

Alterspsychiatrie

Schweizer Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie von Depression bei Senioren

Auch im Alter gilt Depression als häufigste psychische Störung mit weitreichenden Auswirkungen für die Betroffenen selbst wie für ihre Angehörigen und die Gesellschaft allgemein. Eine Schweizer Autorengruppe aus Vertretern verschiedener (alters-)psychiatrischer und pflegerischer Fach- und Berufsverbände hat im vergangenen Jahr die verfügbare Evidenz für die Diagnostik und Therapie von Depression im Alter zusammengetragen und daraus Handlungsempfehlungen für Fachpersonen abgeleitet.

Steckbrief

Wer hat die Guidelines erstellt? Hatzinger M^{1,2}, Hemmeter U¹, Hirsbrunner T⁴, Holsboer-Trachsler E³, Leyhe T¹, Mall JF¹, Mosimann U², Rach N⁵, Trächsel N¹, Savaskan E¹

¹Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie (SGAP); ²Schweizerische Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (SGBP); ³Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD); ⁴Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK); ⁵Schweizerische Fachgesellschaft für Gerontopsychologie (SFGP) (1)

Wann wurden sie erstellt? 2018

Für welche Patienten? Ältere Personen mit Depression

Was ist neu?

- ▲ Depression tritt im Alter sehr häufig und oft als Komorbidität auf.
- ▲ Depression hat für ältere Patienten gravierende Konsequenzen (Beeinträchtigung von Kognition und Alltagsfähigkeiten, Suizidalität).
- ▲ Therapeutische Massnahmen umfassen Psychotherapie, Psychopharmakotherapie und psychosoziale Entlastung.
- ▲ Psychopharmaka sollen nach strenger Indikation unter Berücksichtigung von Nebenwirkungsprofilen und Interaktionen eingesetzt werden.

Mit dem stetigen Anstieg der Lebenserwartung weltweit nimmt die Häufigkeit nicht nur alterskorrelierter neurodegenerativer Erkrankungen (z.B. Alzheimer-Demenz), sondern auch von Depression immer weiter zu. Die Prävalenz Letzterer bei über 65-Jährigen liegt unter Einbezug auch leichter depressiver Episoden derzeit bei etwa 25 Prozent.

Ziel der hier vorgestellten Schweizer Handlungsempfehlungen ist die kompakte Darstellung des aktuellen Forschungsstands zur Diagnostik und Therapie von Depression im Alter zum Zweck einer frühzeitigen Erkennung und evidenzbasierter Behandlung betroffener Personen.

Diagnostik

Hinsichtlich des diagnostischen Vorgehens wird seit geraumer Zeit nicht mehr zwischen Depressionen bei älteren im Vergleich zu jüngeren Personen unterschieden, auch wenn die Hauptsymptome der Depression wie Traurigkeit typischerweise von Älteren häufig weniger zum Ausdruck gebracht werden und sich die Symptome bei ihnen eher als körperliche Beschwerden manifestieren.

Die Diagnostik der Depression erfolgt nach ICD-10 und gründet sich auf die Querschnittsbefunderhebung mit Bestimmung des Syndroms (Haupt- und Zusatzsymptome, siehe *Kasten*) sowie der Beurteilung von Schweregrad und Verlauf (einzeln/rezidivierend, anhaltend/episodisch, Dauer, uni-/bipolar).

Je nach Anzahl der vorliegenden Symptome wird die Ausprägung einer depressiven Episode in «leicht», «mittelgradig» und «schwer» unterteilt, wobei eine schwere Symptomatik auch psychotische Züge (Wahnvorstellungen) tragen kann. In der unipolaren Form kommt es entweder zu einer einmaligen depressiven Episode oder aber zu einem rezidivierenden Verlauf. Die bipolare Störung ist durch zusätzliche manische Episoden gekennzeichnet und gibt bei spätem Beginn (> 50 Jahre) Anlass zum Ausschluss einer hirnganischen oder somatischen Erkrankung.

