



Psychiatrische
Universitätsklinik
Zürich

Diagnostik und Therapie der Altersdepression

Continuum, 11.Dezember 2025

Prof. Dr.med. E. Savaskan

Empfehlungen für Diagnostik und Therapie der Depression im Alter



Therapy Recommendations for Diagnosis and Treatment
of Depression in Old Age

Martin Hatzinger^{1,2}, Ulrich Hemmeter¹, Therese Hirsbrunner⁴, Edith Holsboer-Trachsler³,
Thomas Leyhe¹, Jean-Frédéric Mall¹, Urs Mosimann², Nicole Rach⁵, Nathalie Trächsel¹
und Egemen Savaskan¹

¹ Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie (SGAP)

² Schweizerische Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (SGBP)

³ Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD)

⁴ Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)

⁵ Schweizerische Fachgesellschaft für Gerontopsychologie (SFGP)

PRAXIS, 2018, 107 (3): 127–144



Martin Hatzinger
Egemen Savaskan
(Hrsg.)

**Empfehlungen
für die Diagnostik
und Therapie der
Depression im Alter**

Frühzeitige Erkennung und
evidenzbasierte Behandlung

Prävalenz der Altersdepression

Neuroscience and Biobehavioral Reviews 132 (2022) 1067–1073



Contents lists available at ScienceDirect
Neuroscience and Biobehavioral Reviews
journal homepage: www.elsevier.com/locate/neubiorev

Review article

The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: A systematic review and meta-analysis

Nasrin Abdoli ^a, Nader Salarí ^{b,c}, Niloofar Darvishi ^d, Sima Jafarpour ^a, Mina Solaymani ^d,
Masoud Mohammadi ^{e,*}, Shamarina Shohaimi ^f

- Meta-Analyse von 20 Studien mit 18'953 Teilnehmer
- Weltweite Prävalenz 13.3 % für Major Depression
- In Europa 12.9 %
- Bei Frauen 11.9 %, bei Männern 9.7%

Tests for the evaluation of depression in the elderly: A systematic review

Valeria Colasanti ^{*}, Massimo Marianetti, Francesca Micacchi, Giuseppe Amadio Amabile, Concetta Mina

Department of Neurology and ORL, Sapienza University of Rome, Viale dell'Università, 30, I-00185 Rome, Italy

Arch Gerontol Geriatr 2010

Depression in older people is underdiagnosed

Allan CE, Valkanova V, Ebmeier KP.
Practitioner 2014

Subsyndromaler Verlauf:
«Minor Depression»: 30%

Nur 16% werden erkannt und behandelt
Buckley et al 2006

Review article

Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review

Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review.

Objective: To offer an update on prevalence and predictors of old age depression in populations of elderly Caucasians.

Method: The databases MEDLINE and Psychinfo were searched and relevant literature from 1993 onwards was reviewed.

Results: The prevalence of major depression ranges from 0.9% to 9.4% in private households, from 14% to 42% in institutional living, and from 1% to 16% among elderly living in private households or in institutions; and clinically relevant depressive symptom 'cases' in similar settings vary between 7.2% and 49%. The main predictors of depressive disorders and depressive symptom cases are: female gender, somatic illness, cognitive impairment, functional impairment, lack or loss of close social contacts, and a history of depression.

Conclusion: Depression is frequent in populations of elderly.

Methodological differences between the studies hinder consistent conclusions about geographical and cross-cultural variations in prevalence and predictors of depression. Improved comparability will provide a basis for consistent conclusions.

J. K. Djernes

The Northern Jutland Psychiatry Unit, Department of Old Age Psychiatry, Brønderslev, Psychiatric Hospital, Brønderslev, Denmark

Key words: depression; prevalence; aged; predictors; epidemiology; community; residential facilities

J.K. Djernes, Psykiatrien i Nordjyllands Amt, Gerontopsykisk afdeling, Brønderslev Psykiatriske Sygehus, Hjørringvej 180, 9700 Brønderslev, Denmark.
E-mail: jensdjernes@webspeed.dk

Accepted for publication January 13, 2006

→ Literatur ab 1993

→ Prävalenz von Major Depression im Alter:
0.9-9.4% bei zuhause lebenden
14-42% bei Heim-Bewohner

→ **Prädiktoren:**
Weibliches Geschlecht
Somatische Erkrankungen
Kognitive Störung
Funktionelle Einschränkungen
Mangel an sozialen Kontakten
Depression in der Vorgeschichte

Häufige Risikofaktoren für Depression im Alter

- Zerebrovaskuläre Erkrankungen
- Hypothyroidismus
- Mangelernährung
- Vitamin-B₁₂-Mangel
- Medikamente (*Polypharmazie*)

Schwarz&Fröhlich 2011

- Einsamkeit
- Ledig, verwitwet
- Soziale Isolation
- Negative Lebenserfahrungen
- Niedriger sozio-ökonomischer Status
- Positive Familiengeschichte
- Vorangehende depressive Episoden
- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Substanzabusus
- Betreuer-Aufgaben

*Kohn et al 2008; Barua et al 2010; Cole et al 2003;
Glaesmer et al 2011*

Post-Stroke Depression: A Review

Robert G. Robinson, M.D., Ricardo E. Jorge, M.D.

