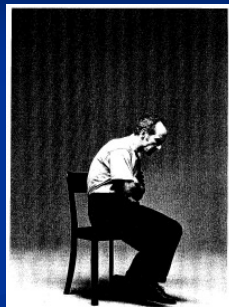


Depression im Alter

Erkennen und Behandeln

Übersicht

- Sieg und Niederlage im Alter (Risiken und Resistenz in Bezug auf psychische Erkrankungen)
- Ist Depression im Alter häufiger? (Epidemiologie)
- Gibt es eine alternstypische depressive Symptomatik?
- Gründe gibt's genug !? (Ätiologie)
- Bilanz oder Katastrophen? Suizidalität im Alter
- Was hilft? (Therapie und Prognose)

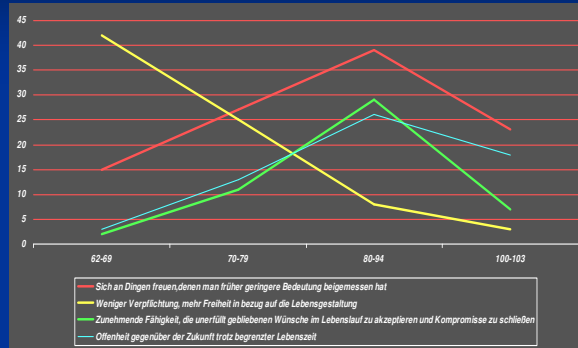


Sieg und Niederlage im Alter

- Reifekurve
- Kompetenz
- Wohlstand
- Späte Freiheit
- Weitsicht
- Beziehungsfähigkeit
- Alterskurve
- Entwertung
- Sozialer Abstieg
- Altersgrenzen
- Sensorische Defizite
- Vereinsamung
- Krankheitsgefährdung

Gewinne und Verluste

Interview, N=480, Age 62-103J (Kruse, 1990)



Lebensqualität und Lebenszufriedenheit bei Menschen im siebten Lebensjahrzehnt

Interview, N=500, Minnemann et al. 1997

- Gesundes und glückliches Altern (12,5%)
- Gesundes und kompetentes Altern (30,9%)
- Kompensatorisches Altern (25,1%)
- Hinnehmendes Altern (19,6%)
- Physisch und sozial belastendes Altern (11,9%)

Hilfs- und Pflegebedarf im Alter

N=300, Kruse, Schmitt, Olbrich 1995

	Geringe Belastung, hohe Zufriedenheit, hohe Ressourcen	Gelungene Kompensation	Gefährdete Kompensation	Überforderung psychischer Ressourcen
	41 (100 %)	153 (100 %)	77 (100 %)	29 (100 %)
Erhaltene Selbständigkeit (n = 201)	35 (85,4 %)	138 (90,2 %)	28 (36,4 %)	-
Eingeschränkte Selbständigkeit (n = 68)	6 (14,6 %)	11 (7,2 %)	42 (54,5 %)	9 (31,0 %)
Pflegebedarf (n = 31)	-	4 (2,6 %)	7 (9,1 %)	20 (69,0 %)

Mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit wächst die Gefahr psychischer Dekompensation!

Anzahl subjektiv belasteter Lebensphasen als Prädiktor für Psyche im Alter

Eldermentstudie 1995, Heuft et. al.

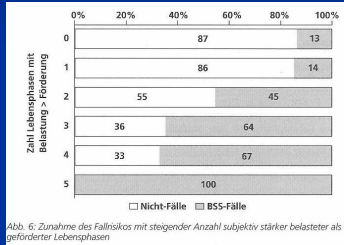


Abb. 6: Zunahme der Fallrisikos mit steigender Anzahl subjektiv stärker belasteter als geförderter Lebensphasen

Je mehr belastete Lebensphasen, desto größer die Gefahr psychischer Störungen im Alter

Depressionsursachen 2

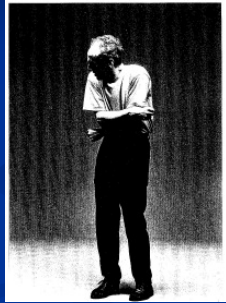
- Endogen ? (Vorgeschichte, rezidiv. Depression oder bipolar)
- Hirnorganisch (Demenzen, organisch affektive Störungen)
- Exogen (medikamentös, endokrinologisch, metabolisch, paraneoplastisch, kardiopulmonale Ursachen)
 - Alkoholmißbrauch (10- 20% d.M., 1-10% d.F., Atkinson 1990)
 - Benzodiazepinabhängigkeit (Koinzidenz oder Ursache?)
- Psychogen
 - Trauma und Traumareaktivierung
 - Pathologische Trauer
 - Aktualkonflikt
 - Neurose und Persönlichkeitsstörung

Ist Depression im Alter häufiger?

