

## Depression im Alter

# Es lohnt sich, genau hinzuschauen

**Depressionen im Alter sind häufig und können sich unter anderem mit Gedächtnisstörungen äussern. In diesem Fall ist es wichtig, diese einer Ursache zuzuordnen. Denn sie könnten auch durch eine Verschlechterung einer somatischen Komorbidität verursacht sein. Was in der Abklärung und in der Therapie der Altersdepression zu beachten ist, darüber berichtete der Geriater Dr. Bernard Flückiger, Chefarzt Adullam-Spital Basel/Riehen, am FOMF Allgemeine Innere Medizin Update Refresher in Basel.**

Depression ist die häufigste psychische Störung im Alter. In der Altersklasse der 65- bis 75-Jährigen liegt die Prävalenz gemäss Bundesamt für Statistik bei 6,5 Prozent, bei über 75-Jährigen steigt sie bis auf 10,5 Prozent, vor allem bei Frauen. 50 Prozent der Altersdepressionen treten erstmals zwischen dem 60. und dem 75. Lebensjahr auf, 50 Prozent sind Rezidivepisoden mit Erkrankungsbeginn vor dem 60. Lebensjahr, berichtet der Geriater. Die Depression im Alter ist relevant. Die Suizidrate steigt im Alter trotz sinkender Selbstmordversuche. Grund dafür ist die effizientere Durchführung. Jede 2. Frau, die Selbstmord verübt, ist über 60 Jahre alt. Eine Hochrisikogruppe stellen jedoch ältere Männer ab 75 Jahre dar.

Mögliche Ursachen einer Depression können Komorbiditäten, Tumoren, chronische Schmerzen und auch Medikamente (*Kasten*) sein. Erschwerend im Alter kommen aber noch veränderte Lebensumstände dazu, wie zum Beispiel eine Pensionierung, Verlust des Lebenspartners, Verlust der Selbstständigkeit oder Abhängigkeit von einer Betreuungsperson. Eine Altersdepression äussert sich laut Flückiger oft mit gleichzeitigen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Weitere Symptome können Kopfschmerzen, Missempfindungen wie «Kribbeln am Körper», innere Unruhe, Tremor, Schlafstörungen, Magen-Darm-Beschwerden oder Schwindelgefühle sein. Ein Verdacht auf eine Depression sollte jedoch bei Vorhandensein von mindestens 2 bis 4 Hauptsymptomen oder anderen Symptomen (*Tabelle 1*) erhoben werden, wenn sie mehr als 2 Wochen persistieren.

Anhand der Geriatric Depression Scale (GDS) mit 15 (Langversion) oder 4 Fragen (Kurzversion) kann der Verdacht auf Depression erhärtet werden, die ab 6 beziehungsweise 2 Punkten als bestätigt gilt. Es gibt auch einen Test mit 2 Fragen, der eine Sensitivität von 96 Prozent (Spezifität 57%) aufweist. Dieser lässt sich gut in ein Patientengespräch einflechten. Frage 1: Fühlten Sie sich in den letzten Monaten niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? Frage 2: Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gern tun? Bei einer Beantwortung beider Fragen mit Ja ist eine Depression wahrscheinlich.

### Plötzlich antriebsarm

Bei geriatrischen Patienten, die bis vor Kurzem noch mobil waren, nun aber plötzlich Unselbstständigkeit, Antriebsarmut und Gedächtnisstörungen (MMS, Uhrentest) zeigen und im GDS-4- wie im 2-Fragen-Test alle Fragen mit Ja beantworten, kann es sich lohnen, vor Beginn einer Depressions-therapie die somatischen Symptome näher zu untersuchen. Manchmal könne eine dekompensierte Herzinsuffizienz den Lebensmut rauben und eine entsprechende Behandlung die vorbestehende Mobilität wiederherstellen, so Flückiger. Auch eine Hypothyreose oder Medikamente (z. B. Betablocker) können zu einem depressiven Zustandsbild führen. Eine Substitution der Schilddrüsenhormone oder das Ausschleichen der betreffenden Medikamente können die Stimmungslage und die Kognition erheblich bessern. Vor der Diagnose Depression sollten deshalb laut dem Experten Ursachen von zugrunde liegenden somatischen Erkrankungen ausgeschlossen werden. Treten Gedächtnisstörungen auf, können sie Folge einer Depression sein, aber auch Zeichen einer Demenz. Die Schnittmenge von kognitiven Defiziten und einem affektiven Syndrom sei nicht unerheblich und schwierig zu diagnostizieren, so Flückiger. Während die Demenz schleichend progredient verläuft, unterliegt die Depression eher Tagesschwankungen. Zudem sind Demente im Gegensatz zu Depressiven oft desorientiert bei normaler Aufmerksamkeit, während diese bei einer Depression vermindert ist. Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal ist die Anosognosie: Depressive geben eher zu, dass es ihnen nicht gut geht, Demente dagegen dementieren das weitgehend. Gedächtnisstörungen bei älteren Patienten sollten, wenn immer möglich, einer Ur-

### KURZ & BÜNDIG

- ▶ Depression hat mit Kognitionsstörungen, Störung der Alltagsfähigkeiten und Suizidalität gravierende Konsequenzen.
- ▶ Vor Diagnosestellung somatische Ursachen ausschliessen.
- ▶ Therapie anhand des Depressionsmusters auswählen.
- ▶ Nicht medikamentöse Therapie (Psychotherapie, psychosoziale Interventionen, Aktivierung) erwägen.
- ▶ Medikamentöse Therapie nach 6 Monaten überprüfen.

