

# Altersdepression: Epidemiologie, Diagnostik und Therapie

**28.11.2017**

**Andreas Fellgiebel**

## Begriff und Prävalenz der Altersdepression

**3.0 - 4.5%** ab dem 65. Lebensjahr *McCall&Kinziger 2013*

**4,6 - 9,3%** ab dem 75. Lebensjahr (Frauen 4 – 10,3%; Männer 2,8-6,9%) *M. Luppá et al. 2012*

**18 - 36,8 %** in Gruppe mit Multimorbidität (**geriatrische Patienten**) *z.B. Linden 1998*

**Prävalenz der Depression (GDS-15; Cut-off: 6+) bei 75-jährigen und älteren Hausarztpatienten in 6 großstädtischen Regionen**

Hausarztpatienten		N	Prävalenz
			%
Gesamt		3.242	9,7
Nach Geschlecht	Männer	1.115	6,8
	Frauen	2.127	11,1
Nach Alter	75–79	1.725	8,6
	80–84	1.210	10,1
	85 und älter	307	13,7

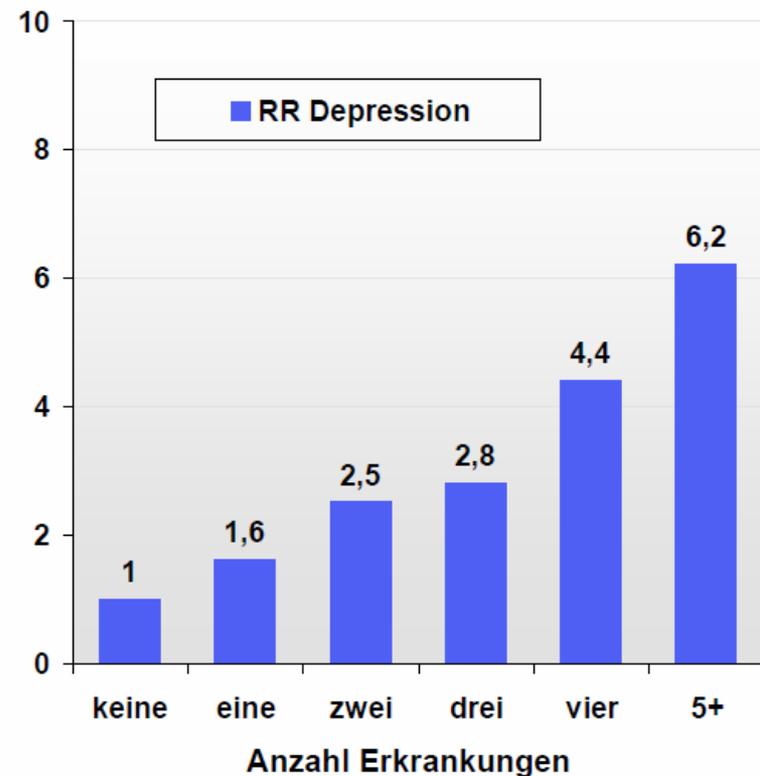
Weyerer S et al. (2008) J Affect Disord 111:153–163 ( Weyerer S: Epidemiologie der Altersdepression, In: Fellgiebel A, Hautzinger M (Hrsg) Altersdepression-ein interdisziplinäres Handbuch , Springer 2017)

## Multimorbidität und Depression

Häufige Erkrankungen des hohen Lebensalters, die Risikofaktoren für Depression sind, nehmen zu

### Risikoerhöhung Depression bei ausgewählten Erkrankungen

Krankheit <sup>3</sup>	Risikoerhöhung (Relatives Risiko)
Alzheimer Demenz <sup>1</sup>	3.2
Parkinsons Disease <sup>2</sup>	3.6
Schlaganfall	4.6
Andere neurologische	2.9
Kardiovaskuläre	2.5
Krebserkrankung	1.9
Musculo-skeletale Erkr.	2.1



1 Riedel et al 2005  
2 Riedel et al 2008  
3 Jacobi et al 2005  
4 Pieper et al 2008 (DETECT)

## Risikofaktoren Altersdepression

### Morbidität

- psychisch (Angststörung, kognitive Störung)
- somatisch (Diabetes Mellitus, geriatrischer Patient)
- neurodegenerative Erkrankungen (Demenz, Parkinson)
- zerebrale Läsionen (v.a. vaskuläre)

### Körperliche Funktionseinschränkung, Behinderung

### Alter

kognitives Altern?

spezifische psychosoziale Faktoren (Einsamkeit, Selbstwertverlust)

Altersbilder (anti-aging vs. successful aging)

## (Alters-)Weisheit als Resilienzfaktor?

---

### Die „Sozio-emotionale Selektivitätstheorie“

Theorie über Änderung des emotionalen Wohlbefindens über die Lebensspanne.

