

# Depression im Alter

Christian Jagsch Prim Dr.



# Übersicht

- Prävalenz
- Diagnostik
- Ursachen
- Hypothesen
- Verlauf
- Therapie
- Zusammenfassung

# Prävalenz

# Prävalenz zur Depression im Alter

- Punktprävalenz in Deutschland von 5,8–7,8%
- Im höheren Lebensalter stellen Depressionen die häufigste psychische Störung dar.
- In Einrichtungen der stationären Altenpflege wird die Prävalenz auf nicht weniger als 50% geschätzt.
- Die Ein-Jahres-Prävalenz in Ö. beträgt 9,8 Prozent (11,5 % für Frauen, 7,9 % für Männer). Österreich liegt bezüglich der Prävalenz depressiver Symptomatik im europäischen Mittelfeld.
- Major Depression über 75 jährige schwanken die Prävalenzraten für beide Geschlechter zwischen 4,2 und 9,7 Prozent.

Lange-Asschenfeldt C. Antidepressiva – State of the Art. Z Gerontol Geriat 2023 · 56:100–106, <https://doi.org/10.1007/s00391-023-02169-0>

Streit F, Zillich L, Frank J et al (2021) Lifetime and current depression in the German National Cohort (NAKO). World J Biol Psychiatry 17:1–16

Institute for Health Metrics Evaluation (2019) GBD Results Tool. Depressive disorders. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88>.

Nowotny, Monika; Kern, Daniela; Breyer, Elisabeth; Bengough, Theresa; Griebler, Robert (Hg.): Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien, 2019.

Luppa M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, Weyerer S, König HH, Riedel-Heller SG. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life-systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders, 2012: 136/(3)212-221.

# Diagnostik

# Depression - Definition nach ICD 10

- **Hauptsymptome**

- 1) Gedrückte Stimmung
- 2) Interessen- /Freudlosigkeit
- 3) Antriebsstörung, Müdigkeit

2 oder 3 Hauptsymptome  
müssen vorhanden sein

- **Andere häufige Symptome**

- 1) Konzentration, Aufmerksamkeit reduziert
- 2) Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen red.
- 3) Schuldgefühl
- 4) Hemmung, Unruhe
- 5) Selbstschädigung, Suizidgedanken
- 6) Schlafstörungen
- 7) Appetitstörung
- 8) Tagesschwankungen

2 – 4 andere Symptome müssen  
vorhanden sein

- **Dauer: mindestens 2 Wochen**

# Depression - Definition nach ICD 11

<b>Tab. 1</b> Symptomspektrum depressiver Störungen nach ICD-11. (Mod. nach [12])	
<b>Bereich</b>	<b>Symptom<sup>a</sup></b>
Affektives Cluster	Gedrückte, depressive Stimmung Interessenverlust, Freudlosigkeit
Kognitives Cluster	Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit Hoffnungslosigkeit Wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken/-handlungen
Neurovegetatives Cluster	Schlafstörungen Signifikant verminderter oder erhöhter Appetit Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit
Psychotische Symptome (wenn vorhanden)	Synthymmer Wahn (Schuld-, Verarmungs-, nihilistischer oder hypochondrischer Wahn)
<i>ICD-11</i> 11. Ausgabe der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme <sup>a</sup> Zeitkriterium: Symptome ≥ 2 Wochen vorhanden	

Mindestens 5 von 10 Symptomen, täglich, mindesten 2 Wochen

# Besonderheiten beim älteren und hochbetagten Menschen

- Symptome oft nicht so ausgeprägt
- eher chronischer Verlauf
- Verschlechterung vor allem kognitiver Fähigkeiten  
(Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Entschlussfähigkeit)
- somatische Symptome im Vordergrund
- oft unspezifische Symptome ( Klagsamkeit, hypochondrische Befürchtungen, Reizbarkeit, Verlangsamung, Apathie, Rückzug)
- häufiger Misstrauen und Wahnideen ( Verarmungs-, Versündigungswahn)
- Suizidgedanken und Suizidversuche ( vorallem bei Männern über 70 Jahre !)



