



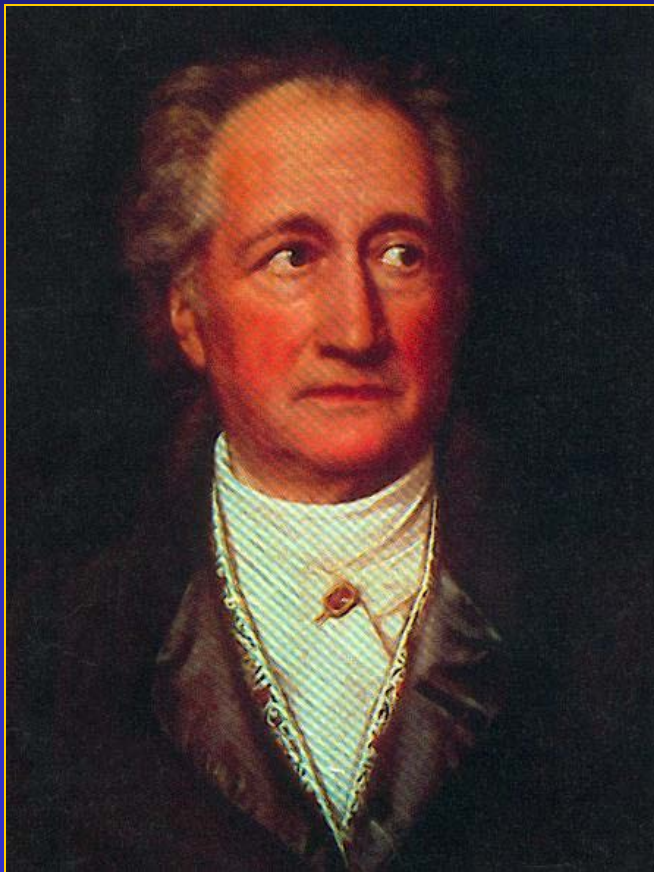
Klinikum und Fachbereich Medizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main

Diagnostik und Therapie der Depression im Alter

Univ.-Prof. Dr. med. Johannes Pantel

**Professur und Arbeitsbereich Altersmedizin
Johann Wolfgang Goethe Universität
Frankfurt a.M.**

pantel@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de



**„Das Menschenleben ist
seltsam eingerichtet:
nach den Jahren der Last
hat man die Last der Jahre“
J.W. von Goethe**

Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)

- Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung, $n=2 \times 500$
Raum Heidelberg + Leipzig
- Rekrutierung über die Einwohnermeldeämter
Geburtsjahrgänge 1930/32
1950/52



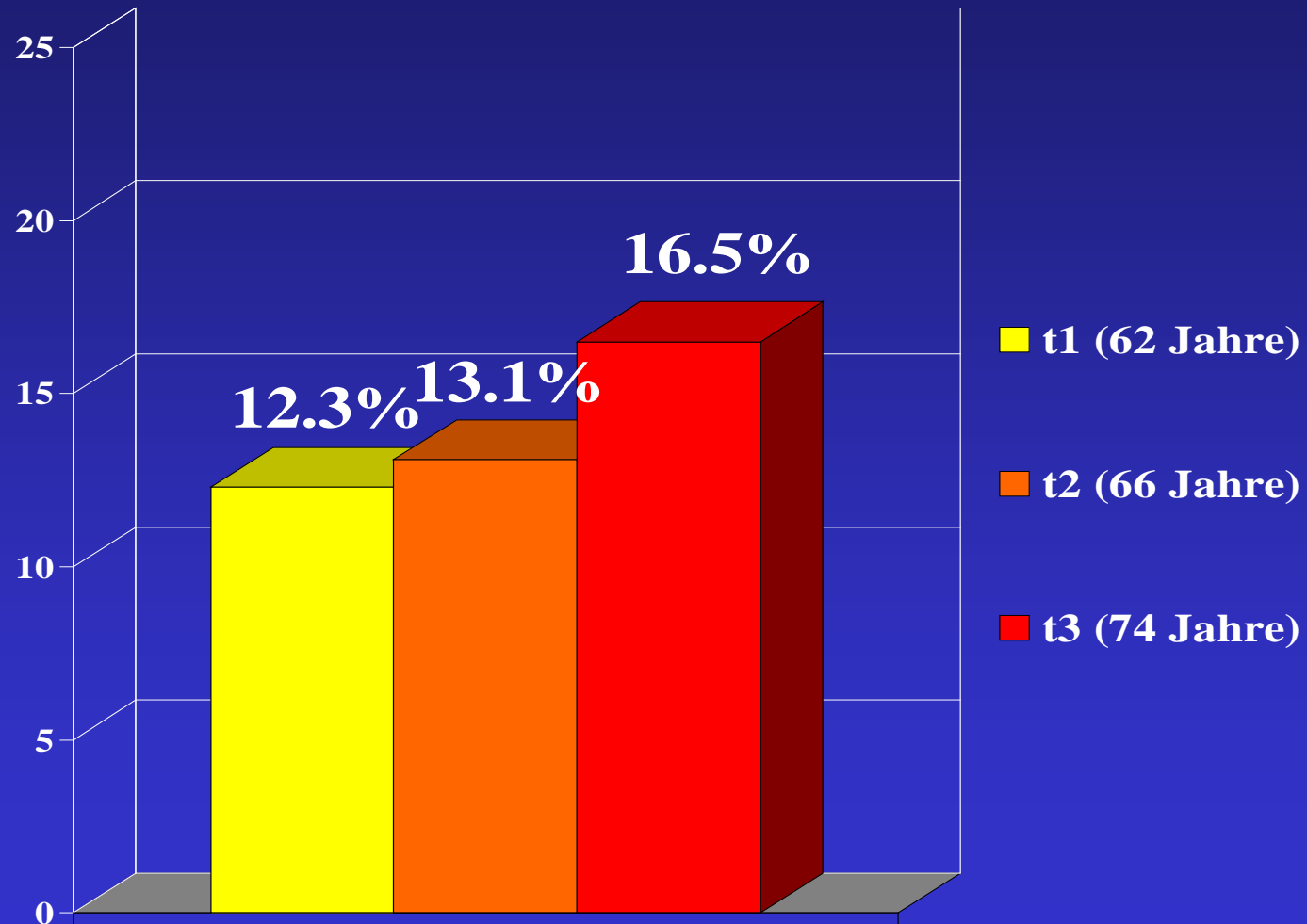
Schröder, Pantel et al.,
J Neural Trans, 1998

