

Symposium der SGAD: Alter, Altern und Psychiatrie

**«Depression, Angst und körperliche
Komorbiditäten im Alter»**

Josef Hättenschwiler
Zentrum für Angst- und Depressions-
behandlung Zürich (ZADZ)



SGAD

Schweizerische Gesellschaft
für Angst & Depression

Behandlungsempfehlungen der Schweiz. Gesellschaft für Angst und
Depression SGAD, der SGBP und der SGPP

SMF
FMS

Forum Médical Suisse

Forum Medico Svizzero

Schweizerisches Medizin-Forum

Swiss Medical Forum

Das offizielle
Schweizer
medizin
Verbindung der
meistgelesene
der Schweiz.

Update
2016

**Die somatische Behandlung
der unipolaren depressiven Störungen**

1. Teil

Edith Holsboer-Trachslers*, Josef Hättenschwiler*, Johannes Michael Hemmeters*,
Martin Ekkehard Keck*, Stefan Rennhard*, Martin H., Martin Preisig*,
Yvette Attinger Andreoli*, Anouk Gehret*, Daniel Bielins...

1. Teil: Die Akutbehandlung der depressiven Episode
2. Teil: Erhaltungstherapie und Rückfallprophylaxe

Erscheint am 31.08.2016 im
Swiss Medical Forum

Download: www.sgad.ch

Depression im Alter

- Involutionsdepression
 - ICD-9: Unterform der unipolaren Depression
 - Begriff aus ICD-10 u. DSM-IV/5 verschwunden
- Altersdepression: Erstmanifestation ≥ 60 . Lebensjahr
- Heutige Lehrmeinung:
 - Es gibt keine spezielle Altersdepression
 - Da im Alter alle Arten von depressiven Syndromen vorkommen
 - Daher ist es besser von **Depression im Alter** zu sprechen



Übersicht (I)

Angst und Depression bei älteren Menschen

- Traurigkeit, übermässige Angst, sozialer Rückzug, nachlassende Lebensfreude sind im Alter nicht normal
- Depression und Angststörungen = häufigste seelische Erkrankungen im Alter
- **(Punkt)Prävalenzen**
 - +/- gleiche Prävalenz wie im Erwachsenenalter
 - Angststörungen > 65J: 14.2 % (F 18.1; M 8.7) (Ritchie, 2004)
 - Depressive Störungen: 9.1 % (Linden 1998)
 - **ABER**: häufiger subsyndromale dep. Symptomatik 18% versus 8% im Erwachsenenalter (Linden 1998; Meeks 2011)

*Ritchie et al. Prevalence of DSMIV psychiatric disorder in the French elderly population. Br J Psychiatry 2004
Linden, 1989; Vinkers et al. 2004; Luppá et al 2008; Holweda et al 2007; Chan et al 2007*

Übersicht (II)

Angst und Depression bei älteren Menschen

- Komorbidität ist sehr häufig
 - Total der Fälle von Angst und / oder Depression
 - 25% alleinige Angststörungen
 - 25% alleinige Depression
 - **50% Angst/Depression gemischt**
 - **Stationärer Bereich Komorbidität bis 100%**
- 70% der Depressionen haben Angststörungen in der Vorgeschichte

⇒ **Angststörungen als Risikofaktor für Depression**

*Ritchie et al. Prevalence of DSMIV psychiatric disorder in the French elderly population. Br J Psychiatry 2004
Linden, 1989; Vinkers et al. 2004; Lippa et al 2008; Holweda et al 2007; Chan et al 2007*

Übersicht (III)

Angst und Depression bei älteren Menschen

- Prognose schlechter, wenn komorbide psychische und somatische Erkrankungen vorliegen (alle Altersgruppen)
- Komorbide körperliche Erkrankung verschlechtert die Prognose der Depression und vice versa
- Bei später Erstmanifestation → an Vorliegen einer somatischen Erkrankung denken, auch an beginnende Demenz
- Nichtbehandelte Depressionen u. Angststörungen sind Hauptursache für sehr hohe Suizidrate der älteren Bevölkerung (Männer!!)
- Zur Behandlung stehen alle Optionen zur Verfügung, die auch in anderen Altersgruppen gelten. Die Methoden müssen jeweils modifiziert werden.

