

30. November 2024

Die zwei gerontopsychiatrischen Ds: Demenz und Alters-Depression

PD Dr. Jens Benninghoff

Zentrum f. Altersmedizin u. Entwicklungsstörungen

kbo-IAK-München-Ost

ALTERSDEPRESSION

Diagnostik und Therapie

Anamnese

- Phasenzahl, zeitlicher Verlauf
- Symptomatik (Polarität, Suizidalität, psychotische Symptome)
- Begleitsymptomatik und (somatische) Komorbidität, auch Sucht
- Psychosoziale Stressoren
- Aufrechterhaltene Bedingungen
- Befindlichkeit zwischen den Phasen
- Widerstands-Faktoren (Resilience)
- Wirksamkeit vorheriger Therapien
- Compliance

Ätiologie

- Neurobiologie: Monoamin-Mangel Hypothese
- Funktionell-neurobiologisch: Vulnerabilitäts-Streß-Model
- Biopsychosoziales Erklärungsmodell (DeJong-Meyer, 2005)

Klinik und Diagnostik

- Dauer: mindestens 2 Wochen
- **Kardinalsymptome:** Mindestens 2 der Symptome Niedergedrücktheit, **Anhedonie** oder **Antriebsarmut** müssen vorliegen (liegen alle 3 vor – schwere Depression)
- Zusatzsymptome: Verlust d. Selbstvertrauens, Schuldgefühle, *suizidale Gedanken*, **Konzentrationsmangel/Kognitionsdefizite**, **gestörte Psychomotorik**, **Schlafstörungen**, **Appetitstörungen** - mind. 1-4 Symptome bei leichter bzw. 5-6 bei mittelgradiger oder 4-7 Symptome bei schwerer Depression

Problem der Diagnostik bei Altersdepression

- **Subsyndromale Krankheitsbilder**: Gefühl der Gefühl- u. Freudlosigkeit, ängstliche Klagsamkeit mit Überbewertung körperbezogener Beschwerden, Regressionsneigung, vermehrt episoden-überdauernde Restsymptomatik, Antriebsminderung, gedrückte Stimmung, Schwindel, Schlafstörungen, Spannungszustände, depressive Wahnzustände (Schuld- u. Verarmungswahn), paranoide Zustände, akustische Halluzinationen (bspw. Partner ruft aus dem Grab).
- Direkt od. indirekt selbstdestruktives Verhalten – „silent suicide“ (Nahrungsverweigerung)
- Pseudodemenz

Depression im Alter: GDS-4 vs. Whooley-Test

GERIATRISCHE DEPRESSIONS-SKALA (GDS)

Kurzform mit 4 Fragen

	JA	NEIN
1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?		
2. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer?		
3. Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustoßen wird?		
4. Sind Sie meistens zufrieden?		

Bewertung

Je 1 Punkt gibt es bei Antwort „Ja“ auf Fragen 2 und 3 und bei Antwort „Nein“ auf Fragen 1 und 4.

Bei 2 und mehr Punkten: Hinweis auf eine Depression

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al : Development and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report : J Psychiatr Res 1982-83; 39: 37-49

Katona CLE, Katona PM: Geriatric depression scale can be used in older people in primary care. BMJ 1997; 315: 1236

2- Item- Fragebogen

(Whooley et al.)

1. Haben Sie sich im letzten Monat oft niedergeschlagen, depressiv oder hoffnungslos gefühlt?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Interesse oder Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Cave! Iatrogene Altersdepression

Antihypertensive Medikamente:

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

Analgetika:

- Opioide
- Indomethacin

Antiparkinson-Medikamente:

- Levodopa
- Amantadin
- Tetrabenazin

Psychiatrische Medikamente:

- Typische Neuroleptika

Verschiedene:

- Digoxin
- Corticosteroide
- Sulfonamide
- Interferon

SOK- Konzept der selektiven Optimierung und Kompensation

- Selektion: Auswahl bzw. Veränderung von Zielen und Auswahlbereichen - motivationale Bereitschaft, kognitive Flexibilität und Handlungsorientierung (z.B. Lebensrückblicke, Trauerarbeit)
- Kompensation: Schaffung, Training und Nutzung neuer Handlungsmittel – Plastizitätsthese bzw. Inaktivitätsatrophieannahme („use it or loose it“)
- Optimierung: Störung und Nutzung von Ressourcen – Gestaltung der Umwelt und Einbeziehung von Diensten und Serviceleistungen

Serotonerg- wirksame Antidepressiva

- ***Selektive Serotonin Re-Uptake-Inhibitoren (SSRIs)***

Die Wirksamkeit der SSRIs ist bei älteren Personen belegt mit spezifischer Wirksamkeit bei Patienten mit komorbider Angsterkrankung.