Hintergrund:

**Trotz der erhöhten Vulnerabilität im Alter gegenüber Erkrankungen, Schmerzen, Behinderung zeigen Ältere ein erstaunlich gutes Wohlbefinden und Altern ist assoziiert mit positiven emotionalen Erfahrungen im Alltag.**

Zitate aus der Generali Altersstudie 2017

„Ich und mein Mann, der ja auch Rentner ist, genießen jeden Tag unseres Lebens. In unserem Alter sollten wir das ja auch alle machen“ (Frau, 73 Jahre).

„Man weiß nie was kommt. Aber jetzt genieße ich erst einmal die Zeit des Alters“ (Frau, 68 Jahre mit Partner).

„Mein Leben ist sehr schön. Ich bin zufrieden. Einigermaßen gesund, zwar mit vielen Wehwehchen, aber mit denen komme ich zurecht“ (Frau 65 Jahre, alleinstehend).

## **(Alters-)Weisheit als Resilienzfaktor?**

---

### **Die „Sozio-emotionale Selektivitätstheorie“**

**geht davon aus, dass Menschen ihre Ziele auch nach dem zeitlichen Horizont bestimmen (der noch zur Verfügung stehenden Lebensspanne) und wir zwei Typen von Zielen verfolgen:**

- 1. Wissen- und Informationsbasierte Ziele, wenn Zeithorizont weit ist**
- 2. Zielauswahl nach emotionaler Bedeutung, wenn Zeithorizont begrenzt ist (Alter, Erkrankung)**

### **Der „Positivitäts-Effekt“**

**Ältere zeigen eine stärkere positiv emotionale Bewertung autobiographischer Ereignisse als Jüngere**

**Negative Erwartungen werden schwächer emotional antizipiert als bei Jüngeren**

*(s. Emotion Regulation and Aging, Charles ST, Carstensen LL, in: Handbook of Emotion regulation, Gross JJ (Ed.), New York 2014)*

# Frailty – Gebrechlichkeitssyndrom in der Geriatrie

## Definition Frailty: $\geq 3$ der folgenden Symptome:

- unfreiwilliger Gewichtsverlust (über 10 % in einem Jahr oder mehr als 5 % in sechs Monaten)
- objektivierte Muskelschwäche (beispielsweise durch Handkraftmessung bestimmt)
- subjektive Erschöpfung (mental, emotional, physisch)
- Immobilität, Instabilität, Gang- und Standunsicherheit mit Sturzneigung
- herabgesetzte körperliche Aktivität (hinsichtlich basaler und/oder instrumenteller Alltagsaktivitäten)

Lohman, M., Dumenci, L., & Mezuk, B., (2015). Depression and frailty in late life: evidence for a common vulnerability. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. doi:10.1093/geronb/gbu180

## Depression and Frailty in Late Life: Evidence for a Common Vulnerability

Matthew Lohman,<sup>1</sup> Levent Dumenci,<sup>2</sup> and Briana Mezuk<sup>3</sup>

## Diagnostik

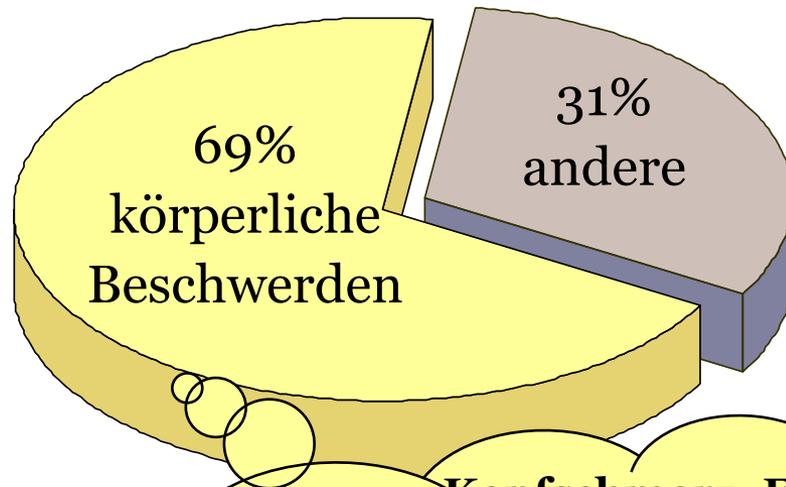
- Häufiges Klagen über kognitive Leistungseinbußen, Demenzbefürchtung
- Häufige somatische Symptome (Übelkeit, Magenbeschwerden, Schmerzen, Schwindel)
- An organische Verursachung denken (Hypothyreose, Hyperparathyreodismus, zereborvaskuläre Erkrankungen, Vit.-B12-Mangel)

## Fragebögen

	Screening (Cut-Off)	Schweregrad	Verlauf	Behandlungs- ergebnis	Aufwand	MCI
HAMD	+ (≥ 12)	-	+-	-	- (ca. 12 min)	-
BDI-II	+- (≥ 9)	+-	+-	+-	+ (ca. 5 min)	+-
MADRS	+ (≥ 8)	+	++	++	+- (ca. 5–10 min)	+-
QIDS-SR	++ (≥ 6)	+-	+-	+-	+ (ca. 5 min)	+-
GDS	++ <sup>a</sup>	-	-	+-	++ (ca. 2 min)	+
4/10	(≥ 1/≥ 3)					
15/30	(≥ 5/≥ 11)					

