression sein kann.

Besondere Beachtung gilt es weiters der zweiten ermittelten Kategorie - den Auswirkungen einer Depression im Alter - zu schenken. Die Gefahr, dass die zum Vorschein tretenden Symptome, insbesondere die psychischen, physischen und kognitiven Krankheitszeichen, nicht einer Depression zugeordnet, sondern als typische Erscheinungen des Alterungsprozesses gesehen werden, ist bei der Altersgruppe der über 65-Jährigen groß. Beispielsweise gilt es deshalb somatoformen Symptomen wie Müdigkeits- und Erschöpfungsgefühlen, Kopfschmerzen, Zitterigkeit und Herzrasen besondere Bedeutung beizumessen, da diese als Konsequenz einer Depression in Erscheinung treten können.

Neben den Auslösern und Auswirkungen stehen auch die Strategien in engem Zusammenhang mit dem untersuchten Phänomen „Depression“. Auch sie wirken auf die Krankheit, wobei dabei zwischen einer positiven Wirkung einerseits und einer negativen andererseits differenziert werden muss. Als negative Lösungsstrategie der an einer Depression leidenden Personen lässt sich unter anderem ein Verschleierungsverhalten anführen. Beispielsweise wird hierbei der Humor als positive Strategie angesehen, um sich über die Depression hinwegzuflüchten beziehungsweise davon abzulenken. Meist geht es dabei aber vor allem darum, keine Belastung für das soziale Umfeld darstellen zu wollen. Im Endeffekt ist ein derartiges Verhalten jedoch vermutlich eher hinderlich, um zu einer Lösung beziehungsweise Verbesserung der Stimmungslage zu gelangen.

Wie in der Abbildung ersichtlich, gibt es einen Faktor beziehungsweise eine Kategorie, die das gesamte Bild umschließt und somit auf alles in der Darstellung Ersichtliche eine Wirkung zeigt. Es handelt sich dabei um das soziale Umfeld, bestehend aus der Familie und der Gesellschaft. Das soziale Umfeld ist stets präsent und wirkt somit auf jegliche Begebenheiten. Neben dem Einfluss auf die depressionsauslösenden Situationen wirkt das Umfeld auch auf die Auswirkungen, die Strategien und allgemein auf die im Zentrum stehende Depression. Ob in positiver oder negativer Hinsicht, das soziale Umfeld spielt immerzu eine Rolle. Auf negative Weise und somit als depressionsfördernder Faktor kann beispielsweise die Gesellschaft in Erscheinung treten. Das Gefühl aufgrund der Krankheit „Depression“ vom Umfeld nicht akzeptiert zu werden beziehungsweise

die häufig vorherrschende Angst vor sozialer Diskriminierung, kann das Leid der erkrankten Personen enorm verstärken und in weiterer Folge zu einer starken Reduktion der Lebensqualität führen.

4.6. Ausblick

Der Prozess, der bis zur tatsächlichen Diagnosestellung abläuft, ist im Rahmen dieser Arbeit noch nicht erklärbar. Mit der Datenmenge von zehn Interviews war es in einem ersten Schritt lediglich möglich, ein Erklärungsmodell zu konstruieren, mit dessen Hilfe Verbindungsachsen aufgezeigt werden können.

Um den Prozess bis zur Diagnosestellung sichtbar zu machen, müsste noch weiter bis zur Saturierung rekrutiert werden. Erst dann kann das selektive Kodieren zur Anwendung kommen, im Rahmen dessen eine Kernvariable ersichtlich wird und eine Theorie entwickelt werden kann. Mit Hilfe der für diese Arbeit vorliegenden Daten lässt sich jedoch bereits eine starke Vermutung bezüglich dieser Kernvariable äußern. Es könnte sich dabei um den Leidensdruck handeln.

Der Leidensdruck spielte bei den bisherigen Interviews eine zentrale Rolle und hat sich mehr oder weniger als gemeinsame Komponente entfaltet.

Aufgrund der geringen Datenmenge kann zwar noch keine Verknüpfung hergestellt werden, es zeichnet sich jedoch bereits ab, dass mit dem Leidensdruck auch eine temporale Ebene in Zusammenhang steht. Der Vermutung, dass sich der Leidensdruck mit der Zeit immer weiter aufbaut und irgendwann so groß ist, dass die Betroffenen selbst aktiv werden und Hilfe suchen beziehungsweise ihr Umfeld ihre depressive Stimmung wahrnimmt, müsste im Rahmen einer weiteren Untersuchung nachgegangen werden.

Wie schnell und in welcher Intensität sich der Leidensdruck aufbaut, ist vermutlich individuell höchst unterschiedlich. Durch zwischenzeitlich auftretende positive Ereignisse kann dieser gepuffert werden, was dazu führt, dass bei den Menschen eine kurzzeitige Besserung der Stimmungslage eintritt. Je nach individuellen Umständen erreichen manche Menschen den Punkt, an dem sie sich selbst veranlasst fühlen, etwas zu tun beziehungsweise ihnen tatsächlich die Diagnose „Depression“ gestellt wird, vermutlich sehr rasch. Andere wiederum haben

möglicherweise einen sehr langen Leidensweg vor sich, bis sie schließlich den Knackpunkt, an dem sie zu einer Diagnose gelangen, erreichen.

