

# Die Depression des älteren Menschen

## Ein Überblick

Frank Schwärzler und Henning Wormstall

*Dieser Artikel soll einen Überblick zur Epidemiologie und Ätiologie depressiver Störungen im Alter geben, Besonderheiten der Symptomatologie und des Verlaufs darstellen, Hilfen in Screening und Diagnostik vermitteln und die wichtigsten Punkte der aktuellen multimodalen Therapie diskutieren.*

In den letzten Jahren wurden und werden die Themen «demografische Entwicklung» und «Alterung der Gesellschaft» in zahlreichen Foren diskutiert und von einer breiten Öffentlichkeit wahrgenommen. Damit verbunden sind auch altersassoziierte psychische Erkrankungen vermehrt in den Fokus der Aufmerksamkeit und des Interesses gerückt – vor allem findet die Alzheimer-Erkrankung eine breite Beachtung in den Medien und hat in den letzten Jahren eine sprunghafte Zunahme der Forschungsaktivitäten erlebt. Weniger Aufmerksamkeit dagegen findet die Depression im Alter, wobei sie – gerade bei den «jüngeren Alten» – eine der weltweit führenden Ursachen für Leiden ist, oft nicht richtig erkannt und unzureichend behandelt wird und so die somatische Morbidität, die Therapiekosten, die Chronifizierungsrate und das Suizidrisiko erhöht. Dabei kann oftmals bei adäquater Behandlung eine Remission erzielt werden, und auch die Teilremission ist meist von einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität begleitet.

Auch in den aktuellen operationalisierten Diagnosekonzepten ICD-10 und DSM-IV (1, 9) wird die Depression des älteren Menschen nicht als gesonderte Diagnose aufgeführt. Dabei hatte schon Emil Kraepelin in seiner Krankheitslehre die Alters- oder Involutionsdepression von der nosologischen Kategorie des «manisch-depressiven Irreseins» abgegrenzt (19). Er zählte zu den Besonderheiten der Altersdepression (und das gilt bis heute) den reaktiv erworbenen Anteil, die zahlreichen hypochondrischen Befürchtungen, das häufige Auftreten von Ängsten und die eher ungünstige Prognose.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung scheint es somit hilfreich, sich die spezifischen Entstehungsbedingungen, die psychopathologischen und prognostischen Eigenheiten sowie die psychopharmakologischen Besonderheiten der Depression des älteren Menschen zu vergegenwärtigen.

### Epidemiologie

Depressive Beschwerden treten bei älteren Personen im Kontext verschiedener psychischer Störungen auf: Neben einer Major Depression kann es sich um eine Minor Depression nach DSM-IV handeln, neben einer «depressiven Episode» (ICD-10 F32) oder einer rezidivierenden depressiven Episode (ICD-10 F33) können Symptome einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), einer Dysthymie nach ICD-10 (F34.1), einer Angststörung (Angst und Depression gemischt nach ICD-10 F41.2), einer organisch affektiven Störung (F06.3) oder eines depressiven Syndroms im Rahmen einer beginnenden Demenz auftreten.

**Die Depression im Alter verläuft oftmals unterschwellig, das heisst, die diagnostischen Kriterien für eine depressive Episode werden nicht erreicht; es sind jedoch klinisch relevante, Leiden und Morbidität verursachende Symptome vorhanden.**

Die subsyndromalen depressiven Erscheinungsbilder und die hohe Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen führen zu einer polymorphen und oft uncharakteristischen klinischen Symptomatik, die die Diagnosestellung erschwert. Dies erklärt auch zum Teil die breit streuenden Angaben zur Prävalenz: Während früher davon ausgegangen wurde, dass depressive Erkrankungen im Alter häufiger auftreten, zeigen Ergebnisse aus Feldstudien Prävalenzraten für schwere Depressionen, die zwischen 0,7 Prozent bei den über 65-Jährigen (25) und 5,8 Prozent bei den über 70-Jährigen (5, 14) liegen. Wenn dagegen nach der Prävalenz subsyndromaler depressiver Beschwerden geforscht wird, zeigt sich eine deutlich höhere Prävalenz von 8 bis 22 Prozent (5) bei der alten Bevölkerung.

