

Depressionen bei älteren Menschen

Zahlreiche Faktoren im Zusammenhang mit dem Alterungsprozess prädisponieren zu Depressivität

Bei älteren Menschen werden Depressionen häufig übersehen und daher unzureichend behandelt. Das Krankheitsbild unterscheidet sich von dem jüngerer Depressiver. Bei unerschwelligen Symptomen sind oft bereits psychosoziale Interventionen wirksam, bei schweren Depressionen helfen Medikamente oder eine Psychotherapie.

BMJ

Eine Depression in höherem Lebensalter (ab 65 Jahren) ist mit Einschränkungen, erhöhter Sterblichkeit und einem ungünstigeren Verlauf körperlicher Erkrankungen verbunden. Obwohl Depressionen bei älteren Menschen genauso gut behandelt werden können wie bei jüngeren, werden sie bei Senioren häufig übersehen und somit auch unzureichend therapiert. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) begehen Menschen über 65 häufiger Selbstmord als Personen aller anderen Altersgruppen, die meisten aufgrund einer Major Depression.

Angesichts der weltweit alternden Bevölkerung gewinnt die Identifizierung und Behandlung der Depression in höherem Lebensalter an Bedeutung. Allerdings liegt bei älteren Depressiven oft ein anderes Krankheitsbild vor als bei jüngeren, und es bestehen auch andere Bedürfnisse bezüglich der Behandlung. In einem Review haben britische Wissenschaftler alle wichtigen Aspekte zur Diagnose und zum Management der Depression bei Senioren für Allgemeinmediziner und Hausärzte zusammengestellt.

Merksätze

- ❖ Kognitive und funktionelle Beeinträchtigungen und Ängste treten bei älteren Depressiven häufiger auf als bei jüngeren.
- ❖ Bei älteren Depressiven ist das Suizidrisiko höher als bei jüngeren.
- ❖ Psychologische und medikamentöse Behandlungsoptionen sind bei älteren Depressiven ebenso wirksam wie bei jüngeren.
- ❖ Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) sind bei älteren Depressiven die Medikamente der ersten Wahl.

Wie häufig sind Depressionen im Alter, und wer ist betroffen?

Meist dient das Alter von 65 Jahren zur Unterscheidung «jüngerer» und «älterer» Erwachsener. Ältere Menschen mit Depressionen bilden eine heterogene Gruppe, deren Symptome von unerschwelligen Stimmungstörungen bis zur Major Depression reichen. In einer neueren Metaanalyse variierte die Punktprävalenz der Major Depression bei über 75-jährigen zwischen 4,6 und 9,3 Prozent, während der Anteil der unerschwelligen Depression von 4,5 bis 37,4 Prozent reichte. Eine weitere Metaanalyse bei über 55-Jährigen ergab, dass die unerschwellige depressive Symptomatik zwei- bis dreimal häufiger vorkommt als die Major Depression. Die meisten depressiven Episoden sind Wiederholungsphasen und seltener neu auftretende Ereignisse. Der höhere Frauenanteil unter den Betroffenen korreliert mit den zahlenmäßigen Verhältnissen bei jüngeren Personen.

Die Prävalenzraten der Depression sind bei kognitiven Störungen wie einer Demenz sowie bei Parkinson, einem Schlaganfall oder bei systemischen Erkrankungen wie Diabetes oder kardiovaskulären Erkrankungen erhöht (Kasten 1). Schätzungen zur Prävalenz der Depression bei Alzheimer-Erkrankungen liegen am häufigsten im Bereich um 30 Prozent, variieren aber insgesamt zwischen 0 und 85 Prozent, was die Schwierigkeit der Definition und der Diagnose einer Depression bei Dementen widerspiegelt.

Wie wird die Depression bei älteren Menschen diagnostiziert?

Im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) wurden Kriterien zur Diagnose einer Major Depression zusammengestellt (Kasten 2). Meist basiert die Evaluierung der Depression auf einem Gespräch zwischen Arzt und Patient, der Beobachtung des Patientenverhaltens und den Auskünften von Verwandten und Pflegepersonal. Nach Ergebnissen grosser bevölkerungsbasierter Studien bestehen die Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung einer Altersdepression in einer physischen Erkrankung, in kognitiven oder funktionellen Beeinträchtigungen sowie in einem Mangel an sozialen Kontakten und in Depressionsepisoden in jüngerem Lebensalter (Kasten 1).