Wichtigste Differenzialdiagnose der Depression bei älteren Menschen ist eine beginnende Demenz (Prävalenz von Depression bei Alzheimer-Erkrankung: $\leq 50\%$), aber auch bei



Schweizer Empfehlungen für Diagnostik und Therapie von Depression bei Senioren
www.rosenfluh.ch/qr/sgad

Kasten:

Symptome bei Depression im Alter

Hauptsymptome:

- ▲ gedrückte Stimmung
- ▲ Interessenverlust
- ▲ Freudlosigkeit
- ▲ Antriebsminderung
- ▲ erhöhte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome:

- ▲ Konzentrations-/Aufmerksamkeitsstörungen
- ▲ vermindertes Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen
- ▲ Schuldgefühle
- ▲ negative Zukunftsperspektiven
- ▲ Suizidgedanken/-handlungen
- ▲ Schlafstörungen
- ▲ verminderter Appetit

anderen neurodegenerativen Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Chorea Huntington, multiple Sklerose (MS) oder amyotrophe Lateralsklerose (ALS) kann eine Depression als Komorbidität auftreten. Daneben muss auch eine Anpassungsstörung, etwa als Reaktion auf schwere Erkrankungen oder Schicksalsschläge, in Betracht gezogen werden.

Ferner besteht für Depression im Alter ein enger Zusammenhang mit kardio- oder zerebrovaskulären («vaskuläre Depression») Erkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Benzodiazepine, Opioide), Persönlichkeitsstörungen, metabolischen Störungen, Medikamenteneinnahme (nicht selektive Betablocker, systemische Kortikosteroide, Kalziumantagonisten, Benzodiazepine) und Schmerz.

Zur Erfassung von depressiver Symptomatik wurden speziell für Ältere bestimmte Untersuchungsinstrumente entwickelt, die Wechselwirkungen mit potenziell zusätzlich bestehenden somatischen beziehungsweise hirnorganischen Erkrankungen oder sensorischen beziehungsweise kognitiven Einschränkungen mitberücksichtigen. Etablierte Fragebögen zur Selbstbeurteilung sind neben dem allgemein verwendeten Beck-Depressions-Inventar II (BDI II) die geriatrische Depressionsskala (GDS) und die Depression-im-Alter-Skala (DIA-S). Zur Fremdbeurteilung kommen häufig auch bei Älteren die verbreiteten, altersunabhängig eingesetzten Instrumente (Hamilton-Depressionsskala [HAMD], Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale [MADRS]) zur Anwendung. Ein speziell zum Depressionsscreening bei Demenzkranken entwickelter Fragebogen ist die Cornell-Skala für Depressionen bei Demenz (CSDD). Eine neuropsychologische Untersuchung zur Abgrenzung einer Depression von Demenz kann allerdings während einer akuten Phase der Depression nicht durchgeführt werden.

Zusätzlich zur psychiatrischen Diagnose müssen (hirn-)organische Ursachen abgeklärt werden. Hierzu werden diverse labordiagnostische (und evtl. liquordiagnostische) sowie bildgebende (Magnetresonanztomografie [MRT], Computertomografie [CT], SPECT [single photon emission computed tomography], Positronenemissionstomografie [PET]) und elektroenzephalografische Untersuchungen durchgeführt.

Therapie

Abhängig vom Schweregrad sollte sich die Behandlung einer Depression stets auf die drei Säulen psychosoziale Intervention, Psychotherapie und Psychopharmakotherapie stützen. Ausserdem können auch biologische, nicht pharmakologische Behandlungsmethoden wie etwa chronobiologische (Schlafentzug [Evidenzkategorie A, Empfehlungsgrad 2], Lichttherapie [B, 3]) oder interventionelle Verfahren (Elektrokonvulsionstherapie [EKT; A, 2], repetitive transkranielle Magnetstimulation [rTMS; C, 3], Vagusnervstimulation [F, -], transkranielle direkte Gleichstromstimulation [tDCS; F, -], tiefe Hirnstimulation [DBS; F, -]) eingesetzt werden.