# Geriatrische Depressions-Skala (GDS)

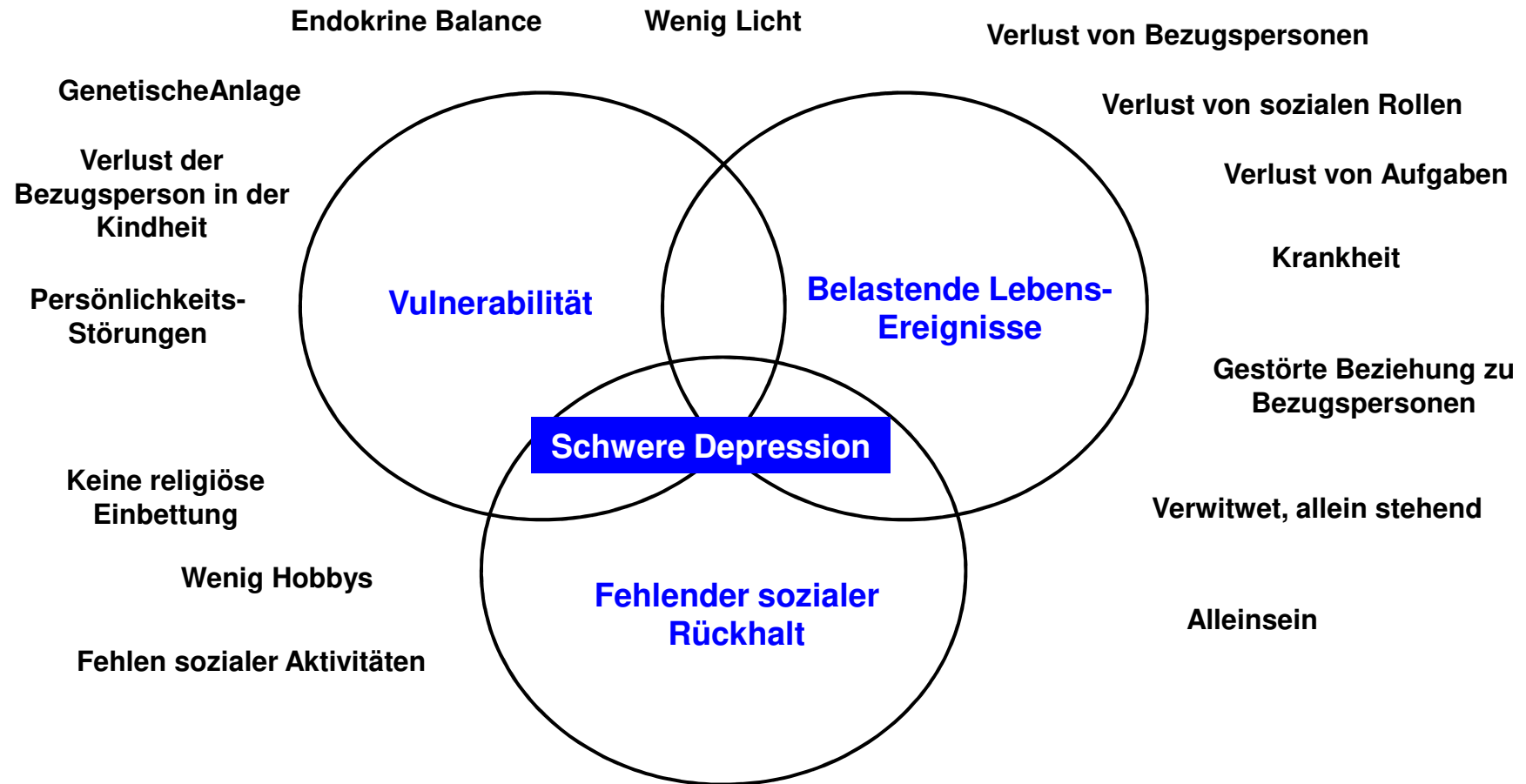
1.	Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	nein	ja
2.	Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?	ja	nein
3.	Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei unausgefüllt?	ja	nein
4.	Ist Ihnen oft langweilig?	ja	nein
5.	Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?	nein	ja
6.	Haben Sie Angst, daß Ihnen etwas Schlimmes zustoßen wird?	ja	nein
7.	Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?	nein	ja
8.	Fühlen Sie sich oft hilflos?	ja	nein
9.	Bleiben Sie lieber zu Hause, anstatt auszugehen und Neues zu unternehmen?	ja	nein
10.	Glauben Sie, mehr Probleme mit dem Gedächtnis zu haben als die meisten anderen?	ja	nein
11.	Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?	nein	ja
12.	Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?	ja	nein
13.	Fühlen Sie sich voller Energie?	nein	ja
14.	Finden Sie, daß Ihre Situation hoffnungslos ist?	ja	nein
15.	Glauben Sie, daß es den meisten Leuten besser geht als Ihnen?	ja	nein
<b>Summe:</b>			

<b>Bewertung</b>	
0 - 5 Punkte	unauffällig
5 - 10 Punkte	leichte bis mäßige Depression
10 - 15 Punkte	schwere Depression

Sheikh, R.L. & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). *Clinical Gerontologist*, 5, 165-173.