- Major Depression 5,8% (Helmchen 1993)
8,5% (Roberts et al. 1995)
- Subthreshold Depression 16,5% (Geiselmann 2001) b
- Ältere Heimbewohner mit Depression 40% (Weyerer et.al.1995)

Symptomatologie

- Häufig somatische Symptome
- Hypochondrische Ängste
- Dysphorischer Affekt
- Depressive Hemmung,
- Agitiertheit (hysterisch?)
- Kognitive Störungen
- Verhaltensstörungen (Agressivität)
- Interessenseinengung, Regression
- Nahrungsverweigerung
- Wahnhafte Symptomatik



Subdiagnostische Depressivität (Subthreshold Depression)

- Mindestens 1 depressives Hauptsymptom:
- gedrückte Stimmung
- Interessensverlust
- Freudlosigkeit
- erhöhte Ermüdbarkeit
- seit weniger als 2 Jahren

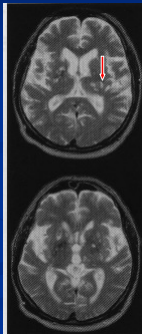
Außerdem:

- somatische Symptome
- kognitive Störungen

z.B. Mayer, Baltes 1996, Ernst 1997, Radebold et al. 1997

Kognitive Störungen und Depression

- Zusammenhang *Hirnfarkte, white matter lesions* und Depression
- Depressive Symptome bis 50% bei DAT
- Koinzidenz kognitiver Störungen und Depression bei MCI (mild cognitive impairment)
- Schwierige Differentialdiagnose zwischen Depression mit kognitiven Störungen und Demenz mit depressiver Symptomatik



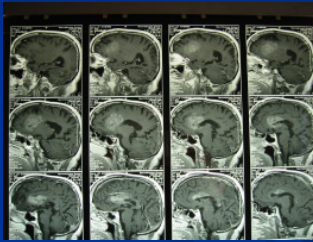
Weitere Risikofaktoren für Depression im Alter

- Verlust des Lebenspartners
- Akute oder chronische körperliche Erkrankungen oder Behinderungen
- Frühe Demenzstadien
- Unbefriedigende soziale Beziehungen
- Armut
- Verlust der Selbständigkeit (Heimbewohner)
- Frauen werden doppelt so häufig diagnostiziert wie Männer

Green et al. 1992, Kennedy et al. 1989, Murphy 1983

Fallbeispiel Frau B.

- Depressiver Rückzug seit einem halben Jahr
- Psychisch: gereizt-dysphorischer Affekt
- Kognitiv: verlangsamt, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
- Neurologisch: leicht ataktisches Gangbild



Fallbeispiel Frau S

- 70-jährige Patientin
- Schwere agitiert depressive Symptomatik
- Chronisch myeloische Leukämie seit 2 Jahren bekannt
- Rezidivierende depressive Phasen seit 30 Jahren
- Aktuell unter Alpha-Interferon-Therapie massive psychische Verschlechterung mit Verwirrheitszuständen, Unruhe, und Ängsten

Fallbeispiel Herr H

- 58-jähriger Patient
- Freiberuflicher Architekt
- Seit 2 Jahren zunehmende Konzentrationsstörungen, Arbeitsstörungen und im weiteren zunehmende depressive Symptomatik
- Ambulant antidepressive Behandlung ohne Erfolg
- Hier Diagnose eines Diabetes mellitus II mit deutlich erhöhten BZ-Werten im Tagesprofil
- Nach medikamentöser und diätetischer Einstellung des Diabetes und antidepressiver Behandlung rasches Abklingen der Depression
- Rückgang der Konzentrations- und Arbeitsstörungen
- Reintegration ins Berufsleben

Diagnostik

- Ausführliche Anamnese, auch biografisch
- Psychischer Befund
- Kognitives Screening, Rating-Skalen
- Körperliche Untersuchung
- Labor
- EKG
- EEG
- CCT/MRT bei Erstmanifestation einer Depression oder richtungsweisenden Untersuchungsergebnissen/Vorbefunden
- SPECT bei v.a. beginnende Demenz