Schönknecht, Pantel et al.,
Am J Psychiatry, 2005

Depressionen im Alter

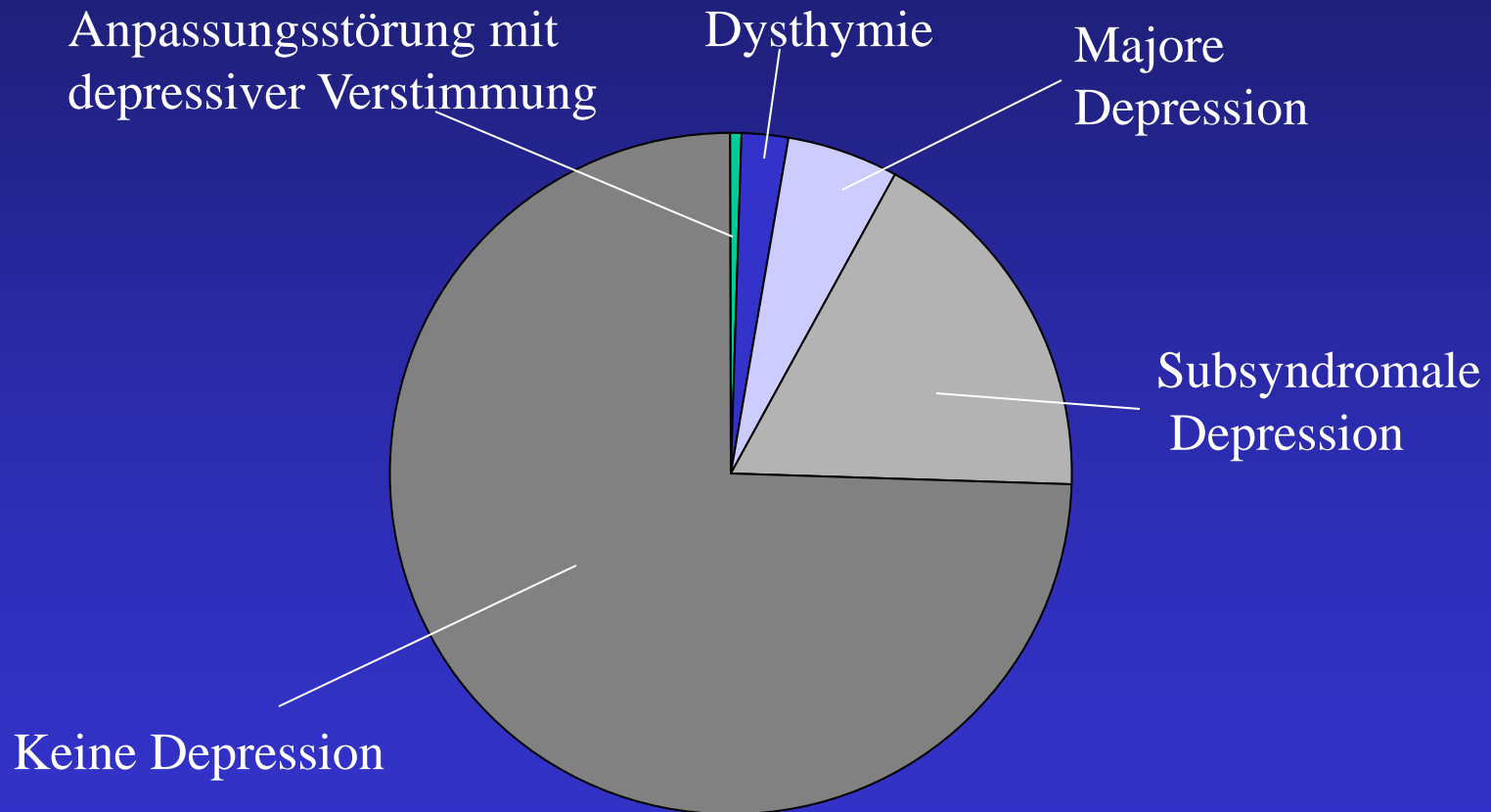
Ergebnisse der ILSE – K30

T3: N = 381



Depressive Störungen bei Hochbetagten

Ergebnisse der Berliner Altersstudie; Alter: 70-100 Jahre; n=516



Achsensymptome der Depression



Antrieb

Antriebsminderung

Affektivität

Gedrückte Stimmung

Mangelnde
Schwingungsfähigkeit

Freudlosigkeit

Denken

Grübelneigung

„depressive
Denkinhalte“

Depression im Alter



Eine diagnostische Herausforderung



Der ältere Patient im Allgemeinkrankenhaus

Die Folgen depressiver Komorbidität

- ➔ Bis zu 60% älterer Krankenhauspatienten leiden unter psychiatrischer Komorbidität (Arolt, 1997)
- ➔ Ältere somatisch erkrankte Patienten mit depressiver Komorbidität haben eine erhöhte Gesamtmortalität (Katona und Livingston, 1998)
- ➔ Ältere Patienten mit depressiver Komorbidität verbleiben durchschnittlich 10 Tage länger in der stationären Behandlung somatischer Krankenhausabteilungen (Verbosky et al., 1993)