# Ursachen

# Altersdepression: multidimensional betrachtet



# Psychiatrische Erkrankungen mit Depression

## Differentialdiagnose

- Dementielle Erkrankungen (F 0)
- Sucherkrankungen – Alkohol, Tranquilizer (F 1)
- Schizophrenie, Schizoaffektive Störungen (F 2)
- Affektive Störungen – Bipolare Störungen, Depressive Störungen (F 3)
- Neurotische Störungen – Anpassungsstörungen (F 4)
- Persönlichkeitsstörungen (F 6)

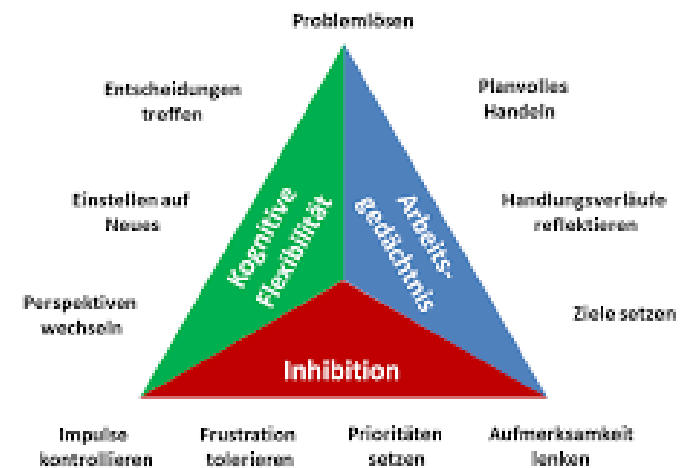
# Depression versus Demenz

## Mögliche Überlappungen/Vermischungen

- Depression ohne kognitive Beeinträchtigungen,
- Demenz ohne depressive Symptomatik,
- kognitive Beeinträchtigungen als Symptom einer Depression („depressive Pseudodemenz“),
- Depression als früher kausaler Risikofaktor für eine kognitive Störung
- Depression als Frühsymptom/Prodromalstadium/Vorbote einer Demenz,
- Depression und Demenz als Folge eines gemeinsamen dritten Krankheitsfaktors
- depressives Syndrom als Symptom einer Demenz („pseudodepressive Demenz“),

**DEDS** – „**Depressions-Exekutiven Dysfunktions-Syndrom**“: Beeinträchtigung exekutiver Funktionen bei Depressionen sind ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Alzheimer Demenz.

## Exekutive Funktionen



Wolter DK. Depressionen im höheren Lebensalter. Z Gerontol Geriat 2016

Zaninotto L et al. Cognitive Markers of psychotic unipolar depression: a meta-analytic study. J Affect Disoder 2015; 174: 580-8

# Depression versus Demenz

(vor allem Alzheimer Demenz)

	<b>Depression</b>	<b>Demenz</b>
<b>Beginn und Verlauf</b>	eher plötzlich	schleichend
<b>Kognitive Defizite</b>	im Hintergrund	im Vordergrund
<b>Orientierungsstörung</b>	nein	ja
<b>Alltagskompetenz</b>	erhalten	eingeschränkt
<b>Kompensationsversuche</b>	nein	ja

Jagsch C. Altersdepression kommt selten alleine. Ärztekrona 23/2022  
Wolter DK. Depressionen im höheren Lebensalter. Z Gerontol Geriat 2016

