

Depressionen im Alter

T. C. Baghai, München

Noch immer unterliegen psychische Erkrankungen wie die Depression in allgemeinärztlichen Praxen einem »Eisberg-Phänomen«: Nur ein Bruchteil der betroffenen Patienten wird korrekt diagnostiziert, die Mehrzahl bleibt dagegen unerkannt und damit ohne adäquate Behandlung. Besonders ältere Patienten mit depressiver Symptomatik werden oftmals nicht erfasst. Die Ursachen dafür liegen zum einen in standardisierten Diagnoseverfahren, die nicht ausreichend auf die Besonderheiten von Patienten im höheren Lebensalter eingehen, zum anderen lassen sie sich durch den operationalisierten Charakter der Diagnostik erklären, der »unterschwellige« Depressionen nur unzureichend zu registrieren vermag.

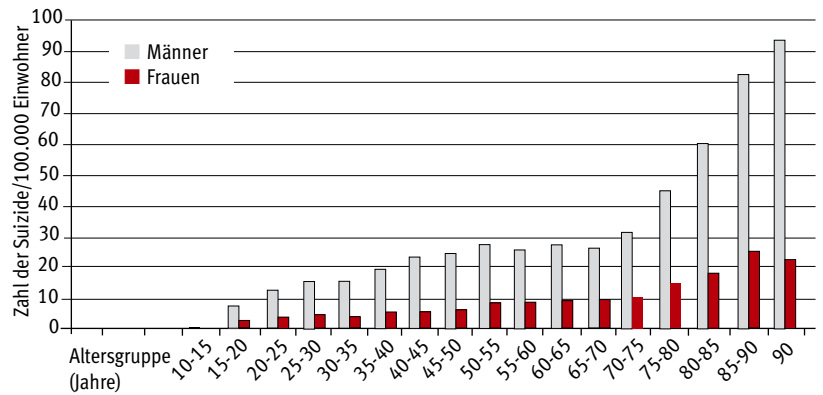


Abb. 1: Altersverteilung der Suizide in Deutschland (2004). (Quelle: Bundesamt für Statistik, Kompetenznetz Depression)

Hürden der Differentialdiagnostik

Im Vergleich zu jüngeren Patienten mit einer Depression erscheinen betroffene Senioren häufig weniger offenkundig bedrückt und berichten seltener über Suizidgedanken. Ihr Symptomspektrum umfasst eher agitierte Verhaltensweisen, Schlafstörungen oder somatische Beschwerden und überlappt stärker mit Angsterkrankungen. Typische Symptome einer Depression wie Müdigkeit, Gedanken an den Tod, verminderter Schlaf oder der Verlust der Libido werden bei Älteren zudem oft als Anzeichen des normalen Alterungsprozesses interpretiert.

Von ärztlicher Seite besteht darüber hinaus das Problem der Altersdiskriminierung: Die Vorstellungen, eine Pharmakotherapie sei zu riskant für »gebrechliche Alte« oder gedrückte Stimmung sei im Alter legitim, sind weit verbreitet und tragen ebenfalls zu einem Behandlungsdefizit in diesem Patientenkollektiv bei. Viele Allgemeinmediziner fokussieren sich außerdem stärker auf die somatischen Beschwerden der Senioren. Aber auch die Patienten können der korrekten Diagnose einer Altersdepression im Wege stehen. Oft wissen sie nicht um die Behandelbarkeit ihrer Erkrankung oder zeigen sich unwillig, »beschämende« Symptome preiszugeben.

Ungeachtet der seltener geäußerten Suizidgedanken ist das Risiko für einen Selbstmord bei älteren Patienten besonders hoch (s. Abb. 1): Vor allem ältere Männer, die allein stehend leben, zählen zur Hochrisikogruppe. In Untersuchungen an Senioren, die einen Suizidversuch unternommen hatten, konnte in fast 90% der Fälle eine Depression diagnostiziert werden (Draper, 1995). Bei rund einem Drittel dieser Depressionen wurde zudem ein komorbider Zusam-