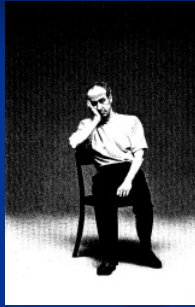
Suizidalität im Alter

- Suizidrate steigt mit dem Alter an
- Verdoppelung der Suizidrate vom 45. bis zum 85. Lebensjahr
- Männer suizidieren sich dreimal so häufig wie Frauen
- In der Gruppe der über 65-jährigen relativ geringere Abnahme der Suizidraten seit 1975 im Vergleich zu den anderen Altersgruppen

(Schmidtko, Weinacker 1994)

Risikofaktoren für Suizid

- Alter
- Männlich
- Depression (Risiko um Faktor 30 erhöht)
- Suchtmittelabhängigkeit
- Narzisstische Verletzungen
- Soziale Desintegration
- Sensorische Deprivation
- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Suizidversuche bei Angehörigen und im persönlichen Umfeld



Nach Heuft, Kruse, Radebold 2000

Suizidale Phasen

- Phase 1 – wiederkehrende Erwägungen
- Phase 2 – Ambivalenz-Phase
- Phase 3 – Suizidhandlung
- Suizidgedanken, (anfänglich auch parasuizidale Wünsche nach Ruhe)
- Suizidpläne zunehmender Ausformung
- Konkrete Suizidvorbereitung

Pöldinger, 1988

Therapie der Depression im Alter Stationäre Behandlung

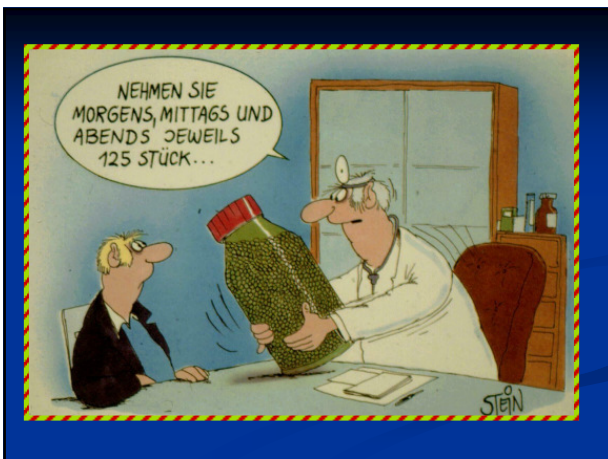
Aufbau einer tragfähigen, stützenden psychotherapeutischen Beziehung

- Behandlung exogener Faktoren:
- Exsiccose
- Mangelernährung
- kardiopulmonale Erkrankungen
- Infektionen
- metabolische Erkrankungen
- Alkohol, Medikamente, z.B. Corticosteroide
- Paraneoplasien
- Chronischer Schmerz
- Medikamentös-antidepressive Behandlung
- Psychotherapie
- Psycho-soziale Beratung/ Angehörige!!!
- Körper- und Bewegungstherapien
- Milieuthherapie
- Lichttherapie
- Schlafentzug
- EKT

Medikamentöse Therapie

Hohe Medikationsrate bei depressiven Patienten,
aber relativ geringe spezifische antidepressive
Medikation mit einer Tendenz zur
Unterdosierung

Helmchen et al. 2000



Therapeutisches Rationale in der Behandlung mit Antidepressiva

Bei älteren Patienten entscheiden die
Nebenwirkungen, Interaktionen und relative
Sicherheit bei Überdosierungen in der Wahl des
Antidepressivums

n. Hegerl, Möller, 2000

Unerwünschte Wirkungen nach Substanzklassen

TZA

- Kognitive Beeinträchtigung möglich (Delir)
- Reizleitungsverzögerung (AV-Block, bradykarde Rhythmusstörungen)
- Kreislauf-Regulationsstörungen (Orthostasencigung)
- Blutbildschädigungen (Leukopenie, Granulozytopenien)

SSRI

- Innere Unruhe (im Extremfall Agitiertheit, Myoklonien, starkes Schwitzen beim subakuten Serotoninsyndrom)
- Gastrointestinale NW
- Elektrolytstörungen (Hyponatriämie/IADHS)
- EPMS? Einschränkung bei M.Parkinson
- Blutbildschädigungen