Das klassische Bild einer Major Depression, der «Melancholie», wird im Alter proportional seltener gefunden. Subsyndromale Erkrankungsbilder, bei denen lediglich

Tabelle 1:

**Ursachen depressiver Erkrankungen im höheren Lebensalter****Prädisponierende und auslösende Faktoren**

- weibliches Geschlecht
- frühere depressive Episoden
- Familienstand verwitwet oder geschieden
- hirnorganische Veränderungen
- Kontakt- und Bindungsschwierigkeiten
- chronischer Stress wie familiäre Konflikte oder Pflege von (dementen) Angehörigen
- chronische Erkrankungen, körperliche Komorbidität, «Handicap»
- depressiogene Medikamente
- Alkohol (late onset)
- soziale Isolation, soziale Benachteiligung oder Mangel an sozialer Unterstützung
- Life Events (wie Verlust einer wichtigen Bezugsperson, Umzug oder akute Erkrankung)

**Protective Faktoren**

- gute medizinische Versorgung
- Verbesserung der somatischen Gesamtgesundheit und der «Fitness»
- gute Ernährung
- Ausgleich sensorischer Defizite (Hörgeräte etc.)
- positive Bewältigungsstile, Coping, aktive Bewältigung, keine Hilflosigkeit
- Religiosität und Spiritualität, integrierte Persönlichkeit, «Sense of coherence»
- soziale Unterstützung und Annehmenkönnen von Hilfen

Tabelle 2:

**Beispiele für Ursachen symptomatischer und organischer Depressionen****Cerebrale Erkrankungen**

Demenzerkrankungen (primär degenerativ, vaskulär, entzündlich), Raumforderungen (vor allem frontal), Territorialinfarkte

**Systemische Infektionen**

Influenza, Brucellose, Mononukleose, Polymyalgia rheumatica, Polyarthritus nodosa

**Kardiale Erkrankungen**

Zustand nach Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz

**Endokrinologische Ursachen**

Hypothyreose, Hyperparathyreoidismus

**Stoffwechselerkrankungen**

Diabetes mellitus, Niereninsuffizienz, Leberinsuffizienz, Vitamin-B<sub>12</sub>-Mangel, Mangelernährung, Pankreatitis, Cushing-Syndrom, Addison-Syndrom

**Karzinome**

Pankreaskarzinom, Leukämie, Lungenkarzinom

Lebensalter an einer Depression erkranken, haben vermutlich eine geringere Vulnerabilität – erst hinzukommende Belastungsfaktoren wie Umzug oder Tod des Partners oder organische Erkrankungen lösen dann eine depressive Erkrankung aus.

**Depressive Erkrankungen im Alter nehmen ab, depressive Symptome nehmen zu.****Ätiologie**

Die Ursachen depressiver Erkrankungen werden mit zunehmendem Lebensalter vielfältiger.

So gibt es eine Reihe prädisponierender und auslösender, aber auch protektiver Faktoren (*Tabelle 1*).

Häufiger als bei jüngeren Patienten finden sich Depressionen als Folge hirnorganischer Veränderungen (z.B. M. Alzheimer, M. Parkinson, zerebrovaskuläre Erkrankungen). Die Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen und damit verbunden die vermehrte Einnahme von Medikamenten oder Polypharmazie erhöhen das Risiko für eine symptomatische beziehungsweise pharmakogene Depression. In den *Tabellen 2* und *3* werden die häufigsten somatischen Ursachen der Depression bei älteren Personen aufgeführt und eine Auswahl von Medikamenten, die depressive Syndrome verursachen können, vorgestellt.

Alterstypische psychosoziale Belastungen bestimmen teils ursächlich, teils als Kofaktor oder Auslöser das Auftreten und den Verlauf depressiver Erkrankungen. Hier sind der Rückgang der Leistungsfähigkeit sowie der Verlust sozialer Rollen und Kompetenzen zu nennen, wie sie zum Beispiel mit der Aufgabe der Berufstätigkeit verbunden

einzelne depressive Symptome auffallen oder Symptome geringerer Ausprägung vorliegen, nehmen dagegen in dieser Patientengruppe zu (2, 15). Um dies zu erklären, hat Post bereit 1962 die Hypothese der «sich wandelnden Vulnerabilität» entwickelt (23): Bei hoher genetischer Belastung oder depressiogenen Persönlichkeitseigenschaften wird es wahrscheinlicher, dass es bereits in jungen Jahren zur Erstmanifestation einer Depression kommt. Diejenigen, die erstmals in fortgeschrittenem

Tabelle 3:

**Beispiele für depressiogen wirkende Pharmaka** (nach 18)

	Hohe epidemiologische Evidenz, grosses Literaturgut	Mittelgradige Evidenz mit zahlreichen Fallberichten	Vereinzelte Fallberichte
ACE-Inhibitoren		Enalapril	
Antiarrhythmika			Disopyramid
Antibiotika		Isoniazid	
Antihistaminika		Cimetidin	
Antimykotika		Amphotericin B	
Antisymphathikomimetika	α-Methyl-Dopa, Reserpin	Clonidin	
β-Sympathikolytika	Propranolol	Nadolol, Timolol	
Ca-Antagonisten		Diltiazem, Nifedipin, Verapamil	
Kortikoide	Prednison		
Diuretika			Thiazide
Magen-Darm-Prokinetika		Metoclopramid	
Orale Kontrazeptiva	Lynestrenol / Mestranol		
Vasodilatoren	Cinnarizin, Flunarizin		
Virostatika		Aciclovir, Interferon A	Amantadin
Zytostatika			L-Asparaginase, Vincristin

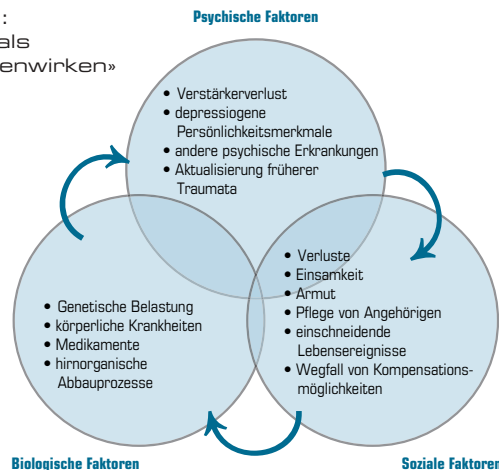
Tabelle 4:

**Diagnosekriterien nach ICD-10 (9)**

1. Depressive Stimmung deutlich abnormen Ausmasses, mindestens zwei Wochen anhaltend
2. Verlust von Interesse oder Freude
3. Antriebsminderung, erhöhte Ermüdbarkeit
4. Verlust von Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl
5. Unbegründete Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle
6. Todeswünsche, Suizidgedanken und suizidales Verhalten
7. Klagen über vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen sowie Unentschlossenheit
8. Agitiertheit oder psychomotorische Hemmungen
9. Schlafstörungen jeder Art
10. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung

sind (12). Körperliche Erkrankungen, jedoch auch Krankheit und Tod naher Bezugspersonen kommen hinzu. Es ist eine Besonderheit bei älteren depressiven Menschen, dass einerseits mehrere prädisponierende und auslösende Faktoren in einem kurzen Zeitraum zusammentreffen können und andererseits Kompensationsmöglichkeiten wie Berufstätigkeit oder Partnerbeziehung oft fehlen (Kumulation von Belastungsfaktoren bei fehlender Kompensation). Charakteristisch für die Altersdepression ist das Zusammenwirken verschiedener Ursachen aus verschiedenen Bereichen (Abbildung). Daraus lassen sich Risikokonstellationen ableiten. Ein besonders erhöhtes Risiko, an einer Depression im Alter zu erkranken, haben

Abbildung:  
Ätiologie als  
«Zusammenwirken»



- Patienten in einschneidenden Lebenssituationen
- Patienten mit hirnorganischen Erkrankungen
- Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen
- Patienten mit fehlendem/eingeschränktem sozialen Netz
- Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen in der Vorgeschichte
- Patienten mit positiver Familienanamnese
- pflegende Angehörige.

**Besonderheiten der klinischen Symptomatik und Diagnostik**

Zunächst zur allgemeinen Beschreibung des depressiven Syndroms: Hierfür gelten als Diagnosekriterien – unabhängig von der ätiologischen Zuordnung und dem Lebensalter bei Manifestation – Veränderungen von Stimmung, Antrieb und Denken sowie charakteristische

Tabelle 5:

**Symptomcluster, die auf eine Depression hinweisen****Psychische Beschwerden**

- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
- Verlust affektiver Schwingungsfähigkeit
- (neuaufretende) Ängste oder (neuaufretende) Reizbarkeit
- die psychische beziehungsweise somatische Reaktion «passt» nicht zum Auslöser
- Änderung des Sozialverhaltens (Wesensänderung, Rückzug etc.)
- Lebensüberdruß

**Somatische Beschwerden**

- Energieverlust und körperliche Erschöpfung
- körperliche Beschwerden (s.o.)
- Zahnbeschwerden
- Schlafstörungen
- Veränderungen des Appetits
- Gewichtsverlust ohne entsprechende Intention

somatische Symptome, wie sie im ICD-10 zusammengefasst sind (Tabelle 4).