Kasten:

**Mögliche Ursachen von Depressionen**

Komorbiditäten: koronare Herzkrankheit, zerebrovaskulärer Insult, Leukenzephalopathie, Diabetes, neurologische Erkrankungen (z. B. M. Parkinson)  
 Tumoren: Elektrolytstörungen, Stoffwechselstörungen  
 Chronische Schmerzen  
 Medikamente: Betablocker, Digitalis, Neuroleptika, Zytostatika

Tabelle 1: **Depression: Wichtige Symptome im Alter**

| Hauptsymptome                     | Andere häufige Symptome         |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| ▲ gedrückte Stimmung              | ▲ Konzentrationsstörungen       |
| ▲ Interesse-/Freudlosigkeit       | ▲ schwindendes Selbstwertgefühl |
| ▲ Ängste vor Krankheit            | ▲ Schuldgefühl                  |
| ▲ Klagen über Gedächtnisstörungen | ▲ Hemmung/Unruhe                |
| ▲ Verlangsamung                   | ▲ Schlafstörung                 |
| ▲ Selbstvernachlässigung          | ▲ Appetitminderung              |
| ▲ Hoffungslosigkeit               | ▲ Misstrauen/Reizbarkeit        |

Quelle: Dr. Bernard Flückiger, FOMF AIM Basel 2022

sache zugeordnet werden, empfiehlt der Experte. Bei Verdacht auf Depression und vorhandener kognitiver Störung kann ein Therapieversuch auf Depression Klarheit bringen.

**Therapie auf Problematik abstimmen**

Die Wahl des Antidepressivums soll anhand des Depressionsmusters, wie zum Beispiel Schlafstörungen, Angststörungen,

Unruhe und Abgeschlagenheit, erfolgen. Dabei sind Nebenwirkungsprofile und Interaktionen zu beachten (Tabelle 2), und das gewählte Medikament soll langsam auftitriert werden. Die Zieldosis sei bei älteren Menschen in der Regel tiefer als bei jüngeren Erwachsenen, so Flückiger. Falls die Wirkung nicht wunschgemäss ausfällt, sollen keine abrupten Dosisänderungen oder Wechsel vorgenommen werden. Das bestehende Präparat muss erst ausgeschlichen werden, bevor gewechselt werden kann. Auf tri- oder tetrazyklische Antidepressiva soll nach Möglichkeit verzichtet werden, ebenso auf Kombinationsprodukte. Bestehen gleichzeitig Schlafstörungen, empfiehlt sich ein sedierendes und anxiolytisches Antidepressivum wie zum Beispiel Mirtazapin oder Trazodon. Ein Erfolg sollte sich nach 6 bis 8 Wochen einstellen, eine Überprüfung der Therapie empfiehlt sich nach 4 bis 6 Monaten.

Bis zu ein Drittel der Patienten spricht auf den ersten Therapieversuch allerdings nicht an. Bevor die Therapie geändert wird, empfiehlt sich eine Überprüfung der Dosierung, der Therapiedauer, der Compliance und nicht zuletzt auch der Diagnose. Manchmal können auch pathogene Faktoren zu einer schlechten Resorption des Medikaments führen, was ebenfalls zu berücksichtigen ist.

Neben der medikamentösen Therapie sollte auch immer eine nicht medikamentöse Therapie erwogen werden, insbesondere Psychotherapie, psychosoziale Interventionen oder Aktivierung. Nicht medikamentöse Interventionen werden von Psychologen, aber auch von Pro Senectute angeboten, so der abschliessende Tipp des Gerieters. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Depression im Alter», FOMF Allgemeine Innere Medizin, 25. bis 29. Januar in Basel.

Tabelle 2: **Medikamentöse Therapie der Depression**

| Wirkstoff          | Präparat                             | Nebenwirkungen (Auswahl)  | Wirkprofil                                    |
|--------------------|--------------------------------------|---|---|
| SSRI               | Citalopram, Sertralin                | Hyponatriämie, Nausea, innere Unruhe, Schlafstörungen                               | antriebsneutral, angstlösend                  |
| SSRI               | Fluoxetin, Paroxetin                 | Hyponatriämie, Nausea, innere Unruhe, Schlafstörungen                               | stimulierend                                  |
| SARI               | Trazodon, Vortioxetin                | Hyponatriämie, Mundtrockenheit  | sedierend, angstlösend, kognitionsverbessernd |
| SNRI               | Venlafaxin, Duloxetin                | Übelkeit, Mundtrockenheit, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Schlaflosigkeit, Schwitzen | stimulierend, schmerzmodulierend              |
| NaSSA              | Mirtazapin                           | Orthostase, Gewichtszunahme, Appetitsteigerung                                      | sedierend, angstlösend, schmerzmodulierend    |
| SNDRI              | Bupropion                            | Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, erniedrigte Krampfschwelle                          | stimulierend                                  |
| TZA                | Amitriptylin, Trimipramin, Imipramin | anticholinerg   | sedierend, angstlösend                        |
| MT-Agonist         | Agomelatin                           | Nausea, Schwindel   | sedierend                                     |
| MAO-Hemmer         | Moclobemid                           | Interaktionen   |   |
| Phytotherapeutikum | Johanniskraut                        | Interaktionen   |   |

Abkürzungen: SSRI: selektive Serotonin-Reuptake-Hemmer, SARI: Serotoninantagonist und -Reuptake-Hemmer, SNRI: Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Hemmer, NaSSA: noradrenerges und spezifisch serotonerges Antidepressivum, SNDRI: selektive Noradrenalin-Dopamin-Reuptake-Hemmer, TZA: trizyklische Antidepressiva, MT: melatonenergischer Rezeptor, MAO: Monoaminoxidasehemmer  
 Quelle: Dr. Bernard Flückiger, FOMF AIM Basel 2022