CAVE! : **SIADH als Klasseneffekt der SSRIs** muss beachtet werden (Überwachung des Natriums). Für Citalopram und Escitalopram wurde eine Verlängerung der QTC-Zeit beschrieben und eine Dosisbegrenzung festgelegt. Insgesamt zeigt Sertralin das günstigste Nutzen/Risiko-Profil.

Evidenzkategorie: A

Empfehlungsgrad: 1

- ***Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Re-Uptake- Inhibitoren (SNRIs)***

Zur Wirksamkeit der SNRIs **Venlafaxin und Duloxetin** bei älteren Patienten existieren gute Wirksamkeitsnachweise. Für beide zeigen sich gute Effekte auf die Zielsymptomaten Kognition und Schmerz

UAW: Die Miktion kann in seltenen Fällen beeinträchtigt werden. Bei Venlafaxin ist ein möglicher blutdrucksteigernder Effekt zu beachten.

Weitere Therapie-Optionen

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

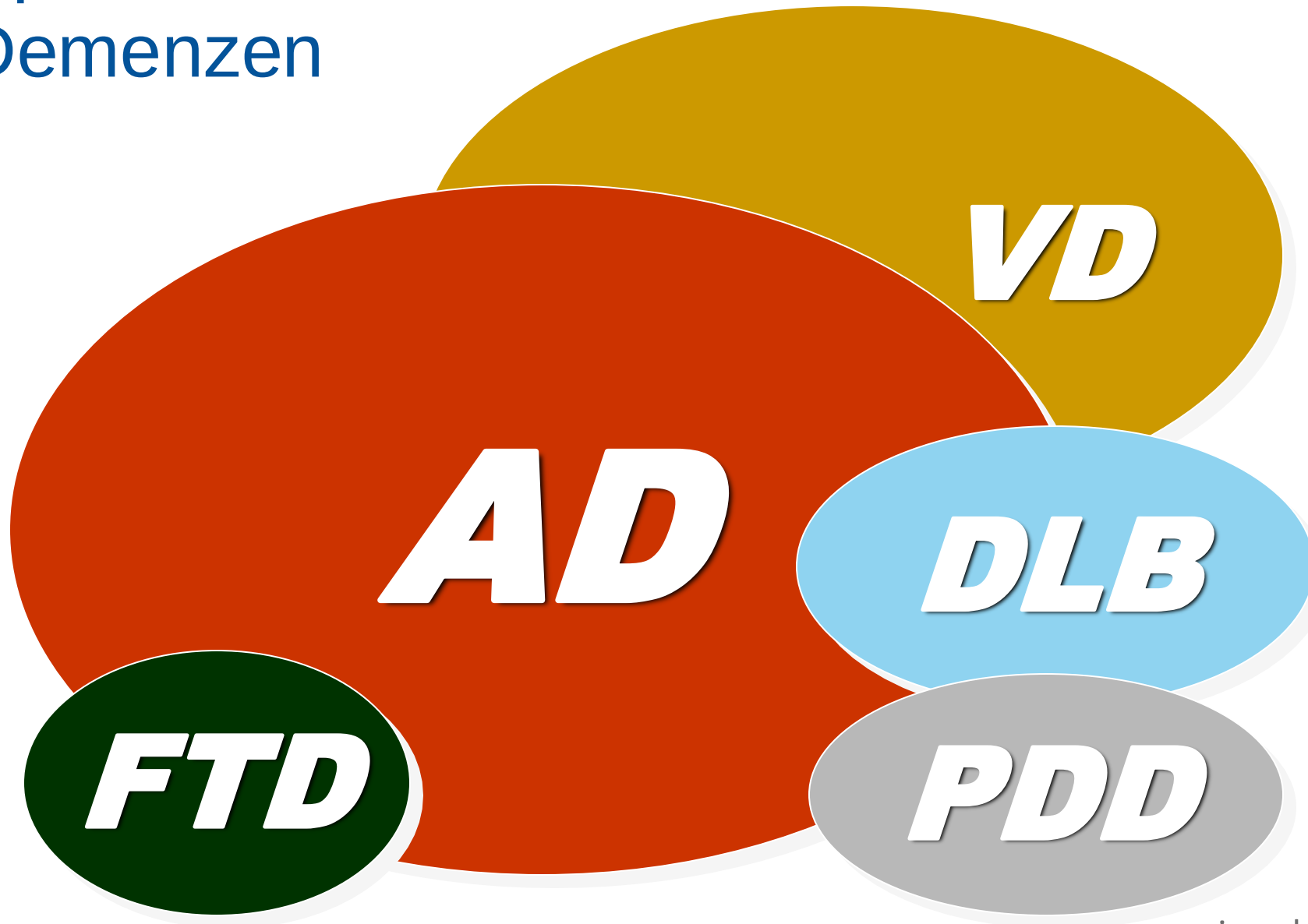
Ein wenig dement sind im Alter doch alle?