Depressionen im höheren Lebensalter unterscheiden sich nicht grundsätzlich von Depressionen bei jüngeren Menschen. Doch die psychischen, körperlichen und sozialen Besonderheiten des alternden Menschen beeinflussen wesentlich das Erscheinungsbild (und auch die Behandlung) von Depressionen, das heisst, es gibt altersassoziierte pathoplastische Faktoren, die das klinische Erscheinungsbild prägen (2, 22). Ganz im Vordergrund steht das Klagen über körperliche Symptome wie vermehrte Ermüdbarkeit, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Schmerzen, Schwindel, Bauchschmerzen, Atemprobleme, Rückenschmerzen, Magen-Darm-Störungen und andere. Ältere depressive Menschen neigen zur Somatisierung und Bagatellisierung ihrer depressiven Gefühle (2, 10), was häufig zunächst zu zahlreichen Untersuchungen und diagnostischen Abklärungen führt, ohne dass ein organpathologisches Korrelat gefunden werden kann. Oft lassen sich aber bei gezielter Exploration weitere typische Depressionssymptome eruieren (Tabelle 5).

**Ein unklares Schmerzsyndrom kann Ausdruck einer zugrunde liegenden Depression sein, wie körperlich verursachte Schmerzen ihrerseits zu depressiven Verstimmungen führen.**

Das Klagen über kognitive Einschränkungen mit zahlreichen «Ich weiss nicht»-Antworten ist häufig und kann eine Demenz vermuten lassen. Viele Patienten suchen deshalb eine Gedächtnisambulanz auf. Hier ist es wichtig, bei Demenzverdacht eine Depression differenzialdiagnostisch auszuschliessen – beziehungsweise daran zu denken, dass demenzielle Syndrome in der Frühphase oftmals von depressivem Erleben begleitet sind. Für eine Demenz sprechen folgende klinische Merkmale:

- Desorientiertheit
- Konfabulationen
- unscharfer, schleichender Beginn
- neurologische Werkzeugstörungen (Aphasie, Apraxie etc.).

Neu aufgetretene Ängste, oft in Form von Angst-Panik-Attacken oder diffusen Ängsten, sind ebenfalls charakteristisch für die Depression älterer Menschen. Auch das Auftreten von Spätalkoholismus (late onset alcoholism) verbirgt manchmal eine depressive Reaktion.

Gelegentlich können Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen wie Nahrungsverweigerung, Aggressivität oder Inkontinenz Ausdruck einer Depression sein. Ältere, alleinstehende Männer haben das höchste Risiko, an einem Suizid zu sterben (28); so kommt der Einschätzung des Suizidrisikos ein besonderer Stellenwert zu (Tabelle 6).

Eine umfassende allgemeinkörperliche und neurologische Untersuchung ist unabdingbar, um somatische Erkrankungen als Auslöser einer «symptomatischen Depression» auszuschliessen. Bei der Erstabklärung einer

Tabelle 6:

**Faktoren, die für eine hohe Suizidgefahr sprechen**

- männliches Geschlecht, Alter > 80 Jahre, verwitwet
- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- chronische oder schmerzhaft somatische Erkrankung
- Substanzmissbrauch (Alkohol, Benzodiazepine)
- konkrete Suizidvorstellungen und -pläne
- Agitation, schwere Depression, depressiver Wahn
- schlechte oder keine familiäre oder religiöse Bindungen

Depression sollten folgende Untersuchungen veranlasst werden:

- **Labor:** Blutbild, Senkung, Enzyme, Retention, TSH, Elektrolyte, Blutzucker, Lues- und Borrelienserologie, Vitamin B<sub>12</sub>, Folat
- kraniale CT, EKG.

Im Verlauf dient die apparative Diagnostik vorwiegend der Behandlungssicherheit:

- **Labor:** Blutbild, Leberenzyme, Retention, Elektrolyte, Blutzucker
- EKG, EEG bei Medikamenten, die die Krampfschwelle senken.