Am J Psychiatry 2016

- Prävalenz der Depression: 31-52%
- Die Komorbidität erhöht die Mortalität!
- SSRI wirksam; cave: *hämorrhagische Komplikationen, Stürze bei älteren Personen*
- Präventive Gabe von SSRI reduziert Risiko

Erkrankungen und Medikamente mit klarer Assoziation zu Depression

maligne Erkrankungen	z. B. Pankreaskarzinom, Bronchialkarzinom
Endokrinopathien	z. B. Morbus Cushing, Morbus Addison, Hypothyreose, Nebenschilddrüsenleiden
Mangelkrankungen	z. B. Vitamin-B ₁₂ -Mangel, Folsäuremangel, Eisenmangel
Infektionskrankheiten	z. B. AIDS, Hepatitis, Influenza, Lues
neurologische Erkrankungen	z. B. Morbus Parkinson, Epilepsien, Schlaganfall, Chorea Huntington, Multiple Sklerose, Morbus Alzheimer, Hirntumor
Autoimmunerkrankungen	z. B. systemischer Lupus erythematoses
andere Erkrankungen	z. B. koronare Herzerkrankung, Status nach Myokardinfarkt, Diabetes mellitus, terminale Niereninsuffizienz, Anämie
Antihypertensiva	z. B. Reserpin, Clonidin, alpha-Methyldopa
Betablocker	z. B. Propranolol
Steroide	z. B. Glukokortikoide, ACTH, anabole Steroide
Antihistaminika	z. B. Cimetidin, Ranitidin
Antiepileptika	z. B. Phenobarbital, Clonazepam
Autoimmunerkrankungen	z. B. systemischer Lupus erythematoses
psychotrope Substanzen (Intoxikation, Entzug)	z. B. Alkohol, Amphetamine, Kokain
andere Arzneimittel	z. B. Ethambutol, Baclofen, Cycloserin, Sulfonamide, Interferonpräparate

Tabelle 4. Auswahl von Medikamenten mit möglichen Depression-auslösenden Effekten (modifiziert nach [54])

Antihypertensive Medikamente:

- β-Blocker
- Alpha-Methyldopa
- Reserpin
- Clonidin
- Kalziumkanal-Blocker, z.B. Nifedipin

Analgetika:

- Opioide
- Indometacin

Antiparkinson-Medikamente:

- Levodopa
- Amantadin
- Tetrabenazin

Psychiatrische Medikamente:

- Typische Neuroleptika

Verschiedene:

- Digoxin
- Corticosteroide
- Sulfonamide
- Interferon

Ursachenhypothesen der Depression im Alter

Vulnerabilitäts-/Stress-assozierte Ursachen

Dysregulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA)

Serotonintransporter-Gen-Veränderungen

Gen-Polymorphismus begünstigt Depression, Abnahme der Transporterdichte

Neurodegeneration

BDNF Reduktion, Strukturelle Veränderungen

Apolipoprotein-E4

Doppel-Allel Risikofaktor für Alzheimer-Demenz und Depression

Vaskuläre Veränderungen und Veränderungen der weissen Substanz

Fronto-limbische und orbito-frontale Bahnen, Hippocampus, Amygdala betroffen

Frailty und Komorbiditäten

Vaskuläre/Kardiale Risikofaktoren, COPD, chron. Erkrankungen

Persönlichkeit

Depressive-abhängige Persönlichkeitsstruktur, pathologische Trauerreaktionen

Soziale Faktoren

Soziale Isolation, Vereinsamung

Körperliche Aktivität

Eingeschränkte Mobilität

Depressive Episode nach ICD-10

- **Hauptsymptome:**

- Depressive Stimmung
- Verlust von Interesse und Freude
- Erhöhte Ermüdbarkeit

- **Zusätzliche häufige Symptome:**

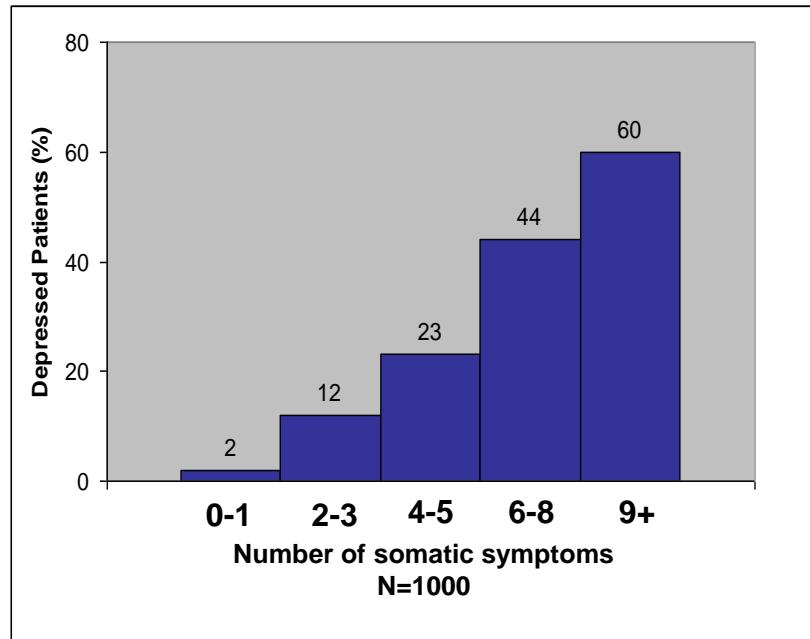
- Defizite in Konzentration und Aufmerksamkeit
- Reduktion von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, -Handlungen
- Schlafstörung
- Verminderter Appetit
- Somatisches Syndrom, Schmerzen

