

Zur Depression beim alten Mann

Aufgrund der oft schwer wahrnehmbaren Symptomatik werden Depressionen bei betagten Patienten häufig nicht diagnostiziert.

Die Symptome der Depression sind zahlreich und betreffen unterschiedliche Dimensionen wie Befinden (körperliche Beschwerden), Affekte (Stimmung, Angst), Denkinhalte (Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühle, Suizidgedanken), den Selbstwert, den Antrieb oder den Biorhythmus. Das DSM IV gibt neun das ICD-10 zehn verschiedene Symptome an, die für die Diagnostik wesentlich sind. Für jedes Symptom muss im individuellen diagnostischen Prozess entschieden werden, ob es der Untersuchende a) als stark genug vorhanden einschätzt bzw. b) ob es die meiste Zeit an den meisten Tagen der letzten 2 Wochen vorhanden war und c) ob es nicht besser oder anders als durch Depression erklärbar ist. Da viele Symptome nicht der direkten Beobachtung zugänglich sind, hängt die Diagnose einer Depression auch stark von Einstellungen, von der Fähigkeit, sich selbst zu beobachten, Gefühle zu benennen und von der Mitteilungsfähigkeit unserer Patienten ab.

Alte Menschen schämen sich für ihre affektiven und psychischen Symptome mehr als junge Patienten. Auch gestehen sie sich und anderen, also auch dem untersuchenden Psychiater, viele Symptome der Depression im Sinne von Symptomen eigener vermeintlicher Schwäche nicht ein. Es gibt Situationen bei der Exploration alter Männer, in denen diese gerade dem jüngeren Untersucher oder auch einer Untersucherin gegenüber die Schwäche bei Depression bewusst verschweigen oder unbewusst leugnen. Das ist vielleicht eine mögliche Erklärung, warum Depressionen bei Männern deut-



▲ Durch Diagnose und Therapie kann auch bei Depressionen alter Menschen geholfen werden.
 © olly / Fotolia.com

lich seltener diagnostiziert werden als bei Frauen.

Ein Hinweis auf das Vorliegen einer Depression beim alten Mann kann immer wieder die grantig-gereizte, also „dysphore“ Stimmungslage sein. Auch die Erhebung einer Außenanamnese hilft oft, einzelne Symptome der Depression genauer beurteilen zu können.

Kasuistik 1

Der 79-jährige Facharzt wird von einem befreundeten Psychotherapeuten wegen „Demenzverdacht“ zugewiesen. Der Patient berichtet, dass er vieles durcheinanderbringt und sehr unkonzentriert ist. Er wirkt auch durcheinander und in der Erzählkette recht planlos und zeitlich ungeordnet. Seine Befundmappe hätte er mitgenommen, aber am Weg vermutlich in der Straßenbahn vergessen. (Sie wird am gleichen Tag auf einer Polizeiwachstube abgegeben.) Auch hält er sich für sehr vergesslich und fürchtet, an Alz-

heimer erkrankt zu sein. Seinen Antrieb schildert er als normal, wobei im Gespräch der Gedankenduktus sogar etwas beschleunigt wirkt. Auch die eigene Stimmung beschreibt der Patient als normal, wirkt aber im positiven und im negativen Skalenbereich eher eingeschränkt affizierbar („starr im Affekt“), wobei als Grundstimmung vom Untersucher „dysphorische Verstimmtheit“ dokumentiert wird. Der Schlaf sei bis auf zwei notwendige Unterbrechungen zum Harnlassen ausgezeichnet. Der Appetit sei wie immer befriedigend, aber er sei nie ein guter Esser gewesen. Nach dem Selbstwert gefragt, gibt er an, dass dieser schlecht sei, weil ihm in seine kleine Privatordination kaum mehr Patienten zugewiesen werden und ihm daher langweilig sei. Seine Konzentrationsstörungen bestünden nun seit Jahren. Er rauche nicht, trinke täglich abends ein Bier und war noch nie ernstlich krank. Die antihypertensive Medikation, die ihm schon vor 15 Jahren verordnet worden war, hat ihn damals müde ge-

macht und er hätte sie in den vergangenen 10 Jahren nie mehr eingenommen. Der Blutdruck beträgt 185/105, der Puls ist rhythmisch mit Frequenz 72.

In der Testung erreicht der Patient überraschenderweise den maximalen Mini-Mental-State von 30 Punkten und auch einen gut durchschnittlichen Testwert des episodischen Gedächtnisses. Ein dysexekutives Syndrom wird vermutet: Bei unterdurchschnittlicher (langsamer und fehleranfälliger) Konzentrationsleistung ist auch die kognitive Umstellungsfähigkeit („Trail Making Test B“) beeinträchtigt. Der Patient wird zum Karotis-Doppler-Duplex und zur kranialen Magnetresonanztomographie (MRT) zugewiesen. Der Untersuchende vermutet eine subkortikale vaskuläre Enzephalopathie.