(Alzheimer-) DEMENZ

Diagnostik und Therapie

Spektrum Demenzen



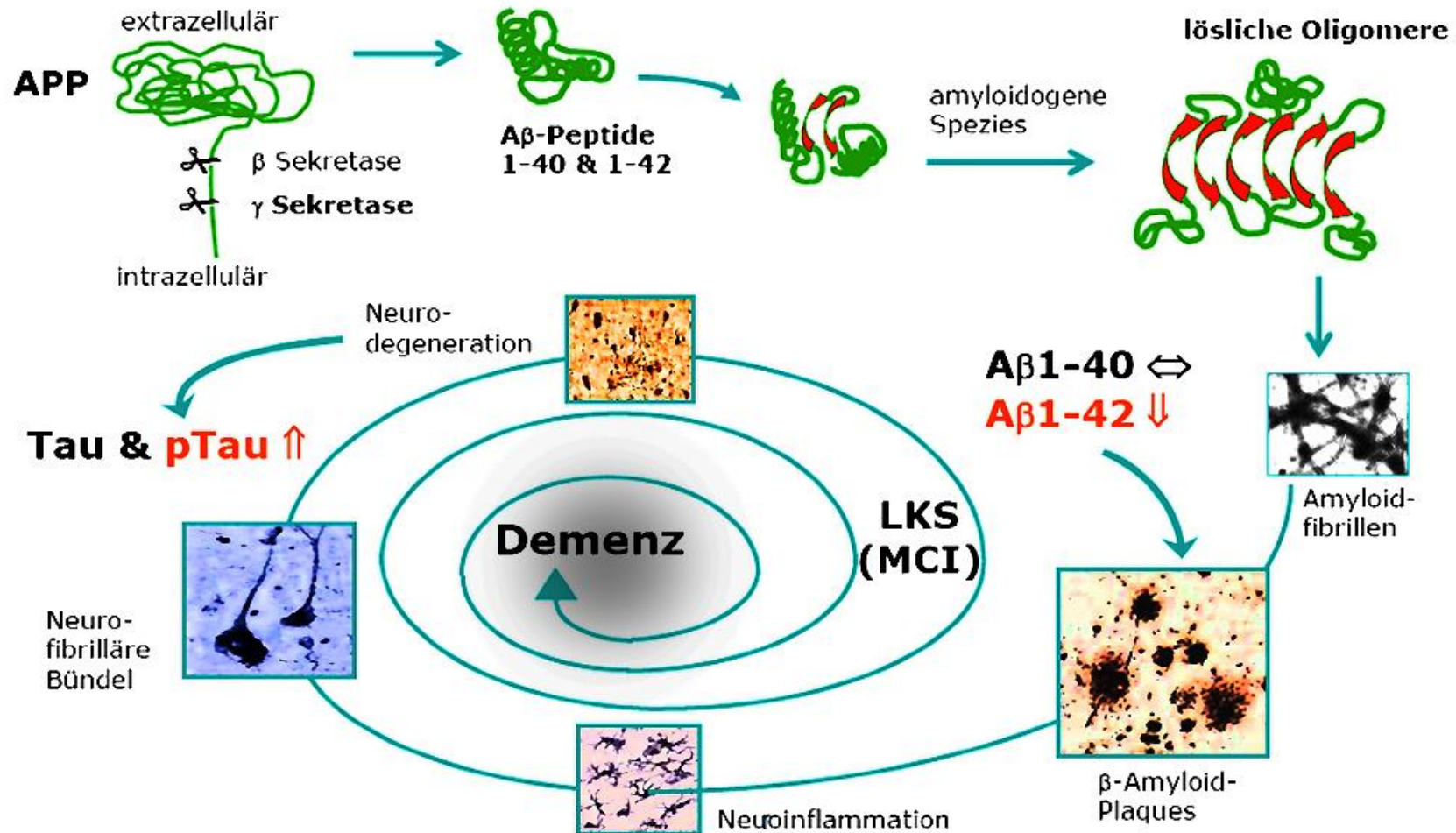
Antidementiva – immer

- **immer** HOFFNUNG
- **immer** muss DIAGNOSTIK vorausgehen
- **immer** unter KONTROLLE (bevor & während der Therapie)

