

Depressionen im Alter – was tun?

Ein Überblick über Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten

Viele ältere Menschen leiden unter Depressionen. Aufgrund von Komorbiditäten, Polypharmazie oder Gebrechlichkeit gestalten sich Diagnose und Behandlung bei ihnen jedoch oft schwierig. Als Eckpfeiler der Behandlung gelten Psychotherapien und Antidepressiva. Als weitere Optionen stehen Bewegungstherapien und die Elektrokonvulsions-therapie zur Verfügung.

JAMA

In den USA leiden 10 bis 15 Prozent der Personen ab 55 Jahren unter Depressionen. Etwa 2 Prozent von ihnen sind von einer schweren Depression (Major Depression) betroffen. Zu den Faktoren, die eine Altersdepression begünstigen, gehören weibliches Geschlecht, chronische körperliche Erkrankungen, kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen, ein Mangel an sozialen Kontakten, belastende Lebensereignisse und Depressionen in der persönlichen Vorgeschichte. Bei älteren Personen werden Depressionen häufig nicht erkannt oder unzureichend behandelt.

Evaluierung und Diagnose

Eine Depression präsentiert sich bei Senioren mit ähnlichen Symptomen wie bei jüngeren Patienten. Zur Diagnose werden daher in allen Altersgruppen die Kriterien des Diagnostic

and Statistical Manual of Mental Disorders, fünfte Ausgabe (DMS-5), herangezogen. Bei einer Major Depression sind mindestens fünf, bei einer weniger schweren Depression mindestens zwei der aufgeführten Symptome über einen Zeitraum von zwei Wochen vorhanden (*Kasten*).

Bei älteren Menschen kann sich die Evaluierung aufgrund körperlicher und kognitiver Beeinträchtigungen schwieriger gestalten als bei jüngeren. Zudem klagen Ältere oft nicht so sehr über eine niedergedrückte Stimmung, sondern eher über diffuse körperliche Beschwerden wie Müdigkeit, Gewichtsverlust, Schmerzen oder Probleme mit dem Gedächtnis. Viele Patienten bringen ihre Beschwerden nicht mit einer Depression in Verbindung.

Zur Einschätzung der Schwere von Depressionen stehen spezielle Skalen wie die geriatrische Depressionsskala (GDS) oder der Patientengesundheitsfragebogen 9 (PHQ-9) zur Verfügung. Die langfristige Therapieplanung sollte jedoch unter Berücksichtigung einer umfassenden geriatrischen Evaluierung vorgenommen werden.

Management

Prinzipiell werden Depressionen bei älteren Menschen genauso behandelt wie bei jüngeren. Als Eckpfeiler der Behandlung gelten Psychotherapien und Antidepressiva. Aufgrund körperlicher oder kognitiver Einschränkungen sind allerdings nicht alle Senioren in der Lage, die vereinbarten Behandlungsmassnahmen konsequent durchzuführen. In diesen Fällen kann eine Beteiligung der Angehörigen die Therapietreue günstig beeinflussen und zur Verbesserung beitragen. Bei manchen Medikamenten, wie Kortikosteroiden, ACE-(Angiotensin-Converting-Enzyme-)Hemmern und Lipidsenkern, treten Depressionen als Nebenwirkung auf. Depressive Patienten sollten diese Substanzen daher nach Möglichkeit absetzen.

Antidepressiva

Antidepressiva sind bei älteren Menschen – ebenso wie bei jüngeren – vor allem zur Behandlung schwerer Depressionen indiziert. Bei älteren Personen liegen neben körperlichen Erkrankungen auch häufiger Kontraindikationen gegenüber Antidepressiva vor. Dazu gehören kurz zurückliegende Herzinfarkte und Glaukome sowie eine beeinträchtigte Nieren- oder Leberfunktion. Komorbiditäten können zu unzureichendem Ansprechen auf Antidepressiva oder zu schlechter Verträglichkeit führen. Die Einnahme mehrerer Medikamente ist mit einem erhöhten Risiko für Neben- und Wechselwirkungen verbunden.

