

# Geriatrie Praxis *Österreich*



Konsensus Statement  
eines Experten-Meetings

## Depression Therapie im höheren Lebensalter

Experten-Meeting, 15. Juni 1999, Wien

Univ.-Prof. Dr. Michael Bach, OA. Dr. Eberhard Deisenhammer,  
Univ.-Prof. Dr. Martina De Zwaan, HR. Prim. Dr. Peter Erhart,  
Univ.-Prof. DDr. Peter Fischer, O. Univ. Prof. Dr. Siegfried Kasper,  
Prim. Univ.-Doz. Dr. Friedrich Leblhuber, Prim. Dr. Albert Lingg,  
Prim. Dr. Hannes Plank, OA Dr. Erwin Weber

Vorsitz: Prim. Dr. Franz Böhmer,  
O. Univ.-Prof. Dr. Hans Georg Zapotoczky

# Vorwort



**Prim. Dr. Franz Böhmer**  
Sozialmedizinisches  
Zentrum, Sophien-Spital  
Wien



**O. Univ.-Prof. Dr.  
Hans Georg Zapotoczky**  
Universitätsklinik für  
Psychiatrie, Graz

*Das Altern ist ein lebenslanger Prozeß, das Alter ist daher keine eigenständig isolierte Lebensphase. Es stellt vielmehr die späte Phase eines Entwicklungsprozesses dar. Altern ist kein einfaches Phänomen, sondern besteht aus einer Reihe von biologischen, sozioökonomischen und psychologischen Vorgängen, die teils koordiniert, teils unabhängig voneinander ablaufen. Die Wechselwirkung zwischen diesen Vorgängen verdeutlicht die Komplexität aller mit Alter und Altern zusammenhängenden Fragen.*

*Das Alter ist eine noch unvollendete Phase der menschlichen Zivilisation mit vielen Schwachstellen, aber auch Chancen – es gilt das positive Spektrum des im Alter Möglichen zu erweitern. Dazu trägt ohne Zweifel*

*die Einstellung der Ärzte/Innen mit einer altersangepaßten Diagnostik und Therapie wesentlich bei.*

*Zu den zukünftigen Aufgaben der Medizin werden neben einer Weiterentwicklung der medizinischen Techniken die Verbesserung der Strategien bei chronischen Erkrankungen und multidisziplinären Störungen sein. Im Sinne einer patientenorientierten Medizin ist es wichtig zu erkennen, daß psychische, physische und soziale Faktoren zur Bewältigung des Problemkreises Altern beitragen und mithin nicht voneinander getrennt werden können. Ein besonderer Grundsatz muß es sein, den älteren Menschen Gelegenheit und Möglichkeiten zu bieten, zum gesellschaftlichen und kulturellen Leben der Gemeinschaft, zu der er gehört, aktiv Beteiligter zu bleiben.*

*Dieser Grundsatz sollte auch dann beachtet werden, wenn der ältere Mensch von Depressionen bedroht wird. Im höheren Alter ist der Einfluß genetischer Faktoren geringer als in früheren Altersperioden. Auch im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen und der selbsterlebten psychischen Beeinträchtigung durch Isolation, Bewegungsarmut, mangelnde Erfolge etc. sind depressive Episoden nicht selten.*

*Der Arzt verfügt heute über eine breite therapeutische Palette, die von nebenwirkungsarmen Medikamenten bis zu psychotherapeutischen Möglichkeiten reicht. Die Schwierigkeiten der Behandlung liegen in der fehlenden oder unzureichenden Motivation der älteren depressiven Menschen, ihre Situation zu verändern und Aktivitäten zu setzen. Einsicht in die einzelnen Komponenten, die das depressive Zustandsbild herbeigeführt haben, besteht nicht selten – doch Einsicht ändert noch nichts. Einsicht kann auch bedrücken und noch hilfloser machen.*

*Um dem depressiven älteren Menschen zu helfen, bedarf es nicht nur des vertrauenerweckenden wissenden Arztes, es ist eine offene Gesellschaft nötig, die mit Wertschätzung und Anerkennung ein soziales Netzwerk schafft, das Stimulation und Geborgenheit garantiert. Wir alle werden sie einmal brauchen können.*

*In diesem Sinne zeichnen*

Prim. Dr. Franz Böhmer

O. Univ.-Prof. Dr. Hans Georg Zapotoczky

Karl E. Buresch, Manstein Verlag

# Depression – Therapie im höheren Lebensalter

## Konsensus Statement eines Experten-Meetings

### Einleitung

Im Altern manifestiert sich heute der wichtigste Bevölkerungswandel, der sich gegenwärtig vollzieht und jeden Menschen, jede Gesellschaft, die Wirtschaft, die Sozialstruktur und auch das Gesundheitssystem weiter verändern wird. Was charakterisiert nun eigentlich einen geriatrischen Patienten? 1990 hat die zentraleuropäische Arbeitsgemeinschaft geriatrisch-gerontologischer Gesellschaften die folgende Definition erarbeitet:

Der geriatrische Patient ist ein biologisch älterer Patient, der durch altersbedingte Funktionseinschränkungen bei Erkrankungen akut gefährdet ist, zur Multimorbidität neigt und bei dem ein besonderer Handlungsbedarf in rehabilitativer, somatopsychischer und psychosozialer Hinsicht besteht.

#### **Der geriatrische Patient ist also durch verschiedene Merkmale charakterisiert, so durch**

- sein biologisches Alter
- sein Leiden an mehreren Erkrankungen – Multimorbidität
- eine veränderte und oft unspezifische Symptomatik
- längere Krankheitsverläufe und verzögerte Genesung
- die veränderte Reaktion auf Medikamente
- Demobilisierungssyndrome
- psychosoziale Probleme (z.B. zunehmende Isolation)

Es war immer das Ziel in der Geriatrie, die „Gesamtsituation“ des Patienten zu erfassen und sich nicht nur auf Teile von ihm, das heißt auf einzelne Krankheiten, zu beziehen.