## Somatische Erkrankungen, die zu depressiven Symptomen führen können oder gemeinsam mit Depressionen auftreten:

- **Endokrine Erkrankungen** (Hypo- und Hyperthyreoidismus, M. Cushing, M. Addison, Hypo- und Hyperparathyreoidismus, Hypoglykämie, **Diabetes mellitus**, Phäochromozytom, Karzinoid)
- **Neurologische Erkrankungen** (**M. Alzheimer**, **Vaskuläre Demenz**, **M. Parkinson**, Epilepsie, Multiple Sklerose, Schlaganfall )
- **Kardiologische Erkrankungen** (Kardiovaskuläre Erkrankungen, Kardiomyopathie, **Myokardinfarkt**)
- **Infektionen** (Pneumonie, Influenza, Encephalitis, Hepatitis, Aids, Mononukleose, **Borelliose**, Syphilis)
- **Tumore** (Gehirntumore, vor allem im Frontallappen; Pankreaskarzinom, metastasierende Karzinome in den Knochen mit Serumkalziumerhöhung)
- **Mangelsyndrome** (Vit B12 und Folsäuremangel, Eisenmangel, B1, B2, B6- Mangel, Elektrolytstörungen (Hyponatriämie))
- **Andere** (Alkoholmissbrauch, - abhängigkeit, Sedativa-Missbrauch, Rheumatische Erkrankungen)

# Somatische Begleiter - Komorbiditäten

## Diabetes mellitus

Der **schlecht eingestellte Diabetes mit nachfolgenden Komplikationen korreliert mit der Depressionshäufigkeit und umgekehrt**. Ein depressiver Patient:in kann die empfohlene Diät und auch die empfohlene medikamentöse Therapie schlechter einhalten, ein schlecht eingestellter Blutzucker erhöht die Depressionswahrscheinlichkeit.

## Chronische Nierenerkrankungen

Depressionen reduzieren bei Patient:innen mit chronischen Nierenerkrankungen und Dialyse **das Einhalten der Compliance** bezüglich der Therapievorgaben und erhöhen dadurch die Mortalität.

Jagsch C. Altersdepression kommt selten alleine. Ärztekrona 23/2022  
Wolter DK. Depressionen im höheren Lebensalter. Z Gerontol Geriat 2016



# Somatische Begleiter - Komorbiditäten

## Chronische Schmerzen

Chronische somatische Schmerzen gehen oft mit psychischen Schmerzen mit depressiven und ängstlichen Symptomen einher. Schmerzen im Alter sollen ganzheitlich verstanden werden, und erfordern einen **kombinierten somatischen, psychotherapeutischen, sozialen und spirituellen Therapieansatz**.

## Kardiovaskuläre Erkrankungen

**Jeder 5. Herzinfarkt wird von einer Depression begleitet**, eine effiziente antidepressive Therapie reduziert Reinfarkte und verbessert die Rekonvaleszenz. Bestehenden Risikofaktoren, wie Rauchen, Bewegungsmangel oder Bluthochdruck können ebenfalls erfolgreicher begegnet werden.

Jagsch C. Altersdepression kommt selten alleine. Ärztekron 23/2022  
Wolter DK. Depressionen im höheren Lebensalter. Z Gerontol Geriat 2016

# Somatische Begleiter - Komorbiditäten

## Neurologische Erkrankungen

Nach einem Schlaganfall kann eine „post-stroke-depression“ auftreten, **rezidivierende Depressionen im Laufe des Lebens können die Schlaganfallhäufigkeit erhöhen.**

Die langfristigen sozialen, psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen, wie Aphasie, Apraxie und eingeschränkte soziale Aktivitäten sind für die Entwicklung einer Depression entscheidender als die Lokalisation des Schlaganfalls.

**Einer Parkinsonerkrankung** kann eine depressive Symptomatik **mehrere Monate bis Jahre vorausgehen**, bei bestehender Parkinsonerkrankung sieht man im Anfangsstadium gehäuft Depressionen, die Prävalenz liegt bei ca. 50%.

Jagsch C. Altersdepression kommt selten alleine. Ärztekrona 23/2022  
Wolter DK. Depressionen im höheren Lebensalter. Z Gerontol Geriat 2016

# Somatische Begleiter - Komorbiditäten

## Onkologische Erkrankungen

Depressionen entstehen bei onkologischen Erkrankungen oft **als akute depressive Reaktion oder Anpassungsstörung**.

Als neurobiologische Faktoren werden immunologische Veränderungen oder Folgen der Therapie mit Chemotherapeutika diskutiert.

**Depressive Syndrome beeinflussen sowohl den Therapieerfolg als auch die Überlebensrate negativ**, dadurch erscheint die konsequente Erfassung und Behandlung von Depressionen unabdingbar.