Borovac I, Strukturierte Fragebögen, In: , In: Fellgiebel A, Hautzinger M (Hrsg) Altersdepression - ein interdisziplinäres Handbuch , Springer 2017

## Beschwerdeprofil von Depressionspatienten in der Hausarztpraxis



**69% der Patienten (n=1146) mit Depression suchen ihren Hausarzt ausschließlich aufgrund von körperlichen Beschwerden im Rahmen der Depression auf.**

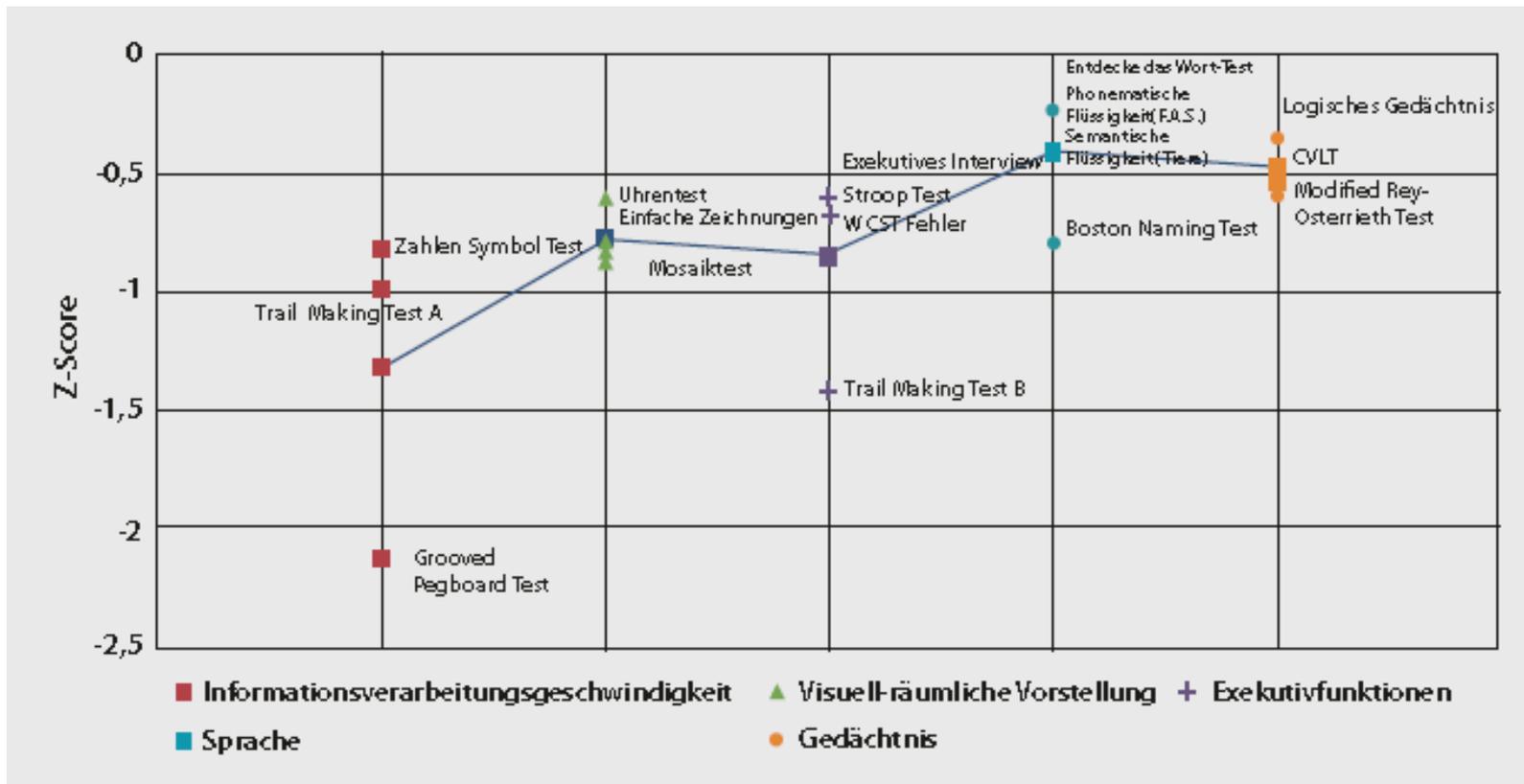


Simon et al (1999) An international study of the relation between somatic symptoms and depression.

## Kognitive Defizite und Pseudodemenz

40-60% der Patienten zeigen klinisch relevante kognitive Defizite.