Depression bei Älteren - Was erschwert die Diagnose?

- **Die Diagnose stellt immer noch ein soziales Stigma dar**
- **Defizitmodell des Alterungsprozesses**
- **Besonderheiten des klinischen Bildes**

Altersbezogenes Inanspruchnahmeverhalten in der Allgemeinbevölkerung

Ältere Depressive (T2) nahmen signifikant
seltener professionelle Behandlung/Beratung
während der Katamnese in Anspruch:

24% vs. 75% !



Depression bei Älteren - Was erschwert die Diagnose?

- Die Diagnose stellt immer noch ein soziales Stigma dar
- Defizitmodell des Alterungsprozesses
- Besonderheiten des klinischen Bildes

Besonderheiten der Depression im Alter

Klinisches Bild

- Häufig ausgeprägte somatische Beschwerden und sozialer Rückzug
- Häufig Klagen über kognitive Störungen (s. auch “Pseudodemenz”)
- Symptome häufig wenig charakteristisch (z.B. Antriebsverlust, Schlafstörungen, Libidoverlust, vegetative Störungen etc.)
- körperliche Erkrankung können die Symptomatik überlagern
- Symptomatische Depressionen (im Rahmen körperlicher Erkrankungen oder medikamentös induziert) häufiger

Körperliche Symptome bei depressiven Störungen

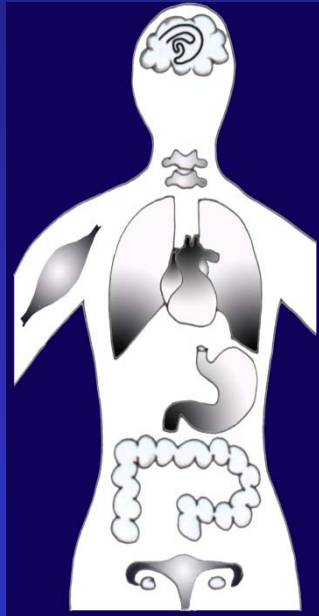
Kopfschmerzen, Schwindel

Rückenschmerzen
v. a. bei Frauen

Atembeschwerden
u. a. Engegefühl

Herzbeschwerden
u. a. Herzrasen

Unterleibsbeschwerden
u. a. Zyklusstörungen, Schmerzen



Magen-Darm-Beschwerden
u. a. Übelkeit,
Völlegefühl, Schmerzen

*„Immer so eine
Beklemmung am
Magen und am Hals.
Als ob das gar nicht
wegging, so fest sitzt
das. Dann meine ich,
ich müsse zerplatzen,
so weh tut mir das in
der Brust“*

*„Vitale Depression“
in einer Patientenschilderung
nach Kurt Schneider, 1946*



Besonderheiten der Depression im Alter

Klinisches Bild

- Häufig ausgeprägte somatische Beschwerden und sozialer Rückzug
- Häufig Klagen über kognitive Störungen (s. auch “Pseudodemenz”)
- Symptome häufig wenig charakteristisch (z.B. Antriebsverlust, Schlafstörungen, Libidoverlust, vegetative Störungen etc.)
- körperliche Erkrankung können die Symptomatik überlagern
- Symptomatische Depressionen (im Rahmen körperlicher Erkrankungen oder medikamentös induziert) häufiger

Depression und Demenz - Ein differentialdiagnostisches Problem

- Bis zu 50 % der Demenz-Patienten leiden gleichzeitig an depressiven Symptomen
- Eine Depression (im Alter) ist ein Risikofaktor für eine Alzheimer-Demenz (*Kessing et al. 1999, Henderson et al. 1993, Jorm et al. 1991*)
 - z. B. 15 von 25 Patienten mit präklinischer AD waren 2-5 Jahre vor Diagnose depressiv (*Visser et al. 2000*)
 - z. B. in der AMSTEL Studie zeigten depressive Stimmung und Bradyphrenie bei höher gebildeten (>8 Jahre Schule) eine starke Assoziation mit späterer Demenz (3,2 Jahre follow-up) (*Geerlings et al. 2000*)
- Bei 8 - 15 % zunächst als Demenzen klassifizierten Patienten wird im Verlauf eine depressive Störung diagnostiziert (*Alexopoulos et al. 1993, Marsden et al. 1972, Ron et al. 1978*)

