

## - Depression im Alter -

**PD Dr. med. Dr. phil. Dipl. Psych. Ulrich Michael Hemmeter**

Ehemaliger Chefarzt Psychiatrie St. Gallen

Aktuell: Leitender Arzt und Senior Consultant

Psychiatrische Dienste Graubünden, Chur

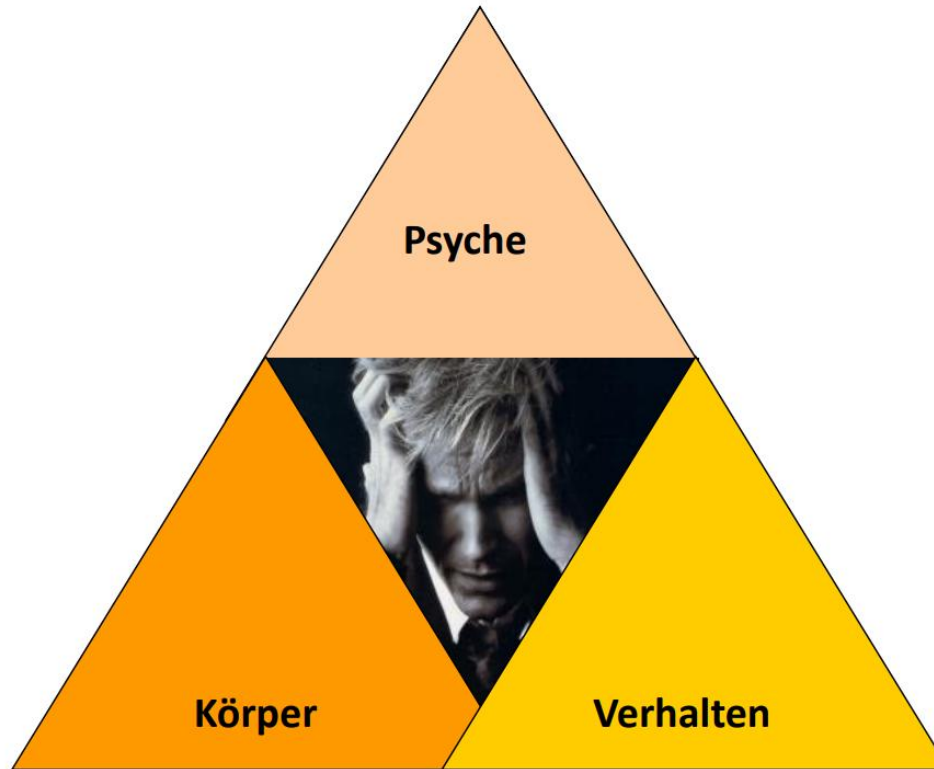
Psychiatrisches Zentrum Appenzell, Herisau

**Herisau, 22. Oktober 2025**

# Was ist eine Depression ?

## Symptome

## Die verschiedenen Ebenen der Depression



Diese Symptome gehen mit biologischen Veränderungen im Organismus einher

- (z.B. Stresshormone),

die in engem Zusammenhang mit der Symptomatik stehen

## Psychiatrie - Einführung

# Übersicht psychiatrischer Krankheitsbilder Einteilung gemäss ICD-10

- F00-F09 Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- **F30-F39 Affektive Störungen**
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79 Intelligenzminderung
- F80-F89 Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

# Depressive Episode (ICD 10)

## Hauptsymptome:

- depressive Stimmung
- Verlust von Interesse oder Freude
- verminderter Antrieb oder mehr Müdigkeit
  
- Verlust von Selbstvertrauen
- unbegründete Selbstvorwürfe, - Schuldgefühle
- Todes- oder Suizidgedanken
- **verminderte Konzentration / Gedächtnisstörungen**
- Psychomotorik (Agitiertheit oder Hemmung)
- Schlafstörung
- Appetitverlust

Leicht- mind. 4  
Mittel – bis 6  
davon 2 von 1-3  
Schwer 7 bis 8  
Alle von 1 bis 3

**Zeitkriterium**  
**2 Wochen**

# Somatische Symptome der Depression

- larvierte Depression -

- thorakaler, abdominaler Druck
- Schwindel, Palpitationen
- Atemnot, Globusgefühl
- Gastrointestinale Beschwerden
- Sexuelle Störungen
- Dysästhesien, Schmerzen
- Schlafstörungen, Müdigkeit  
**etc.**

Schmauss, Messer 2003

# Psychotische Symptome

## Depression

- Stimmungskongruente Wahninhalte
- Schuldwahn - Bestrafung
- Versündigungswahn
- Verarmungswahn

## Manie

- Grössenwahn
- Themen der Unverletzbarkeit, des Geliebtwerdens, der Einmaligkeit

## Schizophrenie / schizoaffektive Psychose

- Stimmungsinkongruente Wahnsymptome (u.a. Verfolgungswahn)

# Depression

## Häufigkeit von Depressionen:

**Epidemiologie:** Die Häufigkeitsrate von Depressionen beträgt 5 – 10 % (Punktprävalenz), das Lebenszeitrisiko an einer Depression zu erkranken ca. 15 – 17 %. 10 % der Patienten einer Allgemeinarztpraxis leiden an einer behandlungsbedürftigen Depression.

Etwa 50 % der Depressiven konsultieren keinen Arzt, etwa 50 % werden nicht als depressiv erkannt.

Das **Morbiditätsrisiko** bipolarer **affektiver Psychosen** (Bipolar I) wird auf ca. 1 % geschätzt. 65 % der affektiven Psychosen verlaufen unipolar, 30 % bipolar (depressive und manische Phasen, Abb. **B-1.5**).

# Hauptursachen für Erwerbsunfähigkeit bei beiden Geschlechtern in Industrieländern

- Gesamtzahl der Erwerbsunfähigkeitsfälle = 75.389

Beide Geschlechter			
Stelle	Erkrankung oder Verletzung	Insgesamt (Mio.)	% der Gesamtanzahl
1	Unipolare Major Depression	9,8	13,0
2	Alkoholkonsum	6,1	8,1
3	Osteoarthritis	4,7	6,2
4	Demenz und andere degenerative und erbliche ZNS-Erkrankungen	3,2	4,3
5	Schizophrenie	3,0	4,0
6	Bipolare Störung	2,5	3,3
7	Zerebrovaskuläre Erkrankungen	2,3	3,1
8	Zwangsstörung	2,1	2,8
9	Verkehrsunfälle	2,0	2,7
10	Diabetes mellitus	2,0	2,6

# Spezielle Formen depressiver Störungen

- **Winterdepression (F33) -**
- = spezielle rezidivierende Depression (F33)
- regelmässiges auftreten im Herbst, ggf. Hypomanie im Sommer,
- atypische Depressionssymptome
  
- **atypische Depression (F32.8) – andere Depr.**
- Hypersomnie, gesteigerter Appetit, Gewichtszunahme, Adynamie
  
- **Schwangerschaftsdepression (postpartum)**
- = psychische Störungen im Wochenbett (F53)
  
- **Prämenstruelles Syndrom**
- = ?
  
- **Burnout-Syndrom (Z73 –Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung - Erschöpfungssyndrom)**
- Z-Diagnosen = Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen

## Wöchentliche Selbsteinschätzung (prospektiv) der Depression einer Patientin

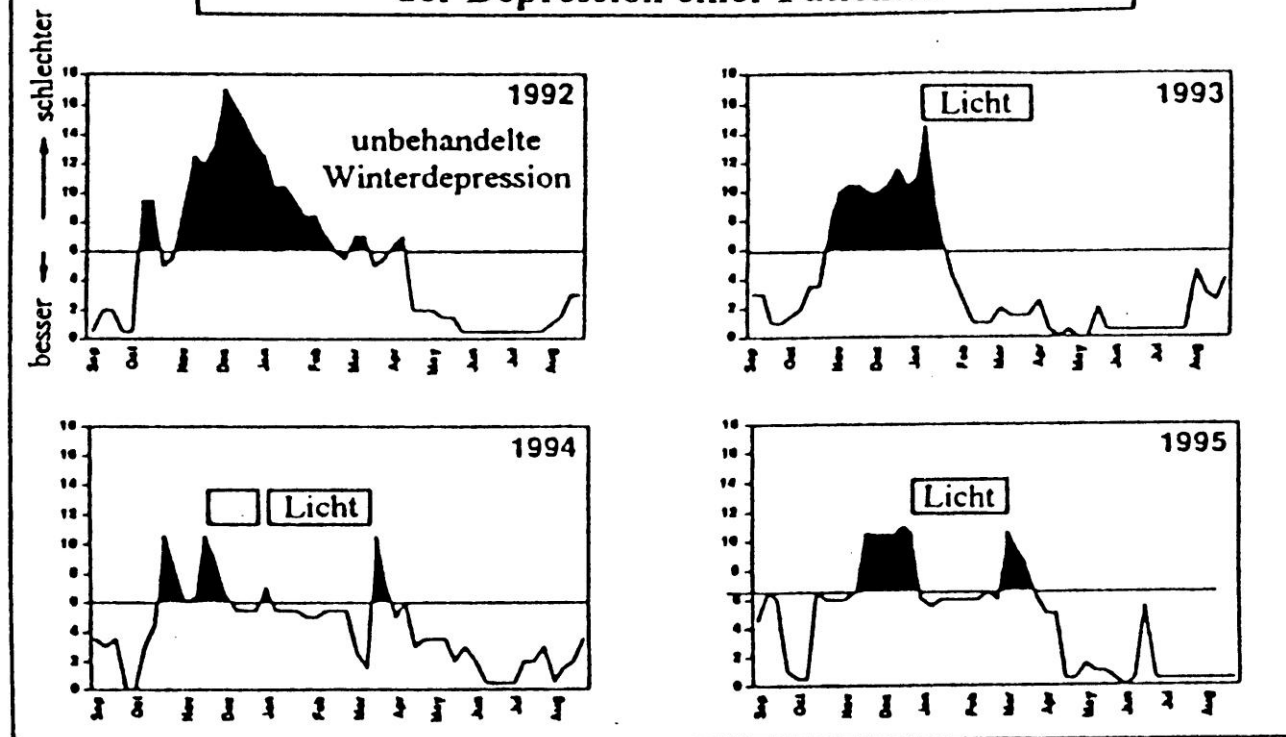


Abb.2: Prospektive subjektive Depressionseinschätzung nach der "von Zerssen Skala" bei einer weiblichen Patientin mit SAD, die über einen Zeitraum von 4 Jahren erfolgreich an einem Lichttherapieversuch teilnahm. Der durchschnittliche normale Skalenwert beträgt 6; höhere Werte zeigen eine höhere Depressionseinschätzung an. Das erste Jahr zeigt den normalen Verlauf einer Winterdepressionsphase, bei dem noch keine Therapie durchgeführt wurde. Die Balken in den nachfolgenden Jahren repräsentieren Perioden, in denen sich die Patientin selber mit Lichttherapie behandelte.

