



Depressionen bei Betagten

Daniel Hell, Heinz Böker

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Depressionen bei Betagten

Quintessenz

● Depressionen bei Betagten sind häufige, oftmals schwere psychische Erkrankungen, die vielfach nicht erkannt und/oder unzureichend behandelt werden. Sie müssen von den normalen, in diesem Lebensabschnitt ebenfalls häufig auftretenden Trauerreaktionen unterschieden werden. Allgemeinmedizinern kommt eine wesentliche Funktion bei der Diagnostik, der Einleitung der Behandlung und der kontinuierlichen Betreuung während des mitunter lange dauernden Verlaufs zu.

● Neben der Veränderung der Stimmung sind Altersdepressionen vielfach durch kognitive Symptome (z.B. Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen) und vegetative Störungen (Schlafstörungen!) charakterisiert. In vielen Fällen besteht eine Komorbidität mit somatischen Erkrankungen (z.B. Koronare Herzkrankheit). Organische Ursachen müssen zu Beginn der Behandlung ausgeschlossen werden.

● Bei der medikamentösen antidepressiven Behandlung sind selektiv wirkende Medikamente wie die Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) wegen des günstigeren Nebenwirkungsprofils bzw. der besseren Verträglichkeit den Trizyklika vorzuziehen. Auf mögliche Kontraindikationen ist dabei zu achten. Die medikamentöse Behandlung ist stets in einen Gesamtbehandlungsplan einzubetten. Zu jeder Pharmakotherapie gehört eine supportive Psychotherapie.

● Das Hinzuziehen eines Spezialisten ist notwendig bei partiellem oder fehlendem Ansprechen auf die eingeleitete antidepressive Therapie (z.B. für Augmentationsstrategien mit Lithium, Schilddrüsenhormonen, Bupiron). Bei Vorliegen akuter Suizidalität, psychotischer Symptomatik sowie Therapie-resistenz ist ebenfalls die intensive Zusammenarbeit mit dem Facharzt erforderlich; unter Umständen ist eine stationäre Behandlung einzuleiten. Gegebenenfalls muss vom Facharzt die Indikation zur Elektrokonvulsiven Therapie (EKT) geklärt werden.

● Auch nach Abklingen der Depression sollte die medikamentöse Behandlung in derselben Dosis für weitere 6 bis 12 Monate fort-

gesetzt werden. Bei rezidivierenden depressiven Episoden empfiehlt sich eine Rezidivprophylaxe mit Mood-Stabilizern (z.B. Lithiumsalze). Generell gilt es verstärkt zu berücksichtigen, dass Antidepressiva bzw. Phasenprophylaktika vielfach nicht verordnungsgemäss eingenommen werden.

● Erfahrungsgemäss ist die Compliance der Patienten eine wichtige Voraussetzung für den Behandlungserfolg; sie hängt ganz wesentlich vom Grad der Informiertheit der Patienten über ihre Erkrankung und von der therapeutischen Beziehung ab. Die Compliance wird durch die Kombination der medikamentösen Behandlung mit spezifischen Formen der Psychotherapie (z.B. Kognitive Verhaltenstherapie, Psychodynamische Psychotherapie) verbessert. In der Regel sind auch bei Betagten bei konsequentem und nachhaltigem Einsatz der vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten komplette oder weitreichende Remissionen zu erzielen.

● Ein wesentlicher Teil der soziotherapeutischen Massnahmen besteht darin, die Patienten zu unterstützen, ihre soziale Isolation zu überwinden (z.B. durch die Betreuung im Rahmen gerontopsychiatrischer Tageskliniken, ambulanten psychiatrischer Pflege, Altagengruppen usw.), und die Angehörigen in die weitere Behandlung mit einzubeziehen (Aufklärung über die Erkrankung, Entlastung von Schuldgefühlen). Gelingt eine soziale Einbindung, in der die Ressourcen der betagten Menschen wieder zum Tragen kommen, ist meist ein wesentlicher Behandlungsschritt vollzogen.

Dépressions chez les vieillards

Quintessence

● *Les dépressions chez les vieillards sont des maladies psychiques fréquentes, souvent graves, trop souvent non diagnostiquées et/ou insuffisamment traitées. Il faut les distinguer des réactions de tristesse normales, fréquentes elles aussi à cet âge. Les médecins généralistes ont une fonction essentielle à remplir dans le diagnostic, la mise en route du traitement et la prise en charge à long terme.*

● *En plus de la labilité d'humeur, les dépressions séniles sont souvent caractérisées par des symptômes cognitifs (p.ex. troubles de l'attention et de la concentration) et des troubles végétatifs (insomnies!). Il y a dans de nombreux cas une comorbidité avec des pathologies somatiques (p.ex. cardiopathie coronaire). Il faut exclure toute étiologie organique avant de mettre en route le traitement.*

● *Dans le traitement antidépresseur médicamenteux, des substances sélectives telles que les inhibiteurs de la recapture de sérotonine (ISRS) sont à préférer aux tricycliques en raison de leur profil d'effets indésirables plus avantageux et de leur meilleure tolérance. Il s'agit de ne pas en négliger les interactions potentielles. Le traitement médicamenteux doit toujours faire partie d'une stratégie thérapeutique globale. Une psychothérapie de soutien doit toujours accompagner toute pharmacothérapie.*