### Krankheitsverlauf und Prognose

Vor Einführung der Psychopharmaka und der Elektrokonvulsionstherapie (EKT) remittierte zirka die Hälfte der Patienten, die an einer schweren Altersdepression litten – oft jedoch erst nach langer Krankheitsdauer (im Mittel nach 1,5 Jahren [2]). Cole (7) konnte in einer Metaanalyse von seit 1950 veröffentlichten Untersuchungen zeigen, dass je nach Untersuchungszeitraum (2 Jahre oder mehr) zwischen 27 und 44 Prozent der Patienten ohne Rückfall dauerhaft remittierten, 10 bis 27 Prozent jedoch dauerhaft krank blieben. Die Rückfallrate ist bei älteren Patienten nicht höher als bei jüngeren (17), chronische Verläufe sind jedoch häufiger, und die Wahrscheinlichkeit einer Vollremission ist geringer. Zusätzlich ist, unabhängig von der somatischen Komorbidität, die Mortalität bei depressiven älteren Menschen erhöht (21).

**Bei älteren depressiven Menschen ist mit deutlich mehr Patienten zu rechnen, die keine oder nur eine Teilremission erreichen und trotz Behandlung eine chronische Depression bewältigen müssen.**

### Besonderheiten der Medikation bei Altersdepression

Die Wirksamkeit der Antidepressiva bei der Behandlung depressiver älterer Menschen kann mittlerweile als gut belegt gelten (Übersicht bei [15]). Für die Auswahl und Dosierung der antidepressiven Medikation sollten folgende grundsätzliche Überlegungen berücksichtigt werden:

Falls eine symptomatische Depression diagnostiziert werden kann, steht primär die Beseitigung des Auslösers im Vordergrund. In Fällen, in denen das nicht möglich ist (z.B. nach einem cerebralen Insult), ist dennoch eine symptomorientierte antidepressive Medikation hilfreich.

Prinzipiell steht bei der Wahl der antidepressiven Medikation die Orientierung an den Nebenwirkungen im Vordergrund. Gründe für ein erhöhtes Nebenwirkungsrisiko sind in mehreren Faktoren zu sehen, zum Beispiel in Veränderungen der Pharmakokinetik (20):

- die Albuminkonzentration im Serum sinkt und damit die Plasmaproteinbindung der Medikamente
- die alterstypische Veränderung der Verteilungsvolumina bewirkt eine verminderte Gewebsbindung des Pharmakons
- der gastrointestinale «first-pass»-Metabolismus nimmt ab, ebenso die hepatische und renale Elimination.

Das sind Faktoren, die eine höhere Plasmakonzentration und Toxizität bei gleicher Applikationsdosis erwarten lassen. Eine kompetitive Hemmung bei Mehrfachmedikation kann diesen Effekt verstärken.

Daneben kommt es zu Veränderungen der Pharmakodynamik:

- die Veränderung der Rezeptorempfindlichkeit führt zum Beispiel zu einer verstärkten orthostatischen Dysregulation unter der Behandlung mit Trizyklika (TZA)
- die im Alter reduzierte Fähigkeit zur Homöostase des Elektrolythaushalts erhöht mitunter das Risiko, unter der Behandlung mit SSRI ein Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion zu entwickeln (6).

Durch Fehleinnahmen aufgrund kognitiver Störungen kann es zu ungewollten Überdosierungen kommen.

Bei organischen Vorschädigungen (z.B. kardial oder zerebral) ist häufiger mit Nebenwirkungen zu rechnen – die dann zusätzlich mit einem höheren Folgerisiko behaftet sind: So führt etwa eine orthostatische Dysregulation unter TZA-Gabe zu einem Sturz, dieser wiederum zu einer Oberschenkelhalsfraktur, die Bettlägerigkeit mit weiteren Komplikationen nach sich zieht.

Die heute seltener eingesetzten kostengünstigen, jedoch anticholinerg wirkenden TZA werden grundsätzlich langsam aufdosiert. Prostatahypertrophie und Engwinkelglaukom müssen als Kontraindikation beachtet werden. Bei Arrhythmien und Erregungsleitungsstörungen ist wegen eines chinidinartigen Effekts mit einer Verlangsamung der Erregungsüberleitungszeit zu rechnen (die im Extremfall zu einem Herzstillstand führen kann). Bei Patienten mit einer Demenz vom Alzheimer-Typ muss beachtet werden, dass durch anticholinerg wirkende Antidepressiva das cholinerge Defizit verstärkt wird. Hier empfiehlt sich der Einsatz von Antidepressiva mit geringen anticholinergen Nebenwirkungen (11).

Bei dem im Alter häufigen Diabetes mellitus muss eine weitere Nebenwirkung der Trizyklika, die Appetitsteigerung, beachtet werden. Hier ist dann ein SSRI oft geeigneter. Auch wenn man mit den älteren Antidepressiva auf eine längere Erfahrung mit den einzelnen Substanzen zurückblickt und oft gute therapeutische Effekte und eine oft erwünschte Sedierung erzielt, sind doch wegen des besseren Nebenwirkungsprofils SSRI, dual wirksame oder doppeltselektive Antidepressiva Mittel der ersten Wahl (Auswahl gängiger Antidepressiva in *Tabelle 7*).