Bei jeder psychiatrischen Untersuchung ist eine Risikoabschätzung in Verbindung mit der Depression erforderlich. Das Hauptrisiko bei Depressiven ist der Suizid. In kontrollierten Studien wurden Schlüsselerisikofaktoren ermittelt, die auf ein erhöhtes Suizidrisiko hinweisen. Dazu gehören neben höherem Lebensalter männliches Geschlecht, soziale Isolation,

Kasten 1:

Risikofaktoren für eine Depression bei älteren Menschen

Körperliche Faktoren

- ❖ chronische Erkrankungen wie Diabetes, ischämische Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, COPD
- ❖ akuter Herzinfarkt
- ❖ organische Gehirnerkrankungen: Demenz, Schlaganfall, Parkinson, zerebrovaskuläre Erkrankungen
- ❖ endokrine und metabolische Störungen: Schilddrüsenerkrankung, Hyperkalzämie, B₁₂- und Folatmangel
- ❖ Malignome
- ❖ chronische Schmerzen und Behinderungen

Psychosoziale Faktoren

- ❖ soziale Isolation
- ❖ finanzielle Probleme
- ❖ Rolle des Versorgers
- ❖ Verlust des sozialen Status
- ❖ Todesfälle in der Familie und andere Verluste
- ❖ Anpassungsprobleme bei Schmerzen, Behinderung, Krankheit
- ❖ unzureichende Bewältigung der Angst vor dem Tod
- ❖ Depressionen in früheren Lebensabschnitten
- ❖ Aufenthalt in einem Pflegeheim

Kasten 2:

DSM-IV-Kriterien für eine Major Depression

In den vergangenen zwei Wochen traten fast an jedem Tag fünf oder mehr der folgenden Symptome auf:

- ❖ gedrückte Stimmung über einen Großteil des Tages*
- ❖ abnehmendes Interesse oder Vergnügen an fast allen Aktivitäten über einen Großteil des Tages*
- ❖ deutlicher Gewichtsverlust oder deutliche Gewichtszunahme sowie deutlich gesteigerter oder verminderter Appetit
- ❖ exzessiver oder zu wenig Schlaf
- ❖ deutliche psychomotorische Agitation oder Retardation
- ❖ Müdigkeit oder Antriebslosigkeit
- ❖ Gefühle von Schuld oder Wertlosigkeit
- ❖ schlechte Konzentrationsfähigkeit oder Entscheidungsschwäche
- ❖ Gedanken an Tod oder Suizid, Suizidversuche

*Eines dieser Symptome muss vorhanden sein. Eine gedrückte Stimmung ab einer Dauer von zwei Wochen, die diesen Kriterien nicht entspricht, wird als leichtere depressive Episode gewertet.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). American Psychiatric Association, 1994

Todesfälle in der Familie, bereits erfolgte Suizidversuche, die Planung eines Suizids, eine chronische Schmerzerkrankung oder eine Behinderung sowie Medikamenten- oder Alkoholmissbrauch und manchmal auch Schlafstörungen.

In den Richtlinien des britischen National Institute of Clinical Excellence (NICE) zur Diagnose und zum Management von Depressionen wird die Anwendung von Bewertungsskalen

zur Abschätzung der Schwere einer Depression empfohlen. Mit Ausnahme des Gesundheitsfragebogens für Patienten, der geriatrischen Depressionsskala (GDS-15), der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) und der Cornell-Skala (CSDD) für Depressionen bei Demenz sind jedoch nur wenige der gängigen Skalen für ältere Menschen validiert.

Ist eine Depression bei Älteren schwieriger zu diagnostizieren?