Ob sich die Mutmaßungen bezüglich des Leidensdrucks als Kernvariable beziehungsweise einer darin enthaltenen Zeitachse als haltlos erweisen oder nicht, kann lediglich durch eine weiterführende Untersuchung in Erfahrung gebracht werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bereits ein Erklärungsmodell gefunden werden konnte, es aber interessant wäre, das Thema „Depression im Alter“ mit Hilfe weiterer Interviews zu vertiefen, um auch den Weg bis zur Diagnosestellung sichtbar machen zu können.

5. Diskussion und Schlussfolgerung

Mit dieser Arbeit wurde versucht das Thema Depression, speziell der Depression im Alter, zugänglicher und auch publik zu machen.

Viele Menschen können sich vermutlich nicht vorstellen, welch großes Leid diese Krankheit verursachen kann. Zwar haben die meisten Menschen schon einmal das Gefühl der Traurigkeit, der Lustlosigkeit oder ähnliche Stimmungslagen erlebt, in welchem Ausmaß diese jedoch bei einer Depression zu Tage treten können, das übersteigt vermutlich die Vorstellungskraft vieler.

Die Depression im Alter stellt einen ganz speziellen Fall dar. Bei älteren Menschen ist die Gefahr groß, dass eine gedrückte Stimmung für das Umfeld weniger einen Hinweis auf eine Krankheit darstellt, sondern vielmehr als logische Konsequenz im Zuge des Alterns angesehen wird. Des Weiteren dominieren oft auch zusätzlich vorherrschende Krankheiten oder körperliche Beschwerden das Bild und erschweren somit die Diagnosestellung einer Depression in einem möglichst frühen Stadium (Kasper, 2006). Um diese Problematik bezüglich der Depression im Alter nachvollziehbar aufzuarbeiten und zu zeigen, was sich alles hinter diesem Krankheitsbild verbirgt, wurde sowohl das zu diesem Thema bereits vorhandene Wissen als auch die im Zuge dieser empirischen Studie gewonnenen Erkenntnisse herangezogen. Der theoretische Hintergrund sollte vor allem als Rahmen dienen, den empirischen Teil und somit die persönlichen Aussagen der an einer Depression leidenden älteren Menschen besser verstehen und einordnen zu können. Mit Hilfe der genauen Beschreibungen der InterviewteilnehmerInnen konnte die Krankheit ein wenig greifbarer und verständlicher gemacht werden. Durch die von den Befragten unterschiedlich dargelegten Sichtweisen und auch Erfahrungen mit der Krankheit wurde erkennbar, dass eine Depression von Person zu Person einen sehr unterschiedlichen Verlauf nimmt und es sich in Folge dessen auch um ein höchst individuelles Thema handelt. Im Allgemeinen konnte mit Hilfe dieser empirischen Arbeit ein großer Erkenntnisgewinn erlangt werden, da die InterviewpartnerInnen Einblick in ihr tiefstes Inneres gewährt und so verdeutlicht haben, wie sich eine Depression aus der Sicht der Betroffenen abspielt. Ob mit den gefundenen Daten jedoch auch die zu Beginn formulierten Forschungsfragen beantwortet werden konnten, soll im Folgenden geklärt werden. Die Forschungsfrage, die den Ausgangspunkt dieser Arbeit darstellte, zielte auf den Prozess, den die an einer Depression leidenden älteren Menschen bis zu

ihrer Diagnosestellung durchgemacht haben. Da aufgrund der zeitlichen Begrenzung jedoch nicht ausreichend Interviews geführt werden konnten, um eine Datensättigung zu erreichen, war es im Rahmen dieser Arbeit noch nicht möglich, diesen Prozess vollständig sichtbar zu machen. Die beiden zusätzlich zu Beginn dieser Studie formulierten Untersuchungsfragen konnten jedoch bereits beantwortet werden. Die erste Zusatzfrage bezog sich darauf, im Allgemeinen Faktoren festzustellen, die in Bezug auf eine Depression im Alter eine Rolle spielen. Schlussendlich konnten vier Hauptkategorien identifiziert werden, die hinsichtlich dieser Krankheit eine zentrale Bedeutung haben. Die vier ermittelten Kategorien wurden wie folgt betitelt: Auslöser, Auswirkungen, Strategie und soziales Umfeld. In Kapitel 4 wurden diese Begrifflichkeiten sowie deren Ausprägungen bereits ausführlich beschrieben und dargestellt. Die zweite zusätzliche Untersuchungsfrage zielte auf das Aufdecken depressionsbegünstigender Geschehnisse im Alter ab. Diese Frage konnte bereits im Zuge der Beantwortung der vorhergehenden Forschungsfrage bearbeitet werden.

Das auf den gewonnenen Erkenntnissen aufbauende und im Rahmen dieser Arbeit vermutete Phänomen beziehungsweise die vermutete Kernvariable stellt der Leidensdruck dar, den die mit einer Depression konfrontierten alten Menschen verspüren. Der in den Interviews stets wahrzunehmende Druck, welcher auf diesen Menschen lastet, verdeutlicht, dass in Bezug auf dieses Krankheitsbild Handlungsbedarf besteht und Maßnahmen gesetzt werden müssen, um dem Leiden der Betroffenen so rasch wie möglich entgegenzuwirken beziehungsweise dieses zu lindern.