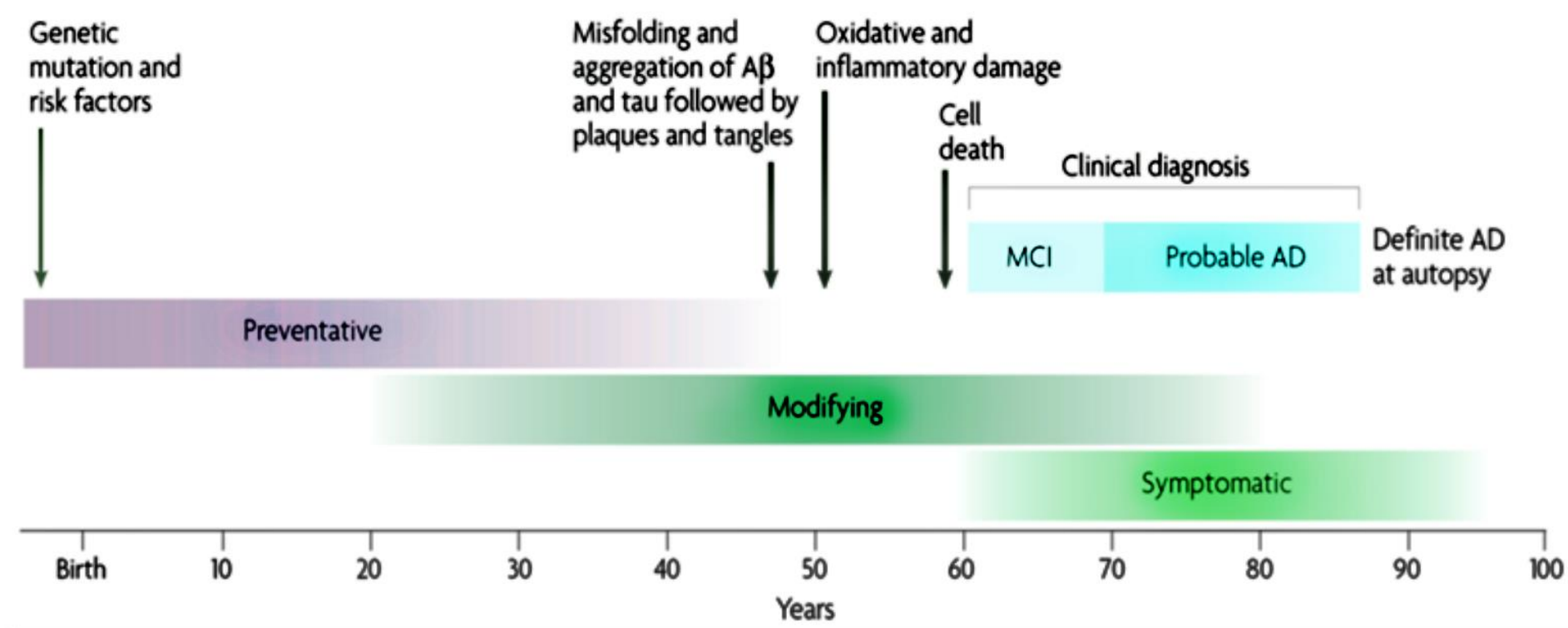
Antidementiva – immer

- **immer** HOFFNUNG
- **immer** muss DIAGNOSTIK vorausgehen
- **immer** unter KONTROLLE (bevor & während der Therapie)