**Bei 50% der Altersdepressiven mit kognitiver Beeinträchtigung bestehen die kognitiven Symptome noch nach Abklingen der affektiven Symptome.**

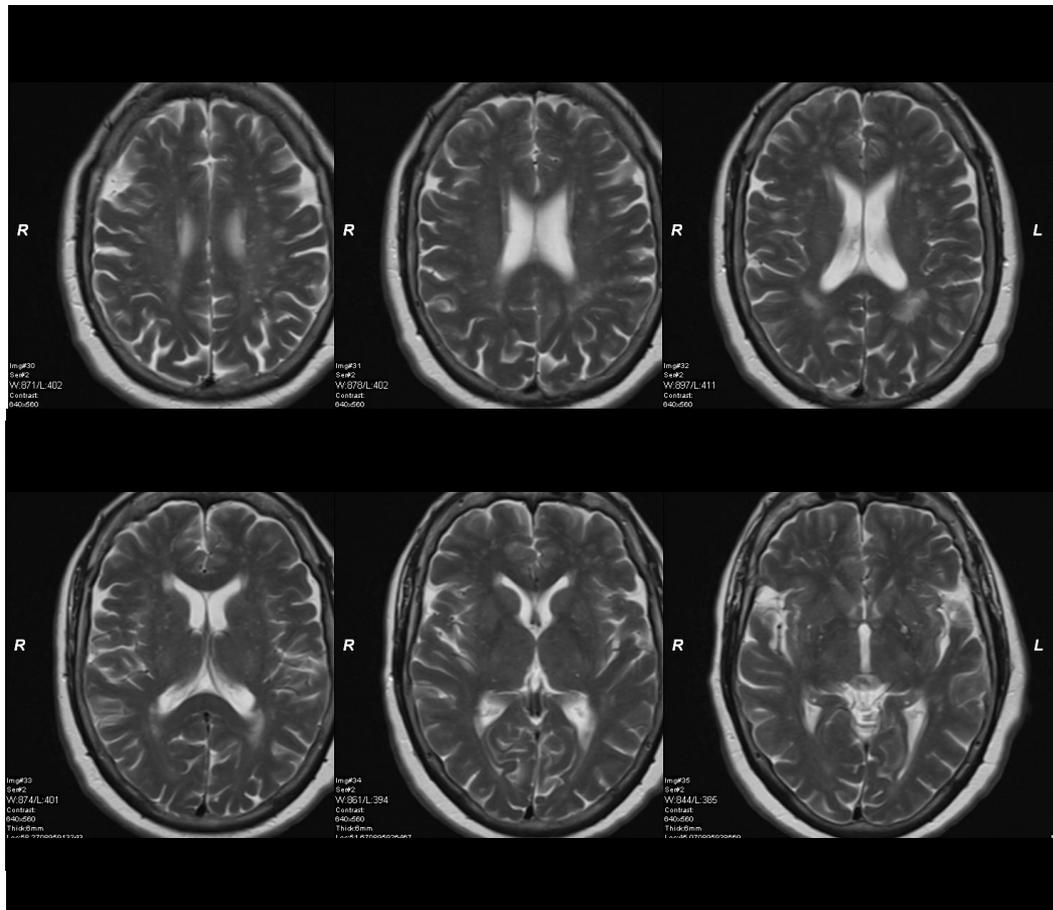


Butters MA et al. (2004) The nature and determinants of neuropsychological functioning in late-life depression. Arch Gen Psychiatry 61(6):587–595.

# Beispiel 62jährige Hausfrau

## Altersdepression, Befürchtung „Alzheimer“

Vask. Risikofaktoren: Art. Hypertonie, Hypercholesterinämie



Erhöhtes Risiko für Depression bei zerebraler Mikroangiopathie (insb. frontales Marklager) → „vaskuläre Demenz“

# Beispiel 62jährige Hausfrau, Altersdepression, Befürchtung „Alzheimer“ Neuropsychologie

Variablen	Wert	Max.	z-Wert
1 Semantische Flüssigkeit (Tiere)	25	-	0,7
2 Boston Naming Test	15	15	1,2
3 Mini-Mental Status	28	30	-1,1
4 Wortliste Lernen Total	21	30	-0,5
4a Wortliste Lernen Durchgang 1	6	10	0,1
4b Wortliste Lernen Durchgang 2	6	10	-1,4
4c Wortliste Lernen Durchgang 3	9	10	0,2
5 Wortliste Abrufen	6	10	-1,0
6 Wortliste - Intrusionen	0	-	0,6
7 Savings Wortliste (%)	67%	-	-1,7
8 Diskriminabilität (%)	100%	100%	0,5
9 Figuren Abzeichnen	11	11	1,3
10 Figuren Abrufen	9	11	0,1
11 Savings Figuren (%)	82%	-	-0,3
12 Phonematische Flüssigkeit (S-Wörter)	14	-	0,4
13 Trail Making Test, Part A	31	180	1,0
14 Trail Making Test, Part B	79	300	0,8
15 Trail Making Test, B/A	2,5	-	-0,1