### Depression

Während bei gesunden Jugendlichen und Erwachsenen körperliche Mißbefindlichkeiten und Beschwerden oft ein Symptom für Depression sind, ist im Alter aufgrund des vermehrten Auftretens von körperlichen Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen – Stichwort Multimorbidität – die Orientierung an körperlichen Mißempfindungen in der Diagnostik von Depressionen

kritisch zu beurteilen. Es ist offen, wie weit die vorherrschenden Klassifikationssysteme die Altersdepressionen adäquat und damit in zutreffendem Umfang zu erfassen vermögen.

### Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

Schon aufgrund der Vielzahl der oft gleichzeitig eingesetzten Medikamente haben ältere im Vergleich zu jüngeren Patienten ein deutlich erhöhtes UAW-Risiko. Auch wenn bislang kein unmittelbarer Alterseffekt auf die UAW-Gesamthäufigkeit belegt werden konnte, ist doch bekannt, daß ältere Personen gegenüber bestimmten, insbesondere zentralnervösen Wirkungen empfindlicher sind. Trotz allen Wissens und Könnens ist bei mindestens 10% der betagten Patienten eine unerwünschte Arzneimittelwirkung der Grund oder ein entscheidender Faktor, der zum Krankenhausaufenthalt führt.

### Multimorbidität

Unter Multimorbidität oder Vielfacherkrankung versteht man das gleichzeitige Auftreten mehrerer signifikanter Krankheiten, die behandlungsbedürftig sind.

Unter Polypathie versteht man ruhende Leiden, die durch akute Erkrankung(en) nicht selten aus der Latenz gehoben und dann behandlungsbedürftig werden.

Diese Definitionen beziehen sich nicht nur auf körperliche, sondern auch auf (geronto)psychiatrische und psychosoziale Störungen.

Die Behandlung depressiver Patienten im Alter unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der Behandlung depressiver Störungen im jüngeren Lebensalter. Die häufig vorliegende Multimorbidität bedingt jedoch ein im allgemeinen höheres Behandlungsrisiko im Vergleich zu jüngeren Patienten.

Die Einflüsse auf die Entstehung einer Depression werden in der Abbildung 1 aufgezeigt.

Aus der Berliner Altersstudie (Mayer, K.U., Baltes, P.B. 1996) ist bekannt, daß 94% aller über 70jährigen an fünf oder mehr Krankheiten leiden. 30% der Patienten haben  $\geq 5$  als zumindest mittelschwer klassifizierte Krankheiten.

Es besteht jedoch eine erhebliche Diskrepanz zwischen feststellbaren und subjektiv relevanten Erkrankungen. So geben nur 6% der Patienten in der Berliner Altersstudie an, subjektiv mindestens mittelschwer unter fünf oder mehr Krankheiten zu leiden.

Erkrankungen wie Hyperlipidämie oder Bluthochdruck werden nicht oder nur kaum als subjektiv belastend erlebt, was mit entsprechenden Compliance-Problemen verbunden ist.

Bemerkenswert ist, daß ein Drittel dieser über 70jährigen Patienten zumindest eine psychische Erkrankung gezeigt haben. Bei 19% der Patienten wurde eine Depression und bei 23% eine Demenz festgestellt.

Zum Medikamentenkonsum ergibt sich aus der Berliner

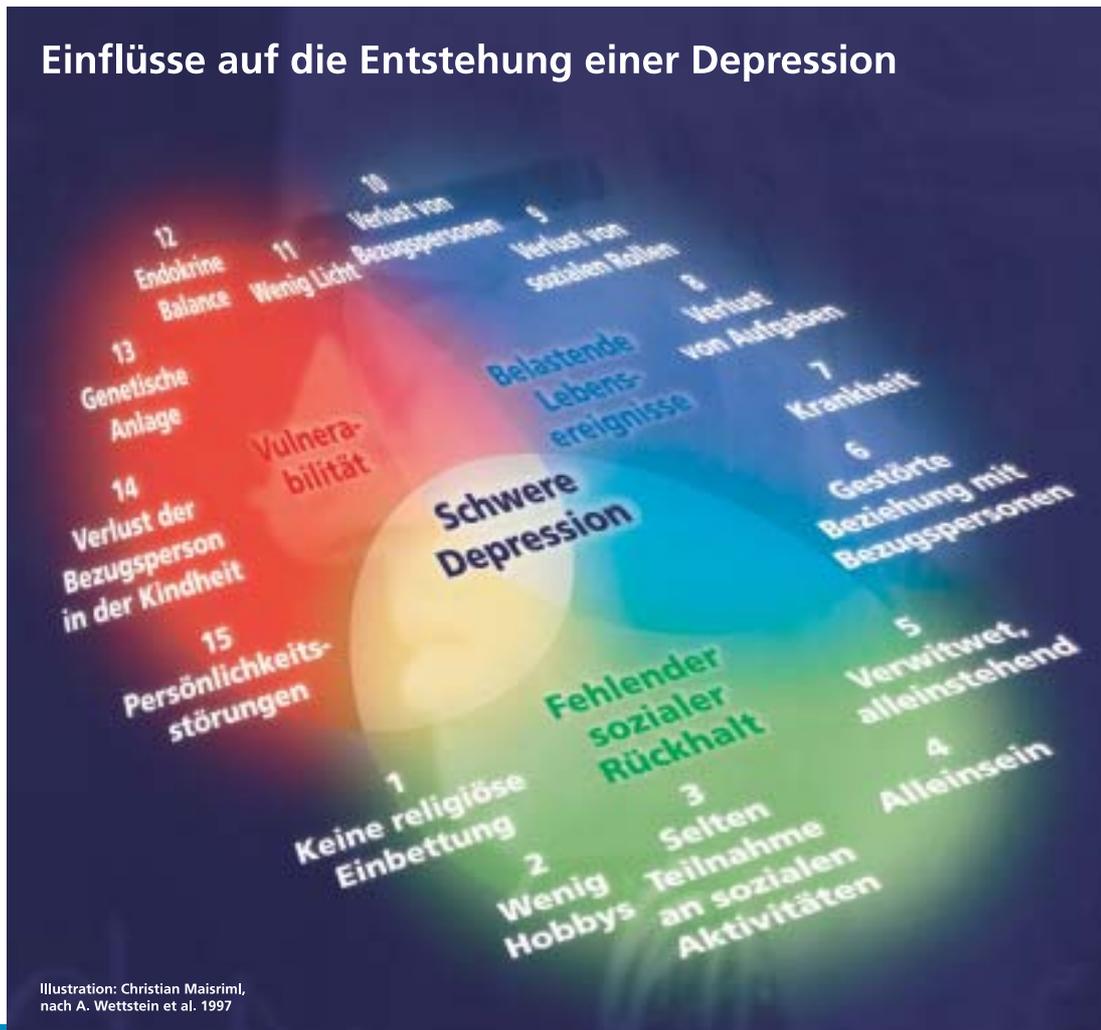
Altersstudie, daß

- 95% der Patienten mindestens ein Medikament,
- 56% der Patienten mindestens fünf Medikamente und
- 38% der Patienten mindestens fünf ärztlich verordnete Medikamente einnehmen.