Psychosoziale Interventionen

Individuelle psychosoziale Interventionen haben zum Ziel, die depressiven Symptome zu mildern, das Suizidrisiko zu vermindern, soziale Kontakte zu stützen und das Gefühl der Selbstwirksamkeit zu verbessern. In diesem Bereich können auch die Angebote diverser unterstützender Organisationen (z.B. Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie [NAP], Spitex, Pro Senectute, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden [KESB]) in Anspruch genommen werden.

Psychotherapie

Für spezielle psychotherapeutische Verfahren konnte eine evidenzbasierte Wirkung bei Depression im Alter belegt werden, wobei überwiegend kognitive Verhaltenstherapien (KVT), erinnerungsorientierte Verfahren, interpersonelle Psychotherapie (IPT) sowie psychodynamische Verfahren untersucht wurden. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) empfiehlt unspezifisch Psychotherapie bei:

1. über 65-Jährigen mit Depression (Evidenzgrad A)
2. schweren Depressionsformen in Kombination mit Pharmakotherapie (B)
3. Depression mit leichten kognitiven Einschränkungen (B).

Psychopharmakotherapie

Als Substanzen der ersten Wahl zur pharmakologischen Therapie der Depression gelten auch bei älteren Patienten Antidepressiva. Eine Übersicht über die Wirkstoffe, für die eine Wirksamkeit bei Depression im Alter in Studien nachgewiesen wurde, mit ihren jeweiligen Zielsymptomen und Nebenwirkungs- beziehungsweise Interaktionsprofilen sowie den entsprechenden Evidenzkategorien und Empfehlungsgraden findet sich in der *Tabelle*. Der jeweils individuell geeignete Wirkstoff sollte neben der generellen Wirkeffizienz und anderen Medikamenteneigenschaften (Nebenwirkungsprofil, Interaktionen) auch durch patientenseitige Faktoren wie genaue Diagnostik (uni-/bipolare Depression) und klinisches Erscheinungsbild (suizidal, ängstlich-agitiert/gehemmt, atypisch, wahnhaft) bestimmt werden. Bei den häufig multimorbiden älteren Patienten ist die Indikation stets hinsichtlich des Risikos einer Polypharmazie abzuwägen.

Prinzipiell sollten die Dosierungen anfangs möglichst niedrig gehalten und im Verlauf, gute Verträglichkeit vorausgesetzt, gegebenenfalls vorsichtig gesteigert werden («start low, go slow»). Auch bei älteren Patienten gelten unter Berücksichtigung von Nebenwirkungs- und Interaktionsprofilen grundsätzlich die Schweizerischen Behandlungsempfehlungen für

Tabelle:

Zur Behandlung von Depression bei älteren Patienten empfohlene Medikamente (nach Hatzinger et al.)