# Depression

## Ursachen der Depression



# Depression

## Nature vs. Nurture

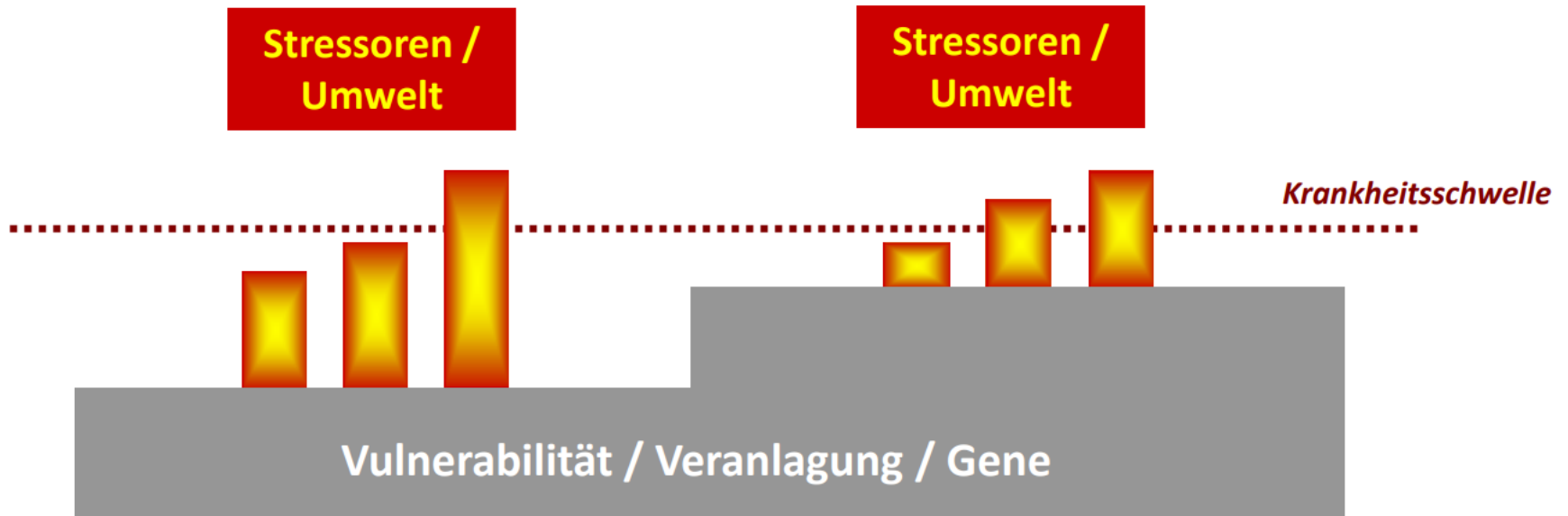
🎯 A-3.17

### Psychosoziale versus genetische Faktoren in der Ätiologie psychiatrischer Erkrankungen

	Konkordanzrate bei Zwillingspaaren (%)	
	eineiig	zweieiig
zunehmender Einfluss psychosozialer Faktoren	87	47
	79	19
	59	15
	59	36
	56	5
	54	24
	31	0
	29	10
	28	17
	25	5
	23	8
	17	4

# Depression

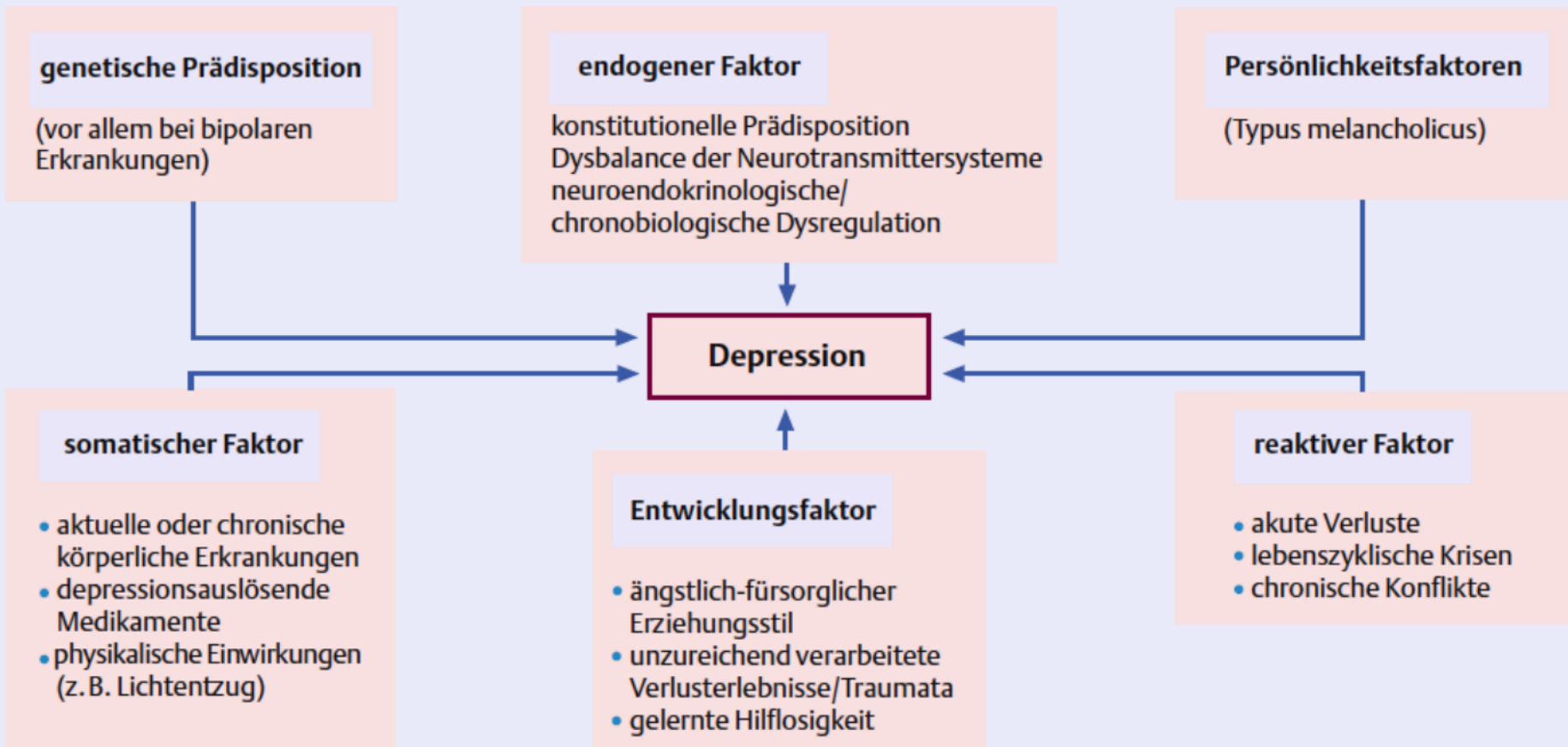
## Vulnerabilitäts-Stress Modell



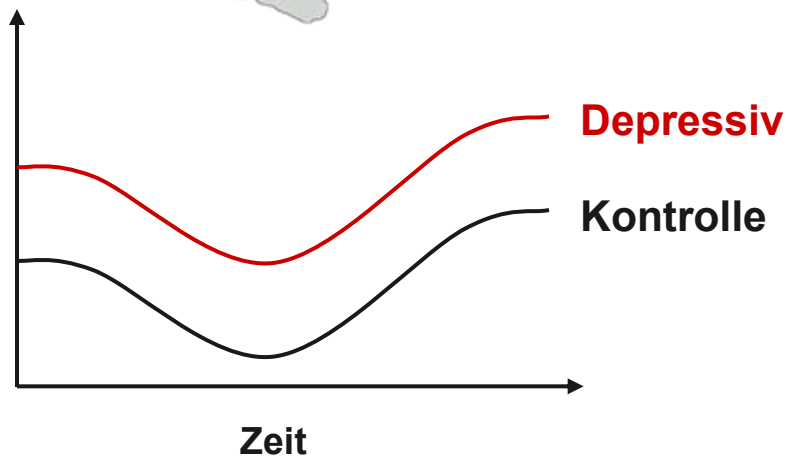
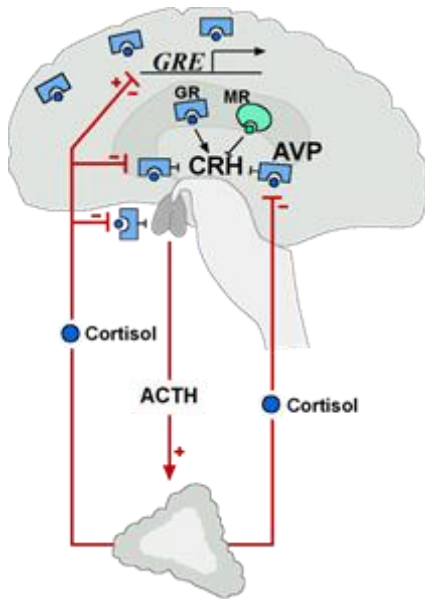
# Depression