„Oft sind Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen, Vergesslichkeit und Schmerzen im Vordergrund“

„Wahnsymptome: vor allem Vergiftungs- und Verarmungswahn“

Somatische Beschwerden bei Altersdepression

Gelenkschmerzen	36.7 %
Rückenschmerzen	31.5 %
Kopfschmerzen	24.9 %
Brustschmerzen	24.6 %
Arm-/Beinschmerzen	24.3 %
Bauchschmerzen	23.6 %
Müdigkeit	23.6 %
Schwindel	23.3 %



Die steigende Anzahl der somatischen Symptome korreliert mit ansteigendem Risiko für Depression

Kroencke et al 1994

Physical comorbidity and polypharmacy in older psychiatric patients

Lacro JP&Jeste DV, Biol Psychiatry 1994

• Hypertonie	52%
• Koronare Herzkrankheit	52%
• Deg. Erkrankungen des Bewegungsapparats	31%
• Herzinsuffizienz	24%
• Gastrointestinale Beschwerden	21%
• D. Mellitus	19%
• Obst. Atemwegserkrankungen	14%
• Neurologische Erkrankungen	14%
• Schilddrüsenerkrankungen	10%

 **Polypharmazie**



Therapieresistenz

Treatment-resistant depression in the elderly

Bonner D, Howard R
Int Psychogeriatr 1995

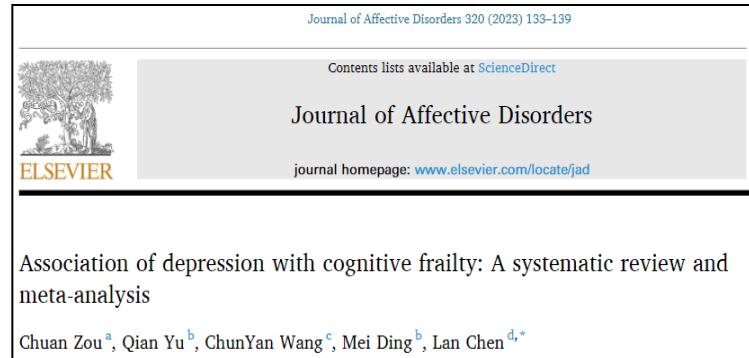
Kognitive Störungen bei Depression

- Eine allgemeine Abnahme der Informationsverarbeitung
- Folgende Bereiche primär betroffen:
 - Episodisches Gedächtnis
 - Sprache
 - Arbeitsgedächtnis
 - Exekutive Funktionen
 - Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung

Butters et al. 2004; O'Brien et al. 2004; Sheline et al. 2006

Bei wirksamer Therapie können sich die kognitiven Defizite einer Depression vollständig zurückbilden!

Paltzer et al. 2016



The image shows the cover of a journal article from the Journal of Affective Disorders. The cover features the Elsevier logo (a tree) and the journal title "Journal of Affective Disorders". It also includes the text "Contents lists available at ScienceDirect", "journal homepage: www.elsevier.com/locate/jad", and the abstract title "Association of depression with cognitive frailty: A systematic review and meta-analysis". The authors listed are Chuan Zou^a, Qian Yu^b, ChunYan Wang^c, Mei Ding^b, Lan Chen^{d,*}.

- Meta-Analyse von 15 Studien
- Hohe Prävalenz von «Cognitive Frailty» (körperliche Gebrechlichkeit und MCI) und Depression (bis zu 46%)

Depression and Risk of Developing Dementia

Amy L. Byers, PhD, MPH and Kristine Yaffe, MD

Departments of Psychiatry (ALB, KY), Neurology (KY), and Epidemiology & Biostatistics (KY),
University of California, San Francisco and San Francisco Veterans Affairs Medical Center (ALB,
KY)

Nat Rev Neurol 2012

- 2-4 mal erhöhtes Risiko
- Abhängig von Dauer und Frequenz der Depression
- Risiko für vaskuläre Demenz mehr erhöht als für Alzheimer-Demenz
- Mögliche Ursachen: erhöhtes Kortisol, vaskuläre Veränderungen, Amyloid-β Plaque-Formation, Inflammation, BDNF-Reduktion

Depression, Depression Treatments, and Risk of Incident Dementia: A Prospective Cohort Study of 354,313 Participants

