

Das komplexe Bild der Altersdepression

V. Holthoff-Detto

Einleitung

Das komplexe Erkrankungsbild der Altersdepression ergibt sich aus der somatischen und kognitiven Gesundheit und den Ressourcen der Betroffenen, die sie in der individuellen psychosozialen Entwicklung über die Lebensspanne entwickelt haben und die ihnen während der Therapie zur Verfügung stehen werden. Ferner sind die persönliche, sozioökonomische Lebenssituation und die Selbstständigkeit in Lebensentscheidungen wichtige Faktoren in der Behandlung. Um dieser Komplexität gerecht zu werden, ist ein individueller und multiprofessioneller Behandlungsansatz zwingend erforderlich. Die unbehandelte Altersdepression stellt eine weitreichende gesundheitliche Gefährdung des alten Menschen dar. Bei Menschen im Alter ab 75 Jahren ist für die subklinischen Manifestationen, die minoren Depressionen, eine Prävalenz von 17,1 Prozent [1], sowie eine 12-Monate Prävalenz von 11,6 Prozent für die schweren bis mittelgradigen Verlaufsformen, die majoren Depressionen, in westlichen Ländern nachgewiesen worden [2]. Die Altersdepression kann zu einer erheblichen Minderung des eigenen Funktionsniveaus und der Lebensqualität führen [3, 4]. Die Diagnose wird häufig erst sehr spät gestellt, da die Symptome einer Altersdepression nicht selten, sowohl von Betroffenen als auch Mitarbeitenden des Gesundheitswesens, als unvermeidbare Altersveränderungen gewertet werden [5].

Symptome, Diagnose und Prognose

Im klinischen Alltag fallen zunächst beispielsweise Veränderungen des Affekts, des Verhaltens und der kognitiven Leistungsfähigkeit auf, eine Zu-



nahme von Schmerzen, sowie möglicherweise die Vernachlässigung der eigenen Gesundheitsfürsorge bei bereits bestehenden chronischen Erkrankungen. Ferner kann auch ein erhöhter Alkohol- oder Schlafmittelkonsum auf das Vorliegen von Unruhe und Schlafstörungen als Symptome einer Altersdepression hinweisen. Bei älteren Männern kann eine erhöhte Reizbarkeit klinisch im Vordergrund einer Altersdepression stehen [6]. Die kognitiven Störungen bei der Altersdepression betreffen insbesondere die Exekutivfunktionen, Aufmerksamkeit und Konzentration, sowie das Arbeitsgedächtnis [7], was eine Differentialdiagnose zu beginnenden Demenzerkrankungen erschweren kann. Klinisch gilt es zunächst das affektive Syndrom zu behandeln und mit zeitlichem Abstand der differentialdiagnostischen Fragestellung nachzugehen. Longitudinale Untersuchungen konnten zeigen, dass kognitive Einbußen sich überwiegend im Verlauf der Altersdepression zurückbilden können [8]. Die Prognose der evidenzbasierten multimodalen Behandlung ist vergleichbar mit der bei Menschen im jüngeren und mittleren Alter. Sie hängt beim alten Menschen jedoch auch vom Behandlungserfolg