MERKSÄTZE

- ❖ Senioren mit leichten bis mittelschweren Depressionen sollten eine Psychotherapie erhalten.
- ❖ Antidepressiva sind nur bei schweren Depressionen indiziert.
- ❖ Psychotherapien und Antidepressiva sind mit einer vergleichbaren Wirksamkeit verbunden.
- ❖ Antidepressiva und Psychotherapien können kombiniert werden.
- ❖ Als weitere Behandlungsmöglichkeiten stehen Bewegungstherapien und die Elektrokonvulsions-therapie zur Verfügung.

Kasten:

Diagnostische Kriterien für eine Major Depression entsprechend DMS-5*

Fünf oder mehr der folgenden Symptome treten in einem Zeitraum von zwei Wochen fast jeden Tag auf:

- ❖ niedergedrückte Stimmung
- ❖ deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Freude bei (fast) allen Aktivitäten
- ❖ signifikanter Gewichtsverlust, Appetitverlust oder Appetitsteigerung
- ❖ Insomnie oder Hypersomnie
- ❖ psychomotorische Agitation oder Retardierung
- ❖ Fatigue oder Energieverlust/Antriebschwäche
- ❖ Gefühle der Wertlosigkeit oder übertriebene/unangemessene Schuldgefühle
- ❖ herabgesetztes Denk- oder Konzentrationsvermögen oder Unentschlossenheit
- ❖ wiederholte Gedanken an den Tod, Suizidgedanken, Suizidversuch oder Pläne für einen Suizid.

* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Ausgabe. Die Symptome unterscheiden sich von der vorherigen Funktionsfähigkeit und verursachen klinisch bedeutsame Belastungen oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen. Bei mindestens einem Symptom handelt es sich erstens um eine depressive Verstimmung oder zweitens um einen Verlust an Interesse oder Freude.

(nach Kok und Reynolds, 2017)

Als wichtigste Antidepressivaklassen gelten Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI), Serotonin-Norephedrin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI), trizyklische Antidepressiva (TCA) und Monoaminoxidasehemmer (MAOI) (Tabelle). SSRI werden für jüngere und ältere Patienten als Medikamente der ersten Wahl empfohlen. Sie haben trizyklische Antidepressiva als First-Line-Medikamente mittlerweile fast vollständig ersetzt, da sie ebenso wirksam sind, jedoch weniger kardiale Nebenwirkungen und nur geringfügige anticholinerge Effekte aufweisen. Zudem sind SSRI nur mit einem geringen Risiko für tödliche Überdosierungen verbunden. Allerdings kommt es unter SSRI zu mehr Medikamentenwechselwirkungen, und sie können zu einer erhöhten Sturzrate und zur Entwicklung von Osteoporose führen.

Bei älteren Personen werden Antidepressiva häufig zu niedrig dosiert oder über einen zu kurzen Zeitraum gegeben. Die meisten Senioren benötigen jedoch dieselbe Dosierung wie jüngere Patienten. Eine Reduzierung der Dosis ist nur bei sehr alten Patienten mit körperlichen Komorbiditäten erforderlich. Die Raten der Behandlungsabbrüche aufgrund schwerer Nebenwirkungen sind bei jüngeren und älteren Patienten vergleichbar, was auf ähnliche Ereignisraten schließen lässt.

Behandlungsresistente Depressionen

Bei etwa einem Drittel aller älteren Patienten wird mit Antidepressiva eine Remission erzielt. Dies bedeutet, dass zwei

Drittel von ihnen eine intensivere oder eine zusätzliche Behandlung benötigen. Zunächst kann das Antidepressivum so weit wie möglich hochdosiert werden. Ein Wechsel zu einem anderen Wirkstoff ist ebenfalls möglich. Zu den weiteren Optionen gehört die Lithiumaugmentation oder die Kombination der medikamentösen Behandlung mit psychotherapeutischen Verfahren. Bei Patienten, die auf die üblichen Therapien nicht ansprechen, hat sich die Elektrokonvulsions-therapie als wirksam erwiesen.