## Pseudodemenz

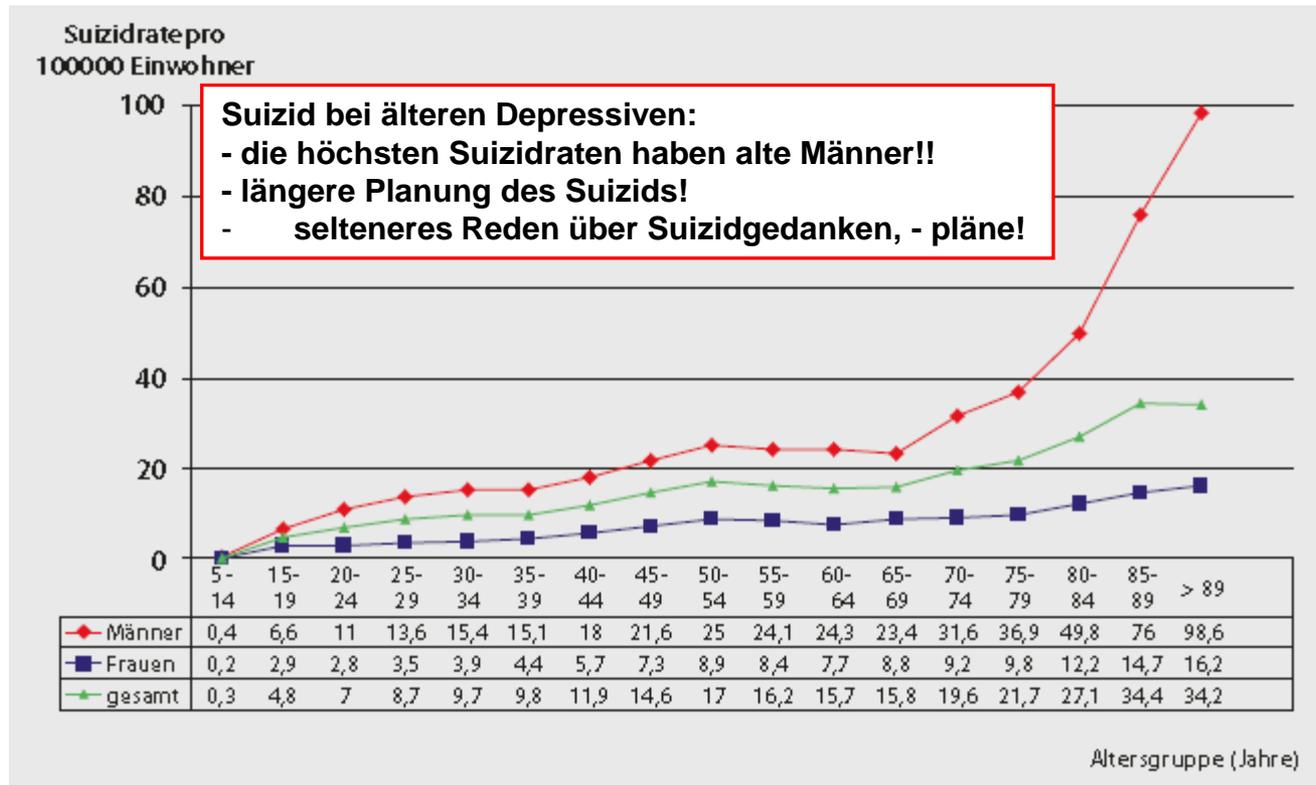
Tab. 17.2 Klinische Präsentation amnestisch-plus MCI vs. depressiver kognitiver Störungen

	MCI bei Alzheimer-Erkrankung	Depression
Beschreibung der Ausfälle	Teilweise dissimulierend	Präzise, auch generalisierend
Defizitbewusstsein	Eher herabgesetzt	Übersteigert
Leistungsfähigkeit	Konstant schlecht im Gedächtnis	Fluktuierend
Beginn	Schleichend (Monate, Jahre)	Rasch (Tage, Wochen)
Alltagsaktivitäten	Für komplexe Tätigkeiten eher leicht gestört	Eher erhalten
primäre kognitive Defizite	Gedächtnis	Problemlösen, Aufmerksamkeit
freier verzögerter Wiederabruf	Gestört	Evtl. gestört
Wiedererkennen	Gestört	Eher nicht gestört

## Assoziation Demenz und Depression

- **Depression ist ein Risikofaktor** für eine spätere Demenzentwicklung. Möglicherweise reduzieren häufige depressive Episoden die neuronale Plastizität des Gehirngewebes und schwächen somit die Widerstandsfähigkeit des Gehirns vor krankmachenden Prozessen, die zu einer Demenz führen können (z.B. Amyloidablagerungen).
- Depressionen treten **im Rahmen von Demenzentwicklungen reaktiv** auf.
- **Depressivität und Angst** sind frühe, nicht-kognitive Symptome und **Prädiktoren** einer Demenzentwicklung.