*Schneider G, Heuft G. Angst und Depression bei älteren Menschen.
Z Psychosom Med Psychother 58, 336-356, 2012*

Fall: 63 jähriger Akademiker (I)

Zuweisung des Patienten wegen anhaltender Angst und Depression durch den Hausarzt

- er ist somatisch abgeklärt, HA schliesst trotz tiefem TSH eine Schilddrüsenstörung aus
- Pat äussert das vage Gefühl, körperlich stimme etwas nicht

Unsere diagnostische Beurteilung

- Depressive Störung, leichte bis mittelschwere Episode (ICD 10: F32.1)
- Generalisierte Angststörung (ICD 10: F41.1)
- Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) ICD 10: F41.0)

Somatische Untersuchungen bei psychischen Erkrankungen

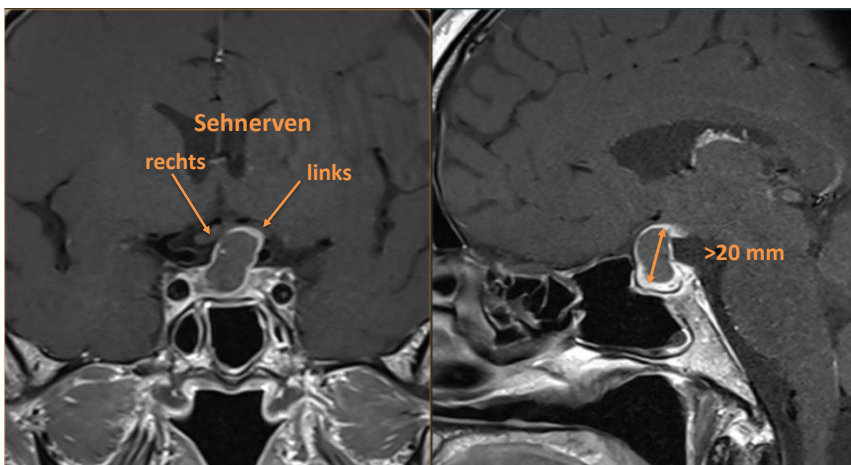
- Ausführliche Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Blutbild, Blutzucker, Leberwerte
- Elektrolyte (Ca^{++} , K^{+})
- Schilddrüse (TSH)
- EKG
- Ggf. Lungenfunktion
- Ggf. kraniale Bildgebung (MRT, CT)
- Ggf. EEG
- an Drogen/Medikamente denken



Fall: 63 jähriger Akademiker

Labor	Resultat	Normwert
TSH basal	0.030 mU/l	0.10 – 4.0
fT4	9.5 pmol/l	10.0 – 28.0
fT3	5.0 pmol/l	3.0 – 9.5

Fall: 63 jähriger Akademiker: MRI vom 20.04.2016



Fall: 63 jähriger Akademiker

Diagnose

- **Kraniopharyngeom intra- und suprasellär**
 - Linksbetonte Kompression der Nn Optici
bitemporale untere Quadranten-Anopsie
 - Hypophysen-Insuffizienz (corticotrope, gonadotrope, thyreotrope Achse) inkl. Diabetes insipidus

Therapie am 05.05.2016

- Endonasal-Transsphenoidale Tumor-Exstirpation
- Hormonsubstitution

Resultat

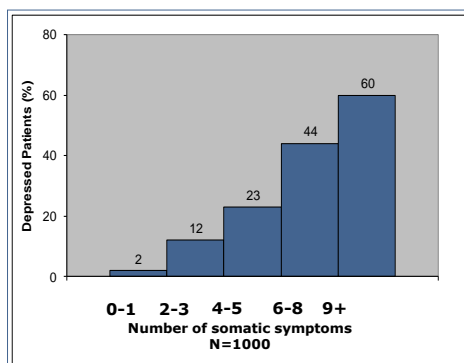
- innerhalb weniger Wochen psychisch remittiert!
- Sehnerven zeigen Regenerationstendenz



Somatische Beschwerden bei Depression im Alter

Kroencke et al 1994

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

(nach Savaskan, 7. SFMAD, 2016)