## Ursachen der Depression

### © B-1.6 Modellvorstellungen zur Ätiopathogenese von Depressionen



# Die Stresshormon Achse ist bei Depression aktiviert und zeigt eine Dysregulation

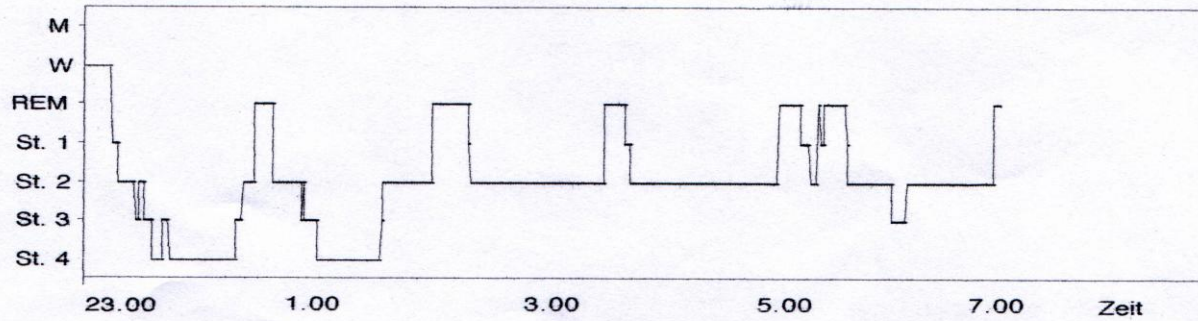


## Glucocorticoideffekte akut

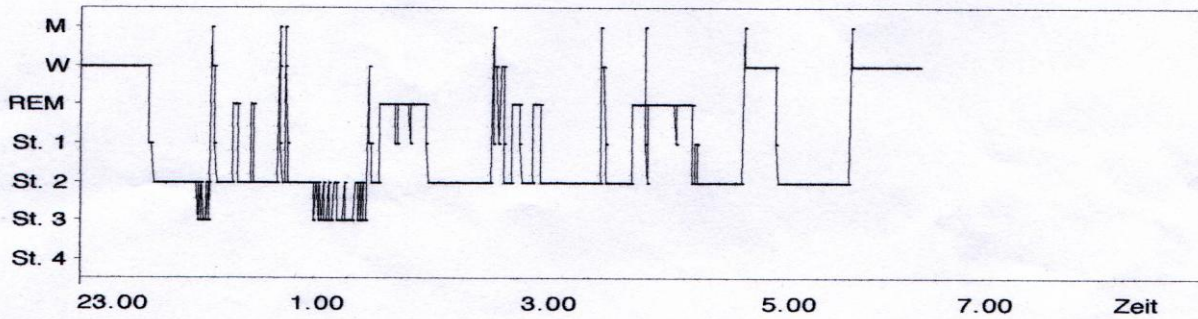
- Gluconeogenese
- Lipolyse
- Immunsuppression
- Antiinflammatorische Wirkung

## Glucocorticoideffekte chronisch

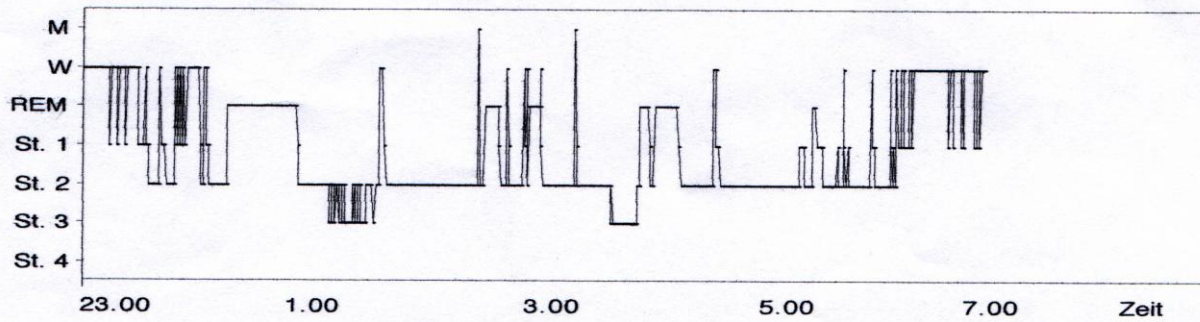
- Hypertonie
- Muskelschwäche
- Hemmung der Insulinwirkung
- Osteoporose, Hautatrophie
- Lern- und Gedächtnisstörung
- Depression und Angst



**Hypnogramm eines jungen gesunden Kontrollprobanden**



**Hypnogramm eines älteren gesunden Kontrollprobanden**



**Hypnogramm eines Patienten mit Major Depression**

# Depression

## Differentialdiagnose – Somatische Krankheitsursachen sekundärer Depressionen

### B-1.4 Beispiele für Ursachen somatogener Depressionen

<b>Neurologie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Epilepsie, Hirntumoren, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Hirnatrophie, Morbus Parkinson, Hirntraumen, Arteriitis temporalis, Enzephalitis (z. B. FSME-Virus), multiple Sklerose, amyotrophe Lateralsklerose, Myasthenie, funikuläre Myelose, Chorea Huntington</li></ul>
<b>Endokrinologie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Hypo-/Hyperthyreose</b>, Riesenzellthyreoiditis, Hypo-/Hyperparathyreoidismus, HVL-Insuffizienz, Morbus Addison, Morbus Cushing, Phäochromozytom, Akromegalie</li></ul>
<b>Kardiologie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Vitien (ASD, VSD, Mitralstenose), essenzielle Hypertonie, Positionshypotonie, <b>KHK</b>, Z. n. Bypass-Operation, Z. n. Myokardinfarkt</li></ul>
<b>Gastroenterologie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Leberzirrhose, Morbus Meulengracht, Sprue, Encephalopathia pancreatica, entzündliche Darmerkrankungen</li></ul>
<b>Nephrologie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ chronische (Pyelo-)Nephritis, Dialyse-Patienten, Prostataadenom</li></ul>
<b>Kollagenosen, Immunopathien</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Lupus erythematoses, Panarteriitis nodosa, rheumatoide Arthritis</li></ul>
<b>Stoffwechselkrankheiten</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Porphyrie, Hämochromatose, Hypoglykämie</li></ul>
<b>Infektionskrankheiten</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Lues, Tbc, Bruzellose, Toxoplasmose, Mononukleose, AIDS, Borreliose</li></ul>
<b>Intoxikation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ <b>Alkoholismus</b>, chronische Hg-/CO-Intoxikation,</li></ul>
<b>Gynäkologie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ prämenstruelles Syndrom, Klimakterium</li></ul>
<b>Malignome</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ chronische Leukosen, Pankreaskarzinom, Bronchialkarzinom, Ovarialkarzinom</li></ul>
<b>Sonstige Ursachen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Anämie, Sarkoidose, Strahlentherapie, postoperativ, Schlafapnoe</li></ul>

# Depressionen im Alter

- Vieles gleich mit Depressionen im Erwachsenenalter

aber Besonderheiten –

- somatische Komponenten
  - physiologische und hormonelle Veränderungen mit zunehmendem Alter / höhere Co-Morbidität
- **kognitive Störungen – ausgeprägter als im jüngeren Erwachsenenalter**
- psychosoziale Komponenten
  - altersspezifische Stressoren

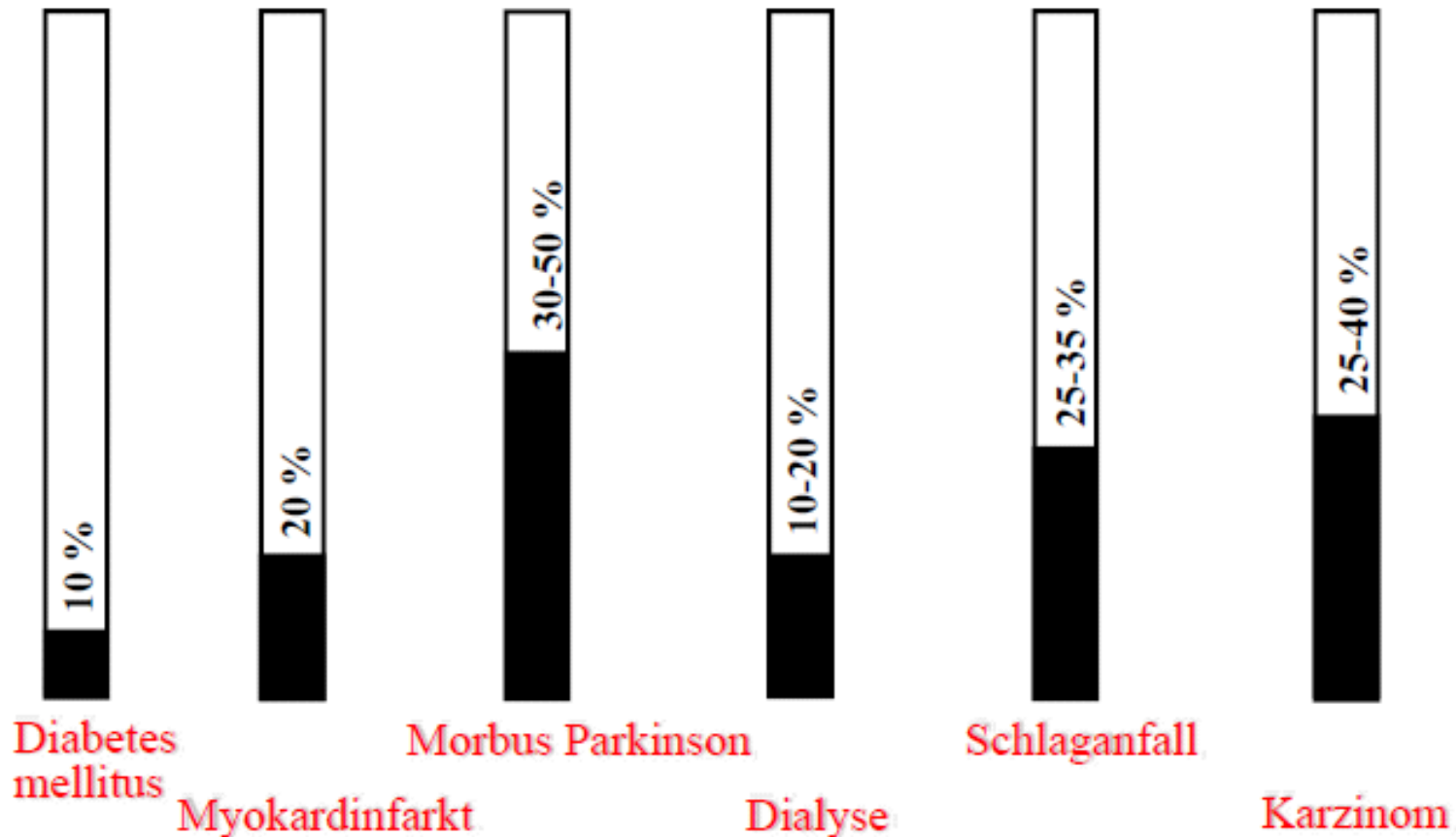
# Depression im Alter

## *Epidemiologie*



- › Depressivität ist eine kontinuierlich verteilte Krankheitsdimension von sehr leichten/kurzfristigen depressiven Verstimmungen bis zu schweren/anhaltenden depressiven Störungen
- › häufig kombiniert mit anderen psychischen und somatischen Erkrankungen
- › Depressive Symptome bei bis zu  $\frac{3}{4}$  aller psychischen Störungen im höheren Lebensalter
- › Leichte depressive Syndrome (Minor Depression): Prävalenz 20 bis 27% bei den über 65-Jährigen
- › Major Depression: Prävalenz 0,7 bis 5,4%
- › Erstmanifestation schwerer affektiver Störungen jenseits des 65. Lebensjahres selten
- › Prävalenzen für schwere depressive Syndrome bei Frauen doppelt so hoch wie bei Männern