● *Le recours au spécialiste est nécessaire en cas de réponse partielle ou nulle au traitement antidépresseur instauré (stratégies d'augmentation avec lithium, hormones thyroïdiennes, bupirone). En présence d'un risque suicidaire aigu, d'une symptomatologie psychotique et d'une résistance au traitement, une collaboration étroite avec le spécialiste est indispensable; un traitement hospitalier peut parfois être envisagé. Le spécialiste décidera évt. de l'indication à une électro-convulsivo-thérapie (ECT).*

● *Le traitement médicamenteux devra se poursuivre à la même dose jusqu'à 6 à 12 mois après la disparition des symptômes. En cas d'épisodes dépressifs récidivants, il est recommandé de donner une prophylaxie par stabilisateurs de l'humeur (p.ex. sels de lithium). De manière générale, il ne faut pas oublier que les antidépresseurs ou les prophylactiques ne sont très souvent pas pris comme prescrit.*

● *Par expérience, la compliance des patients est une condition importante du succès du traitement; elle dépend dans une très grande mesure de ce que sait le patient de sa maladie et de la relation thérapeutique. La compliance est améliorée par l'association traitement médicamenteux et formes spécifiques de psychothérapie (p.ex. thérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie psy-*

* CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 1159 oder im Internet unter www.smf-cme.ch.

* Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 1160 ou sur internet sous www.smf-cme.ch.

chodynamique). Même chez les vieillards, il est possible d'obtenir des rémissions complètes ou largement suffisantes en exploitant de manière conséquente et à long terme les possibilités thérapeutiques à disposition.

● Une part capitale des mesures sociothérapeutiques consiste à soutenir les patients, à vaincre leur isolement social (p.ex. prise en charge dans des hôpitaux de jour gérontopsychiatriques, consultations psychiatriques ambulatoires, groupes de personnes âgées, etc.), et de faire participer les proches à la suite du traitement (explication de la maladie, élimination des sentiments de responsabilité). Si la réinsertion sociale réussit et si les ressources des personnes âgées peuvent de nouveau être exploitées, une étape capitale du traitement est généralement franchie.

Traduction Dr G.-A. Berger

Depressions in elderly people

Summary

● Depression in elderly people is common, often constituting a severe psychic disorder which in many cases is unrecognised and/or inadequately treated. It must be distinguished from the normal grief reactions also frequent at this time of life. General practitioners have an important role to play in diagnosis, initiation of therapy and continuing care over the longer course of the illness.

● Apart from mood disorders, depression in the elderly is frequently associated with cognitive symptoms (e.g. concentration and attention disorders) and vegetative disturbances (sleep disorders). Many cases also involve comorbidity with somatic illnesses (e.g. coronary heart disease). Organic causes must be ruled out at the beginning of treatment.

● In drug treatment with antidepressants, those with a selective action, such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), are to be preferred to tricyclic antidepressants as they have a more favourable side effects profile or are better tolerated. Possible contraindications to their use should be borne in mind. Drug treatment should always be integrated into an overall treatment plan and accompanied by supportive psychotherapy.

● Reference to a specialist is necessary where the antidepressive therapy initiated elicits only a partial or no response (augmentation strategies using lithium, thyroid hormones or buspirone). In the case of an acute suicide risk, psychotic symptoms and therapy resistance, intensive cooperation with a specialist is necessary; where circumstances warrant the patient should be hospitalised. If necessary the specialist should assess the indication for electroconvulsive therapy (ECT).

● Even when the depression has ended drug therapy should be continued with an unchanged dosage schedule for a further 6 to 12 months. In the case of recurrent depressive episodes prevention of recurrences by means of mood stabilisers (e.g. lithium salts) is advis-

able. In general, closer attention should be paid to the fact that antidepressants and phase prophylactic agents are often not taken as prescribed.

● Experience teaches that patient compliance is an important precondition for successful treatment; it depends heavily on the degree to which the patient is informed about his illness and on the therapeutic relationship. Compliance is improved by a combination of drug therapy with specific forms of psychotherapy (e.g. cognitive behavioural therapy, psychodynamic psychotherapy). Even in the elderly, resolute and sustained deployment of the available therapeutic resources will achieve complete or far-reaching remissions in the majority of patients.

● An essential part of sociotherapeutic management is to provide support for the patient, overcome his or her social isolation (e.g. care in geropsychiatric day clinics, outpatient psychiatric care, seniors' groups, etc.) and involve the family in subsequent treatment (education about the nature of the illness, relief from guilt feelings). If social integration is achieved in which the elderly patient's own resources resume their full effect, then in most cases an important therapeutic step forward will have been taken.

Translation R. Turnill, MA

Einleitung

Depressive Störungen sind die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen des höheren Lebensalters. Ihre Diagnose und Therapie stellen für den Allgemeinpraktiker und den Spezialarzt besondere Herausforderungen dar.