Moderne Antidepressiva sind deutlich weniger toxisch (insbesondere kardial), sie versprechen mit der einfacheren Dosierung (in der Regel Einmalgabe) eine höhere Compliance und sind aufgrund (weitgehend) fehlender anticholinerg, antiadrenerger und antihistaminerg Nebenwirkungen bei Patienten mit entsprechenden somatischen Problemen (z.B. Glaukom, Prostatahypertrophie, Adipositas, hirnorganischen oder kardialen Erkrankungen) zu bevorzugen. Verschiedene Antidepressiva weisen in ihrer Wirksamkeit und auch im Wirkungseintritt keinen wesentlichen Unterschied auf. Nicht selten scheidet eine antidepressive Pharmakotherapie an der zu geringen Dosis. Es sollte deshalb individuell eine ausreichende Dosisanpassung durchgeführt werden.

Tabelle 7:

**Auswahl in der Alterspsychiatrie gängiger Antidepressiva (nach 3)**

<b>SSRI / Dosierung</b>	<b>Wirkmechanismus</b>	<b>Mögliche Nebenwirkungen</b>
Escitalopram (Cipralax®), 10–20 mg Citalopram (Seropram®), 20–40 mg Sertralin (Zoloft®), 50 mg	Hemmung der 5-HT- Wiederaufnahme	gastrointestinale NW, Schlafstörungen, Agitiertheit, Kopfschmerz, sexuelle Funktionsstörungen, Schwindel, Zwangsgähnen, keine Kombination mit MAOH! gute Verträglichkeit bei kardialen Erkrankungen, Demenz und Diabetes mellitus, keine anticholinergen NW, jedoch z.T. Interaktionen mit anderen (Psycho-)Pharmaka am CYP 450
<b>NaSSA / Dosierung</b>	<b>Wirkmechanismus</b>	<b>Mögliche Nebenwirkungen</b>
Mirtazapin (Remeron®), 15–45 mg	zentrale präsynaptische $\alpha$ -2-Blockade, postsynaptischer 5-HT <sub>2</sub> - und 5-HT <sub>3</sub> -Antagonismus	Sedierung, Mundtrockenheit, Gewichtszunahme, selten orthostatische Probleme, Tremor, Faszikulationen, Ödeme, sehr selten epileptische Anfälle, Transaminasenanstieg, Eosinophilie, wenig anticholinerge NW
<b>rev. MAOH / Dosierung</b>	<b>Wirkmechanismus</b>	<b>Mögliche Nebenwirkungen</b>
Moclobemid (Aurorix®), 300–600 mg	reversibler MAO-Hemmer (Typ A)	Schlafstörungen, Übelkeit, hohe Tyraminaufnahme in der Nahrung sollte vermieden werden, keine anticholinergen NW
<b>SSNRI / Dosierung</b>	<b>Wirkmechanismus</b>	<b>Mögliche Nebenwirkungen</b>
Venlafaxin (Efexor®), 150–300mg Duloxetin (Cymbalta®), 60–120 mg	5-HT- und Noradrenalin- Wiederaufnahmehemmung	ähnlich den SSRI, zusätzlich Allergie, Blutdruckanstieg  ähnlich den SSRI (Übelkeit, Schlafstörungen, Appetitminderung, Obstipation, Schwindel, sexuelle Funktionsstörungen)

Interkurrierende Erkrankungen sollten nicht zu einem Absetzen der antidepressiven Pharmakotherapie führen. Kombinationsbehandlungen aus verschiedenen Psychopharmaka gehen naturgemäss mit einer grösseren Unübersichtlichkeit bezüglich Interaktionen und Nebenwirkungen einher. Auch ist die Compliance als geringer anzusetzen. Dennoch ist die Möglichkeit vorteilhafter Kombinationen nicht auszuschliessen (Studien fehlen bisher, die eine überlegene Wirksamkeit von Kombinationen im Alter nachweisen.)