Symptome depressiver Störungen nach ICD-10

Dauer: Mindestens 2 Wochen

Hauptsymptome	Andere häufige Symptome
– Gedrückte Stimmung	– Konzentrationstörungen
– Interessen-/Freudlosigkeit	– Gestörtes Selbstwertgefühl
– Antriebsstörung	– Schuldgefühle
	– Hemmung/Unruhe
	– Selbstbeschädigung
	– Schlafstörung
	– Appetitminderung
2 oder 3 Hauptsymptome	2 – 4 andere häufige Symptome

Suizidalität – Hochrisikoprofi

- Akute Krisen (Schulden, Scheidung, soziale Isolation, Arbeitslosigkeit, Traumatisierung etc)
- Suizide/Suizidversuche in der Familie oder im Freundeskreis
- frühere Suizidversuche
- psychiatrische Erkrankungen (Depression, Drogenmissbrauch/-abhängigkeit, schizophrene Psychosen)
- Entlassung aus einem psychiatrischen Krankenhaus

Suizidversuche: vor allem bei jüngeren Frauen

Suizide: ältere Männer, alleinstehend

Diagnostische Subtypen der Depression

- leichte bis mittelgradige unipolare Depression: alle etablierten AD möglich, häufig SSRI, Johanniskraut
- schwere unipolare Depression: dual wirkende AD (TCA, SNRI, NaSSA), EKT
- bipolare Depression: Stimmungsstabilisierer, SSRI, DNRI, MAOI, atypische Neuroleptika
- atypische Depression: MAOI, SSRI
- saisonal abhängige Depression: zusätzlich Lichttherapie (Cave: Suizidalität!)
- Dysthymie, »double depression«
- Depression im Rahmen einer Anpassungsstörung

Depression mit spezifischen Symptomen:

- mit psychotischen Symptomen
- mit psychomotorischer Hemmung
- mit psychomotorischer Erregung, Insomnie, Appetitverlust
- mit chronischen Schmerzen

(Quelle: Akechi G et al. Jpn J Clin Oncol 2000; Akechi G et al. Psychooncology 2009)

menhang mit einem Delir oder einer Demenz festgestellt.

Drei Säulen der Therapie

Die Behandlung depressiver Störungen gründet sich auf die drei Therapiebausteine Psychotherapie, Soziotherapie und Pharmakotherapie. Welcher Schwerpunkt dieser Behandlungsoptionen zu welchem Zeitpunkt im Behandlungsverlauf indiziert ist, hängt vom jeweiligen Subtypus der Depression sowie von den individuellen Besonderheiten des Patienten ab.

Psychotherapie

Obwohl bislang nur wenige kontrollierte Studien hierzu existieren, gilt der Einsatz psychotherapeutischer Verfahren auch bei Patienten im höheren Lebensalter als wirksam. Bei Verlusterlebnissen des Patienten, Einsamkeit oder im Angesicht des Todes müssen die Methoden der Psychotherapie entsprechend adaptiert werden.

Für die Kognitive Therapie konnten bereits messbare und anhaltende antidepressive Effekte nachgewiesen werden. Das Verfahren gilt zudem als sehr kosteneffizient. Auch die Verhaltenstherapie stellte in Metaanalysen ihre Wirksamkeit unter Beweis. Sie zeigte ähnliche Effektstärken wie die Kognitive Therapie und erwies sich ebenfalls als ökonomisch günstige Therapieoption.

Als Verfahren mit einem guten Wirksamkeitsnachweis bei Depressionen gelten außerdem die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) sowie die Kognitive Verhaltensanalyse (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, CBASP).

Soziotherapie

Im Rahmen der Soziotherapie werden soziale Fähigkeiten des Patienten gefördert. Er erhält therapeutische Hilfestellung bei der Wiedereingliederung und wird mittels ergotherapeutischer Verfahren wie Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie, Kunst-, Musik- oder Bewegungstherapie begleitend unterstützt. Diese Verfahren, die stets auch die Angehörigen des Patienten mit einbeziehen, eignen sich gut für

die Behandlung der Depression im höheren Lebensalter.