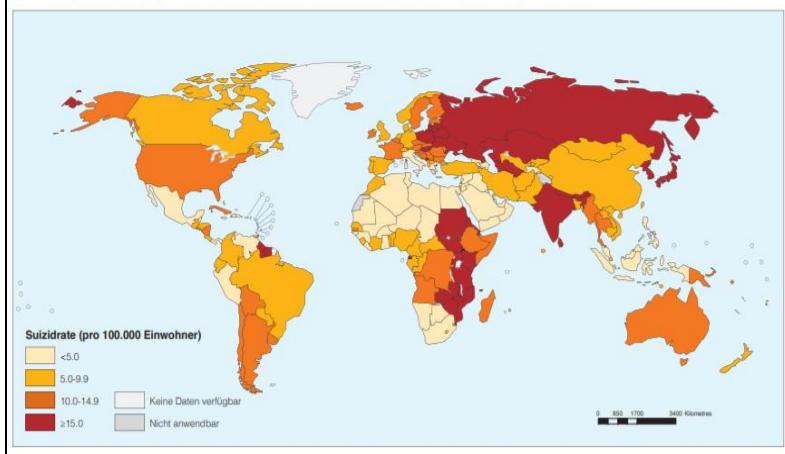
Liu Yang, Yue-Ting Deng, Yue Leng, Ya-Nan Ou, Yu-Zhu Li, Shi-Dong Chen, Xiao-Yu He, Bang-Sheng Wu, Shu-Yi Huang, Ya-Ru Zhang, Kevin Kuo, Wei Feng, Qiang Dong, Jian-Feng Feng, John Suckling, A. David Smith, Fei Li, Wei Cheng, and Jin-Tai Yu

Biol Psychiatry 2023

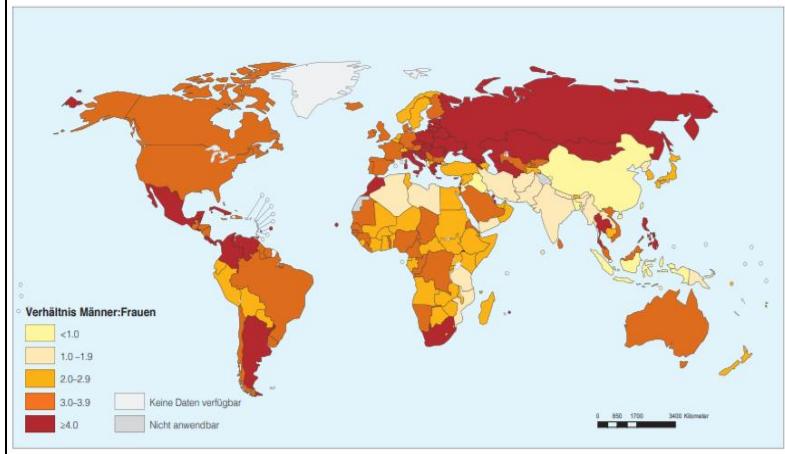
- Kohorten-Studie: 354'313 Probanden, 50-70 Jahre alt, 46'820 mit Depression
- Depression erhöht Demenz-Risiko um 51%
- Negative Korrelation zwischen Therapie der Depression und Demenz-Inzidenz

Suizid im Alter

Karte 1. Altersstandardisierte Suizidraten (pro 100.000 Einwohner), beide Geschlechter, 2012



Karte 3. Verhältnis Männer:Frauen bei den altersstandardisierten Suizidraten (2012)



Hinsichtlich des Alters sind die Suizidraten am niedrigsten bei Personen unter 15 Jahren und am höchsten bei Personen ab 70 Jahren. Dies betrifft sowohl Männer und Frauen in fast allen Regionen der Welt **WHO 2016**

Besonderheiten:

- In Westen steigen die Suizidraten im Alter
- Industriestaaten haben die höchste Suizidrate im Alter
- Suizidversuche enden bei Älteren eher tödlich
- Suizidale ältere Menschen sind sozial isoliert, unflexibel und entschiedener

Chehil&Kutcher 2012

- Vor allem Suizide bei Männer steigen stark an
Kung et al. 2008
- Längere Vorbereitungsphase, Planung, weniger Verbalisierung *Conwell et al. 1998*
- Ältere Personen besuchen vor dem Suizid ihren Hausarzt
Luoma et al. 2002, Hawton&Hering 2009

Suizid im Alter - Risikofaktoren

- Höheres Lebensalter
- Männliches Geschlecht
- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Suizide und Suizidhandlungen im Umfeld des Betroffenen
- Psychiatrische Erkrankung, insbesondere **Depression** und **Sucht**
- Vorliegen bestimmter psychopathologischer Symptome bei Depression: Suizidgedanken, -handlungen und –impulse, Gefühle der Hoffnungs- und Hilflosigkeit, sowie psychotische Symptome
- **Chronische, somatische Komorbiditäten** und deren Folgen wie Alltagseinschränkungen, eingeschränkte Autonomie und chronische **Schmerzen**
- **Psychosoziale Faktoren**: Partnerverlust, Einsamkeit, fehlender sozialer Unterstützung
- Verfügbarkeit von Suizidmethoden (z.B. Schusswaffen im Haushalt, Zugang zu Medikamenten)
- **Kognitive Einschränkungen** (beginnende Demenz)
- Polypharmazie infolge von Multimorbidität

Prävention der Suizidalität

Individuelle Suizidprävention in der akuten Krise:

1. Tragfähige therapeutische Beziehung
2. Diagnostik mit Ausprägung, Handlungsdruck, Risikofaktoren und Psychopathologie
3. Management: schützender Rahmen, Betreuungsdichte, rechtliche Aspekte und mechanische Sicherung
4. Akute Therapie: Krisenintervention, Therapieplan und –Beginn.