**Nicht sedierende Psychopharmaka erhöhen nicht die Suizidalität. Die Gefahr ist wesentlich grösser, durch eine Nichtbehandlung die Suizidalität zu fördern als durch Behandlung.**

Vorwiegend durch die Veränderungen in der Pharmakokinetik lässt sich bei älteren Patienten schon mit der Hälfte der Standardzioldosis eine gute Wirkung erzielen. Manche Patienten benötigen jedoch gleiche Dosierungen wie junge Erwachsene, man muss sich an die individuelle Wirkungs- und Toleranzgrenze herantasten. Wegen der Veränderungen in der Pharmakokinetik und -dynamik gewinnt die

Bestimmung der Medikamentenspiegel (therapeutisches «drug-monitoring») eine zunehmende Bedeutung.

Der antidepressive Wirkeintritt ist selten innerhalb der ersten Tage zu beobachten – darüber sollten die Patienten informiert werden. Wenn allerdings (bei gesicherter Compliance und ausreichender Dosierung) nach drei Wochen keine Besserung eingetreten ist, ist der Wechsel auf ein Antidepressivum aus einer anderen pharmakologischen Gruppe indiziert. Bei weiterer Therapieresistenz gibt es verschiedene Möglichkeiten der Kombinations- (zwei Antidepressiva) und Augmentationsbehandlung (z.B. Kombination mit Lithium, Schilddrüsenhormonen oder Östrogenen) oder in Ausnahmefällen einer Infusionsbehandlung.

Bei depressiver Wahnbildung kann die Kombination mit einem atypischen Antipsychotikum (z.B. Seroquel® oder Risperdal®) in niedriger Dosis indiziert sein, wobei an die depressiogene Nebenwirkung vieler Antipsychotika gedacht werden muss. Eine neuroleptische Monotherapie mit einem Typikum (z.B. Haldol®) ist obsolet, ebenso die ausschliessliche Behandlung mit einem Benzodiazepin (z.B. Temesta®). Letztgenanntes kann jedoch vorübergehend, vor allem bei Suizidalität, in Krisensituationen und vor Eintritt der antidepressiven Wirkung durchaus hilfreich sein. Auch eine Dysthymie, eine anhaltende Minor Depression oder eine unterschwellige Depression sollten medikamentös behandelt werden.

### Elektrokonvulsionsbehandlung (EKT)

Trotz des erhöhten Narkoserisikos bei älteren Menschen sollte man eine EKT in Betracht ziehen (die mit einer Verbesserungsrate von bis zu 60% als die kurzfristig erfolgreichste Depressionsbehandlung angesehen wird). Indiziert ist die EKT, wenn zwei Antidepressiva mit unterschiedlichem Wirkprinzip, die Kombination zweier Antidepressiva oder eine Augmentationsbehandlung erfolglos geblieben sind und die Schwere des klinischen Bilds das Behandlungs- und Narkoserisiko rechtfertigt. Manche Autoren (4) sehen angesichts der Nebenwirkungen klassischer Antidepressiva in der EKT sogar die für ältere Patienten sicherste Behandlungsmethode (wobei neuere Untersuchungen insbesondere auf das Problem bislang vernachlässigter überdauernder subjektiver Gedächtniseinbußen hinweisen).

**Bei akuter, nicht medikamentös beherrschbarer vitaler Gefährdung (Suizidalität, Stupor), bei Therapieresistenz, bei psychotischer Depression, einem guten früheren Ansprechen oder einer medikamentösen Unverträglichkeit sollte die Therapieoption EKT erwogen werden.**

---

Eigene Erfahrungen (26) lehren, dass Schlafentzugsbehandlung in dieser Altersgruppe wirksam und gut verträglich ist.

Die transkranielle Magnetstimulation kann wegen fehlenden Effizienznachweises nicht empfohlen werden, bei Vagusnervstimulation gibt es keine empirische Evidenz für ältere Patienten, und bei der Lichttherapie sind ebenso wenig gesonderte Daten für ältere Patienten vorhanden (doch es ist eine bewährte antidepressive Strategie bei atypischer oder saisonaler Depression).

### Psychotherapie bei älteren Menschen

Obwohl früher nur sehr zögerlich eine Indikation dafür gestellt wurde, hat sich diese mittlerweile in empirischen Untersuchungen als durchführbar und erfolgreich erwiesen (16). Unterschiedliche Formen (psychoanalytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie etc.) kommen in unterschiedlichem Setting (Einzel-, Gruppentherapie) zum Einsatz. Beste empirische Evidenz besteht für die kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonelle Therapie. Etwas empirische Evidenz liegt für Problemlösetrainings (hilfreich bei Minor Depression), Biografiearbeit oder dynamische Kurzinterventionen vor.