# Häufigkeit von Depressionen bei Organerkrankungen



# Körperliche Symptome bei depressiven Störungen

**Kopfschmerzen, Schwindel**

**Rückenschmerzen**  
v. a. bei Frauen

**Atembeschwerden**  
u. a. Engegefühl

**Herzbeschwerden**  
u. a. Herzrasen

**Unterleibsbeschwerden**  
u. a. Zyklusstörungen, Schmerzen



**Magen-Darm-Beschwerden**  
u. a. Übelkeit,  
Völlegefühl, Schmerzen

# Häufige Motive für Altersdepression

---

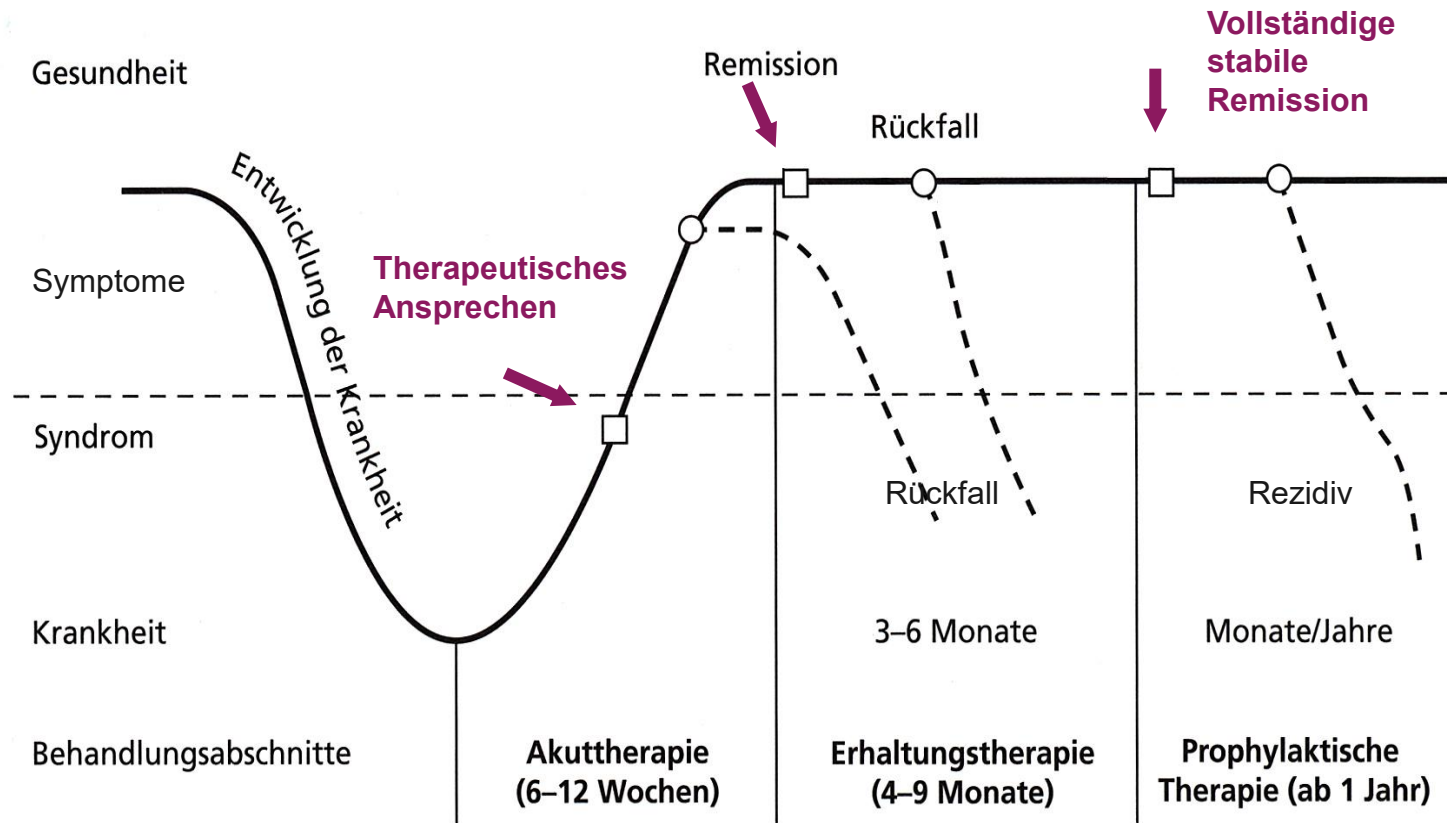
- Vereinsamung; Verlust von Ehepartner, Freunden, echten mitmenschlichen Beziehungen.
- Verlust der Selbständigkeit durch Krankheit oder Behinderung.
- Inaktivität / Fehlen von Aufgaben
- Entwurzelung durch Umzug in kleiner Wohnung, in fremde Umgebung, Eintritt in Alters- und Pflegeheim
- Verlust von Ansehen und Bedeutung, finanzielle Sorgen, Missachtung des Alters
- Verlust religiöser Bindungen oder alten religiösen Ruhepunkten des gewohnten Umfelds.
- Hartnäckige Schlafstörungen

# Therapie der Altersdepression

## Allgemeine Grundsätze

- psychosoziale Interventionen (Unterstützungsmöglichkeiten)
- psychotherapeutische Behandlung
- psychopharmakologische Behandlung
- abhängig vom Schweregrad unter Einbezug der Angehörigen
- unter Berücksichtigung der Co-Morbiditäten (somatisch und psychiatrisch)

# Modell des typischen Verlaufes einer depressiven Störung und deren Behandlung nach Kupfer



# Ziele einer antidepressiven Behandlung

## 1. Akute Behandlungsphase:

→ Remission:

- Psychopathologisch
- Psychosoziale/berufliche Funktion wieder herstellen

## 2. Mittelfristiges Ziel:

- Elimination von Residualsymptomen
- Rehabilitation auf das frühere Niveau
- Rückfallverhinderung

## 3. Langfristiges Ziel:

- Prophylaxe vor neuen depressiven Episoden

# Empfehlungen für Diagnostik und Therapie der Depression im Alter



## Therapy Recommendations for Diagnosis and Treatment of Depression in Old Age

Martin Hatzinger<sup>1,2</sup>, Ulrich Hemmeter<sup>1</sup>, Therese Hirsbrunner<sup>4</sup>, Edith Holsboer-Trachsler<sup>3</sup>, Thomas Leyhe<sup>1</sup>, Jean-Frédéric Mall<sup>1</sup>, Urs Mosimann<sup>2</sup>, Nicole Rach<sup>5</sup>, Nathalie Trächsel<sup>1</sup> und Egemen Savaskan<sup>1</sup>

- 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)

### Altersdepression Literaturempfehlungen



Martin Hatzinger  
Egemen Savaskan  
(Hrsg.)  
**Empfehlungen  
für die Diagnostik  
und Therapie der  
Depression im Alter**  
Psychologie, Erkennung und  
evidenzbasierte Behandlung

hogrefe



### Empfehlungen für Diagnostik und Therapie der Depression im Alter

Therapy Recommendations for Diagnosis and Treatment of Depression in Old Age

Martin Hatzinger<sup>1,2</sup>, Ulrich Hemmeter<sup>1</sup>, Therese Hirsbrunner<sup>4</sup>, Edith Holsboer-Trachsler<sup>3</sup>, Thomas Leyhe<sup>1</sup>, Jean-Frédéric Mall<sup>1</sup>, Urs Mosimann<sup>2</sup>, Nicole Rach<sup>5</sup>, Nathalie Trächsel<sup>1</sup> und Egemen Savaskan<sup>1</sup>

- 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)

# Therapie der Altersdepression

## **Psychotherapie bei älteren depressiven Patienten:**

- Empfehlung:
  - 1) Evidenzgrad A bei über 65jährigen mit Depression
  - 2) Evidenzgrad B bei schweren Depressionen - Psychotherapie in Kombination mit Pharmakotherapie
  - 3) Evidenzgrad B bei Depressionen mit leichten kognitiven Einschränkungen.

Analog zu den Empfehlungen der DGPPN

- Patienten mit kognitiven Störungen sind durch Einsichts-orientierte Verfahren zum Teil überfordert, kVT-Verfahren können dagegen an die Bedürfnisse und Ressourcen der Patienten angepasst werden
- Herausforderung – Zukunftsperspektive für ältere, z.T. hochbetagte Patienten in der Psychotherapie entwickeln.

# Psychotherapie im Alter

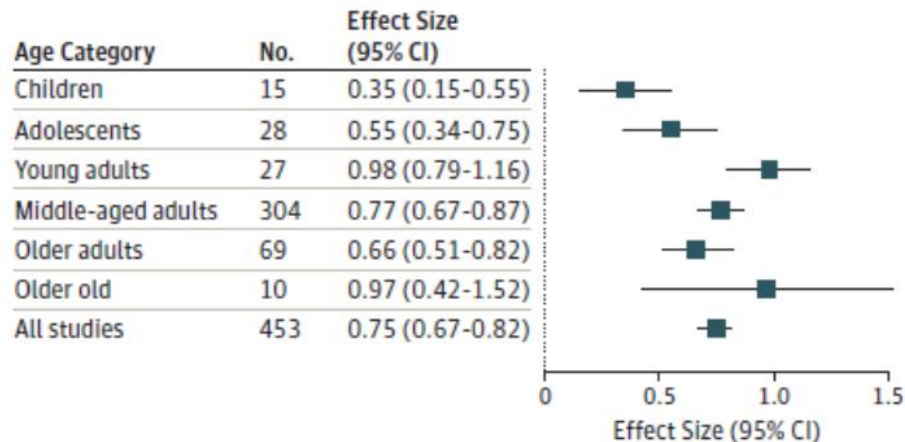
JAMA Psychiatry | Original Investigation 2020

## Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis

Pim Cuijpers, PhD; Eirini Karyotaki, PhD; Dikla Eckshtain, PhD; Mei Yi Ng, PhD; Katherine A. Corteselli, MA;  
Hisashi Noma, PhD; Soledad Quero, PhD; John R. Weisz, PhD

**No significant difference was found between older adults and those in older old adults (> 75 yrs.) comp. to middle age**

Figure 1. Effect Sizes of Psychotherapies in Different Age Groups



However, **low quality of many studies**, risk of publication bias, and high heterogeneity among the studies...