- Soziale Vernetzung fördern
- Senioren-Wohlfahrtsorganisationen
- Erkennen und behandeln der Depression
- Der Einsatz von geschulten Psychologen, Pflege und Sozialarbeitern

Diagnostik und Differentialdiagnostik der Depression im Alter

- Demenz und differentialdiagnostisch in Frage kommende somatische Ursachen depressiver Syndrome ausschliessen.
- Ausführliche Anamnese: Komorbiditäten, frühere Erkrankungen und Medikamente

- Die wichtigste Differentialdiagnose ist Demenz:

Alterspsychiatrische, internistische, neurologische und neuroradiologische Untersuchungen sowie Labor-Diagnostik

- Depression als Medikamenten-Nebenwirkung bei Polypharmazie:

Routinemässige Erfassung der Medikamente sowie Medikamentenspiegelbestimmungen

Untersuchungsinstrumente

	Ältere Personen	Erwachsene	HA-Praxen/ Spital	Demenz-kranke
Selbst-beurteilung	GDS DIA-S	BDI II CES-D/ADS	BDI-FS GHQ-12 HADS-D B-PHQ	
Fremd-beurteilung		HAMD MADRS		CSDD DMAS

GDS: Geriatrische Depressionsskala

DIA-S: Depression im Alter-Skala

BDI-II: Beck-Depressionsinventar II

BDI-FS: Kurzform des BDI

CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale

ADS: Allgemeine Depressionsskala

GHQ-12: General Health Questionnaire

HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale

B-PHQ: Brief Patient Health Questionnaire

HAMD: Hamilton Depressions-Skala

MADRS: Montgomery and Asperg Depression Ratings Scale

CSDD: Cornell-Skala für Depression bei Demenz

DMAS: Dementia Mood Assessment Scale

Faktoren, die zu berücksichtigen sind:

- Symptome, die auf eine somatische oder hirnorganische Störung zurückzuführen sind
- Medikamentennebenwirkungen
- Sinneseinschränkungen
- Kognitive Einschränkungen
- Das besondere klinische Bild der Altersdepression mit vegetativen Symptomen, diffuse Angst, somatische Beschwerden usw.

Geriatrische Depressionsskala (GDS)

- **GDS Geriatrische Depressionsskala:** Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer O. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psych Res 1983; 17: 37-49.

	JA	NEIN
• 1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	X	X
• 2. Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?	X	
• 3. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer?	X	
• 4. Ist Ihnen oft langweilig?	X	
• 5. Sind Sie meistens guter Laune?		X
• 6. Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustossen wird?	X	
• 7. Sind Sie meistens zufrieden?		X
• 8. Fühlen Sie sich oft hilflos?	X	
• 9. Sind Sie lieber zu Hause, statt auszugehen und etwas zu unternehmen?	X	
• 10. Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute?	X	
• 11. Finden Sie, es sei wunderbar, jetzt zu leben?		X
• 12. Fühlen Sie sich so, wie Sie jetzt sind eher wertlos?	X	
• 13. Fühlen Sie sich energiegeladen?		X
• 14. Finden Sie, Ihre Lage sei hoffnungslos?	X	
• 15. Glauben Sie, die meisten anderen Leute haben es besser wie Sie?	X	

Total GDS

Gezählt wird die Anzahl Kreuze. Das Maximum beträgt somit 15 Punkte.

0 – 5 Punkte: normal

5 – 10 Punkte: leichte bis mässige Depression

11 – 15 Punkte: schwere Depression

Labor-Diagnostik

Routinelabor

- Kleines Blutbild
- Entzündungsparameter: CRP(C-reaktives Protein bzw. BKS(Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit)
- Elektrolyte (Na, K, Cl, Mg)
- Urinstatus (Schnelltest auf: Eiweiss, Glucose, Keton, Urobilinogen, Bilirubin)
- Nüchternglucose
- Schilddrüsenparameter: TSH (Thyroidea-stimulierendes Hormon)
- Leberparameter: Alanin-Aminotransferase (ALT, GPT), Aspartat-Aminotransferase (AST, GOT), Glutamat-Dehydrogenase (GLDH) und Gamma-Glutamyl-Transferase (Gamma-GT, GGT)
- Nierenparameter: Harnstoff, Kreatinin
- Vitamin B12

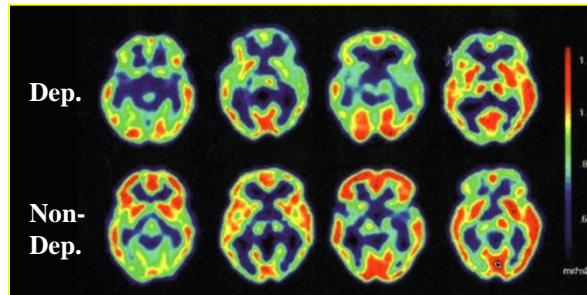
Erweiterte Diagnostik

- Differentialblutbild
- HIV-Antikörpertest
- Lues-Serologie
- Borrelien-Serologie
- HbA1c
- Vitamin B1, B6, Folsäure
- Blutfette, Alkalische Phosphatase, Bilirubin
- Homocystein
- Pb, Hg, Cu, Phosphat
- Parathormon, Coeruloplasmin
- Kortisol, ggf. Dexamethason-Suppressionstest