# Hohes Suizidrisiko bei alten Patienten!



Verteilung der Suizidziffern nach Alter und Geschlecht (Deutschland 2014).  
(Statistisches Bundesamt [2015](#))

Wolfersdorf M, Schüler M, Mauerer C, Suizidalität im Alter, In: Fellgiebel A, Hautzinger M (Hrsg) Altersdepression - ein interdisziplinäres Handbuch , Springer 2017

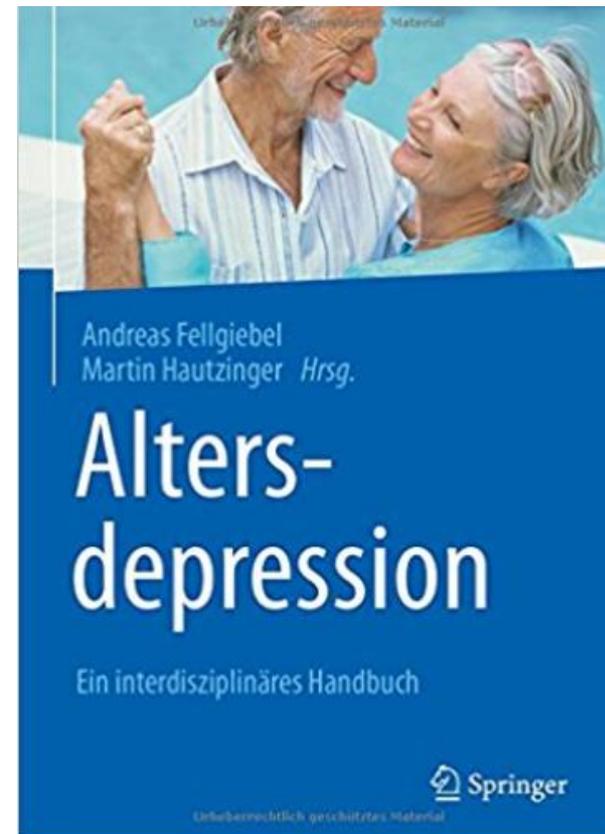
## Risikofaktoren für Suizidalität

- **Alter**
- **männliches Geschlecht**
- **Depression (auch frühere depressive Phasen)**
- **Suizidversuch in der Vorgeschichte**
- **familiäre Belastung mit Depression/ Suizid**
- **Sozialer Status**
- **Verlust der Partnerschaft (andere schwere Lebenskrisen)**
- **Psychische Komorbidität (Sucht!)**
- **Körperliche Erkrankung (besonders schwere chronische Erkrankungen (Dialyse, Tumoren))**
- **Körperliche Funktionseinschränkung, Behinderung**

# Therapie der Altersdepression

Multimodal, interdisziplinär, Settingfrage

- Psychotherapie
- **Medikamentöse Therapie**
- Körperliche Aktivierung, Bewegung, Sport
- Ergotherapie
- Musiktherapie
- Kunsttherapie
- Somatische Therapien



## Wer behandelt die Patienten mit Depression?

Schweregrad	Versorgung durch HA	Versorgung durch FA	Versorgung durch HA und FA	Versorgung durch andere Fachärzte
F32.2/F32.3 Schwere depressive Episode mit/ohne psychotische Symptome	37,8	28,1	29,9	4,2
F32.1 mittelgradige depressive Episode	44,3	26,8	24,7	4,2
F32.0 leichte depressive Episode	54,8	18,7	12,2	14,3
F32.8/F32.9 sonstige oder nicht näher bezeichnete depressive Episode	75,4	4,9	4,9	13,6
<b>Gesamt</b>	<b>64,1</b>	<b>13,2</b>	<b>11,8</b>	<b>10,8</b>

HA=Hausärzte; FA=spezifische Fachärzte, d. h. Fachärzte für Psychiatrie, Psychologische Psychotherapeuten etc.

Angaben in %, aus: S3-Leitlinie unipolare Depression 2015, Langfassung S. 52

## „Niederschwellige“, „hausarztbasierte“ Therapie!!

### „Colloberative Care Management“:

leitliniengerechte Versorgung, die sich auszeichnet durch

1. eine besondere Vernetzung von Hausarzt, Psychotherapeut, Psychiater, Pflege, oft durch Implementierung eines Casemanagements.
2. eine verbesserte Patientenbeteiligung, Psychoedukation und Selbstmanagement.