Wie durch die in den Interviews gewonnenen Daten und aufgrund der zum Thema „Depression im Alter“ bereits vorhandenen Literatur deutlich wird, herrschen bei alten Menschen viele, oft auch eher unscheinbare Einflüsse vor, die deren Lebensqualität enorm beeinträchtigen und auch als depressionsbegünstigend eingeordnet werden können. Hinsichtlich dieser depressionsauslösenden Begebenheiten können sowohl körperliche und seelische Erkrankungen als auch chronische Schmerzen und spezielle, depressionsbegünstigende Medikamente angeführt werden. Des Weiteren zählen reaktive Faktoren wie beispielsweise der plötzlich auftretende Verlust geliebter Personen oder wichtiger

AnsprechpartnerInnen, familiäre Konflikte, Erkrankungen innerhalb der Familie sowie der Eintritt in die Pension und eine veränderte soziale Rolle zu den ursächlichen Faktoren einer Depression im Alter. Nicht zuletzt können aber auch Probleme in Bezug auf die kognitive Entfaltung als depressionsbegünstigend eingeordnet werden (Bojack, 2003). Um das seelische Wohlbefinden der betagten Menschen zu erhalten, gilt es besonders diesen Ereignissen oder Begebenheiten mit großer Sensibilität gegenüberzutreten. Fehlt jedoch das Wissen bezüglich der Faktoren, die eine Depression im Alter auslösen können beziehungsweise mangelt es an der Kenntnis hinsichtlich der Aspekte, die im Zuge dieser Krankheit zu beachten sind, so ist es für das Umfeld und besonders für das Pflegepersonal nahezu unmöglich, zur richtigen Zeit mit den adäquaten Mitteln zu reagieren. Letztendlich kann sich diese Unkenntnis aber enorm negativ auf die Lebensqualität der, an einer Depression leidenden Menschen auswirken. Um diesen ungünstigen Konsequenzen entgegenzuwirken, gilt es präventive Schritte zu setzen. Hierbei lassen sich beispielsweise spezielle Schulungen für die Menschen, die mit älteren Personen arbeiten, erwähnen. Maßnahmen wie diese sollten das Bewusstsein bezüglich der Problematiken, die mit einer Depression im Alter einhergehen schärfen, nützliches Wissen vermitteln sowie die Fertigkeiten in Bezug auf das Erkennen einer Depression im Alter stärken. Brown et al. haben in einer Studie herausgefunden, dass Pflegepersonen, die eine derartige Ausbildung erhalten, mehr Vertrauen in sich selbst haben und in Folge dieser speziellen Schulung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Depression erkennen können als andere (Brown, Raue, Roos, Sheeran, & Bruce, 2010). Guerrero-Berroa und Philipps erwähnen, dass speziell auch die Unkenntnis vieler bezüglich der im Zuge einer Depression auftretenden Symptome, das frühzeitige Erkennen einer Depression im Alter verhindert (Guerrero-Berroa & Phillips, 2001). Die Schulungen sollten deshalb besonders auch darauf ausgelegt werden, die Auswirkungen, die eine Depression mit sich bringen kann, eingehender zu betrachten und darzustellen. Wie auch die aus den Interviews gewonnenen Daten erahnen lassen, weisen Butcher und McGonigal-Kenney in diesem Zusammenhang darauf hin, dass bei älteren Menschen vor allem die häufig in Erscheinung tretenden körperlichen Beschwerden große Beachtung finden sollten, da diese eine Depression überlagern können und die Krankheit dadurch sehr lange im Verborgenen bleiben kann. Die Symptome dürfen nicht als eine natürliche Folge

des Alterungsprozesses angesehen werden (Butcher & McGonigal-Kenney, 2005). Grundsätzlich gilt es deshalb für diejenigen, die mit alten Menschen arbeiten, sich selber immer wieder zu überprüfen und reflektierter sowie sensibler auf die körperlichen Äußerungen der betagten Menschen zu reagieren.

Die verschiedenen Symptome, die aufgrund einer Depression zum Vorschein treten können, wurden sowohl in der Literatur als auch in den geführten Interviews ausführlich beschrieben. Lediglich ein Aspekt fand, meiner Meinung nach, bisher in der Fachliteratur zu wenig Beachtung. Es handelt sich dabei um die Selbstwahrnehmung, also darum, wie die betroffenen Menschen selber ihre Krankheit empfinden und beschreiben. Ein diesbezügliches Wissen ist jedoch von großer Bedeutung, um die erkrankten Menschen verstehen und ihre Depression auch besser nachvollziehen zu können. Durch die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte qualitative Studie konnte diese Selbstwahrnehmung der betroffenen älteren Menschen sichtbar gemacht werden. Es ist wichtig, ihre subjektive Wahrnehmung ernst zu nehmen. Zu wissen, was in den Menschen selber vorgeht und wie ihr eigenes Empfinden aussieht, stellt einen bedeutenden Ansatzpunkt dar. Vermutlich ist es erst darauf aufbauend möglich, sich besser in deren Lage zu versetzen und eine individuell optimale Behandlungsform zu finden. Weiters wird durch ein diesbezügliches Wissen ein sensiblerer Zugang gegenüber der gesamten Thematik gefördert, was sich positiv auf die betroffenen Menschen auswirkt. Allein durch das entgegengebrachte Feingefühl kann das Leid der depressiven Menschen, zumindest ein Stück weit, gemindert werden. Diese benötigte Sensibilität beziehungsweise die richtige Reaktion kann jedoch meist erst aufgebaut werden, wenn klar ist, wie es im Inneren eines depressiven Menschen aussieht. Einige im Rahmen dieser Arbeit befragte Personen beschrieben ihre Depression beispielsweise als ein schwarzes Loch, aus dem sie einfach nicht mehr herauskamen. Diese oder ähnliche Aussagen erleichtern es dem Umfeld vermutlich ein wenig, sich besser in die Situation der erkrankten Menschen hineinzusetzen und ihnen mehr Verständnis entgegenzubringen.