Alzheimer als „Kontinuum-Erkrankung“ - Biomarker

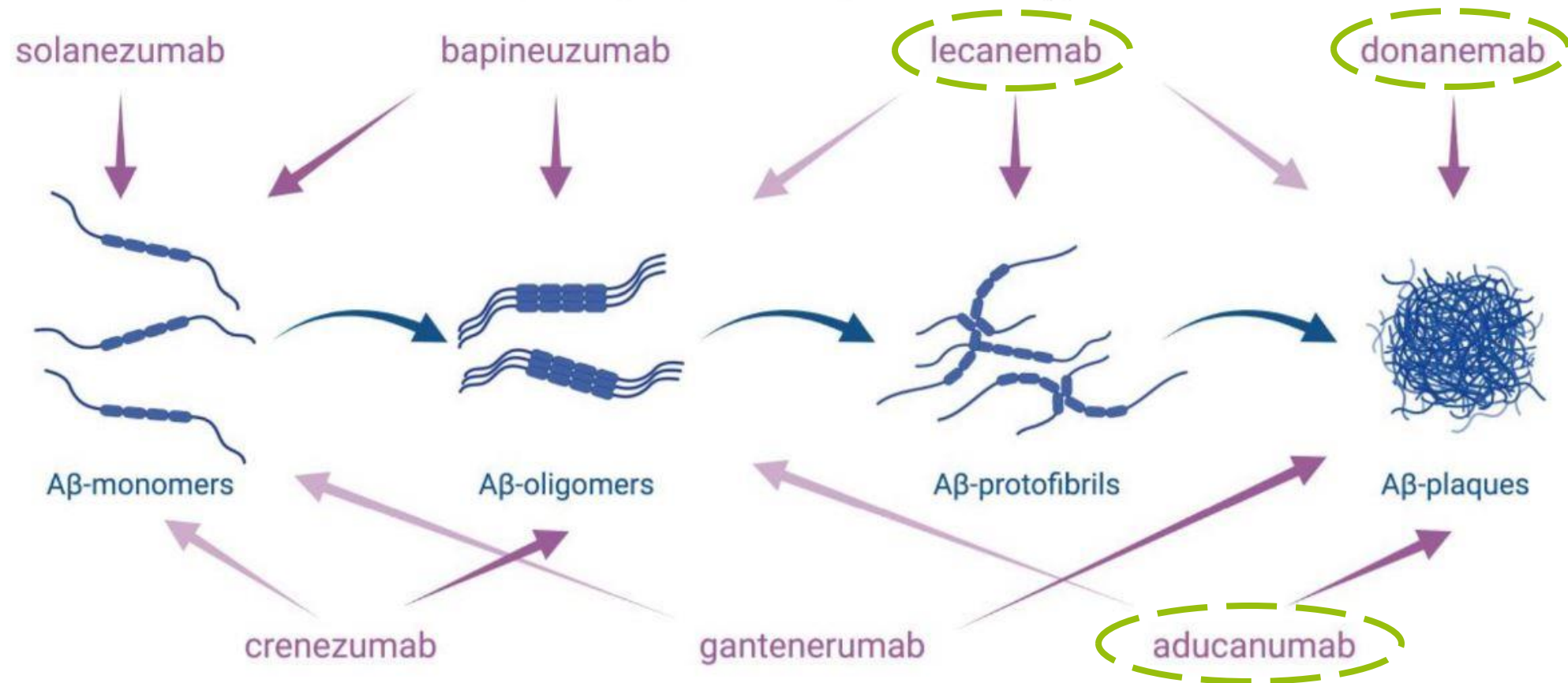


Alzheimer als Kontinuum-Erkrankung



Überblick Wirkungsmechanismen der neuen Medikamente

Amyloid-Antikörper in fortgeschrittener klinischer Entwicklung



Leitfaden
der
Klinischen Psychiatrie

von
Dr. Georg Schlomer
Leitender Arzt der Kuranstalten Berlin-Westend

Atypische Formen.

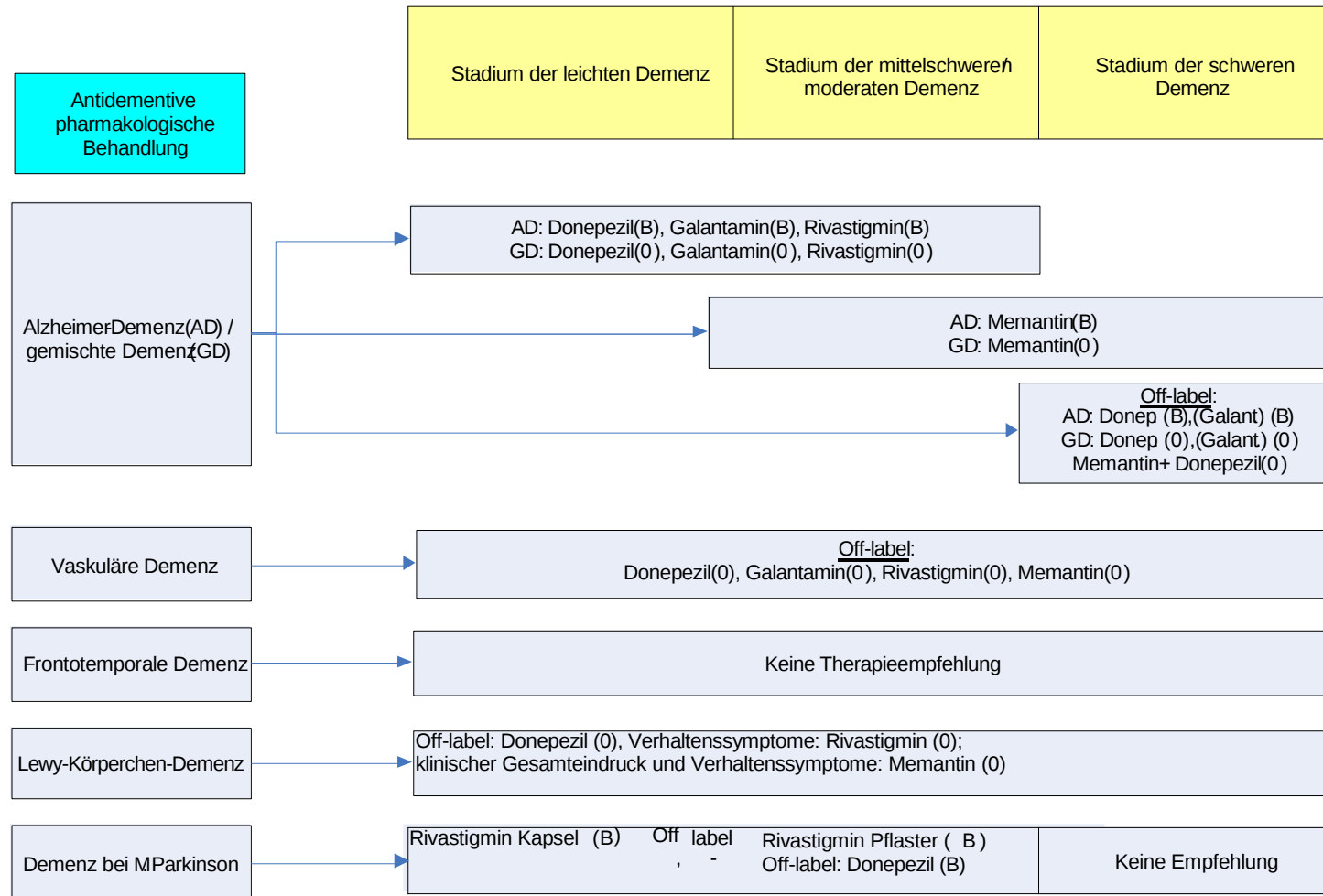
1. Die Alzheimer'sche Krankheit.