Jagsch C. Altersdepression kommt selten alleine. Ärztekrona 23/2022  
Wolter DK. Depressionen im höheren Lebensalter. Z Gerontol Geriat 2016

# Medikamente mit gehäufter Inzidenz von depressiven Symptomen

- Analgetika (z. B. Opiate, nichtsteroidale A.)
- Antihypertensiva (Reserpin, Clonidin, Diuretika, Betablocker)
- Antikonvulsiva
- Antiparkinsonmittel (Amantadin, L-Dopa, Bromocriptin)
- Cholinesterasehemmer
- Benzodiazepine
- Kortikosteroide
- Cimetiden, Ranitidin
- Tuberkulostatika
- Chemotherapeutika (z.B. Cisplatin, Vincristine)

# Psychosoziale Belastungen

- zunehmende Vereinsamung
- psychische und körperliche Inaktivität
- körperliche Einschränkungen und Behinderungen
- Ernährung, Wohnsituation
- wiederauftauchende alte Konflikte und Probleme

# Hypothesen

# Aktuelle Erkenntnisse

- Es gibt **keinen eindeutigen Zusammenhang** zwischen Serotoninspiegel und depressiven **Symptomen**. Das körpereigene Serotoninsystem spiele **zwar eine wichtige Rolle** bei Depressionen.  
(Prof. Dr. Andreas Heinz, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Berliner Charité).
- Die Idee, dass **ein einziger Botenstoff für Depression verantwortlich gemacht werden könnte, sei lächerlich** (Prof Dr.-Ulrich Hegerl, Depressionsforscher und Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Depressionshilfe).
- Der **verzögerte Effekt** ist für viele Experten ein wesentliches Argument gegen die Serotoninhypothese.
- Insgesamt helfen SSRI und SNRI bei **knapp zwei Dritteln der Menschen mit mittelschweren bis schweren Depressionen**. Bei leichten Depressionen schneiden die Mittel besonders schlecht ab.  
(Cipriani A. et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet, Open Access Published: February 21, 2018  
DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7) – **(552 Studien, 116.447 Teilnehmer)**)

Spektrum Wissenschaft, Die Mär vom Glückshormon, 2020

# Aktuelle Erkenntnisse - mögliche Ursachen

- Monoaminhypothese besagt, dass **nicht Serotoninmangel allein** die Erkrankung auslöst, sondern ein **Ungleichgewicht mehrerer Monoamine** – neben Serotonin vor allem Noradrenalin und Dopamin.
- Die **neuronalen Plastizität** eine zentrale Rolle spielt, also die Fähigkeit des Gehirns, sich ständig neu zu organisieren. Bei Betroffenen sind **bestimmte Bereiche im Gehirn, wie der Hippocampus und der präfrontale Kortex, signifikant kleiner** als in der gesunden Bevölkerung. **Je länger die Erkrankung andauert, desto mehr Volumen geht verloren. Anhaltender Stress, der als Risikofaktor für Depression gilt**, kann ebenfalls dazu führen, dass die Hirnmasse schrumpft.

## **Depression versus Demenz** (enger Zusammenhang)

Der Wachstumsfaktor **BDNF (Brain-derived neurotrophic factor**, deutsch etwa: „Vom Gehirn stammender neurotropher Faktor“) ist ein Protein aus der Gruppe der Neurotrophine und ist mit den Nervenwachstumsfaktoren eng verwandt. **Antidepressiva –Therapie und Psychotherapie induzieren die Bildung von BDNF.**

- Der **Wirkstoff Esketamin**, der Ende 2019 als Nasenspray für schwer zu behandelnde Depression zugelassen wurde, verbessert die Symptome mancher Patienten innerhalb von Stunden nach der ersten Anwendung. Einige Untersuchungen deuten darauf hin, dass der Stoff **die Produktion von bestimmten Eiweißen anregt, die zu einer verstärkten Neubildung von Synapsen** beitragen

Sen S et al. Serum Brain-Derived Neurotrophic Factor and Antidepressant Medications: Meta-Analyses and Implications. Biol Psychiatry 2008; 64:527-32

Spektrum Wissenschaft, die Mär vom Glückshormon, 2020



# Aktuelle Erkenntnisse - mögliche Ursachen

- Entzündungsreaktionen im Körper, insbesondere im zentralen Nervensystem
- Die Darm-Hirn-Achse könnte ebenfalls einen Einfluss haben.
- Halluzinogene Drogen wie Psilocybin geraten vermehrt in den Fokus von klinischen Forschern.