5.1. Implikationen für die Pflege

Um depressive Symptome bei älteren Menschen auch richtig deuten und die Lebensqualität sowie das seelische Wohlbefinden der Menschen erhalten zu können, gilt es, dem Krankheitsbild „Depression im Alter“ viel mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Speziell für die im Gesundheitswesen tätigen Personen ist es wichtig, bezüglich dieses Themas noch sensibler zu werden. Um jedoch sensibler und effizienter auf so manche im Alter auftretende Ereignisse reagieren zu können, gilt es, viel mehr über die Spezifitäten des Alters zu erfahren. Die Pflegekräfte sollten beispielsweise bereits in der Grundausbildung mehr altersspezifisches Wissen vermittelt bekommen. Da sich die Altersstruktur immer stärker verändert und das Pflegepersonal immer häufiger mit älteren Menschen in Berührung kommen wird, sollte das Thema „Alter“ besonders in der Ausbildung beziehungsweise in den Curricula der Gesundheits- und Krankenpflegeschulen einen größeren Stellenwert einnehmen. Es fehlt meist an den gerontologischen Grundkenntnissen, wodurch es sehr schwer wird, Belastungssituationen bei älteren Menschen auch tatsächlich zu erkennen. Hat das Pflegepersonal keine Kenntnisse bezüglich der Life-Events beziehungsweise bestimmter einschneidender Lebenssituationen bei älteren Menschen, so kann es auch nicht adäquat auf diese reagieren. Dies hat jedoch, wie auch in den Interviews erkennbar wurde, meist eine starke Beeinträchtigung der Lebensqualität der betagten Menschen zur Folge. Als vorrangiges Ziel gilt es deshalb, die Pflege diesbezüglich zu sensibilisieren und Schulungen, wie sie in der Diskussion bereits beschrieben wurden, anzubieten. Um den alten, an einer Depression leidenden Menschen möglichst früh zu einer Diagnose und in weiterer Konsequenz einer adäquaten Behandlung zu verhelfen, stellt es einen ganz wesentlichen Aspekt dar, dass sich auch die Pflegepersonen verantwortlich und befähigt fühlen, ein Assessmentinstrument wie die GDS zu verwenden. Für sie stellt dies ebenfalls ein bedeutendes Hilfsmittel dar, mit welchem der Diagnoseprozess unterstützt werden kann. Deshalb gilt es, dieses Instrument in das Initial-Assessment bei älteren Menschen im Rahmen der Pflegediagnostik einzubauen. Gegenwärtig ist es in Österreich für Pflegekräfte oder HausärztInnen nicht üblich, die GDS anzuwenden. Um jedoch ein frühzeitiges Entdecken einer Depression im Alter zu fördern, sollten auch diese Berufsgruppen Screeninginstrumente wie dieses anwenden. Kurlowicz und Harvath erwähnen

beispielsweise, dass die GDS auch für Pflegekräfte bei der Einschätzung von alten, möglicherweise an einer Depression erkrankten Menschen eine hilfreiche Unterstützung darstellt (Kurlowicz & Harvath, 2008). Der Einsatz der GDS sollte auf weitere Bereiche, wie auf die Pflegekräfte in den Krankenhäusern sowie in den Alten- und Pflegeheimen als auch auf die Hauskrankenpflege und auf die HausärztInnen ausgedehnt beziehungsweise von diesen noch intensiver angewendet werden. Diese Berufssparten sind es, die am häufigsten beziehungsweise am engsten mit alten Menschen arbeiten und in Folge dessen eine sehr wichtige Rolle in der Früherkennung einer Depression im Alter spielen. Speziell im Rahmen dieser Professionen sollte deshalb die Anwendung von Assessmentinstrumenten wie der GDS vielmehr gefördert werden.

5.2. Implikationen für die Pflegeforschung

Als Implikation für die Forschung kann festgehalten werden, dass weitere Untersuchungen bezüglich des Themas „Depression im Alter“ erstrebenswert sind, um mehr über die Spezifitäten dieses Krankheitsbildes zu lernen und die Früherkennung zu fördern.

In Bezug auf die vorliegende Arbeit sollte weiter bis zur Saturierung rekrutiert werden, um das Datenmaterial zu verdichten und genauere Kenntnisse hinsichtlich des Prozesses bis zur tatsächlichen Diagnosestellung zu erlangen beziehungsweise diesen oft sehr mühsamen Weg sichtbar machen zu können.