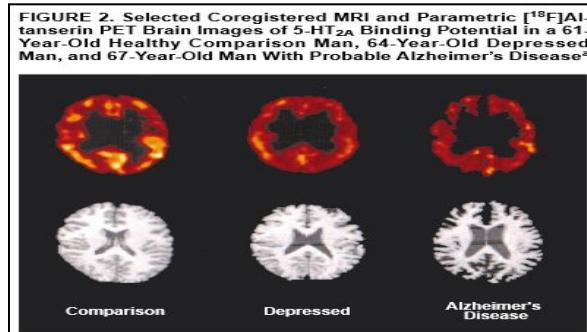
Bildgebung

- Bei neu auftretender Depression im Alter ist die Bildgebung indiziert !
MRT, wenn nicht möglich CT
- Ausschluss hirnorganischer Ursachen:
z.B. Tumor, Demenz
- Bei unklaren Fällen: *PET, SPECT*

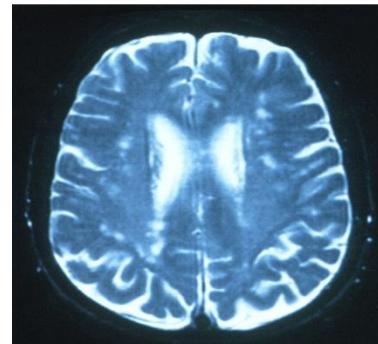
Unipolare Depression Morbus Parkinson Chorea Huntington Caudate Infarkt



Mayberg 1994



Meltzer et al 1999



Roberts et al 2003

Regional cerebral glucose metabolism in PET

PET imaging of serotonin type 2A receptors in late-life neuropsychiatric disorders

Vaskuläre Depression:

- Subkortikale Hyperintensitäten in der MRT
- Risikofaktoren: Diabetes, Hypertension, atriale Fibrillation

Therapie der Depression im Alter

Psychotherapie:

Basitherapie

Spezifische Psychotherapieformen

Medikamente:

Antidepressiva

Mood-Stabilizer

Adjuvante Therapien: z.B. Atypika

Chronobiologie:

Schlafentzug

Lichttherapie

Elektrokrampftherapie (EKT)

Millieutherapeutische und soziale Massnahmen

Mod. nach Hatzinger 2011

Psychotherapie

Psychosoziale Interventionen

- Kognitive Verhaltenstherapien (KVT)

- Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)
- Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)
- Achtsamskeits-basierte kognitive Therapie (Mindfulness-Based Cognitive Therapy MBCT)

- Interpersonelle Therapie (IPT)

- Erinnerungsorientierte Verfahren

- psychodynamische Verfahren

- *Evidenzgrad A für Depression bei über 65-Jährigen*

- *Evidenzgrad B bei schwerer Depression in Kombination mit Pharmakotherapie*

- *Evidenzgrad B bei depressiven Patienten mit Demenz*

Tabelle 5. Empfohlene psychosoziale Interventionen und Spezialtherapie (modifiziert nach [74]):

- Angeleitete Selbsthilfe
- Psychoedukation
- Problemlösetraining
- Physische Aktivierung
- Rekreationstherapie (befriedigende Freizeitgestaltung)
- Entspannungsverfahren
- Verbesserung der sozialen Kompetenz
- Spezialtherapien:
 - Ergotherapie
 - Künstlerische Therapien (Musik-, Kunst-, Bewegungs- und Tanztherapie)

- Bei der Altersdepression ist Psychotherapie Therapie der ersten Wahl (auch bei leichter kognitiver Störungen/Demenz)
- Bei schwerer Depression in Kombination mit Pharmakotherapie

Grundsätze der psychopharmakologischen Therapie in der Alterspsychiatrie:

- Therapie der ersten Wahl sind nicht-pharmakologische Therapien. Falls diese nicht ausreichen, können pharmakologische Therapien eingesetzt werden. Auch dann sollen nicht-pharmakologische Therapien begleitend angeboten werden.
- Beim Einsatz der Psychopharmaka soll zu Beginn eine Nutzen-/Risiko-Abwägung erfolgen.
- Ein individueller Therapieplan soll erstellt werden. Die Betroffenen und deren Betreuer sollen über Nutzen und Risiken einer Behandlung aufgeklärt werden.
- Vor dem Beginn der Therapie soll eine klinische Untersuchung mit Labor und EKG durchgeführt werden. In der ausführlichen Anamnese sollen die aktuellen Medikamente und Therapien in der Vorgeschichte dokumentiert werden.
- Pharmakotherapie möglichst als Monotherapie. Eine Substanz nach der anderen beginnen.
- Möglichst tiefe, individuell angepasste Startdosis. Schrittweise aufdosieren. Und beim Absetzen schrittweise reduzieren über einen längeren Zeitraum.
- Wenn möglich Rezeptorantagonisten vermeiden (Anticholinergika, Antihistaminika, Dopaminantagonisten).
- Die meisten Psychopharmaka werden «Off-label» eingesetzt, was grundsätzlich möglich ist wenn ein therapeutischer Nutzen erwartet wird und keine zugelassenen Behandlungsalternativen bestehen. Dabei liegt die Verantwortung für einen solchen Einsatz bei der ärztlichen Fachperson. Der Nachweis einer hinreichenden, dokumentierten Aufklärung der betroffenen Person und der Begründung für den Einsatz der Substanz sind notwendig. Insgesamt besteht eine erhöhte Aufklärungspflicht.
- Der Einsatz der Psychopharmaka soll den behandelten Symptomen entsprechend zeitlich limitiert erfolgen. Die Indikation soll regelmässig überprüft werden. Wenn Symptome sistieren sollen Reduktions- oder Absetzversuche unternommen werden.
- Mögliche Nebenwirkungen und Medikamenteninteraktionen sollen laufend überwacht werden. Beim Auftreten von Nebenwirkungen sind Dosisreduktionen, Absetzen und Medikamentenwechsel zu erwägen.
- Während einer psychopharmakotherapeutischen Behandlung sollen regelmässig EKG- und Labor-Kontrollen durchgeführt werden.