Die **Behandlung** beschränkt sich auf allgemein hygienische Maßnahmen, auf zweckmäßige Ernährung, Regelung der Darmtätigkeit und auf gelegentliche Darreichung von Schlafmitteln.

Schlomer 1936



S3-Leitlinie Demenzen



Symptomatische Therapie

lindert Beschwerden, behebt
aber nicht die Ursache

Beispiele:

- Cholinesterase-Hemmer
- Memantine

Kausale Therapie

ursächliche Behandlung
der Grunderkrankung

Beispiele:

- Immunisierung
- Neuroregeneration

Acetylcholinesterase-Inhibitoren

EINSATZ LAUT LEITLINIE DGPPN, 2016

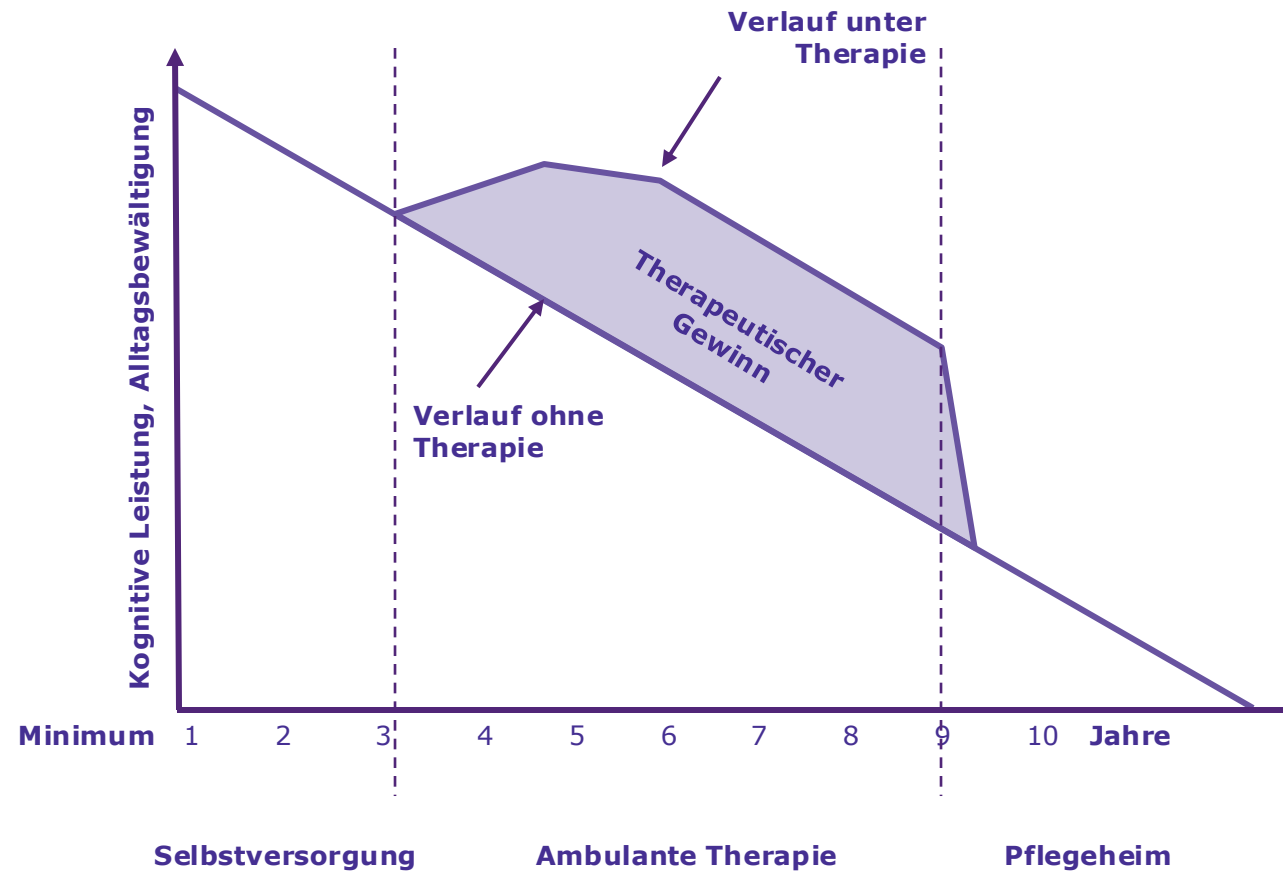
- Es soll die höchste verträgliche Dosis angestrebt werden
- Die Auswahl sollte sich primär am Neben- und Wechselwirkungsprofil orientieren
- Acetylcholinesterase-Hemmer können bei guter Verträglichkeit im leichten bis mittleren Stadium fortlaufend gegeben werden
- Unklar ob, AChEI über das mittelgradige Stadium hinaus gegeben werden sollten ; lt IQWiG Datenlage nicht einheitlich