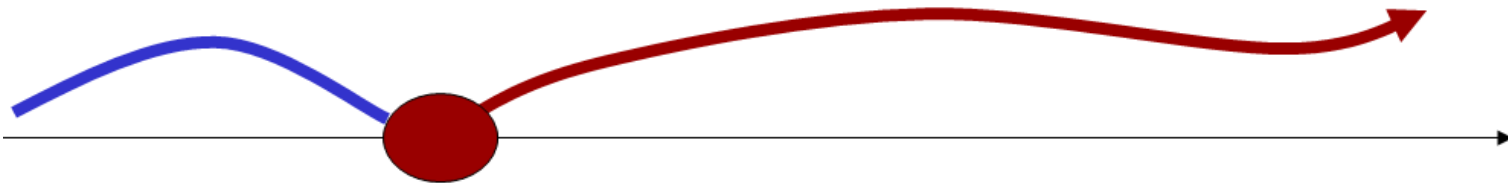
And:

The **relapse and recurrence rate** of LLD is higher than in younger adults

# Psychotherapie im Alter

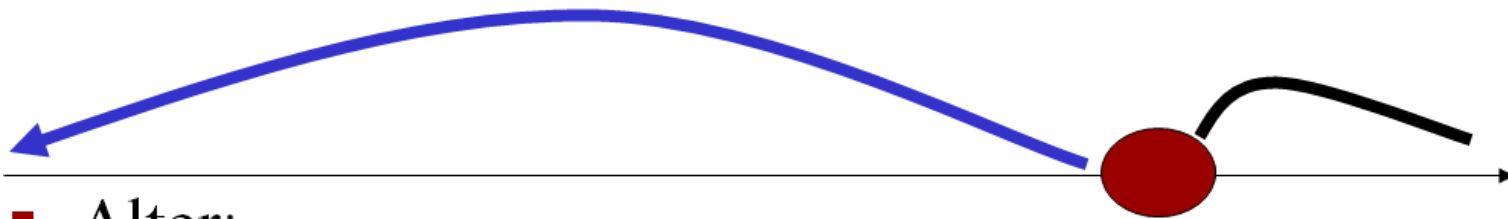
## Zeitperspektive

- Jugend: zukunftsorientiert



- Alter:

- Verarbeitung der Vergangenheit
- Kampf mit der Gegenwart
- Angst vor der Zukunft



Themen:

Abschliessen mit der Vergangenheit, Zufriedenheit „im hier und jetzt“, Zukunftsperspektiven

# Therapie der Altersdepression - Pharmakotherapie

## Pharmakotherapie bei älteren depressiven Patienten:

- Antidepressiva - Mittel der Wahl bei mittelschweren und schweren Depressionen
- i.d.R. mässige bis mittlere Effekte vs. Kontrollbedingungen

### relevante Faktoren für die Antidepressiva-Auswahl

- exakte Diagnostik
- klinisches Bild
- Nebenwirkungsprofil
- Medikamenteneigenschaften
- Interaktionspotential (Interaktions-check)
- Co-Morbiditäten

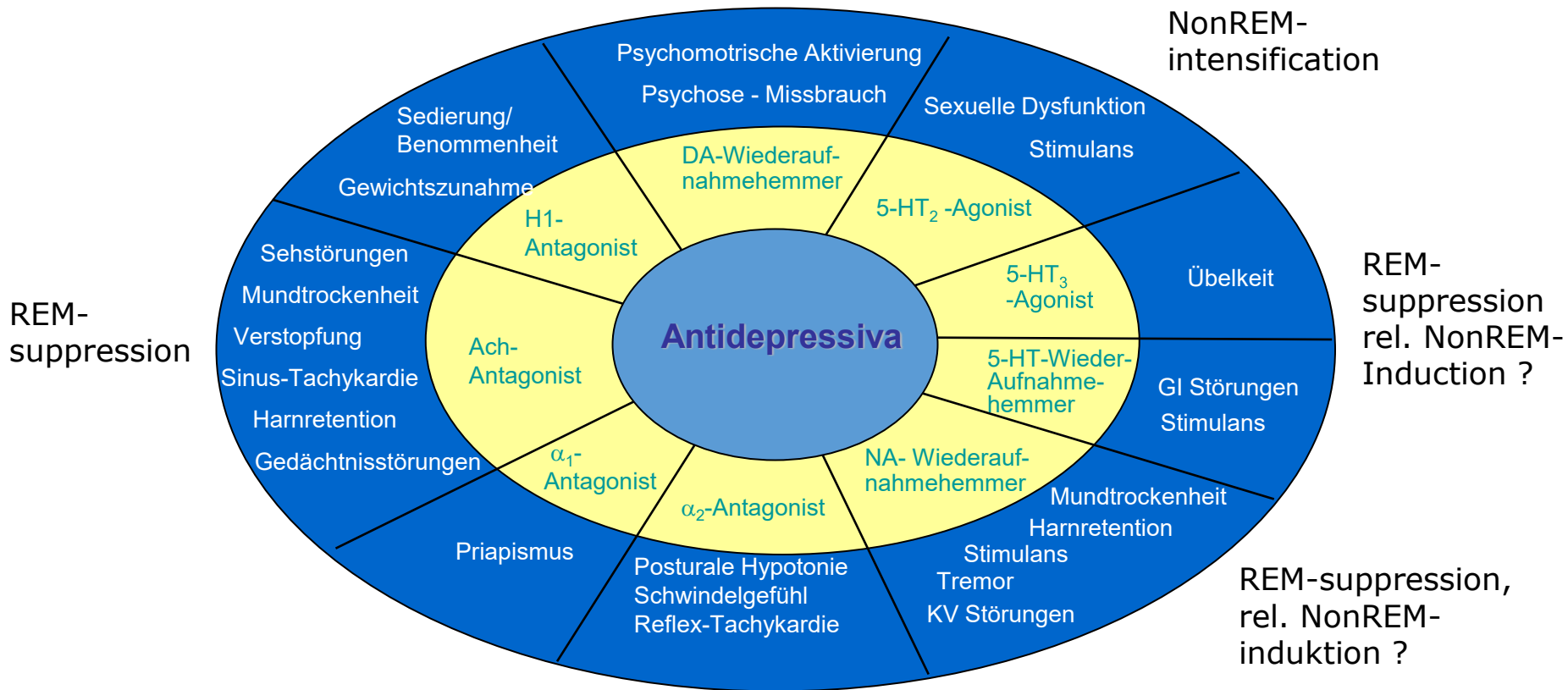
### Prinzipien bei der Behandlung älterer Menschen

- Start low, go slow
- An den Nebenwirkungen der Medikamente und den Co-Morbiditäten orientiert

# SIDE EFFECTS OF ANTIDEPRESSANTS

	Central nervous system				Anticholinergic				Cardiovascular		
	Drowsiness, sedation, somnolence	Insomnia	Headache	Tremor	Dry mouth	Blurred vision	Sweating	Delayed micturition	Dizziness/orthostatic hypotension	Hypertension	Tachycardia, palpitation
Citalopram	B	*	*	A	B	*	B	*	*	*	*
Escitalopram	A	A	*	*	A	*	A	*	A	*	*
Fluoxetine	B	B	*	B	B	*	A	*	*	*	*
Fluvoxamine	C	B	C	B	B	*	B	A	B	*	*
Paroxetine	B	B	B	A	B	A	B	A	B	*	*
Sertraline	B	B	C	B	B	A	A	A	B	*	A
Agomelatine	A	A	A	*	*	*	A	*	A	*	*
Bupropion	*	B	*	A	B	A	A	*	A	A	A
Desvenlafaxine	A	B	B	A	B	A	B	A	B	A	A
Duloxetine	A	B	A	A	B	A	A	A	A	A	A
Mianserin <sup>b</sup>											
Milnacipran <sup>b</sup>											
Mirtazapine	D	*	*	A	B	*	*	*	A	*	*
Moclobemide	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Reboxetine <sup>b</sup>											
Quetiapine <sup>b</sup>											
Selegiline td	A	B	B	*	A	A	*	*	B	A	A
Tianeptine <sup>b</sup>											
Trazodone	C	A	A	A	B	A	*	A	B	*	A
Venlafaxine	B	B	B	A	B	A	B	A	B	A	A

# Relationship between side effects and pharmacologic properties of currently used antidepressants



modifiziert nach Richelson 1993  
ergänzt durch Hemmeter 2019

# Therapie der Altersdepression

## Psychosoziale Interventionen:

- Zur Besserung der Depressionssymptome, Reduktion der Suizidalität, Aufrechterhaltung der sozialen Kontakte

**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)
- 

- Wirksamkeit – wissenschaftlicher Mangel im Vgl. zu psychotherap. und psychopharmakolog. Interventionen

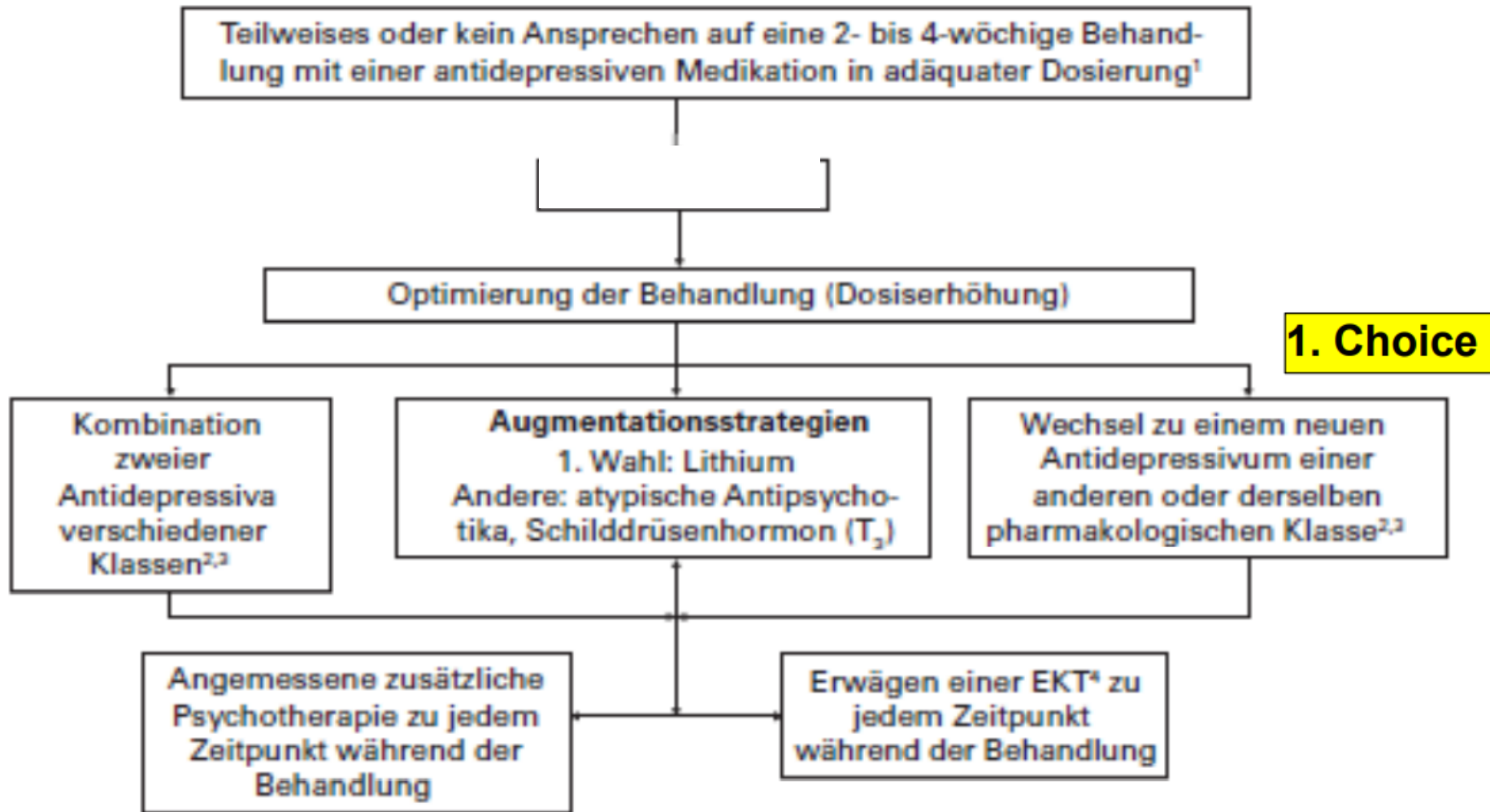
- Unterteilung - niederschwellige Angebote (physikalische Aktivierung)