Hegerl,Möller2000, Tom,Cummings1989, Hegerl,Bottlender1998, Chan1997

Antidepressiva Wirkprinzip

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Überwiegende oder selektive Serotonin-Rückaufnahmehemmung: <ul style="list-style-type: none"> - Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertalin als SSRI - Clomipramin als TZA mit SRI-Wirkung - Venlafaxin als selektiver Serotonin- und Noradrenalin Rückaufnahmehemmer mit überwiegender SSRI-Wirkung | <ul style="list-style-type: none"> ■ Überwiegende oder selektive Noradrenalin-Rückaufnahmehemmung: <ul style="list-style-type: none"> - Reboxetin als selektiver NA-Rückaufnahmehemmer - Nortriptylin, Desipramin als TZA mit überwiegender NA-Rückaufnahmehemmung - Maprotilin als Tetracyklisches AD mit überwiegender NA-Rückaufnahmehemmung |
|---|--|

Konsequenzen für die Therapie mit Antidepressiva






- Möglichst keine Antidepressiva, welche die Kognition beeinträchtigen (z.B. anticholinerge TZA)
- Sorgfältige Kontrollen von Laborparametern und EKG
- Niedrigere Erhaltungsdosis (ca. 50%) und längere Eliminationszeiten beachten
- Sicherstellung der Compliance, erhöhtes Suizidrisiko im Alter beachten (mit einer Wochendosis von Amitriptylin ist bereits ein Suizid möglich)

Anticholinerge Medikamente

- Cimetidin
- Theophyllin
- Prednisolon
- Digoxin
- Furosemid
- Ranitidin
- Nifedipin
- Codein

Tune et al. 1992

Durch Antidepressiva beeinflusste Transmittersysteme

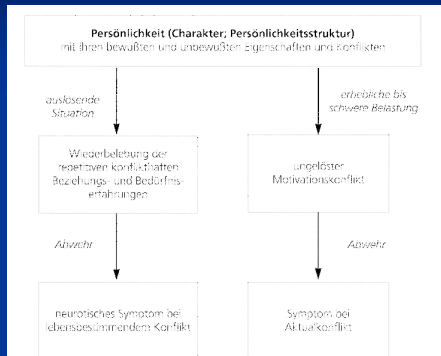
- Serotonin  serotonerg
- Noradrenalin  noradrenerg
- (Dopamin)  dopaminerg
- Acetylcholin  anti-cholinerg
- Histamin  anti-histaminerg

Unerwünschte Wechselwirkungen

- Anticholinerg – gegenseitige Verstärkung von TZA (z.B. Amitriptylin) und trizyklische Neuroleptika (z.B. Levomepromazin) sowie Biperiden, Diphenhydramin, Ranitidin, etc.
- Serotonerg – keine Kombination von SSRI und Clomipramin mit MAO-Hemmern (z.B. Moclobemid) oder Lithium wegen Gefahr des zentralen Serotonin-Syndroms
- Gegenseitige Plasmaspiegelerhöhung durch Konkurrenz um Cytochrom P-450 etc., daher bei Kombination von TZA und SSRI, Plasmaspiegel-Kontrollen (TZA) Cave: Betablocker
- Bei TZA auf mögliche Zunahme von Reizleitungsstörungen in Kombination mit anderen negativ chrono-, bathmo- und dromotropen Medikamenten achten (z.B. Antiarrhythmika)

Eckert, Reiff, Müller 1998

Psychodynamische Aspekte



Somatisierung/Symptombildung

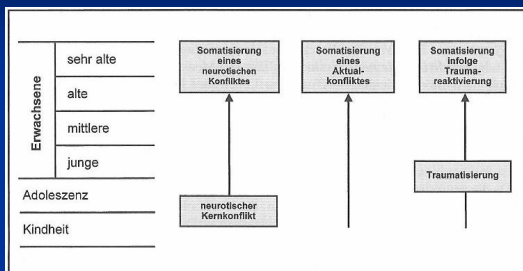


Abb. 14: Typologie akuter psychosomatischer oder psychischer Symptombildungen im Alter

Heuft, Kruse, Radebold 2000

Verhaltenstherapeutische Gruppe

Verhaltenstherapeutisches Gruppenkonzept nach Hautzinger (1997/2000)