Nicht pharmakologische biologische antidepressive Verfahren

Zusätzlich zu Sozio- und Psychotherapie stehen als weitere nicht pharmakologische Behandlungsoptionen die biologischen antidepressiven Verfahren der Lichttherapie und der Wachttherapie zur Verfügung. Bei der Lichttherapie (»bright light therapy«) erhält der Patient eine Bestrahlung mit Breitpektrum- bzw. Vollspektrumlampen von 2.500 bis 10.000 Lux Lichtintensität. Die Dauer der Bestrahlung sollte – je nach Lichtstärke – zwischen einer halben Stunde (10.000 Lux) und zwei Stunden (2.500 Lux) liegen, wobei UV-Strahlung mittels Filterscheiben herausgefiltert werden muss.

Im Rahmen der Wachttherapie führt der Patient zwei- bis dreimal pro Woche entweder einen kompletten Schlafentzug (total sleep deprivation, TSD) oder einen partiellen Schlafentzug (partial sleep deprivation, PSD) durch. Dieser soll dazu beitragen, die bei depressiven Patienten gestörten Rhythmen und Regelkreisläufe der Hormone und Neurotransmitter neu zu takten. Da die Wachttherapie nur kurzfristig wirksam ist, sollte sie durch die Gabe von Antidepressiva oder Lithium ergänzt werden.

Antidepressive Pharmakotherapie

Depressive Störungen alter Menschen lassen sich ebenso wie Depressionen bei jüngeren Erwachsenen auch erfolgreich mit Antidepressiva behandeln, wobei jedoch wichtige Besonderheiten zu beachten sind. Bei der Indikationsstellung stehen dem bei älteren Menschen höheren Nebenwirkungsrisiko die ebenfalls höheren Folgerisiken unbehandelter Depressionen gegenüber.

Noch immer kontrovers diskutiert wird der Einsatz von Phytopharmaka wie Johanniskraut (*Hypericum perforatum*). Dessen Wirksamkeit und Verträglichkeit in der Therapie leichter bis mittelschwerer Depressionen gilt zwar als erwiesen, allerdings schränkt das Interaktionspotential der Substanz die Sicherheit gerade

Pharmakologische Akutbehandlung

selektive Serotoninwiederaufnahmememmer	Citalopram (20 – 60 mg/d), Escitalopram (10 – 20 mg/d), Fluoxetin (20 – 80 mg/d), Fluvoxamin (50 – 300 mg/d), Paroxetin (20 – 60 mg/d), Sertralin (50 – 200 mg)
selektive Noradrenalinwiederaufnahmememmer	Reboxetin (4 – 12 mg/d)
selektive Serotonin- und Noradrenalinwiederaufnahmememmer	Venlafaxin (150 – 375 mg/d), Duloxetin (60 – 120 mg/d), (Milnacipran)
Noradrenerges und spezifisch serotonerges Antidepressivum	Mirtazapin (15 – 45 mg/d), Mianserin (30 – 120 mg/d)
Melatonin-(MT ₁₊₂)-Agonist und Serotonin-(5HT _{2c})-Agonist	Agomelatin (25 – 50 mg/d)
Monoaminoxidasehemmer	Moclobemid (150 – 600 mg/d), Tranylcypromin (10 – 40 mg/d), (Selegilin), (Phenelzin), (Isocarboxacid), (Pirindol)
Trizyklische Antidepressiva	Trimipramin (1 – 2x 25 – 400 mg/d), Clomipramin (1 – 2x 25 – 250 mg/d), Amitriptylin (2 – 3x 25 – 600 mg/d), Amitriptylinoxid (1 – 2x 30 – 300 mg/d), Doxepin (2 – 3x 25 – 300 mg/d), Imipramin (2 – 3x 25 – 300 mg/d), Dosulepin (75 – 150 mg/d), Protriptylin (10 – 60 mg/d), Desipramin (1 – 3x 25 – 300 mg/d), Nortriptylin (1 – 2x 25 – 300 mg/d), Maprotilin (1 – 3x 25 – 225 mg/d)

Tab. 1: Auswahl antidepressiver Substanzen in der pharmakologischen Akuttherapie

bei polypharmazeutisch behandelten Patienten ein.