vs. Angebote mit höherer Intensität (Psychoedukation)

# Therapieresistenz

# LATE-LIFE DEPRESSION

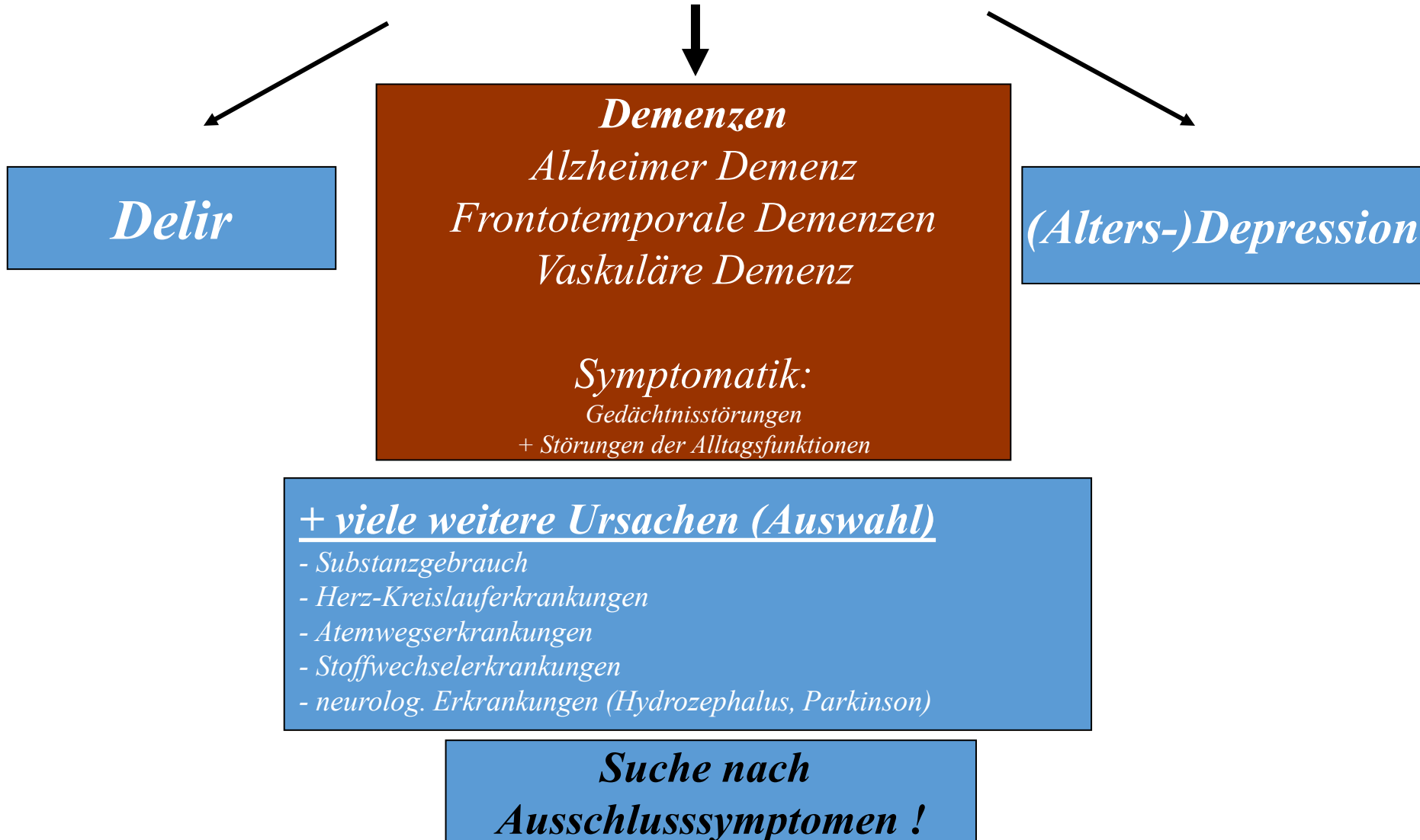
## NON-RESPONSE AND TREATMENT RESISTENCE



1 Teilweises Ansprechen (Partial Response): 26%-49% Abnahme der Schwere der depressiven Grundsymptomatik; kein Ansprechen; 25% Abnahme der Schwere der depressiven Grundsymptomatik  
 2 Vorsicht bei der Kombination mit irreversiblen MAO-Hemmern  
 3 Vorsicht bei der Kombination mit irreversiblen MAO-Hemmern

# Kognitive Störungen im Alter

Mögliche Ursachen



Differenzialdiagnose  
Altersdepression oder Demenz ?

# Alzheimer-Demenz: Klinik - BPSD

Störungen von Antrieb und Affekt sowie psychotische Phänomene im Krankheitsverlauf				
Symptombereiche	Prädemenzphase	Demenzphase		
		Frühes Stadium	Mittleres Stadium	Spätes Stadium
<b>Veränderungen von Affekt und Antrieb</b>	<i>Depression sozialer Rückzug</i>	<i><u>Aspontaneität</u> Depression Antriebsmangel Reizbarkeit Stimmungslabilität Adynamie / <u>amotivationales</u> Syndrom</i>	<i>Unruhe Aggressivität Wutausbrüche</i>	<i>Unruhe Nesteln Schreien Störung des Tag-Nacht- Rhythmus</i>
<b>Psychose ähnliche Phänomene</b>	<i>keine</i>	<i>keine</i>	<i>Wahn Halluzinationen</i>	<i>Wahn Halluzinationen</i>

Differenzialdiagnosen:

v.a. (Alters-)Depression

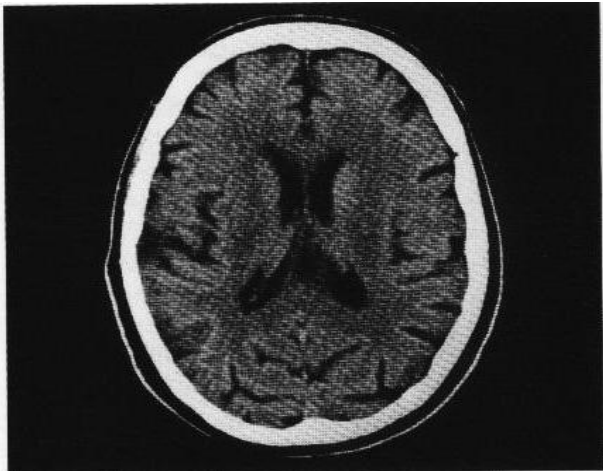
v.a. Delir

# Diagnostik Altersdepression

- Ausschluss bzw. Bestimmung organischer Ursachen/ Erkrankungen
- Erfassung von Co-Morbiditäten (somatisch und psychiatrisch)
- daher breite somatische und psychiatrische Diagnostik und Differenzialdiagnostik
- Psychopathologie, Ratingskalen (Bestimmung des Schweregrades)
- Basisuntersuchungen: Labor und Bildgebung (CT oder MRT)
- weitere mögliche Untersuchungen  
Neuropsychologie, Liquor, EEG

Die Diagnostik der Altersdepression soll in erster Linie Demenz und differentialdiagnostisch in Frage kommende somatische Ursachen depressiver Syndrome ausschliessen. Eine Ausführliche Anamnese der Komorbiditäten, früherer Erkrankungen und der eingenommenen Medikamente ist die Basis der Diagnostik.