5.3. Stärken und Schwächen der Arbeit

Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Diplomarbeit handelt, konnten aus Zeitgründen lediglich zehn Interviews durchgeführt werden. Dies hatte zur Folge, dass die ausgewählte Auswertungsmethode, die Grounded Theory, nicht in ihrem vollen Umfang ausgeführt werden konnte. Aufgrund der nicht erreichten Datensättigung konnte das selektive Kodieren nicht mehr durchgeführt werden, wodurch die Kernvariable verborgen blieb. Es konnte diesbezüglich lediglich eine Vermutung geäußert werden. Aufgrund der geringen Datenmenge ist der Prozess

bis zur tatsächlichen Diagnosestellung im Rahmen dieser Arbeit noch nicht erklärbar. Es konnte zwar bereits ein Erklärungsmodell, jedoch noch keine Theorie erstellt werden.

Die Einschlusskriterien wurden, um rasch an InterviewpartnerInnen zu gelangen, sehr weit gefasst. Eine stärkere Eingrenzung hinsichtlich des Geschlechts oder auch hinsichtlich des Wohnortes (Stadt/Land) hätte vermutlich noch weitere interessante Aspekte zum Vorschein gebracht.

Als positiv ist bei dieser Arbeit hervorzuheben, dass es sich bei den interviewten Personen um eine sehr heterogene Gruppe handelte, weshalb allein durch die zehn geführten Interviews eine enorme Datenvielfalt erreicht werden konnte. Die InterviewpartnerInnen waren alle sehr offen. Sie ließen tief in ihr Inneres blicken und trugen somit zu einer Bereicherung des Wissens bezüglich des Themas „Depression im Alter“, vor allem für die im Gesundheitsbereich tätigen Personen, bei.

Ein weiterer interessanter Punkt dieser Arbeit ist vermutlich, dass sie an der Perspektive der betroffenen Menschen selber ansetzt. Die persönlichen Erfahrungen, die diese Menschen rund um ihre Depression gemacht haben, ihr eigenes Empfinden beziehungsweise ihre Einstellung dazu, konnte in gut nachvollziehbarer Weise herausgearbeitet werden.

6. Literaturverzeichnis

- Bojack, B. (2003). *Depressionen im Alter. Ein Ratgeber für Angehörige*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Brown, E. L., Raue, P. J., Roos, B. A., Sheeran, T., & Bruce, M. L. (2010). Training Nursing Staff to Recognize Depression in Home Healthcare. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(1), 122-128.
- Butcher, H. K., & McGonigal-Kenney, M. (2005). Depression and Dispiritedness in Later Life: A 'gray drizzle of horror' isn't inevitable. *American Journal of Nursing*, 105(12), 52-61.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (5. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.
- Ebner, C., & Hofmann, P. (2008). Besonderheiten in der Therapie von Depression und Psychosen im Alter. *Focus NeuroGeriatric*, 2(1), 35-39.
- Fastenbauer, D. (2008). Nichtmedikamentöse Therapie der Depression. *Focus NeuroGeriatric*, 2(1), 11-12.
- Fischer, J. D. (2008). Depressionen im Alter. Erkennen und Behandeln. *Notfall & Hausarztmedizin*, 34(6), 310-319.
- Flood, M., & Buckwalter, K. C. (2009). Recommendations for Mental Health Care of Older Adults: Part 1 - An Overview of Depression and Anxiety. *Journal of Gerontological Nursing*, 35(2), 26-34.
- Gauggel, S., & Birkner, B. (1999). Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala (GDS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28(1), 18-27.

- Grips, E., & Adler, G. (2006). Depressionen im Alter: Besonderheiten bei Diagnostik und Therapie. *Psychoneuro*, 32(4), 178-186.
- Guerrero-Berroa, E., & Phillips, R. S. C. (2001). Health Care Paraprofessionals' Awareness of the Symptoms of Geriatric Depression. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 39(11), 14-20.
- Hall, W. A., & Callery, P. (2001). Enhancing the Rigor of Grounded Theory: Incorporating Reflexivity and Relationality. *Qualitative Health Research* 11(2), 257-272.
- Hautzinger, M. (2000). *Depression im Alter. Erkennen, bewältigen, behandeln. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Hirsch, R. D. (1999). Gerontopsychiatrie. In B. Jansen, F. Karl, H. Radebold & R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Soziale Gerontologie* (S. 274-296). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Käppeli, S. (Hrsg.). (2000). *Pflegediagnosen unter der Lupe. Wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projektes Pflegediagnostik am UniversitätsSpital Zürich* (2. Auflage). Zürich: Verlag des Pflegedienstes am UniversitätsSpital Zürich.
- Kasper, S. (2006). Depression, Angst und Gedächtnisstörungen im Alter. In L. Rosenmayr & F. Böhmer (Hrsg.), *Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis* (2. Auflage, S. 45 - 58). Wien: WUV Universitätsverlag.
- Kortus, R. (2008). Depression und Demenz - zwei Seiten einer Medaille? In G. Nübel, H.-P. Kuhlmann & B. Meißnest (Hrsg.), *Alter Tage schwere Last. Trauer und Depression im Alter* (S. 23 - 37). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