Allerdings nehmen 11% der Patienten wichtige Medikamente nicht ein.

Von den Autoren wird die Ansicht vertreten, daß 26% aller körperlichen Krankheiten dieses Kollektivs durch Medikamentenfehler erklärbar sind. Ca. 75% davon werden durch zu viele oder falsche Medikamente verursacht, ca. 25% durch Nichteinnahme von Medikamenten.

Einen Ansatz, dem Problem Multimorbidität in der Gerontopsychiatrie entsprechen zu können, bietet das geriatrische Assessment. Es erlaubt eine Einschätzung und Dokumentation von Ressourcen, Funktion, Selbständigkeit und Hilfsbedarf der Patienten und stellt überdies ein geeignetes Hilfsmittel zur raschen Orientierung und Verlaufskontrolle – auch für den weiterbehandelnden Arzt – dar. Es bietet die Möglichkeit der Quantifizierung, hilft die Teamarbeit zu strukturieren sowie zu disziplinieren und das Übersehen relevanter Störfelder zu verhindern.



## Soziale Situation

### Soziale Risikofaktoren für die Entwicklung einer Altersdepression sind:

- Isolation und Einsamkeit
- Behinderungen
- Familiäre Konflikte
- Sozioökonomische Belastungen

Der Wunsch nach verstärkter familiärer Einbindung ist meist dann gegeben, wenn eine Störung in der Partnerbeziehung auftritt, wenn außerfamiliäre Kontakte fehlen, bei eingeschränktem Interessenradius, geringer geistiger Aktivität und Erleben von Langeweile.

Darüber hinaus auch im Rahmen von gestörtem gesundheitlichem Befinden, Hilfsbedürftigkeit, finanziellen Sorgen und Familienzentriertheit von Frauen, deren „einziger“ Lebensinhalt die Kinder waren.

### Aus diesem Grund ist ein soziales Assessment wichtig. Von Bedeutung sind:

- Sozioökonomische Situation: Einkommen, Sozialleistungen, Besitzverhältnisse
- Familienstand, Lebensgemeinschaft
- Haushaltsform: Ein- oder Mehrpersonenhaushalt, Wohngemeinschaft
- Wohnsituation: Lage, Größe, Alterskonformität (barrierefrei), die Möglichkeit, Haustiere zu halten, Erreichbarkeit von Verkehrsmitteln
- Religionsbezug: Konfessionszugehörigkeit, persönliche Wertigkeit in der Gemeinschaft, Teilnahmeaktivität
- Persönliche Aktivitäten: Neigungen, Freizeit, Hobbys, Bildung, Sport, Medienbenützung
- Soziale Integration: Familie, Partnerschaft, Kinder, Freunde, Bekannte
- Soziale Hilfestellungen: Private oder professionelle Hilfen, wobei ein wesentlicher Bestandteil die Vertrauensperson ist
- Akute und chronische soziale Belastungen: Geldsorgen, Verarmung
- Lebensgeschichte: Belastungen aufgrund der spezifischen Lebensgeschichte

Die berufliche Situation kann auch für ältere Patienten problematisch werden, Stichwort „Pensionsschock“. Das Berufsende ist meist mit weniger Problemen verbunden, wenn zuletzt wenig berufliches Engagement vorhanden ist, Einbußen körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit vorliegen und die familiäre Situation mit neuen Aufgaben verbunden ist.



**Univ.-Prof. Dr. Michael Bach**  
Klin. Abt. für Sozialpsychiatrie, Univ.-Klinik für Psychiatrie, Wien



**OA Dr. Eberhard A. Deisenhammer**  
Universitätsklinik für Psychiatrie, Innsbruck



**Univ.-Prof. Dr. Martina De Zwaan**  
Klin. Abt. für Allgemeine Psychiatrie, Univ.-Klinik für Psychiatrie, Wien



**HR. Prim. Dr. Peter Erhart**  
Landes-Nervenklinik, Abteilung für Geriatrie Salzburg



**Univ.-Prof. DDr. Peter Fischer**  
Klin. Abt. für Allgemeine Psychiatrie Univ.-Klinik für Psychiatrie, Wien

Weiters wenn ausgeprägte Freizeitinteressen entwickelt wurden, anderweitige außerfamiliäre Aktivitäten, z.B. in Vereinen oder Klubs vorliegen oder ein Wechsel der Arbeitstätigkeit geplant ist.

Es existieren eine ganze Reihe von Faktoren, die ein depressives Geschehen bei älteren Menschen auslösen können. Dazu zählen der Verlust der Selbstbestimmung, die Einschränkung der sozialen Mobilität durch Behinderungen und der Verlust des sozialen Netzes (Isolation, Verlust von Angehörigen, fehlender sozialer Rückhalt). Weiters in Zusammenhang mit einer Pensionierung der unvorbereitete Rollenverlust bzw. das Fehlen neuer Aufgaben oder die mangelnde Rollenflexibilität, die Entwurzelungsproblematik bei Wohnungswechsel oder Heimaufnahme, finanzielle Belastungen und Sorgen, eine negative Lebensbilanz und die Konfrontation mit dem Tod. Dadurch, daß bisherige Alltagsgewohnheiten wegfallen, fallen auch bisher geübte Bewältigungsstrategien zur Verminderung der Angst und der Mißstimmung weg.

Prognostisch ist nicht das Alter, sondern die gestellte Diagnose und die daraus resultierende Therapie entscheidend. Weiters die Dauer der Erkrankung, die Stärke der Ich-Funktion, das körperliche und geistige Aktivitätsniveau, Regressionstendenzen, die soziale Unterstützung von Angehörigen und Pflegenden.