Spektrum Wissenschaft, Die Mär vom Glückshormon, 2020

# Therapie

# Empfehlungen für die medikamentöse Therapie

- niedrige Initialdosis (ca. 50% der Dosis junger Patienten)
- langsames Aufdosieren
- Erhaltungsdosis jedoch wie beim jungen Patienten anzustreben
- Arzneimittelinteraktionen beachten
- Monotherapie bevorzugen (einfaches Dosisschema)
- häufigeres Aufklären und Erklären erforderlich
- einbinden betreuender Personen (Angehörige, Pflegefachkräfte)

# SSRI

( Selektive Serotonin – Wiederaufnahmehemmer)

Sertralin

Citalopram

Escitalopram

Paroxetin → anticholinerg, Interaktionen

Fluoxetin → Interaktionen

Fluvoxamin → Interaktionen

# Vorteile der SSRI

- gute Verträglichkeit
- Fehlen peripherer und zentraler anticholinergischer Nebenwirkungen
- Überdosierungssicherheit
- Leichte Handhabung (Einmalgabe, leichte Aufdosierung)
- dadurch bessere Compliance
- weniger Interaktionen im Vergleich zu trizyklischen Antidepressiva

# Nebenwirkungen

## Häufigste Nebenwirkungen der SSRI bei älteren Menschen

Übelkeit, innere Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, sexuelle Funktionsstörungen

## Andere Nebenwirkungen der SSRI bei älteren Menschen

Hyponatriämie und Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion (alle SSRI)

Wichtige Interaktionen mit Medikamenten (Cytochrom P 450 Abbau):

- Spiegelerhöhung von Amitryptilin, Betablockern, Phenytoin, Carbamazepin, Cumarin bei Paroxetin und Fluoxetin (CYP2D6 Inhibitor)
- Spiegelerhöhung von Theophyllin bei Fluvoxamin (CYP1A2 Inhibitor)

**Erhöhtes Blutungsrisiko** (bei über 80 jährigen, vorbestehenden Ulkus, Antikoagulanzen - Thrombozytenfunktionsstörung)

# Andere Antidepressiva

SNRI (Serotonin und Noradrenalin - Wiederaufnahmehemmer)

z.B. Venlafaxin, Cymbalta, Milnacipran,

NaSSA (Noradrenalin und spezifisch serotonerges Antidepressivum)

z.B. Mirtazepin

SARI (Serotonin-Antagonist und Wiederaufnahmehemmer)

z.B. Trazodon

RIMA ( MAO – A Hemmer), z.B. Moclobemid

Trizyklische Antidepressiva, z.B. Amitriptylin, Clomipramin

# Antipsychotika – delirogenes Potential

Risperidon

Quetiapin

Amisulprid

Ziprasidon

Aripiprazol

Clozapin                   →       delirogen ++++

Olanzapin                 →       delirogen +++

Prothipendyl             →       delirogen ++

Haloperidol              →       EPS

Melperon                 →       Orthostase



# Psychotherapeutisches Ziel bei Älteren

## „Von der Depression zur Trauer zu gelangen“

- Verlässliche Beziehungserfahrung
- Nachreifung der Persönlichkeit von der Ebene der frühen Objektbeziehung zur Individuation  
(Ambivalenz von Abhängigkeit versus Autonomie)
- Entfaltung der Ich-Autonomie und Identität

Luft, 2003

# Zusätzliche Behandlungsoptionen

- körperliches Training
- Behandlung der psychosozialen Faktoren
- Schlafentzugs- bzw. Wachtherapie
- Lichttherapie
- Elektrokonvulsionstherapie bzw. repetitive transkranielle Magnetstimulation
- Esketamin nasal (neu zugelassen) bzw. Ketamin i.v. (off label).

# Zusammenfassung

- Medikamentöse antidepressive Therapie nur bei **mittelschweren bis schweren Depressionen**
- Psychotherapie in Kombination immer zu empfehlen.
- Psychotherapie in erster Linie bei **leichten Depressionen**.
- **Medikamentöser Therapieerfolg/Remission** bei älteren Patient:innen erst in 12 – 16 Wochen zu **erwarten** (Neuroplastizität !)
- **Serotonerges Syndrom** (z.B.: SSRI + Opiate) und **Hyponatriämie** beachten.