- Kramer, D., Allgaier, A.-K., & Hegerl, U. (2008). Altenpflegekräfte als Partner bei der Erkennung und Behandlung von Depression und Suizidalität. Bericht aus Projekten des "Deutschen Bündnisses gegen Depression e. V. " zur Fortbildung von Altenpflegekräften in Bayern. In G. Nübel, H.-P. Kuhlmann & B. Meißnest (Hrsg.), *Alter Tage schwere Last. Trauer und Depression im Alter* (S. 109 - 122). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Kurlowicz, L. H., & Harvath, T. A. (2008). Depression. In E. Capezuti, D. Zwicker, M. Mezey & T. Fulmer (Hrsg.), *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (S. 57-82). New York: Springer Publishing Company.
- Kurlowicz, L. H., & NICHE (1997). Nursing Standard of Practice Protocol: Depression in Elderly Patients: In spite of its prevalence, associated negative outcomes, and good treatment response, depression in older adults is highly underrecognized, misdiagnosed, and subsequently undertreated. *Geriatric Nursing*, 18(5), 192-200.
- Lunney, M. (2007). *Arbeitsbuch Pflegediagnostik. Pflegerische Entscheidungsfindung, kritisches Denken und diagnostischer Prozess - Fallstudien und -analysen*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Mayer, H. (2002). *Einführung in die Pflegeforschung*. Wien: Facultas.
- Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung anwenden* (2. Auflage). Wien: Facultas.
- Niklewski, G., & Baldwin, B. (2003). Depressive Erkrankungen. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und - psychotherapie. Grundlagen - Klinik - Therapie* (2. Auflage, S. 436-448). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Ollinger, U. (2008). "Zwischen Hilfe und Abgrenzung" - Leitfaden für den pflegerischen Umgang mit Depressionen. In G. Nübel, H.-P. Kuhlmann & B. Meißnest (Hrsg.), *Alter Tage schwere Last. Trauer und Depression im Alter* (S. 39 - 46). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (Hrsg.). (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision* -. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Schrems, B. (2003). *Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege*. Wien: Facultas.
- Stahl, J., & Schreiter Gasser, U. (2004). Behandlungsprobleme bei gerontopsychiatrischen Patienten. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 510 - 523). Berlin: Springer-Verlag.
- Statistik Austria (2009a). Bevölkerungsprognosen. Zugriff am 22.11.2009, unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html
- Statistik Austria (2009b). Bevölkerungspyramide 2008, 2030 und 2050. Zugriff am 22.11.2009, unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027331.html
- Statistik Austria (2009c). Lebenserwartung in Gesundheit. Zugriff am 22.11.2009, unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/index.html
- Strauss, A., & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Strnad, J., & Bahro, M. (1999). Depressionen im Alter. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 129(33), 1162-1170.
- Suter, P., Suter, W. N., & Johnston, D. (2008). Depression Revealed: The Need for Screening, Treatment, and Monitoring. *Home Healthcare Nurse*, 26(9), 543-550.

Tanner, E. K. (2005). Recognizing late-life depression: Why is this important for nurses in the home setting? *Geriatric Nursing*, 26(3), 145 - 149.

Valente, S. M. (2005). Detecting and Evaluating Depression Among Elderly Patients in Home Health. *Home Health Care Management & Practice*, 17(2), 101-108.

Wolfersdorf, M., & Schüler, M. (2005). *Depressionen im Alter. Diagnostik, Therapie, Angehörigenarbeit, Fürsorge, Gerontopsychiatrische Depressionsstationen*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

7. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Bevölkerungspyramide für Österreich 2008, 2030, 2050 (Statistik Austria, 2009b)	4
Abbildung 2:	Pflegeprozess (Schrems, 2003, S. 38)	21
Abbildung 3:	Teufelskreismodell und die entsprechenden Therapieansätze (Stahl & Schreiter Gasser, 2004, S. 515)	30
Abbildung 4:	Erklärungsmodell „Depression im Alter“	84
Tabelle 1:	Kurzfassung GDS – deutsche Version (Gauggel & Birkner, 1999, S. 23f.)	18
Tabelle 2:	Gesprächsleitfaden zur Beurteilung der Suizidalität (Fischer, 2008, S. 314)	24

8. Abkürzungsverzeichnis

DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECT	Elektrokrampftherapie
ENP	European Nursing care Pathways
GDS	Geriatric-Depression-Scale
GDS:SF	Geriatric-Depression-Scale: Short-Form
HAM-D	Hamilton-Depressionsskala
Hrsg.	Herausgeber
ICD	International Classification of Diseases
ICNP	International Classification of Nursing Practice
LNK	Landesnervenklinik
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OÖ	Oberösterreich
S.	Seite
SSRI	selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer
www	World Wide Web
&	und

9. Anhang

9.1. Interviewleitfaden

Ausgangspunkt

Können Sie sich noch daran erinnern, wann Sie das erste Mal das Gefühl gehabt haben, dass eine Gefühlsveränderung eingetreten ist?

Wissen Sie, was der Grund war für Ihre veränderte Stimmung?

Können Sie mir beschreiben, wie sich diese Gefühlsveränderungen geäußert haben?

Wie war der Verlauf dieser Verstimmung?

Was hat Ihren Zustand verbessert/verschlechtert?