der Komorbiditäten ab, beispielsweise somatischer Risikofaktoren wie Diabetes oder Hypertonus oder psychiatrischer Risikofaktoren, wie Angststörungen oder Abhängigkeitserkrankungen. Diese Faktoren werden als biologische Stressoren gewertet. Die psychischen Stressoren, zu denen beispielsweise Lebenssorgen, Verlusterlebnisse oder reaktivierte Traumata gehören, können genauso wie die oben aufgeführten biologischen Stressoren substantiell die Behandlung der Altersdepression behindern und verschlechtern, wenn sie nicht in den Konzepten die notwendige Behandlung erfahren [9]. Ferner ist für die Prognose auch die kognitive Reserve des Gehirns von großer Bedeutung, das heißt die aktive Fähigkeit des Gehirns Prozesse zu initiieren, die trotz physiologischer (zum Beispiel Altern) oder pathologischer Hirnveränderungen die kognitive Leistungsfähigkeit kompensieren. Die Depression als starker biologischer Stressor wird auch als Risikofaktor für die kognitive Gesundheit im zunehmenden Lebensalter gewertet, was noch einmal mehr die absolute Behandlungsindikation der Altersdepression mit dem Ziel einer weitgehenden Genesung und Rückfallprophylaxe unterstreicht [10]. Die sehr hohe Suizidalität im Rahmen der Altersdepression ist für die Behandlung eine große Herausforderung [11]. Sie ist gekennzeichnet durch eine sehr starke kognitive Einengung auf Gedanken und häufig unbeeinflussbaren Gedankenschleifen trotz psychotherapeutischer Interventionen und Aktivierungstherapien, noch bevor eine antidepressive Pharmakotherapie wirksam werden könnte. Eine biologische Erklärung könnte sein, dass in der Depression die kognitive Inhibition von Gedankenschleifen nicht wirksam werden kann und ein kognitives Symptom der schweren

Depression ist. Die klinische Konsequenz sollte eine enge und schützende personelle Begleitung und zusätzlich zu der antidepressiven Pharmakotherapie eine beruhigende nicht-pharmakologische und gegebenenfalls vorübergehende pharmakologische Intervention sein.

Die Diagnose wird nach dem Schweregrad der aktuell vorliegenden Symptomatik sowie dem Verlauf festgelegt (S-3 Leitlinie Depression, 2015, [12]). Die letzten Episoden einer rezidivierenden Erkrankung (zwei oder mehr Episoden) können durchaus Jahrzehnte zurückliegen. Da rezidivierende Verläufe eine Rückfallprophylaxe erfordern, ist diese Information von Bedeutung. Differentialdiagnostische Überlegungen sind unumgänglich und dazu zählen beispielsweise degenerative Erkrankungen, wie Demenzen und Parkinsonerkrankung, oder internistische Erkrankungen, wie Schilddrüsenfunktionsstörungen oder medikamentöse Nebenwirkungen.

Eine vollständige Remission oder weitgehende Rückbildung der Symptome ist Ziel der Behandlung und die Gefahr von Rückfällen ist sehr viel höher als bei jüngeren Patienten (85 Prozent der Erkrankten nach erster Episode). Die Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe führen zu 84 Prozent Remission innerhalb von drei Jahren [13]. Gebrechlichkeit, psychiatrische Komorbidität, fehlende soziale Partizipation oder niedriger sozioökonomischer Status können die Prognose verschlechtern.

Module der Behandlungskonzepte Pharmakotherapie

Bei der pharmakologischen Behandlung wird wie im jüngeren Alter zwischen der Behandlung der akuten depressiven Erkrankungsphase, der Rückfall- und Rezidivprophylaxe unterscheiden. Dem Nebenwirkungs- und Interventionsprofil der einzelnen Subs-

tanzklassen kommt im Alter eine besondere Bedeutung zu. Die Pharmakotherapie ist nur eins der evidenzbasierten Module zur Behandlung der Altersdepression. Eine antidepressive Pharmakotherapie im Alter wird zur Behandlung einer mittelgradigen und schweren depressiven Erkrankungsphase empfohlen [12], auch wenn einschränkend gesagt werden muss, dass Studienergebnisse für das dritte und vierte Lebensalter nicht ausreichend vorliegen [14]. Bei der leichten Depression sollte die Schwere der Funktionsminderung, die bei den Betroffenen zu verzeichnen sind, die Entscheidung zur Pharmakotherapie bestimmen: Eine Pharmakotherapie ist bei Einbußen der individuellen Alltagsbewältigung indiziert, insbesondere wenn die Betroffenen über positive Behandlungserfahrungen verfügen. Psychotherapeutischen (auch kurzen) Interventionen ist bei Erkrankten mit minorer Depression ohne Funktionsverluste der Vorzug zu geben [12].

Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) werden aufgrund geringerer Nebenwirkungen als Mittel der ersten Wahl empfohlen [12]. Die häufigsten Nebenwirkungen beim Einsatz von Antidepressiva bei der Altersdepression sind anticholinerge Nebenwirkungen, Hyponatriämien, frequenzkorrigierte QTc-Zeit-Verlängerung, die delirigen und sedierend wirken und neben der Sturzgefahr auch zu kognitiven Defiziten führen können. Darüber hinaus ist das Risiko einer, insbesondere gastrointestinalen, erhöhten Blutungsgefahr bei gleichzeitiger Einnahme von oralen Antikoagulantien zu beachten [15]. Bei klinischer Indikation der Antikoagulation sollte eine Kombination mit einem serotonerg wirksamen Antidepressivum vermieden und Antidepressiva wie beispielsweise Mirtazapin oder Agomelatin eingesetzt werden. Die unzureichende Datenlage im Alter

erschwert die Empfehlungen für Mittel der zweiten Wahl [14, 16]. Allerdings erfordert das pragmatische klinische Vorgehen die Festlegung von individuellen Therapiezielen und die Auswahl nach weiteren, für den Patienten möglicherweise vorteilhaften Wirkungen: beispielsweise des noradrenergen und spezifisch serotonergen Antidepressivum Mirtazapin bei klinisch erwünschter Unterstützung der Schlafförderung oder die Gabe vom Melatoninagonisten (Agomelatin) bei Patienten mit wiederkehrender Hyponatriämie unter SSRI Einnahme oder zu starker Gewichtszunahme unter anderer antidepressiver Pharmakotherapie. Das ungünstige, anticholinerge Nebenwirkungsprofil von trizyklischen Antidepressiva führt dazu, dass trotz einer klinischen antidepressiven Wirksamkeit der Einsatz nicht empfohlen werden kann und daher in Einzelfallentscheidungen Anwendung findet.

Als Risiko für ein langsames und schlechteres Ansprechen auf die Pharmakotherapie im Alter, sowie die erhöhte Rückfall- und Rezidivgefahr, sind somatische Multimorbidität und kognitive Störungen bekannt [7, 9]. Sonst sind Response und auch die Rückfallgefahr bei alten Menschen vergleichbar mit den übrigen Erwachsenen [9]. Sollte eine Response sechs Wochen nach Erreichen der Standarddosis ausbleiben, so wird eine Kombinationstherapie, ein Medikamentenwechsel oder eine Augmentation mit Lithium empfohlen (Serumspiegel: 0,4 bis 0,6 mmol/l) [17]. Nach einmaliger depressiver Episode sollte eine wirksame Akuttherapie vier bis neun Monate weitergeführt werden [12, 18] und bei schweren Episoden empfiehlt die S3-LL [12] zusätzlich eine Psychotherapie zur Erhaltungstherapie im Alter. Bei zwei oder mehr Lebensepisoden wird eine Rezidivprophylaxe von 24 Monaten empfohlen [9].

Nichtpharmakologische Therapieverfahren

Psychotherapie

Die Psychotherapieforschung zu beispielsweise Problemlösetherapie, interpersonelle Psychotherapie, kognitiv-behaviorale Psychotherapie und Reminiszenz Therapie erbrachten sehr gute Ergebnisse im Alter und konnten mindestens mittlerer Effektgrößen nachweisen [9, 19, 20]. Zu den Zielen gehören Lebensbilanzierung und Entwicklung von Resilienz. Die Schulen nutzen dazu unterschiedliche Möglichkeiten, wie kognitive Umstrukturierung, der Lebensrückblick oder die Bearbeitung des eigenen Insuffizienzerlebens und der Scham bei Ich-Idealen, denen altersbedingt nicht mehr entsprochen werden kann. Die klinische Realität zeigt, dass es vielerorts, trotz einer zunehmend hohen Bereitschaft von alten Menschen der Empfehlung zu folgen, eine Hürde ist, einen Therapeuten zu finden, was auf stereotype Altersbilder zurückzuführen sein könnte [21].