In der kranialen MRT zeigt sich eine eher leicht über das Altersmaß hinausgehende globale Atrophie, jedoch keine fokalen Läsionen, keine Veränderungen der weißen Substanz und auch keine Atrophie im mesiotemporalen Bereich. In der Doppler-Duplex-Sonographie zeigt sich beidseits eine etwa 10%ige Stenose der A. carotis interna im Abgangsbereich, die nicht hämodynamisch aktiv ist. In der Routineblutchemie zeigen sich keinerlei Besonderheiten, insbesondere keine Störung der Schilddrüsenfunktion.

In einem zweiten einstündigen Ordinationskontakt werden die Befunde mit dem Patienten besprochen und neuerlich der psychopathologische Status erhoben. Wiederum lassen sich keine sicheren Symptome einer Depression erheben. Das Gespräch kreist immer wieder um die Thematik des Älterwerdens, des „Keine-Aufgabe-Habens und leider keine Patienten mehr zugewiesen bekommen“ und es werden auch Neidgefühle dem vielbeschäftigten jüngeren Untersucher gegenüber – aber auch gegenüber der eigenen jüngeren Ehefrau, die noch berufstätig ist – ausgesprochen. Es wird vereinbart, dass eine Außenanamnese mit der Ehefrau des Patienten in dessen Beisein durchgeführt wird.

Bei diesem Folgekontakt erzählt die Ehefrau unerwartet von den erheblichen Durchschlafstörungen des Ehemanns, von seiner Verzweiflung, Niedergeschlagenheit und dem mangelnden Appetit. Der Patient hätte eine nun seit mehr



EXTRA-Plus

bei unipolarer Depression

Antidepressivum plus Seroquel XR®

Klasse in der Kombination +
Schnell in der Wirkung^{1,2,3}

ID 2559 03/2011 Fachkurzinformation siehe Seite:

Einmal täglich
Seroquel XR®
Quetiapin
extended release tablets
50 mg, 200 mg, 300 mg & 400 mg

AstraZeneca
NEUROSCIENCE

1) Bauer M et al. J Clin Psychiatry 2009; 70 (4): 540–549
2) El-Khalili N et al. Int J Neuropsychopharmacol 2010; 13 (7): 917–32
3) Bauer, M. et al. J Affect Disord 2010; 127: 19–30

als einem Jahr bestehende deutliche Antriebsstörung. Irgendwie fehle es ihm an Elan. Es bestünde sowohl ein morgendliches als auch ein abendliches Stimmungstief und besonders vormittags würde sie unter der Gereiztheit des Ehemanns erheblich leiden. Auch fürchte die Ehefrau einen Suizid ihres Mannes und es hätte von ihm auch schon von ihr so interpretierte Andeutungen gegeben.

Infolge dieses Gespräches wird ein antidepressiver medikamentöser Therapieversuch vereinbart, zudem sich der Patient mit Mühe und mit Hilfe auch der Ehefrau überreden lässt. Nach mehreren Wochen werde ich vom Patienten angerufen, der sich sehr freundlich für die Hilfestellung bedankt und sagt, dass es ihm seit einer Woche ausgezeichnet ginge. Er hätte wieder Freude am Leben, würde nun gut schlafen, könne viel unternehmen und es hätten sich auch wieder Patienten in der Ordination eingefunden. Diese deutliche Besserung der Stimmung, des Befindens und des Antriebs des Patienten hält unter 50 mg Sertralin täglich seit nunmehr bereits 9 Monaten unverändert an. Der Patient will allerdings die Ordination nicht besuchen, sondern ruft alle 4 Wochen an, um zu erzählen, dass es ihm gut gehe und um ein weiteres Rezept zu erbitten.

Kasuistik 2

Der 88-jährige Herr kommt in Begleitung der 10 Jahre jüngeren Lebensgefährtin auf deren Wunsch in die Ordination. Sie ist Künstlerin und lebt mit ihm seit nunmehr 46 Jahren zusammen. Der Patient wird zuerst alleine untersucht. Er meint, dass ihm eigentlich nichts fehle und er keine Beschwerden habe. Schwierig wäre nur die Dominanz der Lebensgefährtin, die ihn bezüglich Essenseinkäufen, seiner Gewichtszunahme und seiner Inaktivität Vorhaltungen mache. Der Patient verneint Appetitstörungen und Schlafstörungen, meint aber danach gefragt, dass sein Elan altersbedingt weniger geworden sei. Er gibt keine Freudlosigkeit, keine depressive Verstimmung, auch keine Selbstwertzweifel, keine Suizidgedanken oder Konzentrationsstörungen an. Gefragt, warum die Lebensgefährtin um den Termin für ihn angesucht hätte, meint er, dass sie seinen Rückzug und seine grantige gereiz-