Inwiefern hat sich damals Ihr Lebensrhythmus verändert? (Tagesablauf)

Wem ist Ihre gedrückte Stimmung damals noch aufgefallen? Wie haben diese Personen darauf reagiert?

Wie war das für Ihre(n) Mann/Frau?

Mit wem haben Sie damals über Ihre Situation sprechen können?

Umgang

Was haben Sie selber alles unternommen, um gegen diese Gefühlsveränderungen anzukämpfen?

Inwiefern war das, was Sie selber unternommen haben, hilfreich?

Welche Unterstützungsmöglichkeiten haben Sie gehabt?

Wie es Ihnen schlecht gegangen ist, was hat Ihnen da gefehlt?

Wie sind Sie in dieser Zeit von den anderen Menschen in Ihrer Umgebung behandelt worden?

Informationen

Welche Informationen waren Ihnen damals bezüglich Ansprechpersonen oder Orte, wo sie sich hinwenden können, wenn es Ihnen schlecht geht, bekannt?

Woher hatten Sie diese Informationen?

Diagnosestellung

Wie kam es dann, dass Sie zum Arzt gegangen sind?

Wann hat dann der Arzt gesagt, da müssen Sie jetzt Medikamente nehmen?

Wer hat den Anstoß für die Untersuchung gegeben?

Wie ist der 1. Kontakt mit dem Arzt abgelaufen?

Was genau wurde dann bei Ihnen diagnostiziert?

Haben Sie es als einen langen Weg empfunden, bis Ihre Gefühlsveränderungen dann behandelt wurden?

Therapien

Welche Therapien haben Sie nach der Diagnosestellung angeboten bekommen?

Waren das aus ihrer Sicht die richtigen Therapien?

Was wäre für Sie noch hilfreich gewesen?

Veränderung

Können Sie mir den Unterschied zwischen vorher und nachher beschreiben?

Wie können Sie jetzt damit umgehen, dass Sie die Diagnose „Depression“ gestellt bekommen haben?

Umfeld

Wie hat das Umfeld darauf reagiert, dass Sie jetzt wegen diesen Gefühlsveränderungen behandelt werden?

War es für Sie schwierig, mit jemandem über die Diagnose, die im Krankenhaus gestellt wurde, zu sprechen?

9.2. Einverständniserklärung



UNIVERSITÄT WIEN

**INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFTEN
FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN**

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME
AN EINER FORSCHUNGSSTUDIE**

mit dem Titel:

Gefühlsveränderungen im Alter

Untersucher:

Magdalena Kumpfmüller
Matrikelnummer: 0433409

Betreuer:

Dr. Monika Linhart, Krankenschwester, Dipl. Pflegewirtin (FH)
Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien
Alser Straße 23
A – 1080 Wien

Studienzweck und Hintergrund

Magdalena Kumpfmüller führt unter der Begleitung von Frau Dr. Monika Linhart eine Studie zur Erforschung der Lebenssituation älterer Menschen, die unter Gefühlsveränderungen leiden, durch.

Vorgehen

Wenn Sie sich entschließen an dieser Studie teilzunehmen, dann werden Sie sich für ungefähr ein bis zwei Stunden an einem für Sie angenehmen Ort mit Frau Magdalena Kumpfmüller treffen und sich mit ihr zu bestimmten Themenbereichen unterhalten. Frau Kumpfmüller wird Ihnen dabei einige Fragen zu Ihren Erfahrungen Ihre Gefühlsveränderung betreffend stellen, welche Sie ihr im Laufe des Gespräches beantworten können. Wenn es Ihnen recht ist, wird die Unterhaltung auf Tonband aufgenommen. Bei Unklarheiten bezüglich Ihrer Aussagen könnte es notwendig werden, Sie telefonisch noch einmal zu kontaktieren.

Risiko / Unbehagen

Mit der Beantwortung der Fragen ist grundsätzlich kein Risiko verbunden. Jedoch kann es sein, dass einige Fragen Unbehagen bei Ihnen auslösen. Sie können sich zu jeder Zeit weigern, eine Frage zu beantworten. Sie können sich auch zu jedem Zeitpunkt des Interviews noch dazu entscheiden, doch nicht an der Studie teilzunehmen.

Wenn Ihnen die Tonbandaufnahme Ihrer Antwort auf eine bestimmte Frage unangenehm ist, können Sie nach Beginn des Interviews Frau Magdalena Kumpfmüller jederzeit darum bitten, das Tonband für die Zeit der Beantwortung dieser Frage auszuschalten. Sie wird sich in dieser Zeit dann Notizen von Ihrer Antwort machen.

Vertraulichkeit Ihrer Angaben (Datenschutz):

Eine Teilnahme an einem Forschungsprojekt bringt immer einen gewissen Verlust von Privatsphäre mit sich. Jedoch versichern wir Ihnen, dass Ihre Unterlagen so vertraulich wie möglich gehandhabt werden. Nur die an diesem Projekt beteiligte Forscherin und Frau Kumpfmüller werden Zugang zu dem Datenmaterial dieser Studie haben. Frau Kumpfmüller wird das Interview transkribieren, das heißt sie wird alles, was Sie ihr erzählt haben, in ein computergestütztes Schreibprogramm übertragen. Während des Abschreibens wird sie jegliche Information, die Sie identifizieren könnte, aus dem Manuskript entfernen und das Tonband wird nach Beendigung der Datenauswertung sofort gelöscht werden. Ihr Name wird nirgends im Studienmaterial erscheinen. Das Gleiche gilt auch für jegliche Veröffentlichung

von Studienergebnissen. Das gesamte Studienmaterial wird für einen Zeitraum von fünf Jahren in einem abschließbaren Aktenschrank verwahrt und danach vernichtet werden.