Medizinische Risikofaktoren für Depression im Alter

- Zerebrovaskuläre Erkrankungen, v.a. Schlaganfälle
- Herzerkrankungen
- Tumorerkrankungen
- Diabetes
- Hypothyroidismus
- Vitamin-B12-Mangel
- Demenz, Alzheimer, Parkinson
- Mangelernährung
- Medikamente (Polypharmazie)

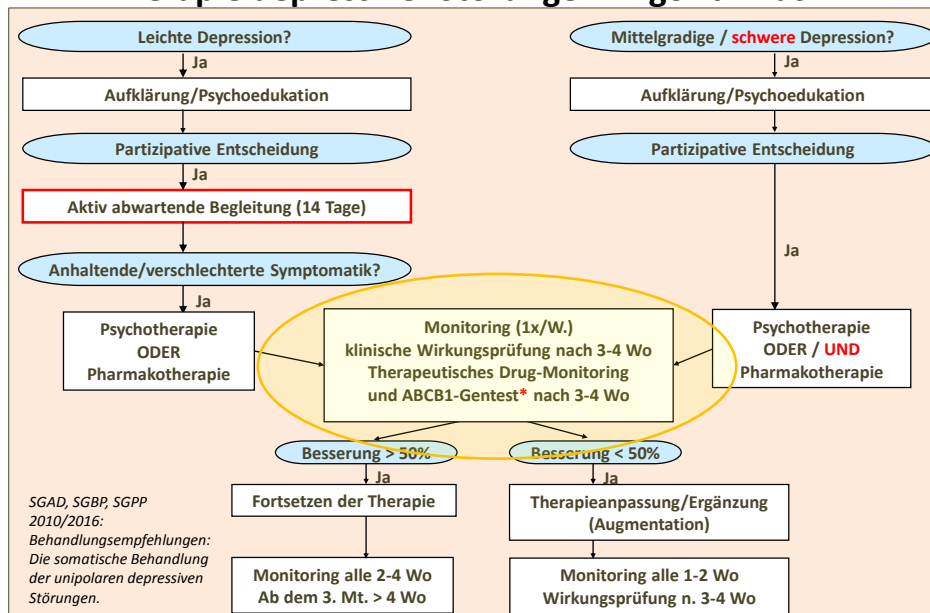
Umfassende Diagnostik als erster Schritt zur erfolgreichen Therapie

- WFSBP 2013: «It should be emphasized that the initial assessment of depression, including a thorough somatic examination, should be done by a physician»
- Diagnose auf Basis ICD-10 oder DSM-5
- Unter Beachtung von gleichzeitig bestehenden:
 - psychiatrischen Störungen
 - somatischen Störungen
 - anderen Faktoren, die zu einem depressiven Syndrom beitragen können
 - oder mit der Behandlung interferieren: z.B. nicht-psychiatrische Medikation, psychosoziale Stressfaktoren

Integrative Therapie der depressiven Episode im Alter

Psychotherapie <ul style="list-style-type: none"> • Begleitende Gespräche ("Basis-PT") immer • Spezifische Psychotherapie (KVT, IPT, CBASP) • leichte bis (in Kombination) schwere Depressionen 	Medikamentöse Therapie <ul style="list-style-type: none"> • mittelschwere bis schwere Depressionen • leichte D: keine Besserung auf PT, anamn. schwerere Episoden, gutes früheres Ansprechen, Patientenwunsch 	Chronobiologische Verfahren <ul style="list-style-type: none"> • Schlafentzug • Lichttherapie
Stimulationsverfahren <ul style="list-style-type: none"> • Elektrokrampftherapie (EKT) • Transkranielle Magnetstimulation (rTMS) • Vagusnervstimulation (VNS) 	Milieu- und Soziotherapeutische Massnahmen <ul style="list-style-type: none"> • Tagesklinik • Spitex • Psychiatrische Spitex 	Somatische Begleittherapie

Therapie depressiver Störungen: Algorithmus



SGAD, SGBP, SGPP
2010/2016:
Behandlungsempfehlungen:
Die somatische Behandlung
der unipolaren depressiven
Störungen.