Die Berliner Altersstudie bezifferte den Anteil der «subklinischen» oder «Minor Depression», die in ihren Auswirkungen mit der «Major Depression» vergleichbar ist, auf 27% [1, 2]; jener der Major Depression wird auf etwa 5% geschätzt. Die Depressionsprävalenz ist bei Frauen mit 10,3% etwa doppelt so hoch wie bei Männern. Eine signifikant erhöhte Prävalenz besteht bei Personen mit Multimorbidität.

Es ist davon auszugehen, dass der Anteil depressiver Patienten in der hausärztlichen Praxis ein Drittel beträgt [3]. In bis zur Hälfte der Fälle wird die Depression nicht erkannt und nicht behandelt [4].

Depressionen sind nicht nur durch depressive Verstimmungen charakterisiert, sondern auch durch Beeinträchtigungen im Bereich des Antriebs, der kognitiven Fähigkeiten sowie weite-

rer körperlicher Funktionen (vgl. ICD-10-Kriterien der Depression).

Besondere Schwierigkeiten der diagnostischen Erfassung der Depression im Alter ergeben sich aus der Häufung körperlicher bzw. vegetativer Beschwerden, die für depressiv erkrankte ältere Menschen oft der Grund für einen Arztbesuch sind (z.B. Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Schlafstörungen, Atemnot, Schwindel, Übelkeit, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust, Müdigkeit). Um die Diagnose zu sichern, ist es empfehlenswert, nach weiteren typischen Symptomen der Depression zu fragen (Gefühle der Wertlosigkeit, Verlust des Selbstvertrauens, Interessenslosigkeit, verstärkter Hang zum Grübeln, unangemessene Schuldgefühle, unbegründete Selbstvorwürfe, Angst, verminderter Antrieb, übermässiges Nachdenken über den Tod) (Tab. 1 ↻).

Körperliche Erkrankungen gehen mit einer hohen Rate an depressiver Komorbidität einher (Diabetes mellitus bis zu 50%, Morbus Parkinson bis zu 40%, Herzinsuffizienz bis zu 40%, zerebrovaskuläre Insulte bis zu 50%, COPD bis zu 40%). Ferner sind die folgenden körperlichen Erkran-

Tabelle 1. Depressionen im höheren Lebensalter: Besonderheiten der Diagnostik (vgl. [5]).

ausgeprägte Fluktuationen in der Symptomatik
Symptome einer Depression werden häufig fälschlicherweise als natürliche Folge des Alterungsprozesses betrachtet.
Abnahme der Major Depression
Zunahme subsyndromaler Depressionen
Auftreten von Depressionen bei altersassozierten Hirnerkrankungen (z.B. vaskuläre Demenz, Alzheimer-Krankheit)
Überlagerung der depressiven Symptomatik durch kognitive Störungen
Dominanz somatischer Erkrankungen
Polypharmazie (depressiogener Einfluss bestimmter Pharmaka)
Psychopathologie
vermehrtes Auftreten somatischer Symptome und hypochondrischer Befürchtungen
vermehrtes Auftreten von ängstlich-klagenden dysphorischen Affekten
vermehrtes Auftreten kognitiver Störungen
vermehrtes Auftreten psychotischer Symptomatik

kungen zu berücksichtigen: Leber- und Niereninsuffizienz, Anämien (Mangel an Vitamin B₁₂), Fehlernährung, Infektionskrankheiten (z.B. Influenza, Pneumonie). Depressive Symptome sind häufig auch die Folge unerwünschter Arzneimittelnebenwirkungen (u.a. Betablocker, Steroide, Interferon, Clonidin, Digoxin, Benzodiazepine). Im speziellen gilt es zu beachten, dass die Depression den Verlauf der körperlichen Grunderkrankung verschlechtert [2].

Ein zentrales Problem depressiver Erkrankungen, insbesondere auch der Altersdepression, besteht im hohen Suizidrisiko. Die Zahlen sind alarmierend: Laut dem Statistischen Bundesamt (Deutschland) betreffen rund 35% der Suizide Senioren. Das Mortalitätsrisiko depressiver Männer ist um das Dreifache erhöht, dasjenige depressive Frauen um das Doppelte. Einer Studie der WHO zufolge sind 75% der Suizide und 50% der Suizidversuche im Alter auf Depressionen zurückzuführen. Die Suizidrate erreicht im Alter einen Gipfel, der die mittlere Altersgruppe um das Zwei- bis Vierfache übertrifft.

Differentialdiagnose von Depression und Demenz

Die Unterscheidung zwischen einem organisch bedingten intellektuellen Abbau und einer depressionsbedingten Leistungsminderung (Pseudodemenz) ist oft sehr schwierig [6]. Charakteristisch für eine Depression ist, dass die Gedächtnisleistungen innerhalb einer relativ kurzen Zeitspanne sprunghaft abfallen und dieser Prozess vom Betroffenen festgestellt und detailliert angesprochen wird. Zudem können Leistungsschwankungen bei Aufgaben gleichen Schwierigkeitsgrades bestehen. Hingegen vermögen Patienten, deren Gedächtnisstörungen auf hirnorganischen Abbauprozessen basieren, diese in den Anfangsstadien der Erkrankung

vielfach selber gar nicht zu registrieren, oder sie versuchen, diese zu vertuschen. Der Prozess ist ein schleichender. Als Faustregel bei depressiven Erkrankungen gilt, dass zunächst der emotionale Bereich gestört ist, bevor die kognitiven Symptome deutlicher in Erscheinung treten (Tab. 2 ↩).