Aus einigen Studien geht hervor, dass ältere Personen signifikant weniger als jüngere bereit sind, depressive Symptome bei sich selbst zu erkennen und die gedrückte Stimmung eher auf das normale Alter oder physische Erkrankungen zurückzuführen. Aber auch Ärzte interpretieren entsprechende Warnzeichen oft falsch. Die Depression in höherem Lebensalter unterscheidet sich qualitativ von Depressionen bei jüngeren Menschen. Bei Älteren findet man häufiger Somatisierungen, Hypochondrie, eine psychomotorische Retardation oder Agitation, und auch Psychosen bestimmen häufiger das klinische Bild. Zudem ist die Depression bei Älteren öfter als bei Jüngeren mit kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigungen und Angststörungen verbunden. Zusätzlich zur Depression liegen bei 50 Prozent der Betroffenen zwischen 55 und 85 Jahren klinisch bedeutsame Ängste vor.

Erhöht die Depression im Alter das Demenzrisiko?

Die meisten Studien kommen zu dem Ergebnis, dass eine Depression in höherem Alter mit messbaren kognitiven Beeinträchtigungen einhergeht, die sich in Gedächtnisdefiziten, einer verminderten exekutiven Funktion und einer verlangsamten Informationsverarbeitung ausdrücken. Die kognitiven Störungen bilden sich bei Auflösung der depressiven Symptome manchmal wieder zurück, können aber auch bestehen bleiben. Früher wurde der Begriff «depressive Pseudodemenz» zur Beschreibung der reversiblen Demenz bei Depressionen angewendet, was die komplexen Zusammenhänge bei kognitiven Beeinträchtigungen aber zu sehr vereinfacht. Aus zwei systematischen Metaanalysen geht hervor, dass die Depression im Alter über 65 Jahre das Risiko für eine Demenz verdoppelt. Bisher wurde jedoch nicht geklärt, ob die Depression einen Risikofaktor für die Demenz oder eine Vorstufe darstellt.

Was gehört zum Management einer Depression bei Senioren?

Angesichts der Verbindung zwischen körperlicher Erkrankung und Depression besteht der erste Schritt in der Identifizierung beziehungsweise im Ausschluss ursächlicher oder verstärkender Faktoren. Dazu sind oft Basisuntersuchungen wie ein Blutbild, die Bestimmung von Harnstoff und Elektrolyten, Leberfunktionstests, Schilddrüsenfunktionstests, die Bestimmung von Vitamin B₁₂, Folsäure und der Nüchternglukose sowie ein Knochenprofil und manchmal weitere Untersuchungen erforderlich.

Bei subsyndromalen und leichten Depressionen reichen oft bereits psychosoziale Interventionen für eine Verbesserung aus. Dazu gehören Hilfestellungen zu mehr sozialen Kontakten oder zur besseren Strukturierung des Tages. Ergebnisse aus randomisierten Studien weisen darauf hin, dass sich depressive Symptome bei Älteren auch durch Bewegungsprogramme bessern können.

Hinweise für Nicht-Spezialisten

- ❖ Zunächst werden physische Erkrankungen als Ursache einer möglichen Depression ausgeschlossen.
- ❖ Bei älteren Patienten muss immer bedacht werden, dass Faktoren im Zusammenhang mit dem Alterungsprozess wie körperliche Erkrankungen, organische Gehirnerkrankungen, Schmerzen, Behinderungen, Todesfälle in der Familie und soziale Isolation eine Neigung zu Depressionen begünstigen können.
- ❖ Zudem ist in Betracht zu ziehen, dass ältere Menschen mit einer Depression häufig die Symptome herunterspielen und sich eher mit somatischen Problemen präsentieren.
- ❖ Die Behandlungsmöglichkeiten sollten mit den Patienten besprochen werden.
- ❖ Bei subsymptomatischen und leichten Depressionen können zunächst psychosoziale Interventionen erwogen werden.
- ❖ Sind Medikamente erforderlich, sind SSRI die erste Wahl, wenn keine Kontraindikationen vorliegen.
- ❖ Für eine Überweisung zum Spezialisten gelten die gleichen Kriterien wie bei jüngeren Patienten, denn ältere können von dessen Behandlung genauso profitieren.
- ❖ Bei jedem Arztbesuch sollte das Risiko des Depressiven evaluiert werden: Ab einem Alter von 65 Jahren begehen mehr Personen Suizid als in jeder anderen Altersgruppe; die meisten von diesen leiden unter einer Major Depression.
- ❖ Die Überweisung zum Spezialisten ist bei einem hohen Risiko der Selbstverletzung, bei einer Psychose oder bei der Notwendigkeit einer komplexen interdisziplinären Versorgung erforderlich. Auch bei unzureichendem Ansprechen auf die Behandlung oder bei kognitiver Beeinträchtigung sollte ein Spezialist aufgesucht werden.
- ❖ Nach Beginn der Behandlung werden Ansprechen und Krankheitsverlauf regelmässig überprüft.