* Diagnostik ist nur einmal im Leben erforderlich und erlaubt es, die Behandlung mit Antidepressiva auf den individuellen ABCB1-Genotyp abzustimmen.

Eingeschränkte Wahl von Psychopharmaka bei komorbiden Störungen

- Bedingt durch somatische Störungen an sich
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - Pulmonale Erkrankungen
 - Leber- und Nierenfunktionseinschränkungen
 - Diabetes mellitus

- Bedingt durch Interaktionen mit Medikamenten zur Behandlung somatischer Leiden

Antidepressiva bei speziellen somatischen Problemen

Vorschläge anhand des Nebenwirkungsprofils

Probleme	Geeignete Antidepressiva
Orthostatische Hypotonie	SSRI, Moclobemid, Venlafaxin, Duloxetin, Agomelatin
Hypertonie	SSRI, Mirtazapin, Agomelatin
Herz-Kreislaufferkrankungen	SSRI, Mianserin, Mirtazapin, Moclobemid
Extrapyramidale Symptome	Mirtazapin, Reboxetin, Agomelatin
Epileptische Krampfanfälle	Moclobemid, Citalopram, Sertralin
Status nach Hirninsult	SSRI, Reboxetin, Mirtazapin
Morbus Parkinson	SSRI
Demenz	SSRI, Moclobemid, Trazodon
Gewichtszunahme	Moclobemid, Venlafaxin, Reboxetin, Trazodon, Duloxetin, Bupropion, Agomelatin
Diabetes	SSRI, Agomelatin
Schlafstörungen	Mirtazapin, Mianserin, Trazodon, Agomelatin, Trimipramin
Sexuelle Dysfunktion	Mirtazapin, Mianserin, Moclobemid, Duloxetin, Bupropion, Trazodon, Agomelatin

Atypische Antipsychotika bei älteren Patienten

Indikationen	Risiken
<ul style="list-style-type: none">• Behaviorale und Psychologische Symptome bei Demenz (BPSD)• Augmentation von AD bei Depression• Angststörungen• Insomnie• Psychose bei M. Parkinson	<ul style="list-style-type: none">• Metabolisches Syndrom (D.Mellitus II)• Gewichtszunahme• Plötzlicher Herztod• Zerebrovaskuläre Ereignisse• Erhöhte Mortalität

McKean A, Monasterio E. Expert Rev Clin Pharmacol 2015

Benzodiazepine bei Älteren

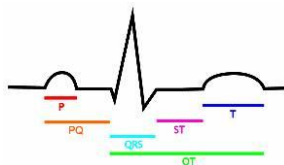
- **BZD prinzipiell auch im höheren Alter sicher und wirksam**
 - Dosis: so niedrig wie möglich, so hoch wie nötig
 - Dauer: so kurz wie möglich, so lange wie klinisch indiziert
- **Indikationen, z.B.**
 - Krisensituationen
 - Begleittherapie bis Antidepressivum wirkt
- **Verzögerter Metabolismus im Alter häufiger, daher rascher NW**
 - Stürze, kognitive Störungen
- **Langzeittherapie nur bei echter Therapieresistenz**
- **Empfohlen sind: Kurzwirksame BZD ohne aktiven Metaboliten**
 - Lorazepam, Oxazepam
- **Ein Entzug muss sehr langsam und vorsichtig stattfinden**

*Benkert, Hippus. Compendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 2013;
Short- and Long-Term Use of Benzodiazepines in Patients with Generalized Anxiety
Disorder: A Review of Guidelines. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and
Technologies in Health; 2014.*

Psychopharmaka bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Allgemeine Bemerkungen

- Bei Herzgesunden
 - relativ geringes Risiko mit Psychopharmaka
 - ABER: Trizyklika: leicht erhöhtes kardiovaskuläres Risiko!
 - QTc-Verlängerungen



- Bei kardiovaskulärer Vorschädigung
 - Potenzielle Kardiotoxizität von Psychopharmaka bei Erregungsleitungsstörungen, Herzinsuffizienz, KHK, Blutdruckdysregulation