Depression versus Demenz

„Pseudodemenz“

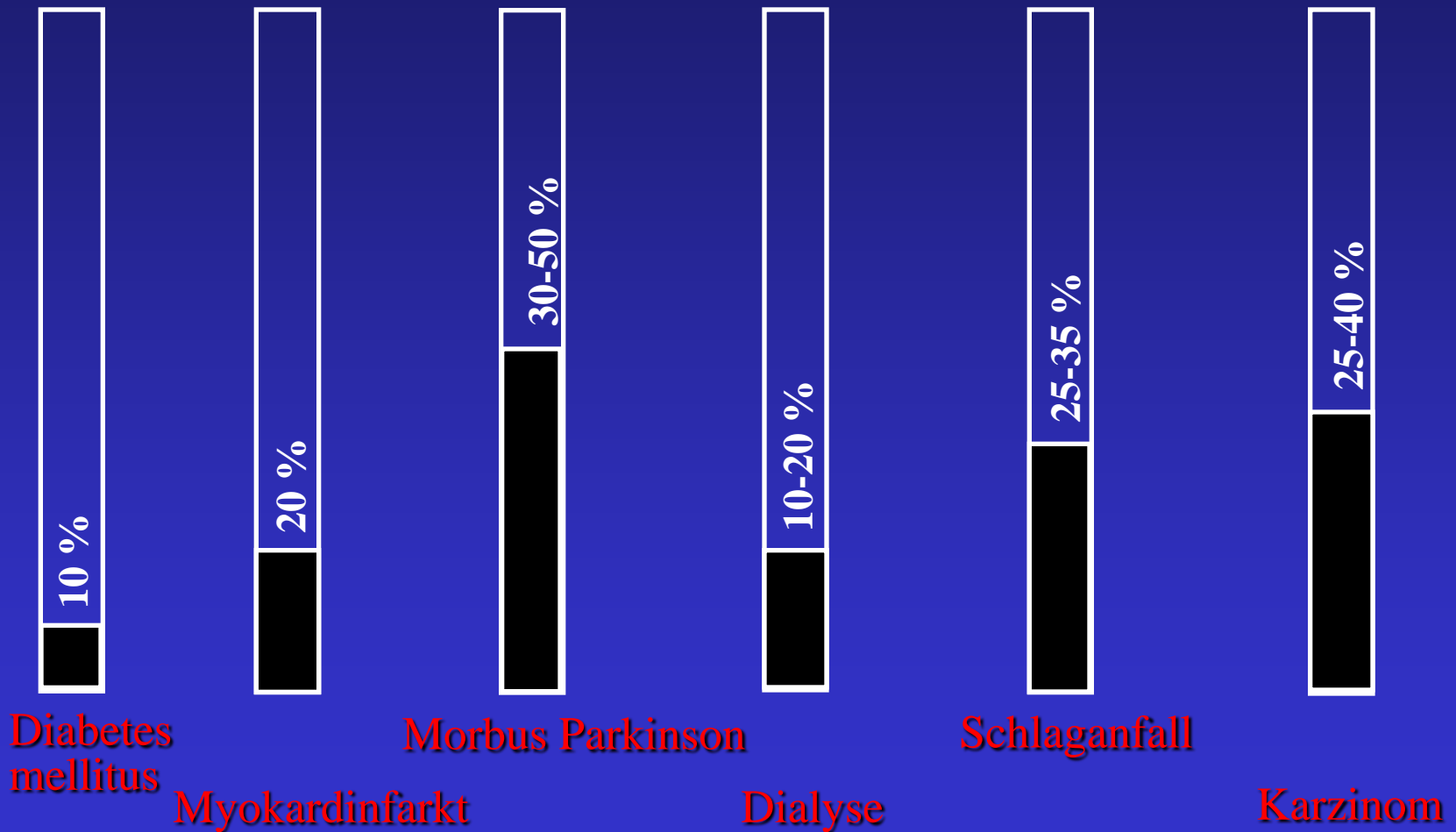
- Prinzipiell reversibel
- Allerdings: Risikofaktor für „echte“ Demenz
- Merkmale:
 - Defizite werden betont
 - Detaillierte Klagen über Defizite
 - Untypischer klinischer Verlauf und charakteristisches Testprofil
 - Häufig „Ich weiß nicht“-Antworten

Besonderheiten der Depression im Alter

Klinisches Bild

- Häufig ausgeprägte somatische Beschwerden und sozialer Rückzug
- Häufig Klagen über kognitive Störungen (s. auch “Pseudodemenz”)
- Symptome häufig wenig charakteristisch (z.B. Antriebsverlust, Schlafstörungen, Libidoverlust, vegetative Störungen etc.)
- körperliche Erkrankung können die Symptomatik überlagern
- Symptomatische Depressionen (im Rahmen körperlicher Erkrankungen oder medikamentös induziert) häufiger

Häufigkeit von Depressionen bei Organerkrankungen



Diagnostisches Basisprogramm

Sorgfältige Exploration !!

- **Klinische Untersuchung**
- **Standardisierte Skalen (z.B. Geriatric Depression Scale, Geriatrisches Assessment)**
- **Routinelabor; EKG, EEG**
- **Neuropsychologische Testung**
- **Bildgebung (CCT, MRT) zumindest bei Erstmanifestation**
- **Ggf. Liquormarker: *Tau & Phosphotau***



Available online at www.sciencedirect.com



Neuroscience
Letters

Neuroscience Letters 416 (2007) 39–42

www.elsevier.com/locate/neulet

Increased tau protein differentiates mild cognitive impairment from geriatric depression and predicts conversion to dementia

Peter Schönknecht^a, Johannes Pantel^b, Elmar Kaiser^a,
Philipp Thomann^a, Johannes Schröder^{a,*}

^a *Section of Geriatric Psychiatry, University of Heidelberg, Voss-Str. 4 D-69115 Heidelberg, Germany*