Auslösesituationen

Neben den oben erwähnten biologischen Ursachen stellt das Fehlen einer vertrauten Beziehung in psychosozialer Hinsicht den Hauptrisikofaktor für die Entstehung einer Depression im Alter dar. Weitere Auslöser sind vielfach Verluste: Lebensereignisse, welche die soziale Situation älterer Menschen drastisch verändern (Verlust des Lebenspartners, Einbussen der Vitalität und der körperlichen Gesundheit, finanzielle Nöte, Aufgabe der beruflichen Tätigkeit, Verlassen der vertrauten Umgebung beim Eintritt ins Alters- oder Pflegeheim). Die familiäre und soziale Einbindung ist demgegenüber protektiv wirksam: Bestehen vertrauensvolle Beziehungen, sind die pathogenen Folgen der genannten Auslöser deutlich geringer [7].

Im Gegensatz zur Depression ist die Trauer ein adäquater Affekt im Zusammenhang mit einem schmerzhaften Verlusterlebnis, während bei der Depression ein Trauern nicht möglich ist. Wenn jedoch Trauersymptome (u.a. Rückzugstendenzen) nach mehr als einem halben Jahr unverändert bestehen und weitere Beschwerden (Gefühl der Wertlosigkeit, Schuldgefühle, Suizidphantasien und Schlafstörungen) hinzutreten, ist dies als möglicher Hinweis darauf zu werten, dass die Trauerreaktion in eine Depression übergeht (Tab. 3 ↩).

Die Behandlung der Altersdepression

In den häufigsten Fällen wird die allgemeinmedizinische Praxis die erste professionelle Anlaufstelle des depressiv Erkrankten sein. Wesentliche Grundlage der Depressionsbehandlung ist die verständnisvolle therapeutische Beziehung, die es dem Patienten häufig erstmals erlaubt, über seine teilweise sehr schambesetzte Symptomatik zu sprechen. Auch die weitere Betreuung liegt zumeist in der Hand des Allgemeinmediziners. Dabei ist zu Beginn der Depressionsbehandlung zu klären, ob diese ambulant oder stationär eingeleitet werden muss. In diesem Zusammenhang kommt der Einschätzung der Suizidalität eine besondere Bedeutung zu. Die Befürchtung, den Patienten durch entsprechende Fragen zusätzlich zu belasten, ist unbegründet. Die Aussprache über die suizidale Thematik wird von den Patienten in der Regel als deutliche Entlastung erlebt, führt zum Aufbrechen von so-

Tabelle 2. Abgrenzung der Depression mit Hirnleistungsstörungen («depressive Pseudodemenz») von der Demenz bei Morbus Alzheimer (vgl. [5]).

	Depression	Demenz
<i>Persönliche Anamnese</i>		
depressive Episoden in der Vorgeschichte	häufig	selten
Familienanamnese	häufig positiv (Depression)	häufig positiv (Demenz)
Krankheitsbeginn	meist schneller, erkennbarer Beginn	schleichender, unklarer Beginn
Krankheitsverlauf	meist keine Chronifizierung	chronisch progredient
Neurologische Symptomatik	meist unauffällig	initial häufig Wortfindungsstörungen, später oft zusätzliche neurologische Symptome
<i>Psychopathologie</i>		
Orientierung	ungestört	meist gestört
Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen	leichte Störungen, klingen nach der Remission der Depression ab	regelmässig initial v.a. Störung des Kurzzeitgedächtnisses, progrediente Verschlechterung
Formales Denken	Denkhemmung	umständlich, weitschweifig, perseverierend
Auffassungsstörungen	meist keine	ausgeprägt
Krankheitsgefühl	Aggravationstendenz	Bagatellisierungstendenz
Affekt	Tagesschwankungen («Morgentief»), z.T. affektstarr, stärkere Ausprägung von Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit, Angst und Libidoverlust	affektlabil, affektarm, ratlos
Schlafstörungen	häufig frühmorgendliches Erwachen mit zwanghaftem Grübeln	häufig Umkehrung des Schlaf-Wach-Rhythmus mit nächtlicher Verwirrtheit
Antriebs- und psychomotorische Störungen	antriebsarm, antriebsgehemmt	häufig motorisch unruhig (ziellooses Wandern), aber auch antriebsarm
<i>Therapieerfolg mit Antidepressiva</i>	Besserung der depressiven Symptomatik und der kognitiven Störungen	Besserung der depressiven Symptomatik, keine Beeinflussung der kognitiven Störungen
<i>Bildgebende Verfahren</i>		
CCT		frontotemporale und parietookzipitale Atrophie
PET		temporoparietaler Hypometabolismus (keine Routinediagnostik)
SPECT		verminderter zerebraler Blutfluss, temporoparietal

zialer Isolation und ermöglicht die Entwicklung einer hoffnungsvolleren Perspektive.