## Ursachen organisch depressiver Störungen

Die Altersdepression ist – wie Depressionen in jedem Lebensalter – meist multifaktoriell bedingt. Die verschiedenen Faktoren lassen sich grob in drei Gruppen einteilen:

### Endogene Faktoren

Genetische Faktoren spielen in der Entstehung vor allem der phasischen Depressionsform eine wesentliche Rolle, auch bestimmte prädisponierende Persönlichkeitszüge (Zwanghaftigkeit, Aggressionsgehemtheit) lassen sich hier einordnen.

### Psychosoziale Faktoren

Hier sind vor allem Anpassungsprobleme in Belastungssituationen sowie neurotische Mechanismen zu nennen.

## Organische Faktoren

Sowohl primär cerebrale Prozesse wie auch sekundäre Auswirkungen somatischer Krankheiten können eine depressive Symptomatik auslösen.

Die gemeinsame biologische Endstrecke aller depressiven Syndrome bildet die verminderte Neurotransmission, das heißt das verminderte Angebot von Serotonin bzw. Noradrenalin an den ZNS-Synapsen in Verbindung mit den entsprechenden sekundären Rezeptorveränderungen.

In der Diagnostik depressiver Störungen ist grundsätzlich nach der Jasperschen Schichtenregel vorzugehen, nach der primär eine körperliche Ursache ausgeschlossen werden muß, bevor eine endogene oder psychogene Depression diagnostiziert werden kann. Die Behandlung organisch depressiver Störungen besteht in der kausalen, somatischen Therapie und der häufig notwendigen antidepressiven Therapie.

Körperlich bedingte depressive Störungen sind – im Gegensatz zu den endogenen Verlaufsformen – bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig.

Entsprechend der höheren somatischen Morbidität im höheren Alter nimmt ihre Prävalenz mit steigendem Alter zu. Bei etwa 40% der Patienten mit neurologischen Erkrankungen wie Chorea Huntington oder multipler Sklerose treten depressive Symptome auf. Häufig ist auch das Auftreten bei Patienten mit Aids und beim Cushing-Syndrom, bei dem eine Inzidenz von über 60% berichtet wird.

Das Suizidrisiko ist bei Patienten mit organisch bedingten Depressionen sehr hoch, vor allem bei unheilbaren und schmerzhaften Zuständen, hartnäckiger Schlaflosigkeit und Einsamkeit.

**Folgende körperliche Erkrankungen können zu einem gehäuften Auftreten von Depressionen führen:**

- Postoperatives Durchgangssyndrom
- Posttraumatisches Durchgangssyndrom (Schädel-Hirn-Trauma)
- Raumfordernde intrakranielle



**O. Univ.-Prof. Dr. Siegfried Kasper**  
Klin. Abt. für Allgemeine Psychiatrie Univ.-Klinik für Psychiatrie, Wien



**Prim. Dr. Albert Lingg**  
2. Abteilung für Psychiatrie LKH, Rankweil



**Prim. Univ.-Doz. Dr. Friedrich Leblhuber**  
Neurologisch-psychiatrische Gerontologie, LNK, Wagner-Jauregg, Linz



**Prim. Dr. Hannes Plank**  
Medizinisch-Geriatriische Abteilung, LKH, Villach



**OA Dr. Erwin Weber**  
Abteilung für Geriatrie, Landes-Nervenklinik, Salzburg

- Prozesse (Tumoren, Blutungen)
- Extrakranielle Karzinome (Pankreas)
  - Systemische Infektionskrankheiten (Grippe, Pneumonien, Typhus, Erysipel, Hepatitis)
  - Autoimmunerkrankungen (Systemischer Lupus Erythematoses)
  - Enzephalitis (Aids)
  - Multiple Sklerose
  - Epilepsie
  - Morbus Parkinson
  - Chorea Huntington
  - Morbus Alzheimer
  - Cerebrovaskuläre Insuffizienz/kardiale Dekompensation/Multinfarkt-demenz
  - Post-stroke depression, pathologisches Weinen
  - Antihypertensiva, Antiparkinsonmittel, Corticoide, Antipsychotika
  - Vitamin-B12-Mangel, Flüssigkeitsmangel
  - Dialyse
  - Chronische Erkrankungen mit ausgeprägten Schmerzen

## Endokrine Störungen oder Umstellungsphasen:

- Depressive Generationspsychosen
- „Involutions-“/late onset depression
- Hypothyreose
- Hypophyseninsuffizienz
- Cushing-Syndrom

## Differentialdiagnostik zur Demenz und Pseudodemenz

### Definition der Demenz

Bei der Demenz handelt es sich um einen erworbenen Verlust kognitiver Fähigkeiten, der ein Ausmaß erlangt hat, daß er mit den Anforderungen des täglichen Lebens nicht mehr vereinbar ist. Zusätzlich können auch emotionelle

#### Demenz

#### Depression

• Langsam	• Rasch
• Monate/Jahre	• Wochen
• Fluktuationen	• Tagesschwankung
• Rationalisiert	• „Weiß nicht“
• Unkooperativ	• Angst
• Kommt mit Familie	• Kommt allein
• Angaben der Familie	• Psychiatrische Annahmen

affektive Beeinträchtigungen beobachtet werden. 1% der 60jährigen und 30% der 85jährigen leiden unter Demenz.

M. Alzheimer ist die häufigste Form (70%) der Demenz. Charakteristisch für diese Patienten sind kognitive Störungen (Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, Orientierungs- und Sprachstörungen, Anomie, visuospatiale Defizite, Apraxie und Akalkulie) und Symptome wie Depression, Ängstlichkeit, Wahnideen oder Halluzinationen, die erfahrungsgemäß den Patienten eher zum Arzt führen.

Die vaskuläre Demenz ist die zweithäufigste Form (10–20%) der Demenz. Sie ist charakterisiert durch einen fluktuierenden Verlauf, Inkontinenz und Gangstörungen.

Dritthäufigste Demenzform stellt die Demenz mit Parkinsonismus dar. Sie ist charakterisiert durch Lewi-Körper in atypischen Arealen (Cortex) und ein rascheres Fortschreiten der psychomotorischen Verlangsamung. Halluzinationen, Inkontinenz und Wahn treten früh auf.

