



EPIDEMIOLOGIE

Laut Österreichischem Depressionsbericht gibt es in der Altersgruppe 75+ eine 12-Monate-Prävalenz für eine Depression von 7,1 % (Frauen 9 %, Männer 4,3 %). Zum Vergleich: In der Altersgruppe der 60–74-jährigen liegt diese bei 6,8 %.

Altersdepressionen kommen selten alleine

Depressionen werden von zahlreichen somatischen und psychischen Erkrankungen begleitet und umgekehrt. Die Diagnose und Behandlung depressiver Episoden sind erforderlich, um begleitende somatische Erkrankungen gut zu behandeln und Verschlechterungen zu vermeiden.



„Das Erkennen depressiver Störungen bei älteren und hochbetagten Menschen gestaltet sich oft schwierig, da die Symptome oft nicht so typisch erscheinen.“

Prim. Dr. Christian Jagsch

Leiter der Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie, LKH Graz II

Zahlreiche psychiatrische oder somatische Erkrankungen können komorbid Depressionen begleiten. Auch Medikamente können depressive Symptome erzeugen.

Psychiatrische Begleiter

Anpassungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen und dementielle Erkrankungen treten gemeinsam oder im Verlauf mit depressiven Episoden auf. Depressionen sind die psychischen Störungen mit dem höchsten Suizidrisiko. Alte und hochbetagte Menschen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen und dementiellen Syndromen leiden deutlich häufiger an einer Depression als kognitiv Gesunde. Die kognitiven Einbußen können nach erfolgreicher Depressionsbehandlung verschwinden oder persistieren. Rezidivierende Depressionen mit Beginn in jüngerem und mittlerem Erwachsenenalter erhöhen das Demenzrisiko im Alter, depressive Symptome im Alter

stellen hingegen häufig ein Prodromalstadium einer Demenz dar.

Somatische Begleiter

Depressionen im Rahmen von somatischen Erkrankungen sind einerseits zu verstehen als Begleiter gemeinsamer somatischer Verursacher, andererseits als Reaktion auf eine somatische Erkrankung, die die Lebensqualität deutlich beeinträchtigt. Häufige Beispiele sind Diabetes mellitus, chronische Nierenerkrankungen, chronische Schmerzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schlaganfälle, Parkinsonerkrankung und onkologische Erkrankungen.

Der **schlecht eingestellte Diabetes** mit nachfolgenden Komplikationen korreliert mit der Depressionshäufigkeit und umgekehrt. Depressive Patient:innen können die empfohlene Diät und auch die empfohlene medikamentöse Therapie schlechter einhalten, ein schlecht eingestellter Blutzucker wiederum erhöht die Depressionswahrscheinlichkeit.

PRAXISMEMO

1 Die **medikamentöse Therapie** ist vor allem bei mittelschweren bis schweren depressiven Episoden erfolgreich.

2 **Subsyndromale und leichte Formen** sprechen schlechter auf eine medikamentöse Therapie an.

3 Die erfolgreichste Strategie ist eine **Kombinationstherapie** aus Antidepressiva und Psychotherapie.

LEBENSUMSTÄNDE

Menschen, die getrennt, geschieden oder verwitwet sind bzw. die keine engen Bezugspersonen haben oder die z. B. unter dauerhaften Belastungen leiden, erkranken eher an einer Depression. Ein höheres Bildungsniveau und eine sichere berufliche Anstellung sind mit niedrigeren Depressionsraten assoziiert.



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.

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 kann ebenfalls erfolgreicher begegnet werden.

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 %.

SUIZIDALITÄT

Depressionen gehen mit einer erhöhten Mortalität einher. Menschen mit Depression haben eine etwa 30-mal höhere Suizidrate als die Durchschnittsbevölkerung. Schätzungen gehen davon aus, dass 80 % aller Menschen, die durch einen Suizid ums Leben kommen, davor an einer psychischen Erkrankung, meist einer Depression litten.

Bei onkologischen Erkrankungen entstehen Depressionen 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.

Eine erhöhte Depressionshäufigkeit findet sich auch bei Erkrankungen wie manifester Hypothyreose, Cushing-Syndrom und primärem Hyperparathyreoidismus, Hypertonie, Polyarthrit, Multipler Sklerose, COPD und Multimorbidität.

Medikamentöse Begleiter

Auch regulär verabreichte Medikamente können als Nebenwirkungen depressive Symptome zeigen, wie z.B. Analgetika (Opiate, nichtsteroidale A.), Antihypertensiva (Reserpin, Clonidin, Diuretika, Betablocker), Antikonvulsiva, Antiparkinsonmittel (Amanadin, L-Dopa, Bromocriptin), Cholinesterasehemmer, Benzodiazepine, Kortikosteroide, Cimetidin, Ranitidin, Tuberkulostatika, Chemotherapeutika (Cisplatin, Vincristin).

Therapie

Die medikamentöse Depressionsbehandlung muss ausreichend lange und in ausreichender Dosierung erfolgen. Bewährt haben sich hier SSRI (Serotonin-Reuptake-Inhibitoren wie Escitalopram, Sertralin und Citalopram) oder dual wirksame SNRI (Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren wie Venlafaxin, Milnacipran und Duloxetine). Ebenso gerne werden Mirtazapin und Trazodon verwendet. ■

DEPRESSION IM ALTER

- Symptome sind oft nicht so ausgeprägt
- eher chronischer Verlauf
- Verschlechterung vor allem kognitiver Fähigkeiten (Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Entschlussfähigkeit)
- somatische Symptome im Vordergrund
- oft unspezifische Symptome wie Klagsamkeit, hypochondrische Befürchtungen, Reizbarkeit, Verlangsamung, Apathie, Rückzug
- häufiges Misstrauen und Wahnideen

Kognitive Störungen und Depression können in unterschiedlicher Weise verwoben sein:

- 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“)

WAS PATIENT:INNEN WISSEN MÖCHTEN

➤ Wird mein Gedächtnis durch die Depressionsbehandlung wieder normal?

Ja, wenn ein depressives Syndrom vorliegt, welches gut auf Antidepressiva anspricht.

➤ Werde ich von den Medikamenten abhängig?

Nein, die verwendeten und empfohlenen Antidepressiva machen nicht abhängig. Sie müssen jedoch langsam ausgeschlichen werden, damit keine Absetzphänomene auftreten.

Tab.: Differentialdiagnose zwischen Depression und Demenz (vor allem Alzheimer Demenz)

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