Bei akuter Suizidalität und fehlenden engmaschigen Betreuungsmöglichkeiten im häuslichen Umfeld ist eine stationäre psychiatrische Behandlung einzuleiten. Dies gilt ebenso bei Vorliegen einer schweren, wahnhaften Depression (mit Schuld- und Verarmungswahn). Vielfach ist es erforderlich, die Familienangehörigen einzubeziehen. Eine wesentliche entlastende Funktion kommt der Aufklärung des depressiven Patienten und seiner Angehörigen über das konkrete Krankheitsbild und die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu.

Grundsätzlich ist eine komplette Remission anzustreben, da bei weiterhin bestehenden depressiven Symptomen vermehrt mit einer Chronifizierung der Krankheit zu rechnen ist.

Ergeben sich Hinweise auf spezielle depressionsfördernde Konstellationen (z.B. ausgeprägte Selbstwertzweifel vor dem Hintergrund einer unsicheren Persönlichkeit oder gravierende Konflikte in Partnerschaft und Familie), so ist auch an die Einleitung einer spezifischen Psychotherapie, die über eine supportive Psychotherapie im weiten Sinne hinausgeht, zu denken. Nach heutigen Erkenntnissen ist die Kombination von Psychopharmakotherapie und verschie-

Tabelle 3. Häufigste Auslöser und Risikofaktoren für Depressionen bei Betagten.

Verlust der Selbständigkeit infolge körperlicher Erkrankungen
Vereinsamung
mangelnder sozialer Rückhalt
Rollenwechsel bei Eintritt in den Ruhestand
soziale Entwurzelung bei Ortswechsel (Umzug)
finanzielle Sorgen
negative Lebensbilanz
Konflikte mit Angehörigen
depressive Persönlichkeitsstruktur
wiederholte Depressionen in der Vorgeschichte

denen psychotherapeutischen Verfahren für die Behandlung von Depressionen besonders geeignet [8].

Psychotherapeutische Depressionsbehandlung

Spezifische Psychotherapien (wie Kognitive Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie oder psychoanalytisch orientierte Psychotherapie) können insbesondere bei leichten bis mittelschweren Depressionen angewandt werden. Sie sind der medikamentösen Therapie gleichwertig. Bei den schweren Depressionen hat sich eine

Kombination aus Psychopharmakotherapie und Psychotherapie bewährt. Die Besonderheiten der Psychotherapie mit älteren depressiven Patienten ergeben sich aus der Biographie des Betroffenen und aus der alterstypischen Auseinandersetzung mit Krankheit, Verlust und Tod. Das Ziel der psychotherapeutischen Depressionsbehandlung besteht darin, die psychischen und die sozialen Teufelskreise der Depression zu durchbrechen, in deren Mittelpunkt die negative Selbsteinschätzung des depressiv Erkrankten steht [9-11].

Die negative Sicht auf die eigene Person, die Umwelt und in die Zukunft wird in der Kognitiven Verhaltenstherapie hinterfragt; und es wird versucht, persönliche Ressourcen zu stärken [12]. Die Interpersonelle Psychotherapie der Depression unterstützt den Patienten darin, den Zusammenhang zwischen aktueller Gefühlslage und den vorhandenen sozialen Beziehungen zu erleben. Die psychodynamisch orientierte bzw. psychoanalytische Psychotherapie arbeitet verstärkt vor und mit dem biographischen Hintergrund des Patienten. Auf unterschiedlichen Wegen werden neue Erfahrungen ermöglicht, die zu geeigneteren Bewältigungsstrategien führen und – entgegen weitverbreiteten Vorurteilen – Entwicklungsprozesse auch bei älteren Menschen auszulösen vermögen [13].

Medikamentöse Behandlung der Depression bei Betagten

Bei der medikamentösen Behandlung von älteren Menschen sind eine Reihe von Besonderheiten zu beachten. Die spezifischen Voraussetzungen ergeben sich aus den folgenden Faktoren:

- langsamerer Metabolismus;
- verringerte Ausscheidung;
- geringeres Verteilungsvolumen;
- Wechselwirkung mit anderen Medikamenten;
- höhere Nebenwirkungsrate und
- kardiale oder zerebrale Vorschädigung.

Von diesen Bedingungen leitet sich konsequenterweise die klinische Maxime her: "Start low, go slow, but go all the way" [3].

Bei der Wahl der Medikamente haben der Schweregrad der Erkrankung, die aktuelle Symptomatik (agitiert vs. antriebsarm), die bestehende somatische Komorbidität (insbesondere das Vorliegen neurodegenerativer Erkrankungen, z.B. einer Demenz), das Wirkungs-/Nebenwirkungsprofil der Antidepressiva sowie mögliche Arzneimittelinteraktionen beachtet zu werden. Folgende Gesichtspunkte sind besonders zu berücksichtigen:

- Die grundsätzlichen Empfehlungen zur medikamentösen Therapie bei Altersdepressionen beruhen vorwiegend auf tradierten Erfahrungen, da in diesem Bereich kaum kontrollierte Therapiestudien vorliegen [14]. Prinzipiell sollte wegen der erhöhten Nebenwirkungsrate bei älteren Patienten:

- einschleichend aufdosiert werden;
- die Dosis nur langsam abgesetzt werden (abrupte Medikamentenwechsel sind zu vermeiden!);
- im Anschluss an und vor Beginn der Behandlung mit MAO-Hemmern eine längere Medikamentenpause erfolgen (insbesondere vor der Gabe von SSRI, da hier das Risiko eines seltenen lebensbedrohlichen Serotonin-Syndroms, das u.a. von Unruhe, Myoklonien, Verwirrung und Krampfanfällen begleitet ist, besteht);
- niedrigere Dosierungen als bei jüngeren Patienten verordnet werden (bei Personen über 80 Jahren ist ein Drittel der üblichen Dosis ausreichend);
- die Behandlung der Schlafstörungen stets in den Gesamtbehandlungsplan der Altersdepression eingebettet werden.
- Selektiv wirkende Antidepressiva wie SSRI werden heute aufgrund ihres günstigen Nebenwirkungsprofils als Mittel erster Wahl bei noch nicht antidepressiv behandelten Betagten verwendet. Eine genaue Überprüfung der Kontraindikationen (z.B. eine mögliche Interaktion mit Marcumar® [15]) ist jedoch auch beim Einsatz der neueren Antidepressiva bei jedem einzelnen Präparat notwendig. Bei Fluoxetin ist neben den Interaktionsmöglichkeiten insbesondere auch die lange Halbwertszeit zu berücksichtigen. SSRI (etwa Citalopram oder Paroxetin) und MAO-Hemmer (z.B. Moclobemid) haben vor allem eine antriebssteigernde Wirkung. Sie führen deshalb häufig zu Agitiertheit, Angst, Schlafstörungen, Übelkeit und Appetitschwankungen. Unter Venlafaxin (Noradrenalin-Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer) und Mirtazapin (NASSA, noradrenerg und serotonerg) treten weniger kardiale Nebenwirkungen auf, jedoch sind Tachykardien und – bei Venlafaxin – Blutdruckerhöhungen nicht selten.
- Obwohl sich Trizyklische Antidepressiva (TZA) insbesondere bei der Behandlung der schweren Depression bewährt haben, sind sie wegen ihres Nebenwirkungsprofils vorsichtig einzusetzen. Sekundäre Amine (Nortriptylin) sind insgesamt nebenwirkungsärmer als die tertiären Amine (Amitriptylin, Imipramin) und daher bei Betagten nach Möglichkeit vorzuziehen. Höhere Dosierungen erfordern eine engmaschige Kontrolle der Patienten. Trizyklische Antidepressiva sind wegen ihrer starken anticholinergen Nebenwirkungen (Akkommodationsstörungen, Delir, Hypotonie, Müdigkeit, Mundtrockenheit, Tremor) bei folgenden somatischen Erkrankungen kontraindiziert:
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere Herzrhythmusstörungen (AV-Block);
 - orthostatische Dysregulation (Gefahr von Stürzen);

- Obstipation;
- Blasenentleerungsstörungen und Glaukom.
- Die im Alter häufig agitierte Form der Depression, die mit Schlafstörungen und Angst einhergeht, sollte mit sedierenden Antidepressiva behandelt werden [14]. Aufgrund der weitgehend fehlenden anticholinergen Nebenwirkungen ist das tetrazyklische Antidepressivum Mianserin das Mittel der ersten Wahl (wöchentliche Kontrollen des weissen Blutbildes in den ersten Behandlungsmonaten werden empfohlen!), alternativ kommen auch Doxepin, Trazodon und Reboxetin in Betracht. Die orthostatische Hypotension unter höheren Dosierungen von Trazodon kann Stürze provozieren.

Wegen der geringen vegetativen, anticholinergen und kardiovaskulären Nebenwirkungen ist auch der reversible MAO-Hemmer Moclobemid indiziert. Zu berücksichtigen ist, dass gegenüber den früheren irreversiblen MAO-Hemmern keine strengen Diätvorschriften eingehalten werden müssen (ausser dem Verzicht auf reifen Käse), Kombinationen mit SSRI jedoch die Gefahr eines serotonergen Syndroms in sich bergen. Deshalb sollte auch eine etwa siebentägige Wash-out-Phase auch beim Wechsel zwischen diesen Substanzgruppen eingehalten werden.

- Vorbestehende kognitive Störungen, beispielsweise bei einer beginnenden Demenz, können durch die stark anticholinerg wirkenden Antidepressiva (z.B. Amitriptylin) verstärkt werden [14]. Im Hinblick auf die Gefahr der Auslösung einer deliranten Symptomatik und der Verstärkung einer Herz-Kreislauf-Problematik sind viele trizyklische Antidepressiva bei Depressionen zu vermeiden. Empfehlenswert sind bei ausgeprägter Antriebsarmut und Lustlosigkeit vor allem SSRI mit einer kürzeren Halbwertszeit (z.B. Citalopram, Paroxetin, Sertraline) oder Moclobemid.
- Eine psychotische Depression mit Wahnvorstellungen (zumeist Schuld-, Versündigungs- oder Verarmungswahn) wird vorzugsweise in niedriger Dosierung mit einem sedierenden Antidepressivum wie Trimipramin in Kombination mit einem atypischen Neuroleptikum (Risperidon, Olanzapin, Quetiapin) oder einem hochpotenten Neuroleptikum (z.B. Haloperidol, Pipamperon) behandelt. Zu berücksichtigen sind das häufige Auftreten