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine direkten Vorteile für Sie verbunden, jedoch können die Ergebnisse dieser Studie dazu beitragen, dass Pflegekräfte und Personen anderer Gesundheitsberufe die Erfahrungen und die Probleme von älteren Menschen mit Gefühlsveränderungen in Zukunft noch besser verstehen und so die betroffenen älteren Menschen auch durch eine frühzeitige und effiziente Behandlung bei deren Bewältigung unterstützen können.

Kosten / Kostenerstattung:

Mit der Teilnahme an dieser Studie sind keine Kosten für Sie verbunden.

Bezahlung:

Für die Teilnahme an dieser Studie wird Ihnen auch keine Bezahlung zuteil.

Fragen:

Die Studie wurde Ihnen von Frau Magdalena Kumpfmüller erklärt, und alle Ihre Fragen diesbezüglich wurden beantwortet. Sollten Sie dennoch weitere Fragen oder Bedenken haben, können Sie jederzeit entweder Frau Kumpfmüller oder Frau Dr. Linhart unter folgenden Adressen kontaktieren:

Magdalena Kumpfmüller

Tel.: 0650

Dr. Monika Linhart

Institut für Pflegewissenschaft der

Universität Wien

Alser Straße 23

A – 1080 Wien

01 -

Einverständniserklärung

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist vollkommen freiwillig.

Sie haben das Recht, die Teilnahme grundsätzlich abzulehnen oder auch später Ihre Einverständniserklärung zu jedem Zeitpunkt der Studie zurückzuziehen.

Wenn eines der Themen, die im Verlauf des Interviews angesprochen werden, Sie negativ berührt oder Ihnen zu schwierig ist, dann können Sie jederzeit ablehnen, darüber zu sprechen. Ebenso können Sie das Interview zu jedem Zeitpunkt abbrechen.

Ganz herzlichen Dank, dass Sie vorhaben an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen.

Wenn Sie teilnehmen wollen, dann unterschreiben Sie bitte in der folgenden Zeile. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung wird Ihnen für Ihre Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Datum

Unterschrift des Teilnehmers

Datum

Unterschrift des Untersuchers

9.3. Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name, Vorname: Kumpfmüller Magdalena
Geburtsdaten: 22. Oktober 1985, Eberstalzell
Familienstand: ledig
Staatsbürgerschaft: Österreich
Religion: römisch-katholisch



Familie

Vater: Peter Kumpfmüller
Dipl. Sozialarbeiter bei pro mente OÖ
Mutter: Martina Kumpfmüller geb. Kneidinger
Dipl. heilpäd. Fachkraft bei pro mente OÖ
Geschwister: Sebastian (26), Viktoria (20)

Ausbildung

2005-2010 Diplomstudium Pflegewissenschaft, Universität Wien
seit 2006 Bachelorstudium BWL, WU Wien
2004/05 2 Semester Medizinstudium, Universität Graz (positiver Studienerfolg)
15. Juni 2004 Maturaabschluss
1996-2004 Gymnasium Rohrbach
1992-1996 Volksschule in Rohrbach

Berufserfahrung/Praktika

seit 10/2009 WAG – geringfügig beschäftigt (persönliche Assistentin)
7/2009 BMASK
8/2008 OÖ Landes-Nervenlinik (Station N103)
7/2008 BMSK
8/2007 OÖ Landes-Nervenlinik (Station D 202)

2/2007	Praktikum im Rahmen des Wahlfaches Sozialpsychiatrie – Psychiatrische Versorgung (Jugendpsychiatrie der OÖ Landes-Nervenklinik)
7/2006	Mayrhofer Pharmazeutika (Galenik)
8/2005	OÖ Landes-Nervenklinik (Station N 201)
7/2005	Mayrhofer Pharmazeutika (Galenik)
11/2004	Pflichtpraktikum Gastroenterologie Univ. Klinik Graz
8/2004	Mayrhofer Pharmazeutika (Galenik)
7/2004	OÖ Jugendherbergswerk in Hinterstoder (Betreuerin)
8/2003	Bezirkshauptmannschaft Rohrbach (Telefonzentrale)
7/2002	OÖ Landes-Nervenklinik, Therapiezentrum Traun (Reinigungskraft)

Projektarbeiten

SoSe 2009	Projekt „Lebensqualität in Hausgemeinschaften (CASA Baden)“, Niederösterreich
SoSe 2009	Projekt „Lebensqualität im Pflegeheim“, Wien
2008	Forschungsprojekt „Darmmanagement“, Wien
WS 2007	Projekt „Lebensqualität im Pflegeheim“, Wien
2002/03	Projekt „Frauen und Krebs“, Oberösterreich

Weitere Qualifikationen

Fremdsprachen (Englisch, Französisch)
Führerschein B