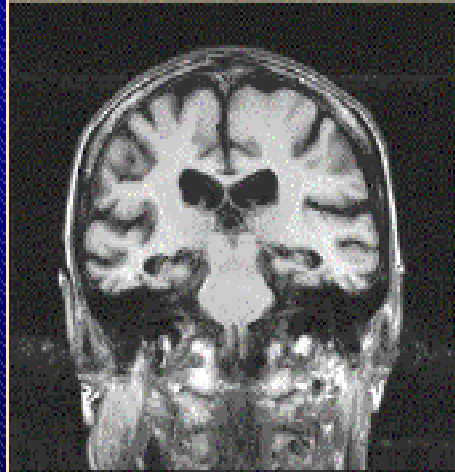
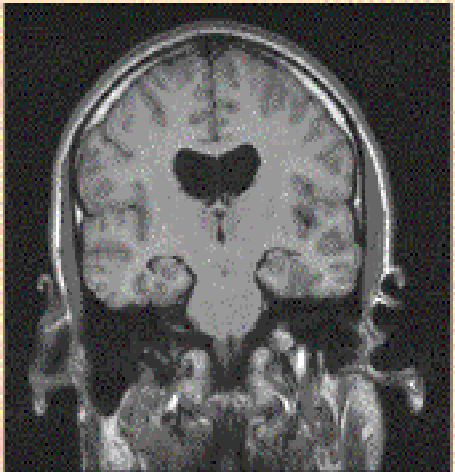
# Atrophie im cCT



7.1 a



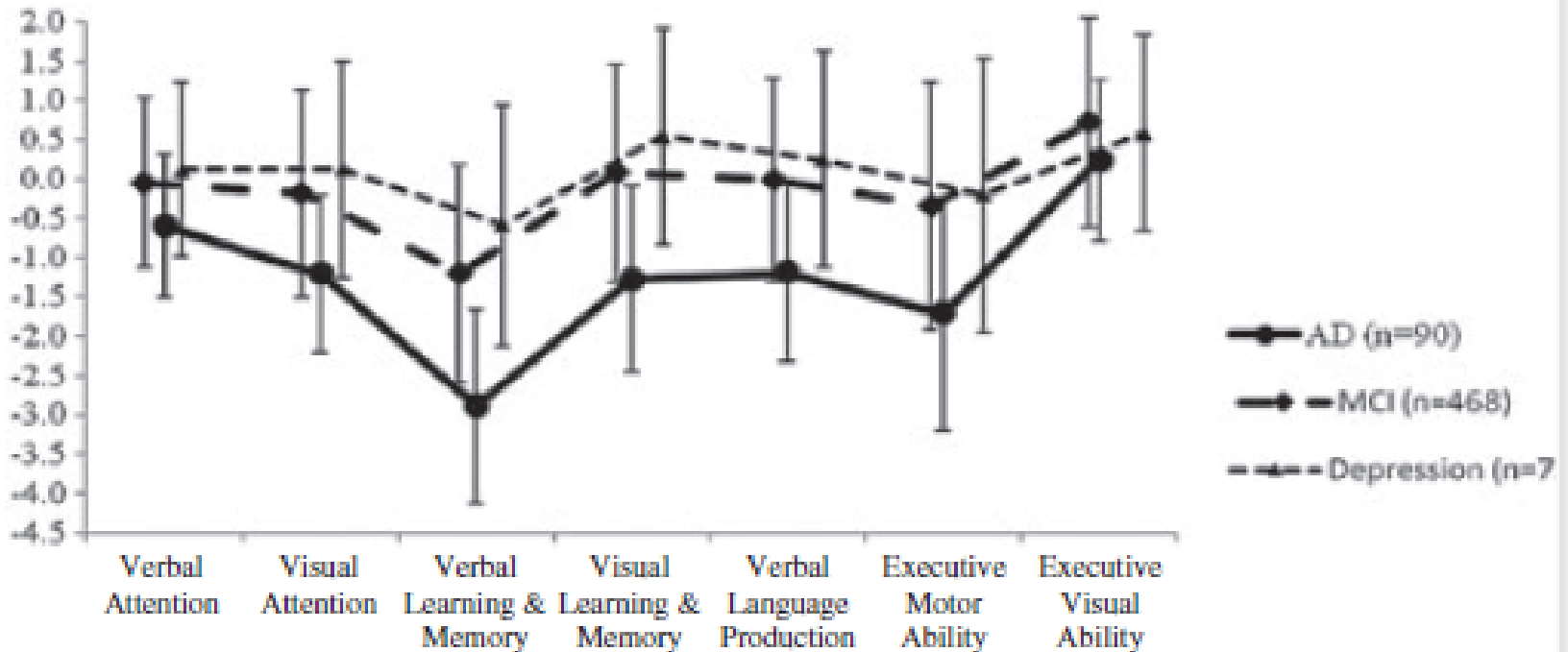
*Makroskopische Veränderungen des Gehirns*

MULTI	SIZE	SAVE	HELP	MULTI	SIZE	SAVE	HELP
							
BRIT: 1000 CONT: 200				BRIT: 1000 CONT: 200			
Brain with A.D				Normally Aged Brain			

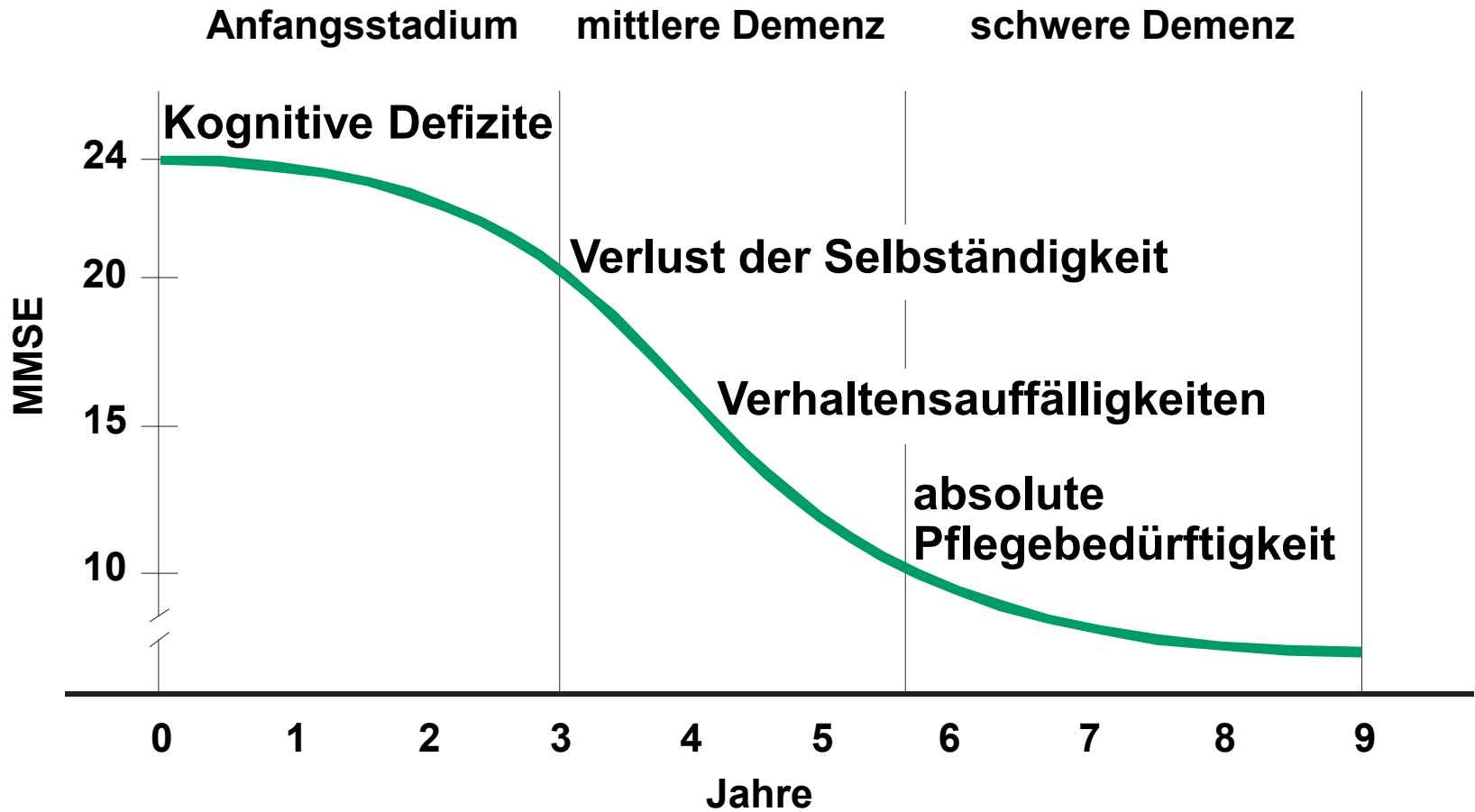
# Neuropsychologische Differenzierung M. Alzheimer, MCI und Depression

Beck et al  
Int J Geriatr Psychiatry 2013

Cognitive Dimensions Challenging Battery

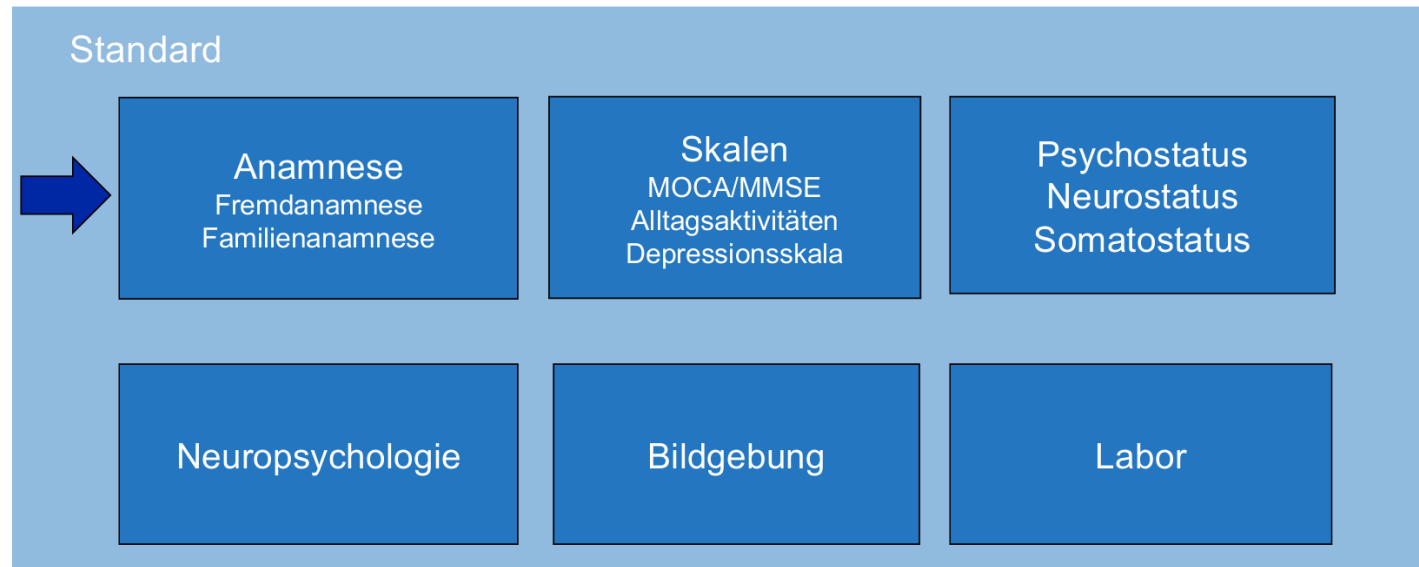


# Verlauf einer Demenz



nach Gauthier 1996

## Demenzabklärung: Standardisierter Untersuchungsgang



Gemäss Empfehlungen der Swiss Memory Clinics zur Diagnostik der Demenzerkrankungen, Bürge et al., Praxis, 2018 + Update 2024

Erweiterte Diagnostik: Liquor-Demenzmarker, FDG-PET

# Liquorbefunde

Kombination A $\beta$ -42 und Phospho-Tau Spezifität bis 100%, Sensitivität bis 96%!