extrapyramidaler Störungen (Parkinsonoid) bei der Verabreichung von Haloperidol, die Manifestation einer schweren symptomatischen Orthostase, einer Sinusbradykardie und -arrhythmie sowie einer Hyperglykämie unter Olanzapin, ferner die Plasma-Clearance, die bei älteren Patienten reduziert ist, sowie die QT-Verlängerungen bei der Behandlung mit Quetiapin. Auf zerebrovaskuläre Risiken ist auch beim Einsatz der atypischen Neuroleptika besonders zu achten.

Bei ausgeprägtem sozialem Rückzug haben sich antriebssteigernde Antidepressiva (z.B. Paroxetin; Alternative: reversibler MAO-Hemmer, z.B. Moclobemid) bewährt. Die medikamentöse Behandlung sollte stets mit psycho- und soziotherapeutischen Massnahmen verknüpft werden.

- Die Bestimmung des Medikamentenplasmaspiegels ist angezeigt zur Anpassung der Dosierung, insbesondere auch bei Therapieresistenz, Verdacht auf einen ungewöhnlichen Metabolismus des Medikaments (Rapid Cycling) oder Malcompliance (Tab. 4 ↻).
- Bei der Therapie von Schlafstörungen sollte vor der Einleitung einer zusätzlichen Behandlung mit Hypnotika in jedem Fall auf die Schlafhygiene eingegangen werden (z.B. Pflege eines regelmässigen Schlaf-Wach-Rhythmus usw.). Für leichtere Formen kommt auch ein Versuch mit einem Johanniskrautpräparat in Frage. Werden bei persistierenden Schlafstörungen Hypnotika eingesetzt, gelten die folgenden Behandlungsgrundsätze der sogenannten «5-K-Regel»:

 - klare Indikation;
 - kleinste mögliche Dosierung;
 - kürzestmögliche Behandlungszeit;
 - keinesfalls abrupt absetzen;
 - Kontraindikation beachten.

Besonders geeignet bei älteren Menschen sind die neueren Nichtbenzodiazepinhypnotika (z.B. Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon). Ferner kommen Chloralhydrat und Clomethiazol in Frage. Bei der Gabe eines SSRI ist zu berücksichtigen, dass sich diese anfänglich negativ auf das Schlafverhalten auswirken können; deshalb ist in diesem Fall eine vorübergehende Kombination mit einem Hypnotikum zu erwägen. Benzodiazepinhypnotika sollten bei älteren Patienten wegen der Gefahr der Provokation von Verwirrheitszuständen, paradoxen Wirkungen bzw. Tagesüberhangeffekten vorsichtig eingesetzt werden, statt dessen sind Substanzen mit einer mittleren Wirkdauer wie Lormetazepam zu wählen. Eine sinnvolle Alternative stellt ein am Abend verabreichtes sedierendes Antidepressivum, eventuell in Kombination mit einem Hypnotikum, dar.

- Bei unzureichender Medikamentenwirkung sollte nach einem Stufenschema (vgl. Abb. 1 ↻) verfahren werden [2]: Wenn nach zwei

Tabelle 4. Vor- und Nachteile von Antidepressivagruppen.

	TZA	SSRI	SNRI	NaSSA	MAOAH
Überdosierungssicherheit	nein	ja	ja (?)	ja	ja
günstiges Nebenwirkungsprofil	nein	ja	ja	ja	ja
Sedierung	ja	nein	nein	ja	nein
lange Anwendungserfahrung	ja	±	nein	nein	±