^b *Department of Psychiatry and Psychotherapy, Johann Wolfgang Goethe-Universität,
Heinrich-Hoffmann-Str. 10, D-60528 Frankfurt, Germany*

Received 30 November 2006; received in revised form 19 January 2007; accepted 22 January 2007

Die drei Säulen der Psychiatrischen Therapie

Psychotherapie

Pharmakotherapie

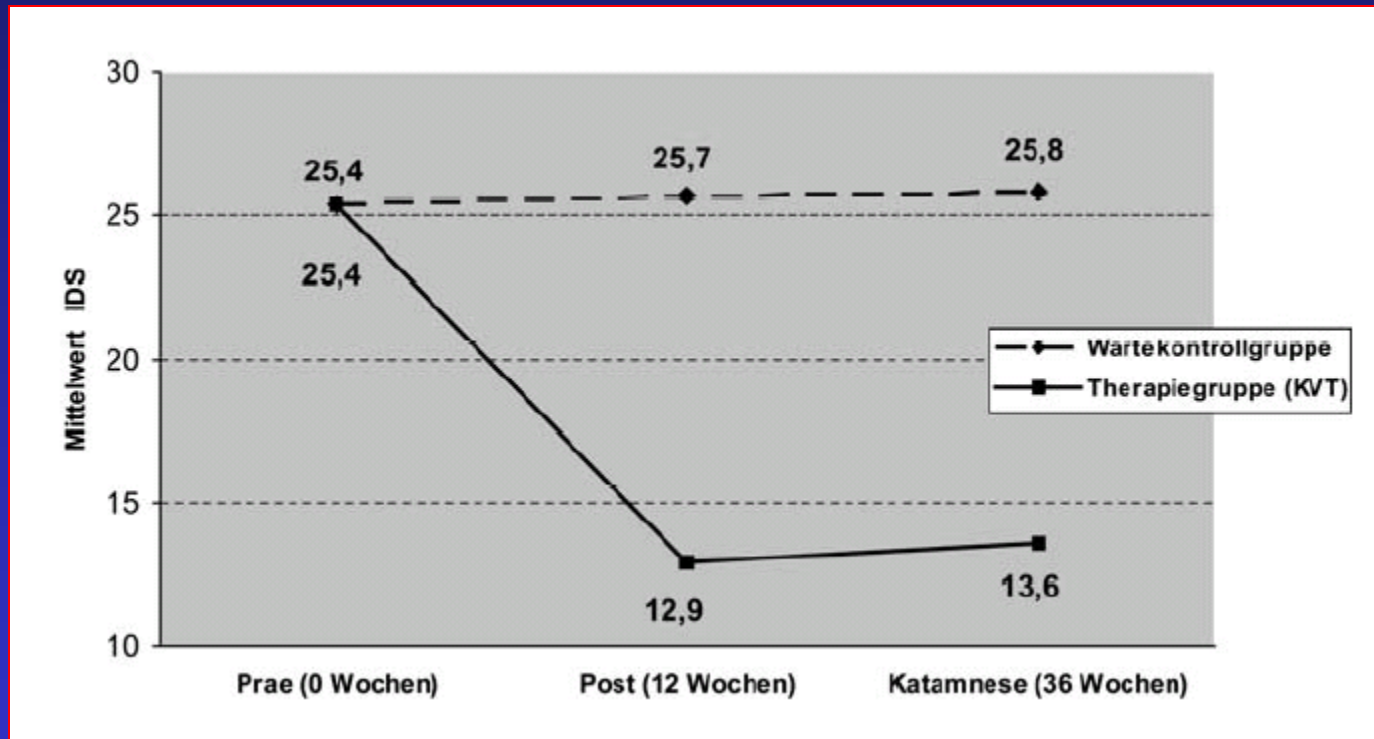
Soziotherapie

Therapiemaßnahmen

- **Psychotherapie**
- **Medikamentöse Therapie**
- **Biologische Verfahren**
 - **Schlafentzug**
 - **Elektrokrampftherapie (EKT)**
 - **Lichttherapie**
- **Begleitende Maßnahmen**
 - **Therapeutisches Milieu**
 - **Bewegungstherapie**
 - **Aktivitätsaufbau**
 - **Tageststrukturierung**

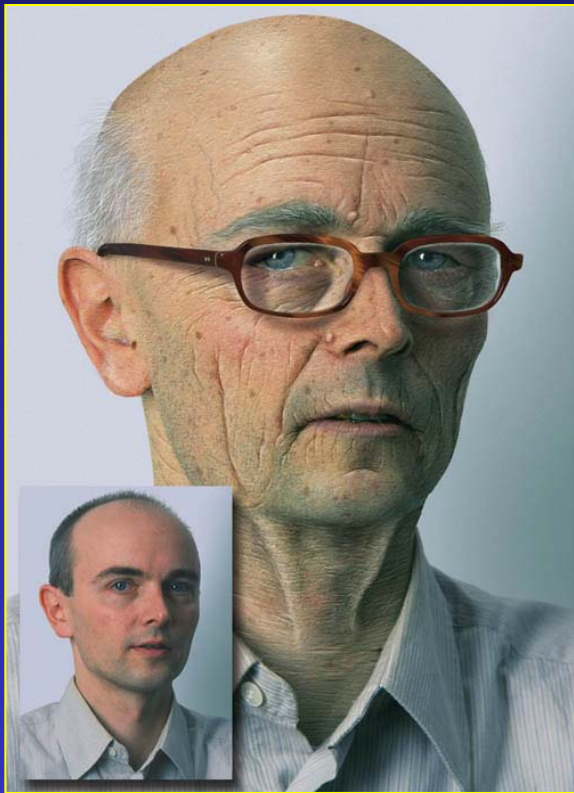
Depression im höheren Alter

Kognitive Verhaltenstherapie wirkt !



