

9th Swiss Forum for Mood and Anxiety Disorders

Neue Behandlungsempfehlungen bei Depression im Alter

Prof. Dr. med. Martin Hatzinger, Direktor Psychiatrische Dienste Solothurn, präsentierte am 9th Swiss Forum for Mood and Anxiety Disorders die kürzlich veröffentlichten Behandlungsempfehlungen bei Depression im Alter. Dabei standen die Besonderheiten dieser Patientengruppe, welche sich auf die Diagnose und auf die Therapie auswirken, im Fokus.

Die Depression ist auch im Alter die häufigste psychiatrische Erkrankung, wobei vor allem die Prävalenz von leichten Depressionen bei älteren Personen erhöht ist. Ein Grund hierfür können altersspezifische Risikofaktoren wie Trauerfälle, schwere körperliche Erkrankungen oder soziale Isolation sein.

Obwohl es sich bei der Depression im Alter grundsätzlich um keinen spezifischen Subtyp handelt, zeigt die Erkrankung jedoch häufig eine andere klinische Ausprägung. Die Betroffenen klagen seltener über Traurigkeit. Stattdessen kommt es oft zu körperlichen Beschwerden wie beispielsweise Schlafstörungen oder unspezifischen Schmerzen. Darüber hinaus kann die Depression mit einer erhöhten Ängstlichkeit, Hypochondrie oder Apathie einhergehen. Je nach sozialem Umfeld mit teilweise fehlender Unterstützung neigen ältere Personen zusätzlich eher zu einer Chronifizierung ihrer Erkrankung.

Zusammenhang von Depressionen mit anderen Erkrankungen

Da ältere Personen häufig an verschiedenen Erkrankungen leiden, kann dies die Diagnose einer Depression erschweren. Daher wird bei älteren Personen eine besonders umfassende Untersuchung und Differentialdiagnostik empfohlen. Die relevanteste Differentialdiagnose ist dabei die Demenz, wobei die Prävalenz der Depression bei Alzheimerdemenz bis zu 50% beträgt. Zudem können weitere neurologische Erkrankungen wie Morbus Parkinson oder Multiple Sklerose mit einer Depression einhergehen.

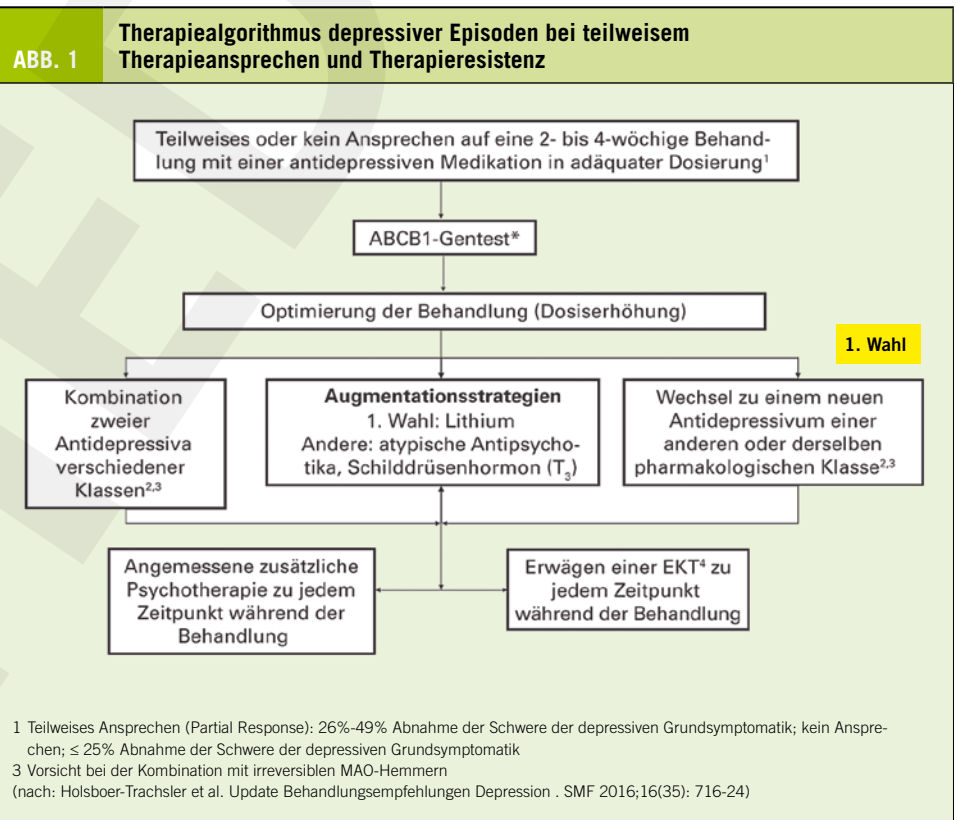
Allerdings können auch andere Krankheitsbilder mit Depressionen assoziiert sein und es scheint beispielsweise ein Zusammenhang zwischen kardiovaskulären Erkrankungen und Depression zu bestehen. Dies zeigt sich darin, dass bei Patienten mit Depression die kardiovaskuläre Mortalität um das 2,3-fache ansteigt und das Risiko des plötzlichen Herztodes erhöht

ist. Eine adäquate Behandlung der Depression kann jedoch wiederum zu einer Reduktion des kardiovaskulären Risikos beitragen.