Weitere Ursachen für dementielle Prozesse bestehen in Schädel-Hirn-Traumata, Entzündungen des Gehirns und der Hirnhäute sowie in chronischem Alkoholismus (Alkoholdemenz).

Weniger häufig ist die Frontallappen-Demenz (1%). Bei diesem Krankheitsbild stehen eine Störung von Initiation, Planung und Zielsetzung im Vordergrund, die Kognition ist meist nicht oder nur minimal beeinträchtigt.

Weitere Zeichen können sein: Enthemmung, Echolalie, Palilalie und Logorrhoe.

Ein ebenfalls seltenes Krankheitsbild ist die Jakob-Creutzfeldt-Erkrankung (Inzidenz 1:1 Million/Jahr)

## Die Abgrenzung zwischen Demenz und Depression

### Zwei Gesichtspunkte sind vor allem zu beachten:

1. Die Psychopathologie des aktuellen psychischen Profils und
2. Der Verlauf der Symptomatik

Ad 1. Die Manifestation kognitiver Störungen im Rahmen eines depressiven Syndroms geht einher mit dem Verlust oder einer Beeinträchtigung der Konzentration und Gedächtnislücken insbesondere für emotional belastende Ereignisse. Die Urteilsfähigkeit ist behindert, das Treffen von Entscheidungen manchmal unmöglich.

Das Wahrnehmungsvermögen ist eingeschränkt, in vielen Fällen betrifft dies vorrangig negativ besetzte Ereignisse. Depressive Patienten vergessen z.B. signifikant häufiger negativ besetzte Wörter als eine Kontrollgruppe aus schizophrenen Patienten.

## Analgetische Wirkmechanismen der Antidepressiva

### Klassische (klinische) Wirkhypothesen:

Analgesie = Antidepressiver Effekt auf eine (manifeste oder larvierte) Depression

Analgesie = Erhöhung der affektiven Schmerztoleranz (= Schmerzdistanzierung)

Analgesie = Sedierungseffekt (Vigilanzminderung)

### Neuere (neurobiologische) Wirkhypothesen:

Analgesie = Gate-Control-Blockade durch Stimulation descendierender antinozeptiver Bahnen (Locus coeruleus, Nucleus raphe)

Analgesie = Antagonisierung der neuronalen Sensibilisierung am NMDA-Rezeptor

Analgesie = Modulation der Opioid-induzierten Antinozeption(-Neurone)

### Unspezifische Wirkhypothese:

Analgesie = Placeboeffekt

Charakteristisch für den Depressiven ist die Spracharmut – er spricht kaum spontan – und die Umständlichkeit im Sprachgebrauch.

Ähnliche Störungen zeigen sich im Verhalten: Die Bereitschaft, sich anzustrengen, ist herabgesetzt; die Motivation, einfachste Aufgaben zu erfüllen, fehlt; eigene Fehler werden überbewertet, während die Fehler anderer heruntergespielt werden.

Bestimmte Ängste werden ausgedrückt: die, geisteschwach zu werden, nichts mehr wahrzunehmen, jede Fähigkeit zu verlieren. Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit treten häufig auf. Der Patient ist unfähig, über die eigene Situation nachzudenken, ein „Meta-Level“ zu erreichen, ist (einem) unproduktiven Gedanken verhaftet. Diese kognitiven Symptome hat Beck in seiner kognitiven Triade zusammengefaßt: Die eigene Person, die Umgebung und die Zukunft werden falsch interpretiert.

Im Gegensatz zur Demenz sind die zeitliche Orientierung und der Sprachschatz nicht beeinträchtigt; es fehlen Symptome wie Aphasie, Apraxie oder Agnosie.

Ad 2. Die kognitiven Beeinträchtigungen beginnen und enden zur gleichen Zeit wie andere für die depressive Störung charakteristische Symptome (z.B. Schlafstörungen, Gewichtsverlust, Antriebslosigkeit). Meist lassen sich depressive Phasen in der Vorgeschichte des Patienten finden.

## Die Komorbidität

Im Verlauf einer dementiellen Erkrankung kann das Auftreten depressiver Symptome oder eines kompletten depressiven Syndroms häufig beobachtet werden.

Die Verbindung der beiden Störungen ist vielfältig und umfaßt sowohl biologische Faktoren als auch psychische Reaktionen. Im Rahmen von Studien wurden bei Alzheimer-Patienten in 15–20% schwere depressive Störungen registriert, und depressive Symptome – insbesondere bei milder bis mittelschwerer Demenz – in einer Häufigkeit von 0–87%

## Für die Schmerztherapie empfohlene Antidepressiva

Empfehlung: 1., 2., 3. Wahl	Generica	Empfohlene Tagesdosis	Handelsnamen (in alphabetischer Reihenfolge)
1.	Amitriptylin	50–150mg	Saroten, Tryptizol
1.	Clomipramin	50–150mg	Anafranil
1.–2.	Imipramin	75–150mg	Tofranil
1.–2.	Doxepin	50–150mg	Sinequan
1.–2.	Nortriptylin	75–150mg	Nortrilen
2.	Mianserin	60–150mg	Tolvon
2.	Trazodon	100–300mg	Trittico
3.	Maprotilin	50–150mg	Ludiomil
3.	Fluoxetin	20–40mg	Felicium, Fluctine, Mutan
3.	Paroxetin	20–40mg	Seroxat
3.	Sertralin	50–150mg	Gladem, Tresleen
3.	Fluvoxamin	100–250mg	Floxyfral
3.	Citalopram	20–40mg	Seropram

## Abgrenzung Demenz/Depression

Bei Verdacht auf Demenz ist eine exakte klinische und labortechnische Untersuchung notwendig, um eine möglichst frühzeitige effektive Therapie zu garantieren. Eine umfassende Information der Angehörigen über die Ergebnisse der Untersuchung ist notwendig, um die Lebensqualität der Patienten so lange wie möglich aufrechtzuerhalten und notwendige Pflegemaßnahmen planen zu können. Mit dem Patienten selbst ist der Aufbau einer tragenden Vertrauensbasis wichtig, innerhalb der eine gezielte individuelle Aufklärung möglich wird.