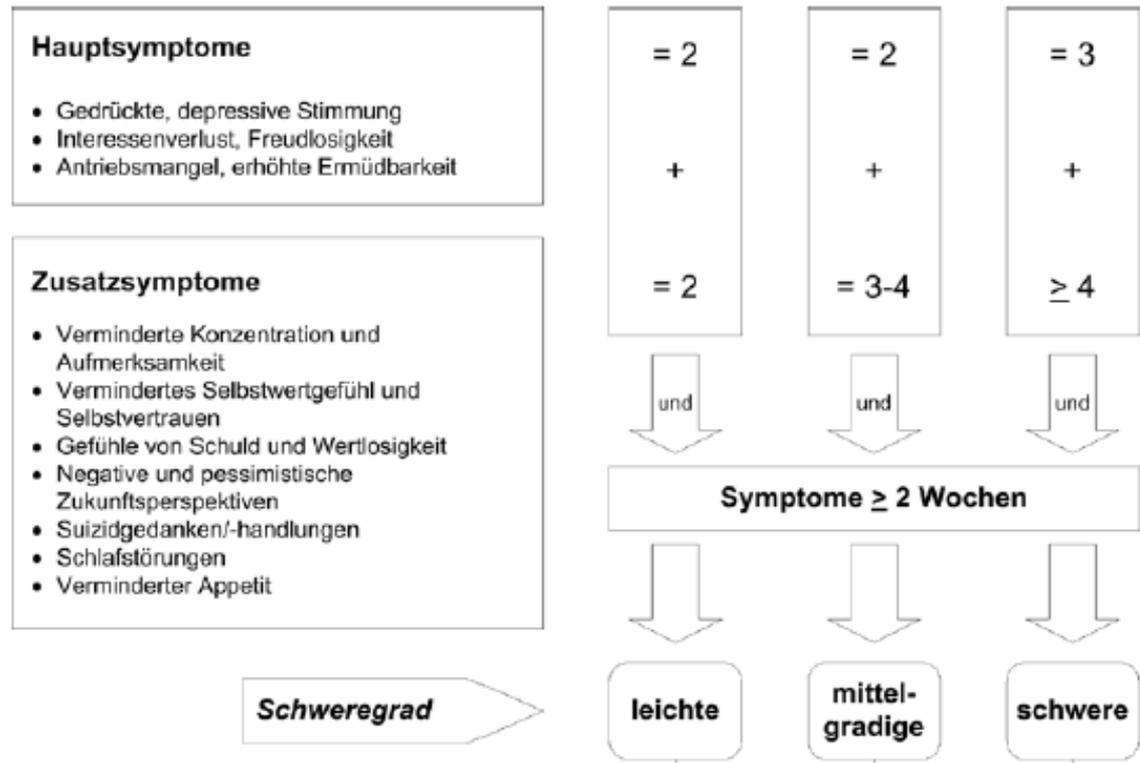
# Medikamentöse Therapie oder Psychotherapie?

**Patientenpräferenzen! Verfügbarkeit! Symptomatik!**

**Informationsgespräch über therapeutische Möglichkeiten! (Adhärenz!)**

**Therapieangebot nach Schweregrad und (psychischen) Komorbiditäten**

ICD-10 Schweregrad  
der Depression



# Akutbehandlung: Medikamentöse Therapie, Psychotherapie, Kombinationsbehandlung?

**Leichte depressive Episode: watchful waiting!** (Z.B. Aufklärung über Krankheitsbild, Beratung zu Selbstmanagement, WV nach 2 Wochen)

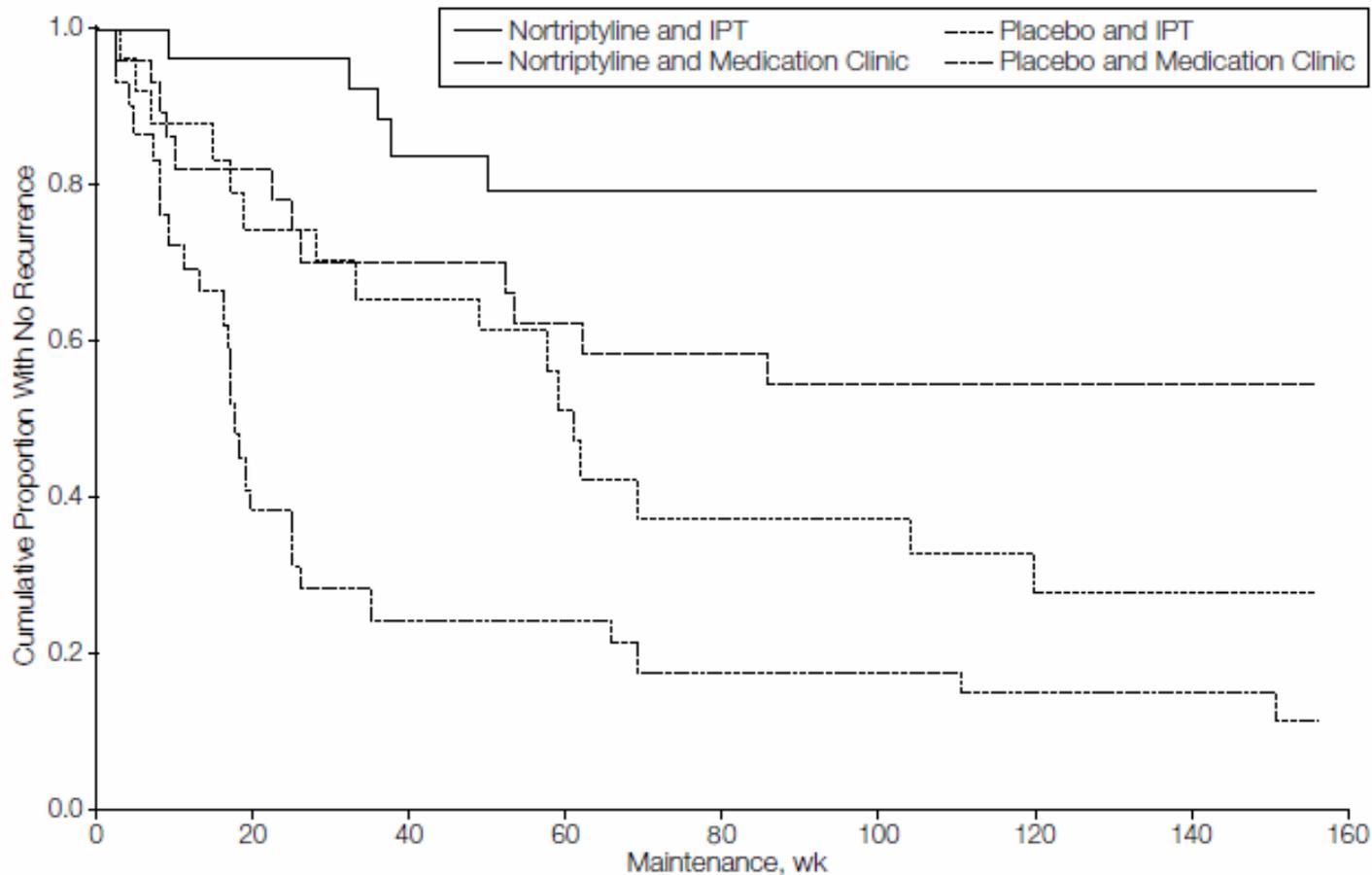
**Mittelgradige depressiven Episode:** Pharmakotherapie **oder** Psychotherapie

