

Altersdepression

Das Seelenleiden wird bei Betagten oft nicht diagnostiziert und therapiert

LANCET

Depressionen sind im Alter häufig, bleiben aber nicht selten unerkannt. Dabei können sie genauso gut behandelt werden wie bei jüngeren Patienten. Das meint George S. Alexopoulos in einem Seminarbeitrag in «The Lancet».

Tritt eine Depression bei Menschen über 65 Jahre auf, spricht man definitionsgemäss von einer Altersdepression. Sie zählt laut WHO zu den häufigsten geriatrischen Erkrankungen überhaupt. Nimmt man lediglich die Major Depression, so sind hier von zwar nur 1 bis 4 Prozent der Senioren betroffen, allerdings steigt die absolute Zahl mit dem wachsenden Anteil alter Menschen. Im Übrigen geht man davon aus, dass sich Inzidenz und Prävalenz jenseits des 70. Lebensjahres verdoppeln. Werden Minor Depression und bipolare Störung hinzugenommen, erhöht sich der Anteil der Betroffenen merklich. 15 bis 17 Prozent aller alten Menschen, die den niedergelassenen Arzt aufsuchen, leiden an einer depressiven Symptomatik. Noch höher ist der Prozentsatz depressiv Erkrankter in institutionellen Einrichtungen wie Spitälern, Alters- und Pflegeheimen, wo zuweilen mehr als jeder Dritte an depressiven Symptomen leidet.

Schwierige Diagnose

Die Altersdepression wird gerade bei Primärversorgern nicht ganz selten verkannt. Das hängt auch mit den Erscheinungsformen zusammen. Zwar gelten bei der Major Depression die üblichen Diagnosekriterien, aber gerade die Hochbetagten weisen nicht immer die typischen Beschwerden einer depressiven Störung auf wie Interessensverlust, Hoffnungslosigkeit, ausgeprägte Antriebsstörung, Traurigkeit oder ein Stimmungstief am Morgen mit Besserung zum Abend hin. Oft verbergen sich hinter somatischen Beschwerden behandlungsbedürftige Depressionen. Die Patienten berichten von unspezifischen Symptomen wie rascher Ermüdung, kognitiven Defiziten und Schlaflosigkeit oder aber über eine unerklärliche psychomotorische Unruhe. Verwandte und Pflegepersonal schildern eine oft wechselnd ausgeprägte Gereiztheit, Misstrauen, oder sie berichten über einen zunehmenden mentalen Rückzug des Patienten.

Obwohl nicht in den Diagnosekriterien aufgeführt, gehört es zu den Charakteristika der Altersdepression, dass diese oft mit anderen Erkrankungen gemeinsam auftreten, was die Diagnostik erschweren kann, andererseits aber ein Licht auf die Schwierigkeiten wirft, mit denen die Betroffenen zu kämpfen haben. Unter den Komorbiditäten sind beispielsweise Herzkrankungen, Niereninsuffizienz, Anämie, Diabetes mellitus, Störungen der Schilddrüsenfunktion oder des Vitaminhaushaltes sowie Tumorerkrankungen zu nennen. Der Anteil der Diabetiker beträgt bis zu 50 Prozent, nicht viel seltener leiden die alten Menschen an Morbus Parkinson, Herzinsuffizienz oder den Folgen eines zerebrovaskulären Insults. Schwierig ein-

Merksätze

- Depressionen sind im Alter häufig.
- Sie sind begleitet und zum Teil maskiert durch andere Alterserkrankungen.
- Die Behandlung basiert auf Psychotherapie und medikamentöser Therapie. Die Substanzen werden nach Verträglichkeit bzw. dem Nebenwirkungsprofil ausgewählt.
- Die medikamentöse Behandlung ist bei Betagten oft nebenwirkungsreicher, aber ansonsten so erfolgreich wie bei Jüngeren. Eine Erhaltungstherapie ist wegen der hohen Rückfallrate angezeigt.

zuordnen sind die oft vorhandenen kognitiven Defizite, die sowohl begleitendes Symptom einer depressiven Erkrankung sein können als auch Ausdruck einer beginnenden Demenz. Hinzu kommt, dass alte Menschen oft viele Medikamente einnehmen, die unter Umständen eine Depression hervorrufen können (Tabelle 1).

Sind Depressionen für sich schon belastend genug, so trägt das Seelenleiden auch noch dazu bei, dass die Prognose anderer Erkrankungen sich verschlechtert. Eine Studie hat gezeigt, dass ältere Patienten mit Depression viel häufiger innert weniger Monate an einem Herzinfarkt sterben als nichtdepressive Leidensgenossen.

Gängige Diagnosesysteme, wie die Hamilton-Depressionsskala (HAM-D), sind diagnostisch nicht ohne Weiteres aufschlussreich, da bei den Alten die für eine Major Depression geforderten Kernsymptome

Altersdepression

Tabelle 1: Substanzen, die eine Depression hervorrufen können (Auswahl)

Methyl dopa, Benzodiazepine, Propanolol, Reserpin, Steroide, Anti-Parkinson-Medikamente, Betablocker, Östrogene, Progesteron, Cimetidin, Tamoxifen

nicht immer vorhanden sind. Deshalb fordern Geriater und Psychiater – neben einer ausführlichen Anamneseerhebung und Exploration – die Anwendung spezifischer psychometrischer Testverfahren wie die Geriatric-Depression-Scale (GDS).