## Schmerz und Depression im Alter

Es existieren unterschiedliche Modelle zur Erklärung des Zusammenhangs zwischen chronischem Schmerz und Depression.

### Modell I: Schmerz ist Ausdruck einer zugrundeliegenden Depression

Dieses Modell wird von zahlreichen Autoren favorisiert, demzufolge chronischer Schmerz nicht als eigenständige Störung, sondern als Teil einer zugrundeliegenden depressiven Störung aufzufassen ist.

Das Depressionsmodell wurde schließlich auch auf jene chronischen Schmerzpatienten erweitert, die neben den körperlichen Beschwerden keine ausgeprägten psychischen Komponenten einer depressiven Störung (wie beispielsweise Niedergeschlagen-

heit, Antriebs- oder Interesselosigkeit, Schlafstörungen) aufwiesen. In diesem Fall wird von „larvierter“ bzw. „somatisierter“ Depression gesprochen. Bislang ist die Gültigkeit dieses Modells jedoch nicht ausreichend erwiesen.

### Modell II: Schmerz und Depression sind zwei Ausformungen einer gemeinsamen Basisstörung

Auch für das Modell einer gemeinsamen Basisstörung für chronischen Schmerz und depressive Störung existieren heute keine ausreichenden empirischen Belege.

### Modell III: Schmerzen können (bei Prädisposition) zu einer Depression führen

Die Tatsache, daß chronischer Schmerz bei entsprechender Prädisposition zu einer Depression führen kann, ist hinreichend belegt.

### Modell IV: Eine Depression kann (bei Prädisposition) zu Schmerzen führen

Daß das Vorliegen einer Depression als Risikofaktor für die Chronifizierung von Schmerzen aufzufassen ist, ist ebenfalls hinreichend belegt.

## Antidepressiva in der Schmerztherapie

Zahlreiche klinische Studien belegen eine zuverlässige Effizienz von Antidepressiva in der Therapie chronischer Schmerzen. Aus den veröffentlichten Metaanalysen und Übersichtsarbeiten geht hervor, daß Antidepressiva bei

rund 50–90% aller Schmerzpatienten nachweislich zu einer Schmerzreduktion um mindestens 50% führen (ähnliche analgetische Effekte unter Placebo-Gabe nur bei ca. 30% der Behandelten).

Die antinozizeptive Wirkung wird heute als spezifische und unabhängige Wirkkomponente einzelner Antidepressiva angesehen. Für manche Schmerzsyndrome werden Antidepressiva heute als Therapie der 1. Wahl angesehen (noch vor der Analgetikagabe), so zum Beispiel bei Spannungskopfschmerz, atypischem Gesichtsschmerz (nicht: Trigeminusneuralgien), postherpetischer Neuralgie oder diabetischer Neuropathie.

Während die klassischen Hypothesen sich eher an unspezifischen bzw. indirekt analgetischen Wirkkomponenten orientierten, belegen neuere neurobiologische Hypothesen, daß Antidepressiva in verschiedene neurochemische und neurophysiologische Regelkreise eingreifen und so vermutlich direkt antinozizeptive Eigenschaften aufweisen. Bei den genannten Mechanismen handelt es sich um (empirisch gestützte) Wirkhypothesen, jedoch nicht um gesichertes Wissen.

Im Einzelfall ist vermutlich ein Zusammentreffen mehrerer Wirkkomponenten für den analgetischen Effekt verantwortlich. Die Vermutung, daß es sich hierbei lediglich um einen Placeboeffekt handelt, ist heute als ausschließliches Erklärungsprinzip der analgetischen Wirkung von Antidepressiva weitgehend widerlegt.

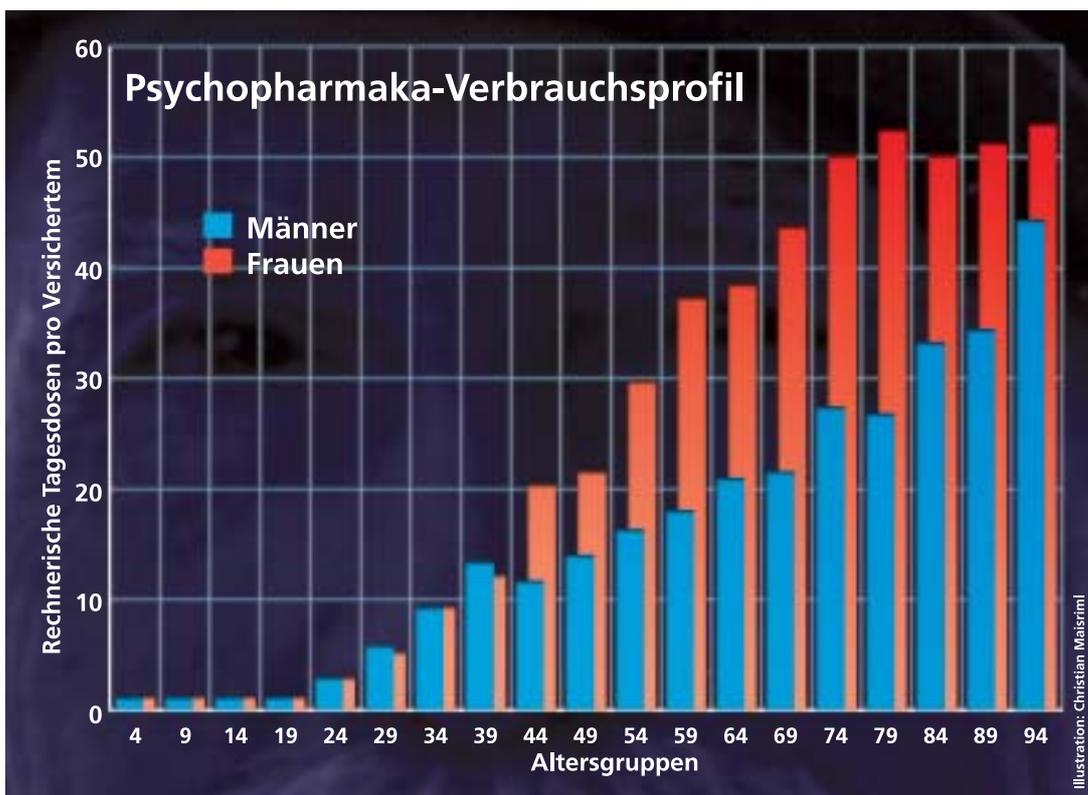
## Dosierung, Wirkung und Nebenwirkung der Pharmakotherapie

Die Untersuchung der Wirksamkeit von Antidepressiva bei älteren Patienten ist gerade deshalb von großer Wichtigkeit, weil diese Patientengruppe die meisten Psychopharmaka benötigt. Das Verbrauchsprofil der verschiedenen Altersgruppen ist in der Abbildung 2 dargestellt.