Nichtkognitive Demenzsymptome & Memantine

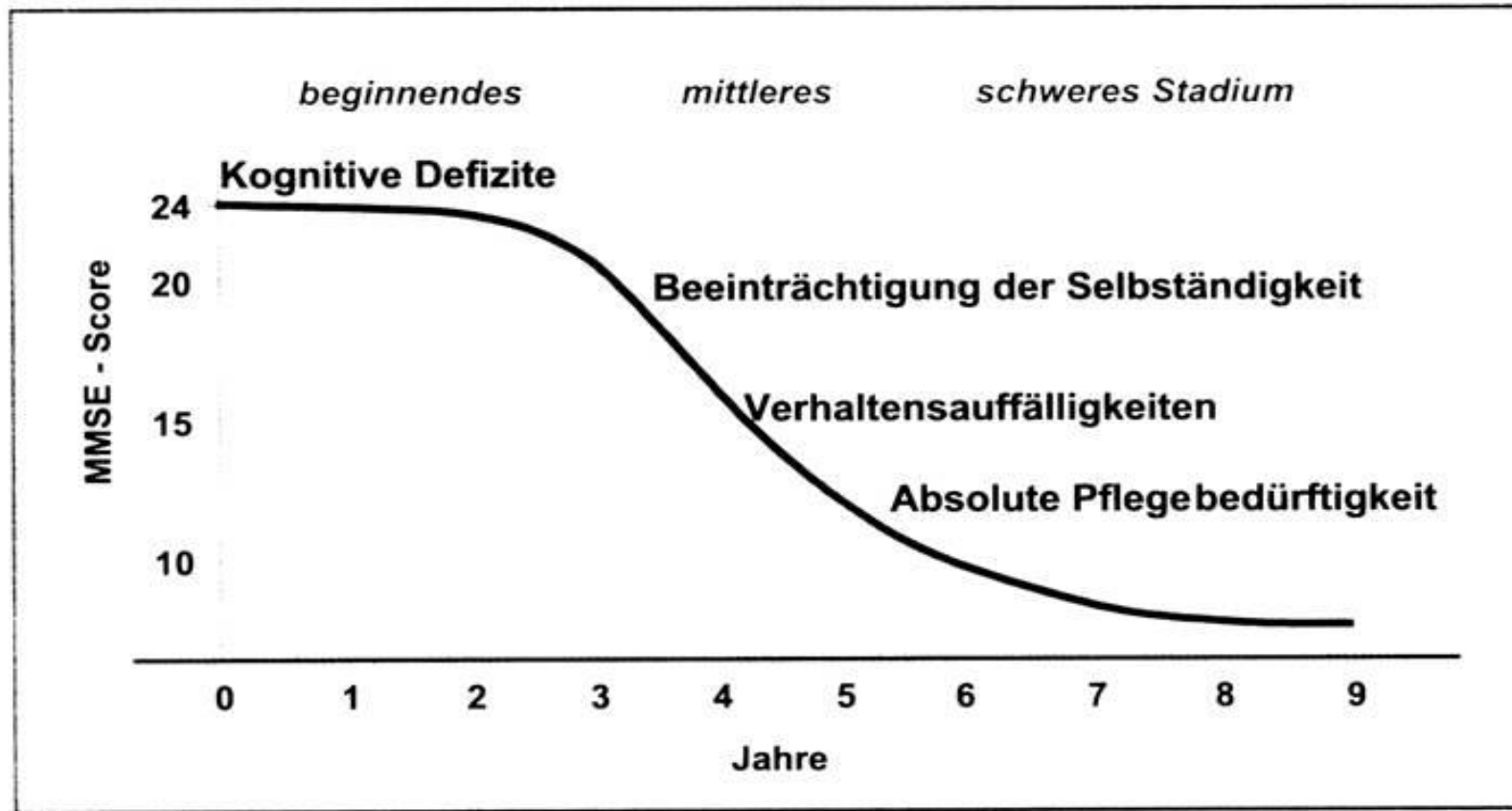
Psychotisches Erleben	- Illusionäre Verkennungen - Halluzinationen (dop. Psychosen) - Wahn
Verhaltensstörungen	- Psychomotorische Unruhe - Hin- und Herlaufen - Weglaufen/Repetitivhandlungen