Welche Form der Pharmakotherapie angezeigt ist, hängt auch vom jeweiligen diagnostischen Subtypus der Depression ab. In der pharmakologischen Akuttherapie der Depression haben sich selektive Serotoninwiederaufnahmememmer (SSRI), selektive Noradrenalinwiederaufnahmememmer (NARI) und selektive Serotonin- und Noradrenalinwiederaufnahmememmer (SNRI) bewährt (s. Tab. 3). Die leichte Handhabbarkeit, das Nebenwirkungsprofil und die Überdosierungssicherheit sind Vorteile der SSRI und neuerer Antidepressiva, die insbesondere bei der Altersdepression zum Tragen kommen. Darüber hinaus stehen noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva (NaSSA), Melatonin-(MT₁₊₂)-Agonisten und Serotonin-(5HT_{2c})-

Initiale Pharmakotherapie	Spezifische Zielsymptomatik	Therapieresistenz
<p>Möglichst selektive und gut verträgliche Substanzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ niedriges Interaktionspotential ■ niedrige Wahrscheinlichkeit für UAW <p>SSRIs: Citalopram Escitalopram Sertralin</p>	<p>Insomnie: Mirtazapin Agomelatin</p> <p>Appetitlosigkeit: Mirtazapin</p> <p>Antriebsmangel: (Reboxetin) Bupropion Moclobemid</p> <p>Schmerzen: Duloxetin Venlafaxin Mirtazapin</p> <p>wahnhaftes Erleben: Atypikum</p>	<p>Duale Präparate: Venlafaxin Duloxetin Mirtazapin</p> <p>Kombination: z. B. SSRI oder SNRI + Mirtazapin</p> <p>Augmentation: Atypikum (Lithium)</p> <p>EKT: Monotherapie Kombination</p>

Abb. 2: Antidepressive Therapie bei älteren Patienten: klinische Empfehlungen für die Praxis

Agonisten, Monoaminoxidasehemmer oder trizyklische Antidepressiva zur Verfügung. Letztere Substanzklasse ist bei älteren Patienten allerdings mit einem erhöhten Risiko für gastrointestinale, kardiovaskuläre und neuropsychiatrische Nebenwirkungen assoziiert (Mottram, Wilson & Strobl, 2006). Nortriptylin wird von älteren Patienten meist besser vertragen als andere trizyklische Substanzen, kann aber ebenfalls kardiovaskuläre Nebenwirkungen verursachen (Flint, 1998). Zeigt eine antidepressive Monotherapie keinen Behandlungserfolg, sollte eine Kombinationstherapie erwogen werden. Evidenz besteht hier für Kombinationen von NaSSA oder Mianserin mit SSRI oder Trizyklika. Auch eine Ergänzung der medikamentösen Behandlung mittels Elektrokonvulsionstherapie ist denkbar. Diese gilt als besonders sichere und wirksame Alternative zu einer Pharmakotherapie. Bei einer Therapieresistenz eignen sich zudem alle pharmakologischen Substanzen – außer den SSRI (da für diese kein ausreichender Wirksamkeitsnachweis für eine Dosiserhöhung vorliegt und dies deshalb in den Leitlinien der DGPPN ausdrücklich ausgeschlossen wird) – für eine Hochdosistherapie. Dosisänderungen sollten bei alten Menschen jedoch stets langsam erfolgen.

Als experimentelle Therapiealternativen stehen derzeit zudem Hirnstimulationsverfahren wie die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS), die Vagusnerv-Stimulation (VNS), die tiefe Hirnstimulation (deep brain stimulation, DBS) oder die direkte Gleichstromstimulation (direct current stimulation, DCS) zur Verfügung.

Eine antidepressive Therapie besteht demzufolge aus einem Therapieangebot mit pharmakologischen und nicht pharmakologischen biologischen Behandlungsangeboten, die regelhaft durch psycho- und soziotherapeutische Elemente ergänzt werden. Aufgrund der Vielzahl der zur Verfügung stehenden pharmakodynamischen Wirkprinzipien gibt es auch bei schweren und z. T. therapieresistenten Erkrankungen aussichtsreiche Behandlungsmöglichkeiten. Individualisierte Therapiepläne mit optimierter Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit können daher in Abhängigkeit von psychiatrischen und somatischen Faktoren im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung zusammen mit den betroffenen Patienten erstellt werden.

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. T. C. Baghai
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ludwig-Maximilians-Universität
Nußbaumstraße 7
80336 München
E-Mail: Baghai@med.uni-muenchen.de