Kognitives Training, Ergotherapie, künstlerische Therapien und Bewegungstherapie

Kognitives Training bei der Altersdepression führt zu Verbesserungen in mehreren neuropsychologischen Domänen und der Stimmung [22]. Der Wiederherstellung der bestmöglichen kognitiven Leistungsfähigkeit kommt eine zentrale Bedeutung zu, da eine Minderung ein hohes Risiko für unvollständige Remission und Rückfallgefahr darstellt. Im akutklinischen Alltag, aber auch in der ambulanten Behandlung sind Therapien wie Ergotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie und Bewegungstherapie, für die es eine Evidenz für ihre Wirksamkeit bei der Altersdepression gibt, notwendig [12, 23, 24]. Sie verfolgen das Ziel, den alten Menschen wieder in eine aktive und teilhabende Lebensfunktionalität zu führen, die Wahrnehmung eigener Gedanken

INFOBOX PHARMAKOTHERAPIE

- Antidepressive Behandlung kann im Alter erst nach sechs Wochen klinisch greifbar werden
- Ziel der Behandlung ist die Minderung der Ausgangssymptome um mindestens 50 Prozent (klinische Response nach beispielsweise BDI oder GDS) und Weiterbehandlung bis zur Remission oder bestmöglichen Symptomreduktion
- Erfolgreiche Behandlung von Komorbiditäten verbessert antidepressive Wirksamkeit
- Erhaltungstherapie mit Akutdosierung vier bis neun Monate nach erster depressiver Episode weiterführen
- Rezidivprophylaxe bei mehr als zwei Lebensepisoden für 24 Monate weiterführen
- Cave Nebenwirkungen und Interaktionen bei Gabe Antidepressiva wie Hyponatriämie, QTc-Verlängerungen, Sedierung und Sturzgefahr, erhöhte Blutungsgefahr

und Emotionen zu ermöglichen und ihn damit in seiner Befähigung zum eigenen Handeln zu stärken.

Lichttherapie

In der S3-LL [12] wird die Lichttherapie bei der saisonalen Depression empfohlen. Für die Wirksamkeit der Lichttherapie bei alten Menschen mit Depression liegt keine ausreichende Evidenz, jedoch ermutigende Ergebnisse, vor, die einen Einsatz in der Akutbehandlung der saisonalen und nicht-saisonalen Depression klinisch rechtfertigen [25, 26].

Elektroheilkrafttherapie (EKT)

Bei schweren Depressionen, auch im Alter, wird die EKT empfohlen. Die Sicherheit und Verträglichkeit der unilateralen EKT und die Reduktion kognitiver Nebenwirkungen hat sich so weiterentwickelt, dass die EKT eine der wirksamsten Therapien in der Behandlung von schwerer Altersdepression, insbesondere der wahnhaften Depression, ist [27, 28]. Das Risiko der Anästhesie bestimmt das Risiko der EKT bei alten Menschen. Diese Behandlung erfolgt unter vollstationären Bedingungen in Zentren mit Erfahrung mit der EKT.

Fazit

Altersdepressionen sind sehr häufige, gut zu behandelnde psychische Erkrankung, die einer multimodalen und multiprofessionellen Behandlung bedürfen. Sie können unbehandelt zu schweren Funktionseinbußen im Leben der Erkrankten führen, können den Verlauf somatischer Komorbidität verschlechtern und weisen eine sehr hohe Suizidalität auf. Die hohe Rückfallgefahr lässt sich durch eine Pharmakotherapie und Psychotherapie erfolgreich minimieren. ■

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA → Ärzteblatt



Prof. Dr. med. habil. Vjera Holthoff-Detto
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik
Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe
Höhensteig 1, 12526 Berlin und
Medizinische Fakultät „Carl Gustav Carus“
der Technischen Universität Dresden
E-Mail: psychiatrie-khh@alexianer.de