Wirkstoff	Zielsymptome	Nebenwirkungen (NW)/Interaktionen	Evidenzkategorie	Empfehlungsgrad
<i>Tri-/tetrazyklische Antidepressiva</i>		Anticholinerg, Orthostase, kardiovaskuläre NW (im Alter nicht als First-Line-Medikation)	A	2
Imipramin				
Trimipramin	Insomnie			
Doxepin	Insomnie			
Amitriptylin	Insomnie, Schmerzen			
Mianserin	Insomnie, Kognition	Agranulozytoserisiko (nur Mittel der 3. Wahl)		
Nortriptylin	Kognition	Günstigstes NW-Profil im Vergleich mit anderen trizyklischen Antidepressiva		
Clomipramin	Schmerzen			
<i>SSRI</i>	Spezifische Wirksamkeit bei komorbider Angsterkrankung	SIADH als Klasseneffekt (Überwachung des Natriums) Assoziation (gering) mit hämorrhagischem Stroke	A	1
Paroxetin		Leicht anticholinerg Effekt (negative Auswirkungen auf Kognition möglich) Medikamenteninteraktionen		
Citalopram		Verlängerung der QTc-Zeit (Dosisbegrenzung)		
Escitalopram		Verlängerung der QTc-Zeit (Dosisbegrenzung)		
Fluoxetin		Medikamenteninteraktionen		
Fluvoxamin		Medikamenteninteraktionen		
Sertralin		Günstigstes Nutzen-Risiko-Profil innerhalb der Klasse		
<i>SNRI</i>			A	
Venlafaxin	Kognition, Schmerz	Potenziell beeinträchtigte Miktion, potenziell blutdrucksteigernder Effekt		2
Duloxetin	Kognition, Schmerz	Potenziell beeinträchtigte Miktion		1
<i>NaSSA</i>				
Mirtazapin	Schlaf, Schmerz	RLS-Induktion, Gewichtszunahme und Agranulozytose (selten) möglich	B	3
<i>SNDRI</i>				
Bupropion	Kognition	Krampfschwellensenkende Wirkung (bei Epilepsie kontraindiziert)	B	3
<i>SARI</i>				
Trazodon	Schlaf, Kognition	Insgesamt gute Verträglichkeit, geringe anticholinerge NW, keine RLS-Induktion Leicht erhöhtes Risiko für kardiale Reizleitungsstörungen	A	1
Vortioxetin	Kognition	Nausea, im Übrigen sehr wenige NW	B	3
<i>Melatoninrezeptoragonisten</i>				
Agomelatin	Schlaf (melatonerge Wirkung), Kognition	Insgesamt günstiges NW-Profil (Leberwerte kontrollieren!)	B	3
<i>MAO-Hemmer</i>		Generell gute Verträglichkeit Pharmakodynamische Medikamenteninteraktion (Kombination mit serotonergen Antidepressiva kontraindiziert)		
Moclobemid	Kognition		A	1
<i>Phytopharmaka</i>				
Johanniskraut		Gute Verträglichkeit (cave: Fotosensibilität) Interaktionspotenzial insbesondere bei älteren, polypharmazierten Patienten beachten	F	-

SSRI: selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer; SIADH: Syndrom der inadäquaten Sekretion vom ADH (antidiuretisches Hormon); SNRI: Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer; RLS: Restless-Legs-Syndrom; SNDRI: selektive Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahme-Hemmer; SARI: Serotonin-Antagonist-und-Wiederaufnahme-Hemmer; MAO: Monoaminoxidase; NaSSA: noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva

unipolare Depression; blutdruckaktive Substanzen mit Orthostase und solche mit zentralen anticholinergen Eigenschaften sollten jedoch vermieden werden.

Bei Therapieresistenz soll zunächst eine Optimierung der Behandlung in Form von Dosiserhöhungen mit Kontrolle der Plasmaspiegel erfolgen sowie die Situation an der Blut-Hirn-Schranke (Bestimmung des ABCB1-Genotyps) untersucht werden. Falls auch diese Massnahmen nicht zum Erfolg führen, kann entweder ein Wechsel auf ein anderes Antidepressivum, eine Kombination zweier Antidepressiva oder aber

eine Augmentationsbehandlung (zusätzliche Gabe einer selbst nicht antidepressiv wirkenden, die Wirkung eines Antidepressivums jedoch verstärkenden Substanz, z.B. Lithium, atypische Antipsychotika [Aripiprazol, Quetiapin], Stimulanzien [Methylphenidat]) erwogen werden. ▲

Ralf Behrens

Referenz:

1. Hatzinger M et al.: Empfehlungen für Diagnostik und Therapie der Depression im Alter. Praxis 2018; 107(3): 127-144.

Foto: zVg



EXPERTENKOMMENTAR

PD Dr. med. Dr. phil. Ulrich Michael Hemmeter
Chefarzt Alters- und Neuropsychiatrie
St. Gallen

Was ist der Stellenwert der Neuerung?