Gebrechlichkeit und kognitive Beeinträchtigungen

Die Symptome von Gebrechlichkeit und Depressionen überlappen sich häufig. Bis anhin ist unklar, ob die Gebrechlichkeit eine Begleiterkrankung, eine Ursache oder eine Folge von Depressionen darstellt. Nebenwirkungen oder Medikamentenwechselwirkungen können bei gebrechlichen Personen besonders schwer ausfallen. In diesen Fällen können Bewegungs- und Psychotherapien geeignetere Optionen darstellen. Bei manchen Senioren liegen neben einer Depression auch kognitive Beeinträchtigungen vor. Resultieren diese aus der Depression, können sie mit einer Behandlung der Depression wieder rückgängig gemacht werden. Eine Depression kann aber auch ein frühes Anzeichen für einen demenziell bedingten kognitiven Abbau sein oder sich als Folge- oder Begleiterkrankung einer Demenz entwickeln. Bei dementen Patienten sind Antidepressiva oft unwirksam. Sie profitieren eher von psychosozialen Interventionen wie einer Verhaltens- oder Musiktherapie.

Polypharmazie

Die Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten (Polypharmazie) ist mit einem erhöhten Risiko für Stürze, unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Hospitalisierungen sowie funktionelle und kognitive Einschränkungen verbunden. Beim Behandlungsbeginn mit Antidepressiva ist daher gegebenenfalls eine besondere Aufmerksamkeit erforderlich. Mithilfe geeigneter Instrumente wie STOPP/START (Screening Tool of Older Persons Prescriptions/Screening Tool to Alert Clinicians to Right Treatment) kann bei manchen Patienten eine Polypharmazie verhindert werden.

Erhaltungstherapie

Die derzeit verfügbare Datenbasis ermöglicht keine Aussage über die optimale Behandlungsdauer nach Eintritt der Remission. In Richtlinien empfehlen Experten nach einer einzigen depressiven Episode die Beendigung der Behandlung nach einem Jahr. Im Anschluss an zwei depressive Phasen sollte die Therapie weitere zwei Jahre und nach drei oder mehr Episoden weitere drei Jahre fortgesetzt werden. In diesen Fällen kann auch eine dauerhafte Behandlung in Betracht gezogen werden.

Die Entscheidung zur Beendigung der Therapie wird zudem durch die Schwere der Depression, die Anzahl der Behandlungsversuche bis zur Remission, den Zeitraum zwischen den depressiven Episoden und die Medikamentennebenwirkungen beeinflusst. Auch die Art und die Anzahl der Risikofaktoren für eine Depression, wie chronische Erkrankungen, krankheitsbedingte Behinderungen und fehlende soziale Unterstützung, sollten bei der Entscheidung zur Beendigung der Behandlung berücksichtigt werden.

Tabelle:

Antidepressivaklassen und ausgewählte Medikamente

Klasse	Häufige Nebenwirkungen	Empfehlungen
SSRI (Es-)Citalopram (Cipralext [®] und Generika; Seropram [®] und Generika) Paroxetin (Deroxat und Generika) Sertralin (Zoloft und Generika)	Bei allen SSRI: Übelkeit, Erbrechen, Dyspepsie, Diarrhö, Kopfschmerzen, sexuelle Dysfunktion	Allgemein: keine Dosisreduzierung bei Senioren (im Vergleich zu jüngeren Personen); in vielen Richtlinien als First-Line-Medikament empfohlen, sogar bei gebrechlichen Senioren
SNRI (Des-)Venlafaxin (Pristiq [®] ; Efexor [®] und Generika) Duloxetin (Cymbalta [®] und Generika)	Übelkeit, Mundtrockenheit, Schläfrigkeit, Kopfschmerzen Übelkeit, Erbrechen, Mundtrockenheit, Kopfschmerzen	Allgemein: keine Dosisreduzierung bei Senioren (im Vergleich zu jüngeren Personen)
TCA Amitriptylin (Saroten [®]) Desipramin (in der Schweiz nicht mehr im Handel) Nortriptylin (Nortrilen [®])	Alle TCA: Sedierung, Mundtrockenheit, Obstipation, posturale Hypotonie, Tachykardie/Arrhythmie	Allgemein: Beginn mit niedriger Dosierung, dann Erhöhung der Dosis; Überprüfung der Blutspiegel, bis therapeutische Exposition erreicht ist
MAOI Phenelzin (in der Schweiz nicht im Handel) Moclobemid (Aurorix [®] und Generika) Tranylcypromin (nicht im AK der Schweiz)	Posturale Hypotonie, Schlafstörungen Schlafstörungen, Schwindel, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit Posturale Hypotonie, Schlafstörungen	Allgemein: begrenzte Evidenz bezüglich der Behandlung von Senioren Besondere Ernährungsvorschriften schränken die Anwendbarkeit von Phenelzin und Tranylcypromin ein
Weitere Antidepressiva Agomelatin (Valdoxan [®]) Bupropion (Wellbutrin [®]) Mirtazapin (Remeron [®] und Generika) Vortioxetin (Brintellix [®])	Ängste, Kopfschmerzen, Schwindel, Schläfrigkeit Schläfrigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Tremor Vermehrter Appetit, Gewichtszunahme, Somnolenz Übelkeit, Appetitlosigkeit, abnormale Träume	Allgemein: keine Dosisreduzierung bei Senioren (im Vergleich zu jüngeren Personen)

(nach Kok und Reynolds, 2017)

Absetzsymptome

Beim Absetzen von Antidepressiva kann es zu grippeähnlichen Beschwerden, Insomnie, Übelkeit, Gleichgewichtsstörungen, sensorischen Störungen und Übererregbarkeit kommen. Absetzsymptome wie Stimmungsschwankungen, Schlaf- und Appetitstörungen werden manchmal als Rezidiv fehlinterpretiert. Die Absetzsymptome sind meist leichter Natur und geben sich von selbst wieder nach etwa einer Woche. Bei plötzlicher Beendigung der Behandlung können sie aber auch schwer ausfallen. Daher wird zu einer schrittweisen Reduzierung der Dosis über einen Zeitraum von vier Wochen geraten. Bei manchen Medikamenten wie Paroxetin und Venlafaxin ist auch ein längerer Zeitraum erforderlich. Nach Absetzen des Antidepressivums sollte der Patient noch ein paar Monate beobachtet werden. Bei einem Rezidiv wird erneut mit der Behandlung begonnen.

Weitere Therapieoptionen

Für leichte bis mittelschwere Depressionen werden spezielle Psychotherapien wie eine Problemlösungstherapie, eine ko-

gnitive Verhaltenstherapie oder eine interpersonelle Psychotherapie als Massnahmen der ersten Wahl empfohlen. Die Wirksamkeit von Psychotherapien ist mit der von Antidepressiva vergleichbar.

Zur Behandlung einer Major Depression hat sich bei älteren Patienten auch die Elektrokonvulsionstherapie als wirksam erwiesen. Mit Bewegungstherapien wird im Vergleich zu den anderen Behandlungsmöglichkeiten ein geringerer Nutzen erzielt. ❖

Petra Stölting

Quelle: Kok RM et al.: Management of depression in older adults. A Review. JAMA 2017; 317(20): 2114-2122.

Interessenlage: Einer der beiden Review-Autoren hat Gelder von verschiedenen Forschungsinstituten und Pharmaunternehmen erhalten.