In den aktuellen NICE-Richtlinien wird empfohlen, Patienten eine Psychotherapie oder Antidepressiva anzubieten, wenn sie auf erste unterstützende Interventionen nicht ansprechen. Bei mittelgradiger oder schwerer Depression empfiehlt die Richtlinie eine Kombination beider Massnahmen. Zur Überweisung an einen Spezialisten raten die NICE-Experten bei Patienten, die auf therapeutische Optionen der Primärversorgung nicht ansprechen, sowie bei schweren Depressionen, bei einer Psychose oder bei komplexen psychosozialen Situationen. Ältere Depressive mit gleichzeitigem Abbau der kognitiven Fähigkeiten sollten ebenfalls einem Spezialisten zugeführt werden.

Welche Medikamente sind geeignet?

Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) sind als Erstlinienmedikamente zur Behandlung einer Depression bei älteren Menschen gut etabliert. Ein Cochrane-Review zu 32 randomisierten kontrollierten Studien zeigte, dass SSRI und trizyklische Antidepressiva bei Personen über 55 Jahre ähnlich wirksam waren, Letztere aber mit mehr Nebenwirkungen und einem Abbruch der Behandlung verbunden waren. Auch bei älteren depressiven Patienten mit körperlichen Erkrankungen ist ein SSRI die erste Wahl. Escitalopram (Cipralext[®]) und Sertralin (Zoloft[®] und Generika) gelten als die sichersten Optionen hinsichtlich Medikamentenwechselwirkungen. Zu bedenklichen Nebenwirkungen bei älteren Menschen gehören anticholinerge Wirkungen, die orthostatische Hypotonie und die Sedierung. Unerwünschte Wirkungen dieser Art treten häufiger bei trizyklischen Antidepressiva auf. Das Nebenwirkungsrisiko kann durch den Beginn mit einer niedrigen Dosis und anschliessendem Hochtitrieren vermindert werden. Das Risiko einer induzierten Hyponatriämie nimmt mit dem Alter zu und ist mit weiblichem Geschlecht, niedrigem Körpergewicht, Niereninsuffizienz, weiteren Medikamenten, die zur Hyponatriämie führen – wie Diuretika – und Komorbiditäten assoziiert. Bei SSRI besteht zudem ein erhöhtes Risiko für gastrointestinale

Blutungen, das mit Protonenpumpenhemmern reduziert werden kann. In den NICE-Richtlinien wird bei einer Einzel-episode eine medikamentöse Behandlung über mindestens sechs Monate und bei Gefahr eines Rezidivs eine Therapie über mindestens zwei Jahre empfohlen.

In einer grossen randomisierten Studie wurde beobachtet, dass die beiden gängigen Antidepressiva Sertralin und Mirtazapin (Remeron[®] und Generika) bei der Behandlung depressiver Alzheimerpatienten auch nach einem Follow-up von 10 Monaten nicht wirksamer waren als Placebo.

Profitieren ältere Menschen von einer Psychotherapie?

Ergebnisse einer Metaregressionsanalyse aus dem Jahr 2009 zeigen, dass psychotherapeutische Interventionen, vor allem die kognitive Verhaltenstherapie, die interpersonale Therapie und die Problemlösungstherapie, bei jüngeren und älteren Personen mit Depressionen gleichermaßen wirksam sind. Bei älteren Depressiven ist die Kombination aus medikamentöser Behandlung und psychologischer Behandlung wirksamer als die Psychotherapie alleine. ❖

Petra Stölting

Quelle: Rodda Joanne, Walker Susanna, Carter Janet: Depression in older adults, BMJ 2011; 343:d5219 doi: 10.1136/bmj.5219

Interessenkonflikte: keine