Depressionen sind neben Angsterkrankungen die häufigsten psychischen Erkrankungen und haben auch im Alter einen hohen Stellenwert. Mit zunehmendem Alter nehmen aber auch körperliche Erkrankungen zu, diese können ursächlich zu Altersdepressionen führen und müssen erkannt und bei der Therapie wesentlich berücksichtigt werden. Depressionen können zudem auch als Begleiterkrankungen (z.B. bei kardiovaskulären, pulmonalen Erkrankungen u.a.) vorliegen, die wiederum die Behandlung erschweren und Spezialwissen erfordern. Neben diesen biologischen Faktoren spielen auch altersspezifische, psychosoziale Belastungsfaktoren eine Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen im Alter.

Ältere Menschen leben vermehrt alleine und verlieren nach und nach ihr soziales Netzwerk, dies kann zu Unsicherheit, Hilflosigkeit und letztlich zu Angst und Depression führen. Auch das Nachlassen der körperlichen und gegebenenfalls auch geistigen Leistungsfähigkeit sowie das Auftreten somatischer Erkrankungen stellen Stressoren dar, die zu Depressionen führen können. Ein wesentlicher und spezifischer Faktor im Alter sind auch Gedanken über die Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz, die im Alter oft eine neue und spezifische Qualität erhalten, und mit der Entstehung von Depressionen verbunden sein können.

Das Bewusstsein über diese beteiligten Faktoren und die spezifischen Interaktionen von Somatik und psychosozialen Umfeld im Alter hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Die Alterspsychiatrie hat diese komplexen Zusammenhänge aufgegriffen und speziell bei der Diagnostik und Behandlung von Altersdepressionen berücksichtigt. Dies betrifft sowohl die Psychopharmakotherapie wie auch die Integration der angesprochenen psychosozialen Themen in psychotherapeutische Techniken.

Die nun vorliegenden ersten deutschsprachigen Behandlungsempfehlungen speziell für die Altersdepression, die federführend von der Schweizer Gesellschaft für Alterspsychiatrie (SGAP) erarbeitet wurden, fassen zunächst das evidenzbasierte Wissen zusammen und beziehen zudem Expertenmeinungen mit ein. Dies ist notwendig, da im Vergleich zur Depression im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter wesentlich weniger kontrollierte Studien über die Wirksamkeit pharmakologischer und nicht pharmakologischer Interventionen durchgeführt wurden. Die Empfehlungen geben Hinweise darauf, welche diagnostischen Massnahmen zur Basisdiagnostik und welche zur erweiterten Diagnostik gehören, Gleiches gilt für die beschriebenen Behandlungsoptionen.

Warum sollte sich der Hausarzt an den Empfehlungen orientieren?

Die hier vorgestellten Behandlungsempfehlungen «Altersdepression» haben für den Hausarzt einen hohen Stellenwert, da sich die meisten dieser Patienten in den Hausarztpraxen finden. Der Hausarzt muss körperliche Erkrankungen als Ursache der Depression ausschliessen und körperliche Begleiterkrankungen erkennen und – abgestimmt auf die zusätzliche Therapie der Depression – behandeln. Gerade im Alter ist eine Depression oft nicht leicht zu erkennen, hier können die Empfehlungen hilfreich sein.

Wenngleich die Mehrheit der Patienten mit Altersdepression meist gut und erfolgreich in den Hausarztpraxen behandelt werden, gibt es doch einen nicht unerheblichen Teil an Patienten, die nicht oder nur eingeschränkt auf einen ersten oder zweiten Behandlungsversuch ansprechen. Für diese Patienten liefern die Empfehlungen Hinweise für den Hausarzt, welche Therapieoptionen mit welcher Priorität es gibt, wer diese durchführen kann und wann eine Überweisung an einen alterspsychiatrisch und -psychotherapeutisch ausgewiesenen Facharzt indiziert ist.