te Stimmung beklagen würde. Tatsächlich schildert die Lebensgefährtin später vor dem Patienten dessen häufige Gereiztheit und sein Rückzugsverhalten. Er verlasse kaum mehr die Wohnung und vernachlässige Haushalt und Körperpflege. Er schlafe sehr schlecht durch und besuche nachts regelmäßig den Kühlschrank. Er sei immer ein lebensfroher Mensch gewesen, der noch bis vor 2 Jahren, also bis ins 86. Lebensjahr beruflich aktiv war und auch Freude an der Sexualität gehabt hätte. Er sei immer voller Lebenskraft gewesen und spräche im Übrigen fließend deutsch, italienisch, englisch, türkisch, griechisch, französisch und farsi.

Aufgrund dieser Außenanamnese wird dem Patienten ein antidepressiver Therapieversuch vorgeschlagen und er willigt gerne ein. Nachdem es unter Therapie mit Escitalopram zu einer raschen, aber nur vorübergehenden Besserung kommt, erreicht der Patient nach 2 Monaten mit der täglichen Medikation von Milnacipran 50 mg, Escitalopram 5 mg und Mir tazapin 15 mg abends eine ausgeglichene und stabile Antriebs- und Stimmungslage. Der Patient ist mit dieser Einstellung sehr zufrieden und erkennt retrospektiv, dass er ganz offensichtlich beim ersten Ordinationskontakt wesentlich verstimmt und beeinträchtigt, also krank, gewesen sei. Er steht jeglichen Reduktionsversuchen der Antidepressiva in den darauf folgenden 3 Jahren ablehnend gegenüber. Auch nach 3 Jahren geht es dem Patienten vonseiten des Antriebs, der Stimmung und der Freudfähigkeit gut.

Resümee

Bei beiden Patienten dürfte eine Depression vorgelegen haben, die aus verschiedenen Gründen in der Erstuntersuchung schwer fassbar war. Weitere Gespräche nach Besserung der Patienten legen nahe, dass viele zuerst nicht eingestandene oder bemerkte Symptome der Depression tatsächlich vorgelegen haben. Es handelt sich also nicht um irgendein neues Syndrom, z. B. eine „Altersdysphorie“, das auf die antidepressive Medikation angesprochen hat. Die oft beschriebene Symptomarmut der Depression alter Menschen ist vermutlich Folge der schwierigeren Wahr-

nehmung von Symptomen der Depression in dieser Altersgruppe.

In beiden Fällen half die Außenanamnese mit der Partnerin bei der Diagnose der Depression. Der erste Patient rivalisierte mit dem Untersucher und es kamen Neidgefühle zum Vorschein, die das Eingestehen von Symptomen der Depression als Zeichen eigener Schwäche nicht zuließen. Der zweite Patient führte seine Probleme nicht auf das Vorliegen einer eigenen psychiatrischen Störung zurück, als vielmehr auf die drängenden Wünsche seiner dominanten Lebensgefährtin. Das Ansprechen dieser Problematik führte zu regelmäßigen weiteren Ordinationskontakten, in denen jeweils mit dem Patienten allein und danach gemeinsam mit seiner Lebensgefährtin gesprochen wurde. In diesem Fall besteht nun eine gute und vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Psychiater und dem jetzt 91-jährigen Patienten, der jedes Mal froh ist, die Probleme in seiner Beziehung mit dem Arzt zu besprechen.

Die Literatur sagt zu meiner Vermutung, dass Depressionen alter Männer schwieriger zu erkennen sind als die alter Frauen, wenig aus. Wiederholt wurden höhere Frequenzen der Depression bei alten Frauen beschrieben. Wichtig scheint jedoch, dass Depressionen bei beiden Geschlechtern in jedem Alter häufig übersehen werden. In der Hausarztpraxis wird im Mittel jede zweite Depression nicht erkannt und dies wird durch höheres Lebensalter und somatische Symptome der Depression begünstigt. Die beiden Kasuistiken sollen also auch belegen, wie sehr mit Diagnose und Therapie der Depression auch beim alten Menschen geholfen werden kann.

Literatur beim Verfasser.

Korrespondenzadresse



Prof. DDr. Peter Fischer
Psychiatrische Abteilung,
Donauspital im SMZ-Ost
Langobardenstr. 122,
1220 Wien
Österreich
p.fischer@wienkav.at