Bedeutung der Polypharmazie für die Depressionsbehandlung

Entsprechend der häufig vorhandenen Polymorbidität erhalten ältere Personen zumeist eine Vielzahl unterschiedlicher Medikamente und eine Psychopharmakotherapie sollte bei älteren Patienten daher nur nach strenger Indikation erfolgen. Dabei müssen die Risiken einer Polypharmazie abgewogen und die Nebenwirkungsprofile der einzelnen Medikamente sowie potentielle Interaktionen berücksichtigt werden. Zudem gilt es zu beachten, dass gewisse Medikamente eine Depression verstärken oder sogar auslösen können. Dazu gehören unter anderem verschiedene antihypertensive Medikamente, Analgetika, Anti-Parkinson-Medikamente, psychiatrische Medikamente oder systemisch wirkende Kortikosteroide und Interferon.

Ist eine Pharmakotherapie indiziert, sollte aufgrund des generell veränderten Metabolismus im Alter mit einer möglichst niedrigen Dosierung begonnen werden, die bei guter Verträglichkeit vorsichtig gesteigert werden kann. Es gilt der Grundsatz «start low, go slow». Darüber hinaus wird primär eine Monotherapie empfohlen, um die Polypharmazie nicht noch weiter zu verstärken. (Abb. 1).



Hohe Suizidrate bei älteren Patienten

Eine weitere Besonderheit der Depression im Alter ist das hohe Suizidrisiko, das sich in einer mit zunehmendem Alter steigenden Suizidrate zeigt. Dabei sind besonders sozial isolierte Männer betroffen, die unter chronischen somatischen Komorbiditäten leiden. Die zugrunde liegende Depression muss mit pharmako- und psychotherapeutischen Verfahren adäquat behandelt werden und besonders nach einem Suizidversuch sollten weitere spezifische psychotherapeutische Interventionen diskutiert werden. Während einer akuten suizidalen Krise sollten entsprechende Sicherungsmassnahmen ergriffen werden und für die Zeit nach einer stationären



Prof. M. Hatzinger

ren Behandlung ist eine individuelle Austrittsplanung erforderlich, da in der Phase direkt nach einer Klinikentlassung das Suizidrisiko besonders hoch ist.

Fazit

Die Behandlung von Depressionen im Alter ist mit zahlreichen Herausforderungen verbunden. Die Erkrankung äussert sich häufig mit einer anderen klinischen Ausprägung und bedarf einer umfassenden Untersuchung und Differentialdiagnostik. Darüber hinaus sind in der Behandlung insbesondere Komorbiditäten, Einschränkungen durch Polypharmazie und eine erhöhte Suizidalität zu beachten.

▼ Dr. Christin Döring

Quelle: 9th Swiss Forum for Mood and Anxiety Disorders (SFMAD), 12. April 2018, Zürich

TAB. 1 Antidepressiva im Alter				
	Evidenz	Empfehlungsgrad	Zusätzliche Zielsymptome	Bemerkungen
Tri- und Tetrazykline	A	2 v.a. Nortriptylin	Schlaf, Kognition, Schmerz	Einsatz wegen NW sehr zurückhaltend
SSRI	A	1	Angst	SIADH, QTc, Stroke ws. klinisch nicht relevant
SNRI	A	1 (Duloxetin) 2 (Venlafaxin)	Kognition, Schmerz	Blutdruckerhöhung bei VFX
Moclobemid	A	1	Kognition	Keine Kombination mit serot., AD
Bupropion	B	3	Kognition	Krampfschwelle
Mirtazapin	B	3	Schlaf (Ø RLS) Schmerz	RLS Gewicht
Trazodon	A	1	Schlaf Kognition	Kardiale RL
Agomelatin	B	3	Schlaf Kognition	Leberwerte
Vortioxetin	B	3	Kognition	
Johanniskraut	F	Keiner	Leichte bis mittelschwere Depression	Gute Verträglichkeit, Interaktionen

(nach Hatzinger et al. 2018 PRAXIS 107 (3):127-144)

TAB. 2 Biologische, nicht-pharmakologische Verfahren zur Therapie der Depression im Alter			
	Evidenz	Empfehlungsgrad	Bemerkungen
Schlafentzug	A	2	Hirnorganizität, Schwere somatische, Ko-Morbidität
Lichttherapie	B A bei jüngeren	3	Stabilisierung Tag/Nacht-Rhythmus
EKT	A	2	Amnesien häufiger. Hirnorganizität, Art. Hypertonie, Aneurysma
rTMS	C	3	Weniger Studien als bei Jüngeren
VNS	F	Keiner	Keine Daten bei Älteren
tDCS	F	Keiner	Keine Daten bei Älteren
DBS	F	Keiner	Keine Daten bei Älteren

(nach Hatzinger et al. 2018 PRAXIS 107 (3):127-144)