Fremdbeurteilung depressiver Symptome (mit IDS) über 3 Messzeitpunkte der Wartekontrollgruppe (n=35) und der Gruppenverhaltenstherapie (n=65) **Hautzinger und Welz 2004**

Mögliche „Verlustereignisse“ im Alter

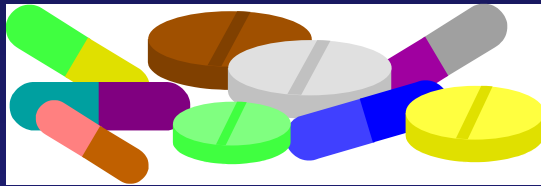


- ✓ Nachlassen der körperlichen Kräfte
- ✓ Einbußen der geistigen Leistungsfähigkeit
- ✓ Verlust von Bezugspersonen
- ✓ Verlust an sozialer Kompetenz
- ✓ Verlust an professioneller Kompetenz
- ✓ Immobilität
- ✓ Krankheit
- ✓ Verlust der Selbständigkeit
- ✓ Verlust der Zukunftsperspektive
- ✓ Abnahme des Selbstwertgefühls



Das 'ideale' Antidepressivum für den älteren Patienten

- **Wirksam**
- **Minimale Nebenwirkungen**
- **Günstige Pharmakokinetik (z.B. HWZ)**
- **Keine Beeinträchtigung der kognitiven Leistung**
- **Hohes Maß an Sicherheit bei körperlichen Begleiterkrankungen**
- **Sicher bei Überdosierung**
- **Geringes Interaktionspotential**



Pharmakologische Polypragmasie bei Älteren

- **Der ältere Durchschnittspatient erhält täglich 4 bis 8 verschreibungspflichtige Medikamente¹**
- **In einer Praxis nehmen 34 % der Patienten über 75 Jahre 3 oder 4 verschiedene Medikamente täglich ein²**
- **Nach einer Studie in Großbritannien nehmen 25,9 % der Patienten über 65 Jahre 4 bis 6 verschiedene Medikamente ein³**
- **Nach einer Studie in Philadelphia werden pro Alterspatient (durchschnittlich 86 Jahre) 9,3 verschiedene Medikamente eingenommen⁴**

¹Zimmer et al (1995); Lamy et al 1992; ²Law & Chalmers (1976);

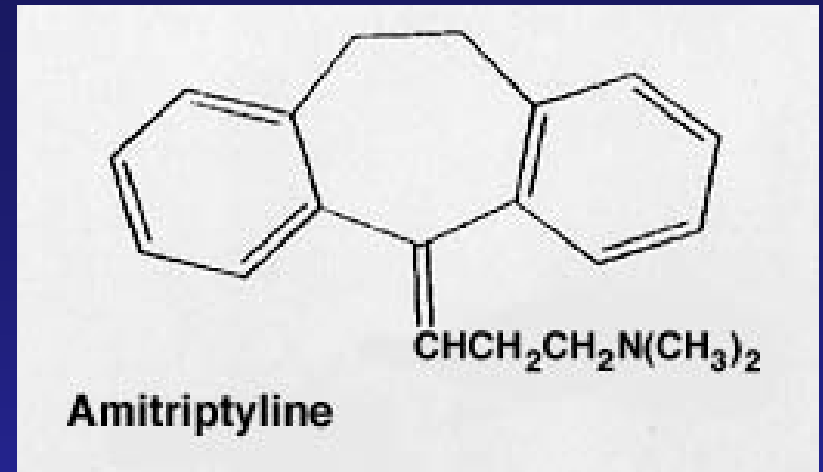
³Williamson (1978); ⁴Bianchine et al (1981)

Medikamentöse Behandlung der Depression

Klassifizierung der Antidepressiva:

1. Trizyklische Antidepressiva
2. Tetrazyklische Antidepressiva
3. MAO-Hemmer
4. SSRI
5. SNRI
6. Dual-serotonerge Antidepressiva
7. NARI
8. Phytopharmaka

Trizyklische Antidepressiva



- Amitriptylin (Saroten®)
- Clompiramin (Anafranil®)
- Desipramin (Pertofran®)
- Doxepin (Aponal®)
- Imipramin (Tofranil®)
- Nortriptylin (Nortrilen®)
- Trimipramin (Stangyl®)

Trizyklische Antidepressiva

Duale Aufnahmeblockierung von Serotonin + Noradrenalin
Darüber hinaus besteht eine Wirkung auf andere Transmittersysteme,
die hauptsächlich für das Nebenwirkungsprofil verantwortlich ist:

Rezeptorwirkung:

Typische Nebenwirkungen:



Trizyklische Antidepressiva

Kontraindikationen:

- Hohes Alter / Demenz → Delir; Verwirrheitszustände
- Kardiale Vorschädigung → Rhythmusstörungen
- Erhöhte Anfallbereitschaft → Grand Mal Anfälle
- Prostatahypertrophie → Harnverhalt
- Glaukom → Anfallsprophozierung

SSRI-

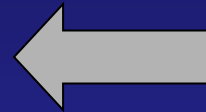
Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer

1. Citalopram (Cipramil®)
2. Escitalopram (Cipralex®)
3. Fluoxetin (Fluctin®)
4. Fluvoxamin (Fevarin®)
5. Paroxetin (Seroxat®)
6. Sertralin (Zoloft®)

SSRI

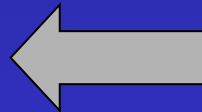
Nebenwirkungen

- Unruhe
- Akathisie
- Angst
- Schlaflosigkeit
- sexuelle Dysfunktion



5HT₂-Stimulation

- Übelkeit
- Diarrhoe
- Kopfschmerzen



5HT₃-Stimulation

Inhibitions- potential neuerer Antidepressiva auf Cytochrom P 450 Isoenzyme

Isoenzyme

	1 A2	2C19	2D6	3A4/4
Inhibitionspotential				
Substrate	Antidepressiva TZA, SSRI	Antidepressiva TZA, SSRI	Antidepressiva z.B. TZA, SSRI, Venlafaxin	Anästhetika Analgetika Paracetamol
	Antipsychotika β-Blocker Propranolol	Barbiturate Benzodiazepine β-Blocker Propranolol	Mianserin Maprotilin β-Blocker	Antiarrhythmika Antidepressiva TZA, SSRI Antikonvulsiva
	Verschiedene Alkaloide	Moclobemid	Propnrnolol, Timolo Metoprolol	Antiöstrogene Antihistaminika Benzodiazepine Immunsuppress. Calziumantagon.
			Neuroleptika Clozapin Risperidon Haloperidol	Makrolid-Antibiot Neuroleptika Steroide
			Opioide	
Hemmpotential hoch	Fluvoxamin	Fluoxetin Fluvoxamin	Paroxetin Fluoxetin Norfluoxetin Chinidin	Nefazodon Fluvoxamin Erytromycin Ketoconazol Itraconazol
Hemmpotential mittel	<i>Fluoxetin</i>	<i>Sertralin</i>	<i>Sertralin</i>	<i>Fluoxetin Sertralin</i>
niedriges bis nicht vorhandenes Inhibitionspotential	Paroxetin Venlafaxin Nefazodon Mirtazapin	Venlafaxin Mirtazapin	Fluvoxamin Venlafaxin Mirtazapin	Venlafaxin Paroxetin Mirtazapin

Quellen: Sussmann, N. e.l.Amer.J.Med.10 (1996) 26S-36S

Preskorn, S.H., Jrnl.Prac.Psych.andBehav:h, Nov 1995, 237-40

Möller, Laux Kapfhamme Psychiatrie+ PT

MIRTAZAPIN (Remergil®):

Noradrenerges und selektiv serotonerges Antidepressivum (NaSSA)

- präsynaptische α_2 -Blockade



Erhöhte Freisetzung von NOR und konsekutiv auch 5-HT

- selektive 5-HT_{1A}-Wirkung (Blockade von 5-HT₂ / 5-HT₃ Rezeptoren)



Geringere Nebenwirkungsrate

MIRTAZAPIN (Remergil®):

Nebenwirkungen:

- Sedierung
- Gewichtszunahme
- Selten: orthostatitsche Hypotonie, Tremor
- Selten: Leberwerterhöhungen

Venlafaxin (Trevilor®) Duloxetin (Cymbalta®)

Wirkprinzip:

- NA- und 5-HT-Rückaufnahmehemmung
- Keine Affinität zu Acetylcholin-, Histamin-, oder alpha1-adrenergen Rezeptoren
- Venlafaxin: im niedrigen Dosisbereich präferentiell 5-HAT-, im höherem Dosisbereich zusätzlich NA-Rückaufnahmehemmung

Venlafaxin (Trevilor®) Duloxetin (Cymbalta®)

NEBENWIRKUNGEN:

- Anfangsphase: Appetitlosigkeit, Übelkeit etc.
- Gelegentlich (v.a. höhere Dosierung): Unruhe, Agitiertheit, RR-Anstieg
- Selten (v.a. bei älteren Patienten): Elektrolytverschiebungen