**Schwere depressive Episode:** Pharmakotherapie **und** Psychotherapie

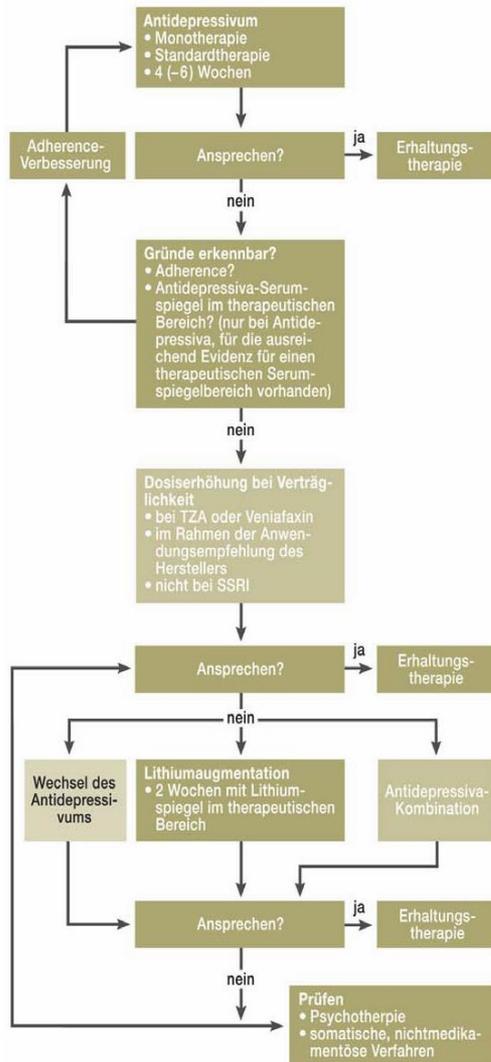
## Altersdepression: Monotherapie oder Kombinationstherapie?

Kombinationstherapie bei alten Patienten möglicherweise auch bei der mittelschweren Depression ein Vorteil!

JAMA, January 6, 1999—Vol 281, No. 1



# Pharmakotherapie Altersdepression



Erste Wahl:  
Sertralin (50-100mg)  
oder Mirtazapin (30-60mg)

Cave. Hyponatriämie!  
Alternativ: Bupropion  
CYP2D6! TDM!

Bei Nichtansprechen:  
TDM (Serumspiegel)

Umstellen auf  
Venlafaxin

Dosis  $\geq 150\text{mg/d}$   
(CYP2D6! ggfls. TDM)

Augmentation:  
Lithium (Nierenfunktion)  
(Aripiprazol)

Efficacy, safety, and tolerability of augmentation pharmacotherapy with aripiprazole for treatment-resistant depression in late life: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online September 28,

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00308-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00308-6)

rTMS?  
evtl. EKT!!

# Erhöhtes Suizidrisiko unter antidepressiver Therapie auch bei älteren Patienten?

**Wachsamkeit ist immer geboten!**

**Die Studiendaten zeigen zusammenfassend allerdings , dass das Antidepressiva-assoziierte Suizidrisiko mit zunehmendem Alter eher abnimmt.**

## Danke für die Aufmerksamkeit