1. Sitzung: Verständnis von Depression, Zusammenhang von Denken, Handeln und Fühlen
2. Sitzung: Problem- und Verhaltensanalyse
3. Sitzung: Zusammenhang von vorausgehenden und nachfolgenden Bedingungen, Verhaltenskontrolle Techniken
4. Sitzung: Entspannungstrainings (PMR) als Methode zur Kontrolle des „Fühlens“
5. Sitzung: Handeln, Tun und Stimmung, Auswertung der Liste angenehmer Aktivitäten
6. Sitzung: Fortführung des Themas Handeln und Fühlen, Tagesprotokoll
7. Sitzung: Thema Fühlen und Denken, Gedankenlisten
8. Sitzung: Gedankenmuster analysieren, Techniken zur Kontrolle automatischer Gedanken
9. Sitzung: Thema Handeln und Fühlen, Stimmungs- und Tätigkeitenprotokolle auswerten
10. Sitzung: Fortführung des Themas Denken und Fühlen, Einführung der EbG-Technik
11. Sitzung: Einführung des Themas Soziale Kompetenz, Zusammenhang von Handeln, Denken und Fühlen am Beispiel sozialer Situationen
12. Sitzung: Thema Zeit nach Gruppenende, Wiederholung der Gruppeninhalte, persönlichen Handlungsplan festlegen

Interventionen bei Suizidalität

- Beziehungsangebot - Suizidalität ist auch Suche nach guten, stützenden (Selbst-)Objekten
- Kurzfristige Gesprächstermine, engmaschige Betreuung
- Einbeziehung von psychosozialen Hilfen, insbesondere der Angehörigen
- Symptom- und Krankheitsbehandlung
- Aufklärung über depressive Erkrankung und (günstige) Prognose
- Längerfristiges Therapieangebot
- Häufig stationäre Behandlung erforderlich

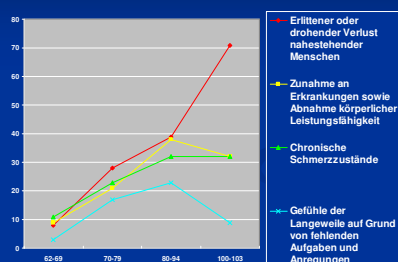
mod.nach Förstl, 1997

Prognostische Faktoren

- Dauer der derzeitigen Episode
- Vorbestehende Dysthymie
- Depressive Persönlichkeitsmerkmale
- Somatische Erkrankungen
- **Neuroradiologische Veränderungen (z.B. SAE)**
- Rückfallrisiko erhöht bei >2 depressiven Episoden, somatischen Erkrankungen, belastenden Lebensereignissen

z.B. Baldwin 1991,1993, Georgotas et al.1989

Gewinne und Verluste



Prognose der Depression im Alter

Alter allein scheint kein Faktor für eine ungünstigere Prognose der Depression zu sein.

-Es gibt keinen Hinweis darauf, dass im höheren Lebensalter die Prognose der affektiven Störungen ungünstiger ist.-

Lee, Murray 1988, Reynolds et al. 1984

Nehmen sie die Probleme alter Menschen bitte ernst!



Und dies gilt vor allem auch für die psychischen Probleme alter Menschen!

Übersicht

- Sieg und Niederlage im Alter (Risiken und Resistenz in Bezug auf psychische Erkrankungen)
- Ist Depression im Alter häufiger? (Epidemiologie)
- Gibt es eine alternstypische depressive Symptomatik?
- Gründe gibt's genug !? (Ätiologie)
- Was hilft? (Therapie und Prognose)
- Bilanz oder Kurzschluss? Suizidalität im Alter
- Risiko wächst mit Morbidität, sensor. und kogn. Störungen, belasteten Lebensphasen, sozialer Desintegration, Ressourcen!!!
- Alter an sich korreliert nicht mit Depressionshäufigkeit
- Somatische Symptome, atypische Symptomatik
- Multifaktorielle Ätiologie
- Multimodale Therapie, Prognose durch Alter nicht verschlechtert
- Suizidalität steigt im Alter an

Depression und körperliche Erkrankungen

Zusammenhang zwischen Depression und Mortalitätsrate bei älteren Patienten mit Myokardinfarkt
Lesparance et al. 1996

Patienten mit Depressionen in der Vorgeschichte wurden auch während des stationären Aufenthaltes häufiger depressiv und zeigten die höchsten Mortalitätsraten.

Eine Gruppe von Patienten mit Depression in der Vorgeschichte, die während des stationären Aufenthaltes wegen Myokardinfarkt keine depressiven Symptome zeigten, hatte in der gesamten Stichprobe die beste Überlebensrate.

*„It is as if those with a previous depression who managed to resist the stresses of the myocardial infarction without becoming depressed had enhanced physical or psychic resources, that enabled them to survive.“
(Lesparance et al. 1996)*

Vielen Dank

für Ihre Aufmerksamkeit!