Grundsätze der
(Psycho-)
Pharmakotherapie
in der
Alterspsychiatrie

SGAP 2023

Therapie der Depression im Alter: Antidepressiva

Akutbehandlung:

- Medikamentöse Therapie bei mittelschwerer/schwerer Depression
 - Komorbiditäten beachten
 - Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen
 - Die bei jüngeren Erwachsenen untersuchte Antidepressiva zeigen auch im Alter gute Wirksamkeit
 - Niedrigere Dosierungen (30-40% der Erwachsenendosis)
 - Mind. 4-6 Wochen Therapiedauer vor Medikamentenwechsel
 - Auswahl des Medikaments nach Nebenwirkungsprofil

Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe:

- 6-12 Monate Therapiedauer bei Erstmanifestation einer Depression
- Bei häufig auftretenden Rezidiven mehrere Jahre

Antidepressiva im Alter

	Evidenz	Empfehlungsgrad	Zusätzliche Ziel-Symptome	Bemerkungen
Tri- und Tetrazyklika	B (A für Nortriptylin)	3 (2 für Nortriptylin)	Schlaf Schmerz Kognition	Einsatz limitiert wegen anticholinergen NW
SSRI	A	1	Angst	SIADH, QTc-Verlängerung
SNRI	A	1(Duloxetin) 2(Venlafaxin)	Kognition Schmerz	Blutdruck-Erhöhung bei Venlafaxin
Moclobemid	A	1	Kognition	Keine Kombination mit serotonergen Antidepressiva!
Bupropion	B	3	Kognition	Senkung der Krampfschwelle!
Mirtazapin	B	3	Schlaf Schmerz	Restlesslegs-Syndrom! Gewichtszunahme
Trazodon	A	2	Schlaf Kognition	Kardiale Reiz-Leitungsstörung
Agomelatin	B	3	Schlaf Kognition	Leberwerte kontrollieren!
Vortioxetin	B	3	Kognition	
Johanniskraut	F	Keiner	Leichte bis Mittelschwere Depression	Gute Verträglichkeit aber Interaktionen!

Hatzinger&Savaskan 2019

Nebenwirkungen der Antidepressiva

Name (alphabetisch)	Anticholinerg	Nausea/ Gastroint.	Sedation	Insomnie/ Agitation	Sexuelle Dysfunktion	Orthostase	Gewichts- anstieg	Spez. NW	Letalität bei Überdosis
TZA									
Amitriptylin	+++	-	+++	-	+	+++	+++	A, B	hoch
Clomipramin	+++	+	+	+	++	++	++	A, B	mittel
Dibenzepin	+	-	+	-	+	+	+	A, B	mittel
Doxepin	+++	-	+++	-	++	+++	++	A, B	hoch
Imipramin	++	-	+	++	+	++	++	A, B	hoch
Maprotilin	++	-	++	-	+	++	++	B	hoch
Mianserin	+	-	++	-	-	+	+	Blutbild	niedrig
Nortriptylin	+	-	+	+	+	+	+	A, B	hoch
Trazodon	-	+	++	-	++	+	+	Priapismus (selten)	niedrig
SSRI									
Citalopram	-	++	-	++	++	-	-		niedrig
Escitalopram	-	++	-	++	++	-	-		niedrig
Fluoxetin	-	++	-	++	++	-	-	C	niedrig
Fluvoxamini	-	++	+	++	++	-	-	C	niedrig
Paroxetin	+	++	-	++	++	-	-	C	niedrig
Sertralin	-	++	-	++	++	-	-		niedrig
SNRI									
Duloxetin	-	++	-	++	+	-	-		niedrig
Milnacipran	-	++	-	++	++	-	-		niedrig
Venlafaxin	-	++	-	++	++	-	-	Hypertension	niedrig
Diverse									
Agomelatin	-	+	-	-	-	-	-		niedrig
Bupropion	+	+	-	+	-	-	-	B	niedrig
Mirtazapin	-	-	++	-	-	+	++		niedrig
Moclobemid	+	+	-	+	-	-	-		niedrig
Reboxetin	-	+	-	++	+	++	-		niedrig