Wie sieht die Behandlung aus?

Die Ziele der Behandlung sind klar definiert: Es geht darum, die Symptome zu lindern, das Fortschreiten hin zum Suizid zu verhindern, die Funktionstüchtigkeit der Patienten zu erhöhen und dem Patienten zu helfen, Strategien zu entwickeln, mit seinen Gebrechen und Einschränkungen umzugehen. Nach Auskunft des Autors ist grundsätzlich eine Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie anzustreben. Unter den Psychotherapien sind die supportive Psychotherapie, Problemlösungsstrategien und

interpersonelle Therapien bevorzugte Verfahren. Aber auch kognitive Therapien sind im Alter wirksam. Nur in leichten Fällen kann man auf Medikamente verzichten, meint der Autor. Manche Patienten mit Minor Depression reagieren auch gut auf unspezifische unterstützende Massnahmen. Bei dieser Depressionsform sollte überhaupt erst nach längerer Beobachtungszeit mit einer spezifischen Behandlung begonnen werden.

Antidepressiva sind grundsätzlich auch im Alter wirksam, meint der Autor. Allerdings sind Nebenwirkungen unter antidepressiver Medikation im Alter häufiger. Da keine Wirksamkeitsunterschiede zwischen den verschiedenen Antidepressivaklassen vorhanden sind, orientiert sich die Medikamentenauswahl für die Behandlung der Altersdepression an der Nutzen-Risiko-Abwägung. Entscheidend für die Auswahl des Antidepressivums sind das jeweilige Nebenwirkungs- und Interaktionsprofil, pharmakokinetische Überlegungen sowie bestehende Komorbidität.

Aufgrund ihres günstigen Wirkungsprofils (Tabelle 2) werden heute SSRI als Mittel der ersten Wahl bei noch nicht antidepressiv vorbehandelten betagten Patienten favorisiert. Gute Alternativen sind, nach Auskunft des Autors, Bupropion (Zyban®) und Mirtazapin (Remeron®). Bei alten Menschen sollte die Therapie mit

einer sehr geringen Dosis begonnen werden, die dann vorsichtig gesteigert wird («start low and go slow»). Letztlich wird aber eine Enddosis angestrebt, wie sie auch bei jüngeren Patienten empfohlen wird. Die Medikamente müssen mindestens vier Wochen verabreicht werden, bevor sich die Wirksamkeit hinreichend gut beurteilen lässt. Bei ungenügender Effektivität ist im Allgemeinen zunächst eine Dosiserhöhung anzustreben, erst dann eine Kombinationstherapie. Der Autor gibt auch Beispiele: War das initiale Antidepressivum ein SSRI, können Bupropion, Nortriptylin (Nortrilen®) oder auch Lithium hinzugefügt werden. Ist der Patient auf Bupropion eingestellt, kann bei ungenügender Wirksamkeit ein SSRI oder Lithium als Zusatzmedikament hilfreich sein. Bei psychotischer Altersdepression werden Kombinationen von Antidepressiva und atypischen Neuroleptika, ausgenommen Clozapin (Leponex®), empfohlen. Der Autor hält in therapieresistenten Fällen auch die Elektroschocktherapie für erwägenswert.

Grundsätzlich muss man davon ausgehen, dass Depression im Alter eine wiederkehrende Erkrankung ist. 90 Prozent der Alten, die eine Remission erzielt haben, erleiden innert drei Jahren einen Rückfall, wenn sie nicht weiterbehandelt werden. Bei Patienten unter Nortriptylin und Psychotherapie waren es gemäss einer Studie im selben Zeitraum 20 Prozent. Eine Erhaltungstherapie ist also angezeigt, wobei die Dosierung, nach Angaben des Autors, beibehalten werden soll. Die Therapie sollte mindestens ein Jahr dauern. Hat der Patient bereits drei oder mehr depressive Episoden im Leben durchgemacht, wird sogar eine Erhaltungstherapie von mehr als drei Jahren empfohlen. Bei psychotischer Depression sollte das Neuroleptikum sechs Monate weitergegeben werden. ●

George S. Alexopoulos: Depression in the elderly. Lancet 2005; 365: 1961–1968.

Uwe Beise

Interessenkonflikte: Der Autor der Originalpublikation erhielt u.a. Honorare von Pfizer, Lilly, Glaxo und Janssen.

Tabelle 2: Nebenwirkungsprofil von Trizyklika (TZA) und SSRI

TZA	SSRI
Mundtrockenheit mit der Gefahr von «Prothesenulzera»	gastrointestinale NW (Nausea)
Akkommodationsschwäche (verschwommenes Sehen)	innere Unruhe
orthostatische Dysregulation (Sturzgefahr)	Schlafstörungen
Tremor, Schwitzen, Schwindel	sexuelle Funktionsstörungen
Sedierung	Akathesie (Sitz- und Standunruhe)
Harnentleerungsstörungen (akuter Harnverhalt bei BPH)	Parkinsonismus
Obstipation	Absetzphänomene
Appetitsteigerung (Gewichtszunahme)	
Senkung der Krampfschwelle	
Verschlechterung der Kognition bis hin zu deliranten Zustandsbildern	
Auslösung von manischen Zuständen und Halluzinationen	