Präparat	Applikations- form	Einnahme- intervall	Tägliche Startdosis	Zugelassene tägliche Maximaldosis	Minimale tägliche Dosis, ab der ein Wirksamkeits- nachweis besteht
NMDA-Antagonist					
Memantin- HCL	Tabletten (10 mg, 20 mg) Für die Aufdosierung: 5 mg und 15 mg Tropfen (1 ml oder 20 Tropfen entspricht 10 mg)	1 x oder 2 x täglich 2 x täglich	5 mg	20 mg Kreatinin-clearance >60 ml/min/1,73 m ² 10 mg Kreatinin-clearance 40–60 ml/min/1,73 m ²	20 mg

immer pro - Lebensqualität



Stadieneinteilung I



nach Gauthier, 1996

jens.benninghoff@kbo.de

Differentialdiagnose Demenz-Depression

Depression

- Depressive Episoden in der Anamnese
- **Klagsame Haltung zu subjektiv erlebten kognitiven Defiziten**
- Fröhlichmorgendliches Erwachen, Grübeln
- Uneingeschränkte Aufmerksamkeit, Orientierung, Sprache
- Antriebsminderung
- Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit
Suizidalität !

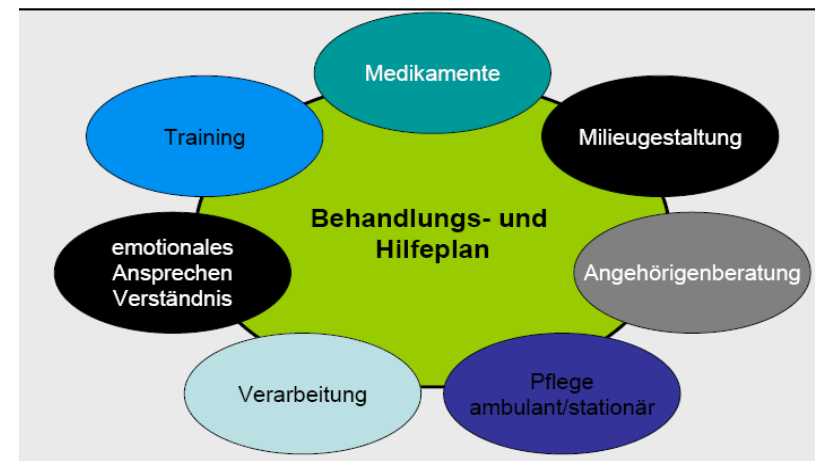
Demenz

- Keine Hinweise für Psychopathologien in der Vorgeschichte
- **Bemühen kognitive Defizite zu verbergen**
- Gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus
- Neurologische Symptomatik
- Reduzierte Wachheit
- Eingeschränkte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Verwirrtheit
- Unkooperatives, misstrauisches Verhalten
- Flacher Affekt, fluktuierende Stimmung

Ziele heute:

- Stillstand oder Verlangsamung der Progression
- Verbesserung der Symptomatik (sowohl im kognitiven als auch nicht-kognitiven Bereich)
- Möglichst langer Erhalt der noch vorhandenen Funktionen
- Erleichterung der Pflege
- Möglichst langer Verbleib in der vertrauten Umgebung

Gesamtkonzept Demenztherapie



Ziele Zukunft: wirkliche Heilung oder Prävention