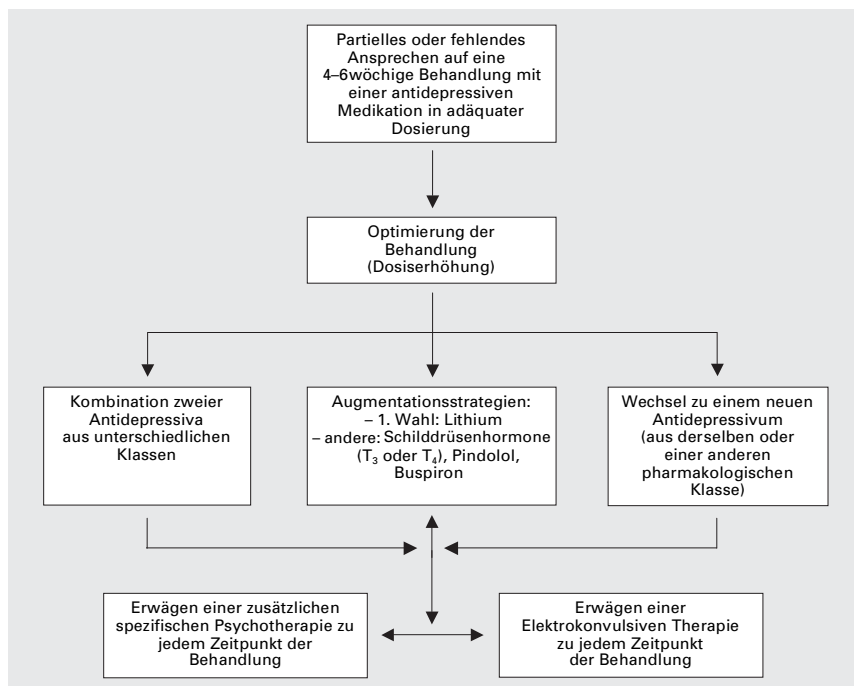


Abbildung 1. Therapeutische Möglichkeiten bei partiellem oder fehlendem Ansprechen auf die anfängliche Behandlung mit einem Antidepressivum in Kombination mit supportiver Psychotherapie (vgl. [16]).

bis drei Wochen der Behandlung keine oder nur eine ungenügende Besserung zu beobachten ist, sollte zunächst eine weitere Erhöhung der Dosis vorgenommen werden. Die antidepressive Einstellung kann durch die Berücksichtigung des Serumspiegels des betreffenden Medikamentes erleichtert werden (Höherdosierung bei sogenannten «Rapid-Metabolizern»). Nach weiteren zwei bis drei Wochen wird der Wechsel auf ein Präparat aus einer anderen Wirkstoffklasse vorgenommen oder die Augmentation mit Lithium bzw. mit Schilddrüsenhormonen oder Buspiron begonnen. Lithium ist eine wirksame Augmentationssubstanz gerade auch bei älteren Patienten; regelmässige Kontrollen des Lithiumplasmaspiegels (Richtwert zwischen 0,4 und 0,8 mmol/L) sind jedoch erforderlich. Die Elektrokonvulsive Therapie (EKT) stellt bei schwerer, wahnhafter Depression, Therapieresistenz bzw. schlechterer Verträglichkeit der psychotropen Medikation im hohen Lebensalter eine weitere wichtige therapeutische Option dar.

Solche und ähnliche Fragen sollten aber immer auch mit dem hinzugezogenen Spezialarzt für Psychiatrie geklärt werden.

Literatur

- Linden M, Kurtz G, Balthes MM, Geiselmann B, Lang FR, Reischees FM, et al. Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt* 1988;69:27-37.
- Baldwin RC, Anderson D, Black S, Evans S, Jones R, Wilson K, et al. Guideline for the management of late-life depression in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:829-38.
- Jacoby R, Oppenheimer C. *Psychiatry in the elderly*. Oxford: Oxford University Press; 1997.
- Üstin B, Sartorius N. *Mental health in general healthcare across the world. An international study*. New York; 1995.
- Müller-Spahn F. Differentialdiagnose und Therapie von Altersdepressionen. *Therapiewoche* 1999;15:77-82.
- Hegerl U. *Depression und Demenz im Alter*. Heidelberg, Berlin, New York: Springer; 2001.
- Osborn D, Fletcher AE, Smeeth L, Stirling S, Bulpitt J, Breeze E, et al. Factors associated with depression in a representative sample of 14217 people aged 75 and over in the United Kingdom. Results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:623-30.
- Böker H, Hell D. Aufgabe und Bedeutung von Psychopharmaka in der stationären Behandlung. In: Bäurle P, Radebold H, Hirsch RD, Studer K, Schmid-Furstoss U, Struwe B, Hrsg. *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen. Grundlagen und Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber; 2000. p. 184-94.
- Hell D. *Welchen Sinn macht Depression?* 10. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2004.
- Hell D. Praxisorientierte Depressionsbehandlung heute. *Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis)* 1995;84:659-66.
- Böker H. Psychotherapeutische und soziotherapeutische Aspekte bei schweren Depressionen. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1998;149:21-8.
- Hautzinger M. *Depression in Alter*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion; 2000.
- Bäurle P, Radebold H, Hirsch RD, Studer K, Schmid-Furstoss U, Struwe B, Hrsg. *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen. Grundlagen und Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber; 2000.
- Wetterling T. Besonderheiten affektiver Störungen im Alter. In: Hartwich P, Haas S, Maurer K, Pflug B, Hrsg. *Affektive Erkrankungen und Lebensalter*. Berlin: Verlag Wissenschaft und Praxis; 1999. p. 29-38.
- Haas S. Klinische Auswahlkriterien beim Einsatz von Antidepressiva. In: Hartwich P, Haas S, Maurer K, Pflug B, Hrsg. *Affektive Erkrankungen und Lebensalter*. Berlin: Verlag Wissenschaft und Praxis; 1999. p. 87-112.
- Bauer M, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Möller H-J, Hrsg. *Biologische Behandlung unipolarer depressiver Störungen. Behandlungsleitlinien der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2004.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Daniel Hell
 PD Dr. med. Heinz Böker
 Psychiatrische Universitätsklinik
 Lenggstrasse 31
 CH-8029 Zürich
dhell@bli.unizh.ch
boeker@bli.unizh.ch
www.depression.unizh.ch