**Soziale Unterstützung für Patienten und Angehörige**  
Unterstützung für Angehörige, die Demenzkranke pflegen, hilft depressive Symptome zu reduzieren. Bei der Psychotherapie müssen alterstypische Besonderheiten, wie Störungen des Sehens und Hörens und Einschränkungen des Gedächtnisses, berücksichtigt werden. Meist sind hier die Ziele enger umrissen sowie (dem Lebensalltag des Patienten und seiner Situation angemessen) klar begrenzt und fokussiert.

**Psychotherapie ist als Hauptbehandlung bei leichten und moderaten Depressionen wirksam, bei schwereren Formen sollte sie mit Pharmakotherapie kombiniert werden; die Kombination ist wirksamer als die jeweilige Therapie alleine.**

Objektverluste, narzisstische Kränkungen (insbesondere die Kumulation solcher Ereignisse innerhalb eines kurzen Zeitraums) sind wichtige Depressionskonzepte in der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie (24). Verhaltenstherapeutisch stehen Kompetenz- beziehungsweise Verstärkerverlustmodelle im Vordergrund (12). Bei älteren depressiven Patienten ist es wichtig, möglichst schon zur Anamneseerhebung – selbstverständlich nur mit Zustimmung des Patienten – Angehörigengespräche anzubieten, was oft von beiden Seiten gewünscht wird. Mittlerweile gibt es zusätzlich zahlreiche Angehörigengruppen, auf die verwiesen werden kann. Die Familien der Patienten haben ein berechtigtes Informationsbedürfnis, über die Natur der Erkrankung aufgeklärt zu werden und zu wissen, wie sie die Symptomatologie einordnen können. So können dysfunktionale Verhaltensweisen aufgegriffen, häufig auftretende Gefühle von Schuld oder Aggression thematisiert und einer sekundären Chronifizierung vorgebeugt werden.

### Management der Depression bei älteren Menschen

Folgende Gesichtspunkte sind zu berücksichtigen:

- Überleben sichern/Suizidprävention
- adäquate Diagnostik und Behandlung sicherstellen (ambulant/stationär, Facharzt)
- Risikoassessment und -monitoring (Erkrankungs- und Behandlungsrisiken)
- Aufbau eines funktionalen und bewältigenden Krankheitsmodells bei Patienten und Angehörigen (Psychoedukation)
- Sicherstellung einer lebenspraktischen Unterstützung
- Behandlung begleitender Erkrankungen und Kompensation sensomotorischer Defizite (geriatrisches Assessment)
- adäquate Unterstützung in der Remissionsstabilisierung und der Phasenprophylaxe (Psychoedukation).

Eine Überweisung zum Facharzt sollte erfolgen, wenn folgende Kriterien initial oder auch im Verlauf erfüllt sind:

- fragliche Suizidalität
- differenzialdiagnostische Unklarheit
- wahnhaftige Störungen (z.B. bipolare Störungen, schizoaffektive Störung)
- kein Erfolg/Besserung innerhalb von zwei Monaten Verlauf/Behandlung.

Akute Suizidgefahr erfordert immer eine stationäre Einweisung, aber auch

- Verlust der Fähigkeit zur Selbstversorgung
- fehlende Entlastungs- und Hilfsmöglichkeiten zu Hause
- gravierende Begleiterkrankungen
- schweres depressives Syndrom
- kein Ansprechen auf ambulante Therapien
- starke Belastung der Angehörigen
- Gefährdung der Therapie, Non-Compliance.

Ein weitgehend ungelöstes Problem ist die Versorgung chronisch depressiver älterer Patienten nach einer stationären Behandlung, die nicht zur Remission geführt hat, da es bislang keine adäquaten Angebote im ambulanten Bereich gibt. Neben der Entwicklung weiterer effektiver medikamentöser und anderer biologischer Behandlungsformen ist hier sozialpsychiatrischer Entwicklungsbedarf angesagt. ■

*Dr. med. Frank Schwärzler  
Chefarzt der Abteilung Geronto- und  
Neuropsychiatrie und -psychotherapie  
Münsterklinik Zwiefalten  
Hauptstrasse 9  
D-88529 Zwiefalten*



*Interessenkonflikte: keine*

*Prof. Dr. med. Henning Wormstall  
Psychiatriezentrum Breitenau  
Breitenaustrasse 124  
8200 Schaffhausen*



*Interessenkonflikte: keine*

*Das umfangreiche Literaturverzeichnis ist beim Verlag erhältlich, auch via E-Mail: [info@rosenfluh.ch](mailto:info@rosenfluh.ch)*