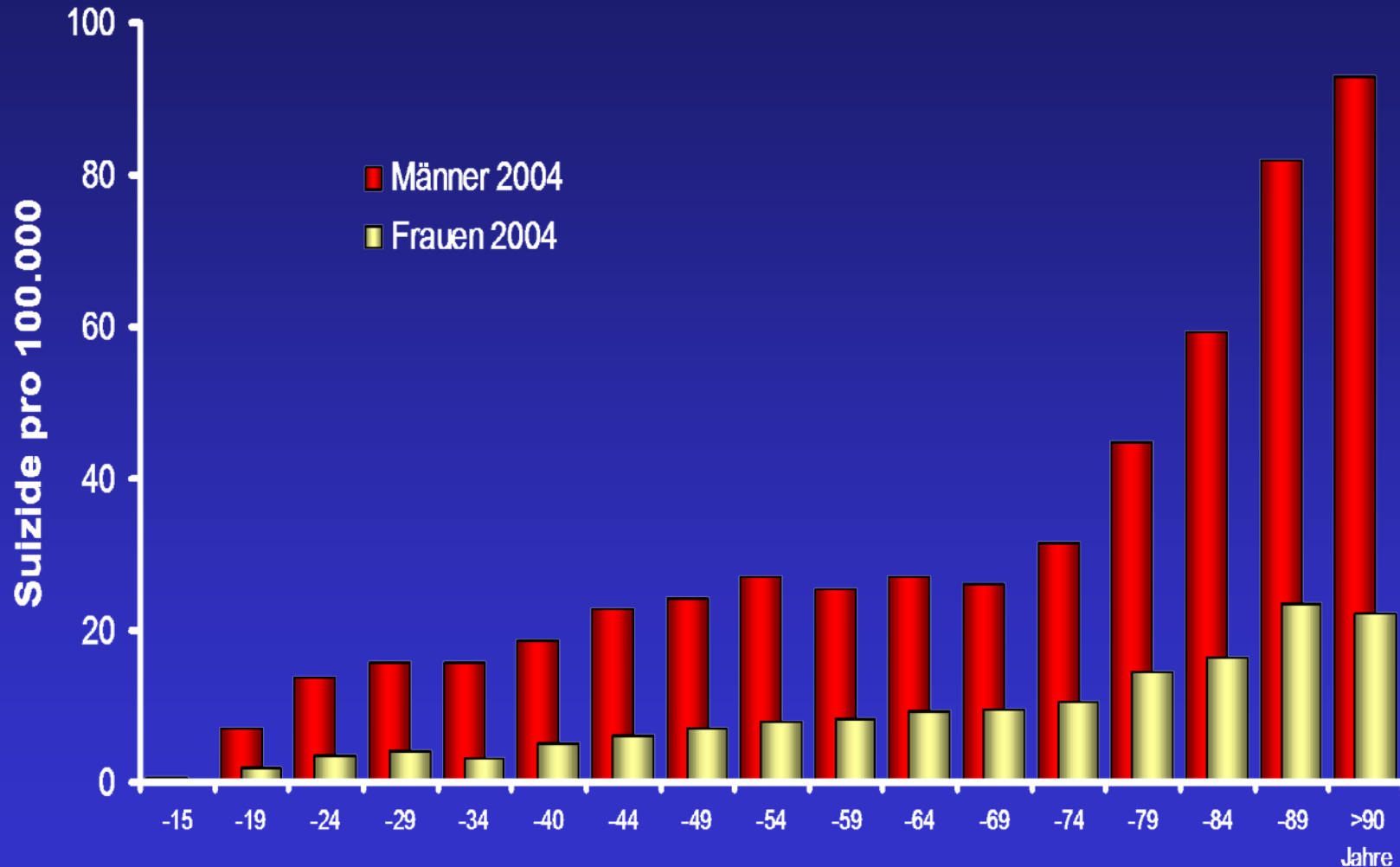
Antidepressiva-Therapie im höheren Lebensalter

Fazit

- *Mittel der ersten Wahl:*
 - ausgewählte SSRI (insbes. Citalopram, Sertralin)
 - Mirtazapin
 - Duloxetin/Venlafaxin

- *Mittel der zweiten Wahl:*
 - TZA
 - MAO-Hemmer
 - Fluoxetin/Fluvoxamin

Suizide: Alters- und Geschlechtsverteilung



Depression und Suizid im Alter



Gibt es Möglichkeiten der Prävention?

Möglichkeiten der Primärprävention

- ✓ Vermittlung von Strategien und Kompetenzen zur Bewältigung von kritischen „Live events“
- ✓ wohnortnahes Angebot von stützenden und begleitenden Hilfsangeboten (z.B. im Rahmen von Seniorenzentren, Begegnungsstätten etc.)
- ✓ „Trauerseminare“, Selbsthilfegruppen
- ✓ Maßnahmen zur Abwendung sozialer Isolation (z.B. neue Wohnformen für Ältere)
- ✓ Wichtig: nicht die Quantität, sondern die Qualität der Kontakte ist entscheidend
- ✓ Schulung der Hausärzte (s. Nürnberger Suizidpräventionsstudie)
- ✓ Gesellschaftliches Klima!

Warum nicht in die WG?



"DIE JARRE- WG"

HH-Barmbek, Bezug 1987

Wohngemeinschaft nur für junge Leute? Für uns Ältere wäre das doch auch was.

Mit viel Schwung gründete Ulrich Schmidt, damals 60 Jahre alt, 1980 mit Gleichgesinnten den Verein WGJA e.V.

Seit 1984 lebt er in einer WG, zunächst in St. Georg, seit 1987 in der "Jarre -WG": Räume eines ehemaligen Kindergartens wurden gemietet und umgebaut. Auf 3 Etagen gibt es 8 individuelle Räume, je 2 Bäder und Küchen, einen Gemeinschaftsraum und dazu einen Garten.

Möglichkeiten der Primärprävention

- ✓ Vermittlung von Strategien und Kompetenzen zur Bewältigung von kritischen „Live events“
- ✓ wohnortnahes Angebot von stützenden und begleitenden Hilfsangeboten (z.B. im Rahmen von Seniorenzentren, Begegnungsstätten etc.)
- ✓ „Trauerseminare“, Selbsthilfegruppen
- ✓ Maßnahmen zur Abwendung sozialer Isolation (z.B. neue Wohnformen für Ältere)
- ✓ Wichtig: nicht die Quantität, sondern die Qualität der Kontakte ist entscheidend
- ✓ Schulung der Hausärzte (s. Nürnberger Suizidpräventionsstudie)
- ✓ **Gesellschaftliches Klima!**

Möglichkeiten der Sekundärprävention

- Die entscheidende Maßnahme in der Sekundärprävention ist die Erkennung und konsequente Behandlung depressiver Störungen
- Wichtig: Kein therapeutischer Nihilismus!

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!