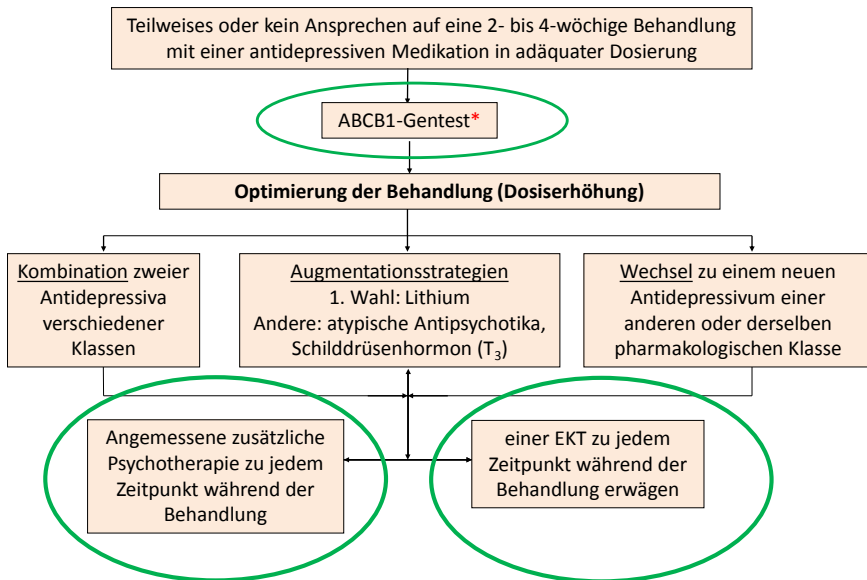
Psychopharmaka und Herz-Kreislauf

Benkert & Hippus 2014

Risikoeinschätzung bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Indikationsgruppe	Risikoeinschätzung		
	Gering	Mässig	Erhöht
Antidepressiva	Agomelatin, Bupropion, Mianserin, Mirtazapin, SSRI	Duloxetin, (Milnacipran), Moclobemid, Nortriptylin, Reboxetin, Venlafaxin	Maprotilin, Tranylcypromin, Trazodon, TZA (ausser Nortriptylin)
Antipsychotika	Amisulprid, Aripiprazol, Asenapin, Pipamperon, Sulpirid	Haloperidol, Quetiapin, Olanzapin, Risperidon, Ziprasidon	Clozapin, Haloperidol (hohe Dosen i.v.), Thioridazin, Sertindol
Anxiolytika Hypnotika	Benzodiazepine, Pregabalin, Zaleplon, Zolpidem, Zopiclon		
Stimmungsstabilisierer	Lamotrigin, Valproat	Carbamazepin	Lithium

Was tun, wenn die Behandlung nicht anspricht?



* Diagnostik ist nur einmal im Leben erforderlich und erlaubt es, die Behandlung mit Antidepressiva auf den individuellen ABCB1-Genotyp abzustimmen.

Evidenz für Augmentationsstrategien?

	Evidenzstärke
Lithium	A
Thyroidhormone(T ₃)	B
Atypische Neuroleptika:	
♦ Quetiapin/Aripiprazol	A
♦ Olanzapin /Risperidon	B
Kognitive Verhaltenstherapie	A
Serieller Schlafentzug	A
Elektrokrampftherapie (EKT)	A
Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)	B
Vagusnervstimulation (VNS)	C

Bauer et al, 2002/2007

Elektrokrampftherapie (EKT): Neuste Resultate bei Depressiven Episoden im Alter

(Study population n = 240 Pat, Alter > 60 Jahre)

- EKT bei Älteren mit schweren Depressionen gut wirksam
- EKT + AD ist in Erhaltungstherapie einer rein medikamentösen Behandlung überlegen
- Alter > 70 Jahre bessere Resultate als < 70 (Remission 70% vs 55%)
- Kognition: keine Verschlechterung über 6 Monate

Kellner CH et al. Right Unilateral Ultrabrief Pulse ECT in Geriatric Depression: Phase 1 of the PRIDE Study. Am J Psych 2016; epub 15.7.2016

Kellner CH et al. A Novel Strategy for Continuation ECT in Geriatric Depression: Phase 2 of the PRIDE Study. Am J Psych 2016; epub 15.7.2016