Schweregrad: +++ stark, ++ mittel, + leicht, - geringe bis keine Nebenwirkungen
A = EKG-Veränderungen (Reizleitung)
B = Senkung der Krampfschwelle
C = Klinisch signifikante Leberenzymhemmung (CYP-450)

Vorgehen bei Therapieresistenz

- Wechsel des Antidepressivums auf ein anderes (innerhalb oder ausserhalb der Klasse)
- Kombination zweier Antidepressiva
- Augmentationsbehandlung:

Lithium:

0.4-0.6 mmol/l: engmaschige Laborkontrollen

Kontraindiziert bei Niereninsuffizienz, schweren Herz-/Kreislaufstörungen, Schilddrüsenerkrankungen, Diuretikaeinnahme, Störungen des Natriumhaushalts!

Atypische Antipsychotika:

Insbesondere Aripiprazol und Quetiapine

- Adjuvante Medikation:

Benzodiazepine:

zur Anxiolyse, bei Krisensituationen

Substanzen mit kurzer Halbwertzeit (Lorazepam, Oxazepam) und zeitlich limitierter Einsatz (max. 3-4 Wochen)

QTc-Verlängerung

kardiovaskulär	Amiodaron Disopyramid Dobutamin Dopamin Ephedrin	Epinephrin/Norepinephrin Flecainid Midodrin Sotalol
psychotrop	Amitryptilin Chloralhydrat Chlorpromazin Clozapin Fluoxetin Haloperidol Imipramin	Methadon Methylphenidat Nortriptylin Olanzapin Risperidon Sertralin
gastro-intestinal	Domperidon Octreotid	Ondansetron
pulmonal	Salbutamol Salmeterol	Terbutalin
antimikrobiell	Erythromycin Clarithromycin Azithromycin Ciprofloxacin	Levofloxacin Moxifloxacin Trimethoprim-Sulfamethoxazol
antiviral	Amantadin	Foscarnet
antiparasitär	Chloroquin Mefloquin	Pentamidin
antimykotisch	Fluconazol Itraconazol	Ketoconazol
Varia	Phenylephrin Phenylpropanolamin	Tacrolimus

- Die Gefahr bei SSRIs geringer
- Neuroleptika (Atypika wie Risperidon, Olanzapin, Chlorpromazin und Clozapin, oder Phenotiazin, Butyrophenon und Pimozid) können QTc verlängern
- Trizyklische Antidepressiva sollen vermieden werden

Tabelle 1: Liste der wichtigsten Wirkstoffe mit QT-Verlängerung

Vorgehensweise bei Suizidalität

Identifikation der Risikofaktoren

Präventionsmassnahmen bei Risikopersonen:

- Aufklärung der Betroffenen zu Depression
- Psychotherapeutische Angebote
- Telefonische Beratungsangebote
- Sensibilisierung der Grundversorger

In der akuten Krise:

- Therapeutische Beziehung herstellen
- Diagnostik: Suizidalität, Depression, Psychopathologie
- Schützenden Rahmen aufbauen
- Therapie einleiten

Therapieinterventionen:

- Sichernde Massnahmen: Schutz (Überwachung, wenn notwendig Verlegung in die stationäre Behandlung), Einschränkung des Zugangs zu Suizidmethoden, Therapieplan, Pharmakotherapeutische Massnahmen
- Therapie der Grunderkrankung: Pharmakotherapie (Antidepressiva, Sedativa, evtl. Lithium)
- Spezifische Psychotherapie: z.B. ASSIP
- Massnahmen für die Zeit nach der Krise: Entfernen der Suizidinstrumente im häuslichen Rahmen, verbindliche Therapieplanung für die Nachbehandlung, Einbezug und Edukation der primären Bezugspersonen, Telefonberatungsdienste

Hatzinger & Savaskan
2019

Elektrokrampftherapie (EKT): Indikationen

- Depression mit psychotischen Symptomen
- Schwere Suizidalität
- Bedrohliche Malnutrition wegen unzureichender Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Therapieresistenz

(Nach mind. 2 Antidepressiva)



Therapieeffizienz mit 80% bei Älteren sehr hoch *Kelly&Zisselman 2000*

Chronobiologische Verfahren

Schlafdeprivation (Wachtherapie):

- Schlafentzug (gesamte Nacht, erste oder zweite Nachthälfte)
- Als Ergänzung zur Pharmako- und Psychotherapie
- Stabiler Effekt bei wiederholtem Einsatz oder bei Kombination mit Lichttherapie
- Kontraindikation: Anfallsleiden, hirnorganische Erkrankungen

Lichttherapie:

- Indikationen: Saisonale Depressionen, Schlafstörungen, Schlaf-Wach-Rhythmus-Störungen, Demenz mit BPSD
- Bei der Altersdepression als adjuvante Therapie
- UV- und Infrarot-gefiltertes Licht, 2000-10'000 Lux
- Beste Wirksamkeit wenn es am Morgen eingesetzt wird





Psychiatrische
Universitätsklinik
Zürich

Alterspsychiatrie und Psychotherapie



Universität
Zürich ^{UZH}



egemen.savaskan@pukzh.ch