Studien zum Einsatz von Antidepressiva bei älteren Patienten haben gezeigt, daß sowohl klassische Antidepressiva wie z.B. Amitriptylin, Doxepin bzw. Imipramin als auch moderne Antidepressiva wie die Gruppe der SSRIs (Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin) oder Moclobemid als Vertreter der Gruppe der RIMAs bzw. duale Antidepressiva (wie z.B. Venlafaxin, Milnacipran), NaSSA (Mirtazapin), DAS (Nefazodon) sowie NARI (Reboxetin) eine gute antidepressive Wirksamkeit aufweisen.

Bei der psychopharmakologischen Behandlung der Altersdepression kommt dem möglichen Auftreten von Nebenwirkungen eine besondere Bedeutung zu. Die für den älteren Menschen besonders problematischen Nebenwirkungen resultieren aus den anticholinergen und alpha-1-adrenolytischen Eigenschaften der Antidepressiva der Substanzklassen der Tri- bzw. Tetrazyklika.

Die anticholinergen Eigenschaften eines Psychopharmakons verursachen die Nebenwirkung der kardialen Toxi-



zität, Mundtrockenheit und Obstipation und wirken sich bei Patienten mit Engwinkelglaukom und Prostatahypertrophie nachteilig aus. Die Nebenwirkungen von Medikamenten der Gruppe der SSRIs bzw. der anderen neueren Antidepressiva können dahingegen generell als weitgehend unproblematisch für den älteren Menschen angesehen werden. Sie betreffen vorwiegend das vorübergehende und dosisabhängige Auftreten von gastrointestinalen Beschwerden, gelegentlich Agitiertheit und Angst.

**In der oben stehenden Tabelle sind die jeweiligen Vor- und Nachteile einer Behandlung mit Trizyklika (TZA) und SSRIs zusammengefaßt:**

Aufgrund von vorwiegend im angloamerikanischen Raum durchgeführten Untersuchungen kann man schlußfolgern, daß die TZA Nortriptylin und Desipramin die geringsten derartigen Nebenwirkungen haben und daher von der Substanzklasse der TZA bei psychogeriatrischen Patienten zu bevorzugen sind.

Als Vertreter der reversiblen Hemmer der Monoaminoxidase-A (RIMA) gilt Moclobemid. Es ist der einzige im Handel befindliche RIMA, der aufgrund der Nebenwirkungssarmut und günstigen Pharmakokinetik in der Gerontopsychiatrie breit eingesetzt wird.

Das noradrenalin-serotoninspezifische Antidepressivum (NaSSA) Mirtazapin hat sich in der klinischen Praxis besonders bei agitiert-depressiven Patienten mit Schlafstörungen bewährt, da die nächtliche Einmaldosierung bereits mit einem schlafanstoßenden sowie sedierenden Effekt verbunden ist. Das günstige Interaktionsprofil läßt es ebenfalls in der Gerontopsychiatrie als ein geeignetes Medikament erscheinen.

Venlafaxin und Milnacipran haben einen dualen Wirkmechanismus (DUAL). Beide Substanzen sind als nicht sedierend einzustufen. Aus den kontrollierten Untersuchungen geht hervor, daß mit Venlafaxin bei älteren Patienten, im Vergleich zu Milnacipran, häufiger kardiovaskuläre Nebenwirkungen wie z.B. orthostatische Hypotonie bzw. EKG-Veränderungen auftraten, die bei Risikopatienten in der Praxis einer besonderen Beachtung bedürfen. Beide Medikamente können als sicher hinsichtlich des Interaktionspotentials beurteilt werden.

TZA	SSRIs
<b>Vorteile</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seit vielen Jahren am Markt und dadurch Umgang vertraut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine schwerwiegenden Nebenwirkungen</li> <li>• Überdosierung nicht gefährlich (Suizidversuch)</li> </ul>
<b>Nachteile</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventuell schwerwiegende Nebenwirkungen (kardiotoxisch, orthostatische Dysregulation)</li> <li>• Überdosierung gefährlich (z.B. Suizidversuch)</li> <li>• Verzögerter Wirkbeginn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventuell Auftreten von Nausea (vorübergehend, dosisabhängig)</li> <li>• z.T. erst seit kurzem auf dem Markt</li> <li>• Verzögerter Wirkbeginn</li> </ul>

Beim dual-serotonergen Antidepressivum (DAS) Nefazodon ist die 5-HT<sub>2</sub> Blockade sowie die Serotoninwiederaufnahmehemmung mit einer antidepressiven, anxiolytischen, schlafanstoßenden Wirkung sowie dem Fehlen sexueller Nebenwirkungen verbunden. Es empfiehlt sich eine einschleichende Dosierung, um eventuell auftretende Nebenwirkungen wie z.B. Schwindel zu vermeiden.

Für den selektiven Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (NARI) Reboxetin liegen noch keine umfangreichen Erfahrungen bei gerontopsychiatrischen Patienten vor. Erste Erfahrungen lassen jedoch vermuten, daß ein niedriger Dosisbereich, etwa 4–6mg/Tag, verwendet werden sollte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß gerade hinsichtlich einer nebenwirkungsgeleiteten Indikationsstellung bei gerontopsychiatrischen Patienten die neueren Antidepressiva als Medikamente der ersten Wahl angesehen werden können, da sie das günstigste Nebenwirkungsprofil aufweisen.

Gering bis kaum kardiotoxische Medikamente wie z.B. Mianserin oder Trazodon können unter diesem Aspekt ebenso in diese Gruppe eingeordnet werden, obwohl von einigen Autoren deren vergleichbare antidepressive Wirksamkeit bei schweren Depressionen angezweifelt wird. Begleitend zur Pharmakotherapie ist eine stützende Psychotherapie unerlässlich, wobei neben den charakteristischen depressiven Beschwerden und subjektiven Belastungen der Patienten, insbesondere die Suizidalität, offen angesprochen werden sollte.

## Psychotherapie

Die Psychotherapie älterer Menschen ist wissenschaftlich und praktisch absolut unterentwickelt. Wie aus einer versorgungsepidemiologischen Untersuchung hervorgeht, sind lediglich 0,2% aller Psychotherapiepatienten über 60 Jahre alt.

### Psychotherapieschulen übergreifende Grundprinzipien in der therapeutischen Arbeit mit älteren Menschen sind:

- Die Probleme älterer Menschen sind immer multiple
- Vertrautheit mit dem Phänomen des Alters
- Achtung vor negativen stereotypen Ansichten über das Altern
- Die Unabhängigkeit älterer Menschen so lange wie erhalten
- Andere notwendige Hilfen (z.B. Institutionen) einbeziehen
- Arbeit mit Angehörigen und dem sozialen Umfeld

### Übergreifende Therapieziele in der Psychotherapie älterer Menschen sind:

- Fördern von Selbständigkeit und Eigenverantwortung
- Erweitern des Handlungsraums
- Verbesserung sozialer Fähigkeiten, Vermittlung sozialer Kontakte
- Bewältigung drohender/realer Verlusterlebnisse
- Akzeptanz des eigenen Alterungsprozesses, gewisser Einbußen und Abhängigkeiten
- Auseinandersetzung mit Sterben und Tod
- Fördern des Gegenwartsbezuges
- Biographische Ausrichtung mit Bilanzziehung (Reminiszenz)
- Hilfe bei der Erarbeitung praktischer Lösungen (Essen auf Rädern)
- Aktivere Haltung des Therapeuten

Etwas sehr Typisches in der Therapie älterer Patienten ist die Reminiszenztherapie. Der Sinn der Reminiszenztherapie liegt darin, Erfolge, schöne Erfahrungen und Positives wieder präsent werden zu lassen, aber auch unerfüllte und unerreichte Ziele bearbeiten und abschließen zu können.

Aus einer Vergleichsuntersuchung Interpersonelle Therapie (IPT) und Nortriptylin an Patienten mit rezidivierender depressiver Störung, die vor fast zehn Jahren begonnen wurde, liegen aktuell die Ergebnisse zu den Rückfallraten nach drei Jahren vor (Reynolds et al., JAMA, 1999). Behandelt wurden 187 Patienten im Alter von >59 Jahren (ein Drittel der Patienten war über 70 Jahre).

Begonnen wurde die Studie mit einer Phase der Akuttherapie über 26 Wochen. In dieser Zeit wurden die Patienten auf einen Plasmaspiegel von 80–120 ng/ml Nortriptylin eingestellt und erhielten mindestens zwölf Sitzungen der IPT.

Angeschlossen war eine 16wöchige Erhaltungstherapie mit Placebo, Nortriptylin, IPT (14tägig) oder der Kombination IPT plus Nortriptylin. In der Folge wurde monatlich eine IPT durchgeführt.

Die Rückfallraten innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren betragen:

• Placebo	90%
• Placebo + IPT (monatlich)	64%
• Nortriptylin	43%
• Nortriptylin plus IPT	20%

Dies bedeutet, daß die kombinierte psychopharmakologische und psychotherapeutische Therapie den besten Erfolg aufweist.

### Ausblick

Verluste im höheren Lebensalter bedeuten nicht nur, daß Menschen, Situationen und Fähigkeiten verloren gehen, sondern bedeuten auch Verluste protektiver Faktoren. Der Verlust eines Partners im Alter bedeutet auch den Verlust eines Partners, der einen beschützt hat. Dies kann zum Auftreten von Ängsten führen, die wiederum Anlaß geben können, daß man depressiv wird.

Ältere Menschen empfinden zunehmend Reize aus der Umwelt, die bisher unbeachtet geblieben sind, als Stressoren.

Einzelne depressive Symptome können zwar im Alter ausgeprägter sein, schwere Depressionen sind jedoch in jungen Jahren häufiger.

Die Prognose der Depression älterer Patienten ist günstiger als die einer Depression, die man in früheren Jahren erworben hat. Es dauert jedoch meist länger, bis sie aus der depressiven Phase herauskommen, d.h., man muß sie länger behandeln.

### Impressum:

**Verleger:** Manstein Verlag GesmbH DVR Nr.: 0753211 **Adresse:** Brunner Feldstraße 45, 2380 Perchtoldsdorf, Tel: 01/86648-0 **Herausgeber:** Hans-Jürgen Manstein **Mitherausgeber:** Prim. Dr. Franz Böhmer **Verlagsleitung:** Thomas Zembacher DW 210 **Redaktionsadresse:** Wiedner Hauptstraße 61/DG, 1040 Wien, Tel: 01/5037166-0, Fax: DW 250, E-Mail: [medizin@manstein.at](mailto:medizin@manstein.at) **Für den Inhalt verantwortlich:** Univ.-Prof. Dr. Michael Bach, Prim. Dr. Franz Böhmer, OA. Dr. Eberhard Deisenhammer, HR. Prim. Dr. Peter Erhart, Univ.-Prof. Dr. Martina De Zwaan, Univ.-Prof. Dr. Peter Fischer, O. Univ.-Prof. Dr. Siegfried Kasper, Prim. Univ.-Doz. Dr. Friedrich Leblhuber, Prim. Dr. Albert Lingg, Prim. Dr. Hannes Plank, OA Dr. Erwin Weber, O. Univ.-Prof. Dr. Hans Georg Zapotoczky **Titelbild:** Tod und Mann, Egon Schiele, Sammlung Leopold, Wien **Fotos:** Hans Ringhofer, Susanne Hinger **Lektorat:** Karl Heinz Javorsky **Grafische Konzeption und Art Direktion:** Karl J. Kuba **Layout und DTB:** Judit Mihályi **Litho:** smartart **Druck:** Druckerei Bauer, 1110 Wien **Auflage:** 6.000 **Nachdruck:** auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung der Manstein Verlag GesmbH.

Mit freundlicher Unterstützung der Firma Lundbeck Arzneimittel