*NeuroRx*<sup>®</sup>: The Journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics

## Cerebrospinal Fluid Protein Biomarkers for Alzheimer's Disease

Kaj Blennow

*Department of Clinical Neuroscience, Section of Experimental Neuroscience, The Sahlgrenska Academy at Göteborg University, SE-43180 Göteborg, Sweden*

Disorder	Total Tau	Phospho-Tau	A $\beta$ 42
Alzheimer's disease	Moderate to marked increase	Moderate to marked increase	Moderate to marked decrease
Normal aging	Normal	Normal	Normal
Depression	Normal	Normal	Normal
Alcohol dementia	Normal	Normal	Normal
Parkinson's disease	Normal	Normal	Normal
Creutzfeldt-Jakob disease	Very marked increase	Normal, but some cases with mild increase	Normal to marked decrease
Frontotemporal dementia	Normal to mild increase	Normal	Mild to moderate decrease
Lewy body dementia	Normal to mild increase	Normal to mild increase	Moderate decrease
Vascular dementia	Inconsistent data, some studies with normal and some with increased levels	Normal	Mild to moderate decrease
Acute stroke	Mild to very marked increase, depending on the infarct size	Normal	Normal
Non-acute CVD without dementia	Normal	N.E.	Normal

CVD = cerebrovascular disease; N.E. = not examined.

# Liquorbefund- Demenzmarker: Frau L.M., 73 Jahre

Analyse	Resultat		Einheit	Referenzwert
Tau-Protein, gesamt (Liquor) <sup>e</sup>	553	↑	ng/l	146 - 410
Phospho-Tau-Protein-181 (Liquor) <sup>e</sup>	84.5	↑	ng/l	21.5 - 59.0
β-Amyloid 1-42 (Liquor) <sup>e</sup>	580	↓	ng/l	725 - 1777
β-Amyloid 1-40 (Liquor) <sup>e</sup>	15030		ng/l	7755 - 16715
β-Amyloid-Quotient (Liquor) <sup>e</sup>	0.039	↓		0.068 - 0.115
Erlangen-Score (Liquor) <sup>e</sup>	4	↑		< 2

Erlangen-Score Interpretation (Lewczuk P. et al, 2018, 2020):

- 0 Punkte: neurochemisch normal
- 1 Punkt: Alzheimer-Demenz neurochemisch unwahrscheinlich
- 2/3 Punkte: Alzheimer-Demenz neurochemisch möglich
- 4 Punkte: Alzheimer-Demenz neurochemisch wahrscheinlich

# Problematik der Differentialdiagnose Demenz – Depression im Alter

- weitgehend gleiches Erscheinungsbild in Psychopathologie und Verhalten
- unterschiedliche Ätiologie

Demenz – strukturell/hirnorganisch

Depression – (weitgehend) funktionell

oder beides

a) unabhängig voneinander (2 Diagnosen)

b) gemischt

oder

a) Depression als Risikofaktor der Demenz

b) Depression als Prodromalstadium der Demenz

**Bei Auftreten einer Depression im Alter,  
immer auch an einer mögliche sich entwickelnde Demenz denken !!!**

# Unterschiedliche Genetik von Depression und Demenz

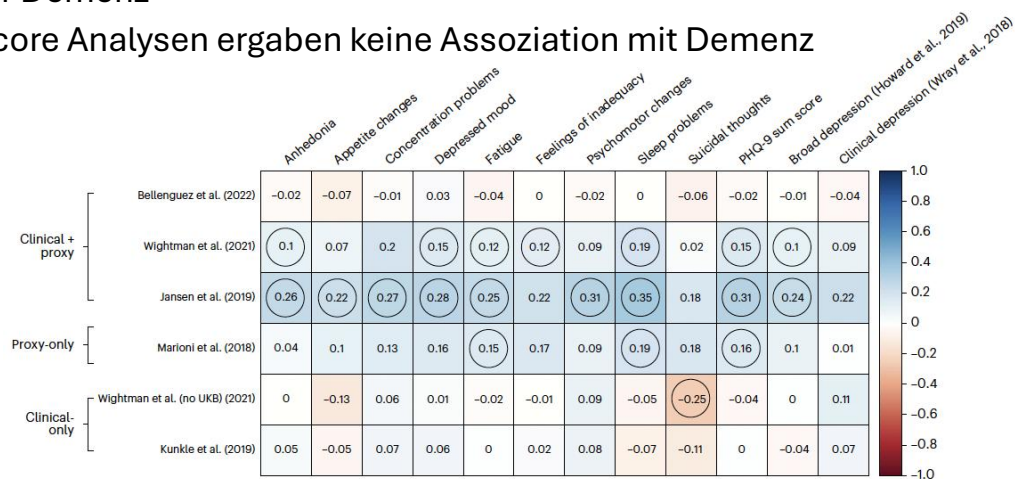
Gilchrist L et al. *Nature Mental Health* 2025

## Methodik und Resultate:

- Depression: Risiko für Demenz | unklar ob gemeinsame genetischer Grundlage von Depression und Demenz
- GWAS Metaanalyse, 9 Depressionssymptome des PHQ-9 und PHQ-9 Gesamtscore, UK Biobank, N > 220 - 300 T
- 20 signifikante GWAS Assoziationen mit Depressionssymptomen bzw. Depression gefunden
- Davon 1 GWAS Assoziation signifikant für Alzheimer Demenz
- Mendelische Randomisierung und polygenic Riskscore Analysen ergaben keine Assoziation mit Demenz
- Es wurde eine Koloaliesierung des transmembrane protein 106B Gens (TMEM106B) gefunden

## Schlussfolgerung:

- Keine genetische Überlappung zwischen Depression und Demenz
- Rolle von TMEM106B sollte weiter untersucht werden



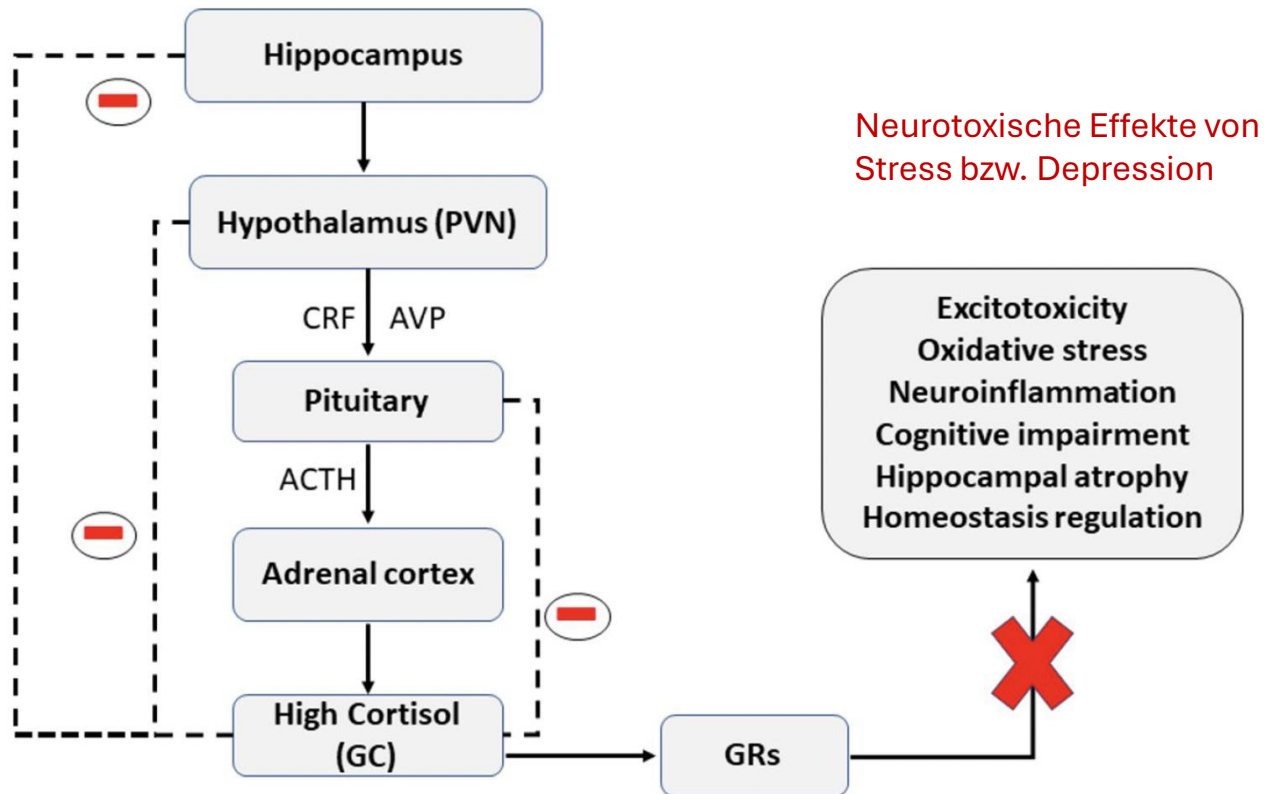
überlassen von Prof. Seifritz, PUK-Zürich

# Depression und Demenz: HPA-Achse

Bajaj S & Mahesh R. Mol Biol Rep 2024, 51:1, 225

## Stress:

- Aktivierung der HPA-Achse



überlassen von Prof. Seifritz, PUK-Zürich

## Zusammenfassung

Patienten mit Demenz-Erkrankungen weisen neben kognitiven Symptomen eine Reihe von behavioralen und psychologischen Symptomen der Demenz (BPSD) auf, welche die Therapie, Diagnostik und Betreuung zusätzlich erschweren. Diese Symptome haben schwerwiegende Folgen für die Betroffenen und ihre Betreuer, und sind in dieser multimorbiden Patientengruppe oft schwierig behandelbar. Das Ziel der vorliegenden Therapieempfehlungen der Schweizer Fachgesellschaften ist es, eine auf Evidenz und auf der klinischen Erfahrung der Schweizer Experten basierende Hilfestellung für die Therapie der Begleitsymptome der Demenz aufzuzeigen. Die Berücksichtigung der klinischen Erfahrung ist wichtig, weil für die meisten Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichend kontrollierte Studien vorliegen. Eine kritische Bestandsaufnahme der pharmakotherapeutischen Interventionen ist notwendig, weil Medikamente in dieser vulnerablen Population aufgrund möglicher Nebenwirkungen mit Bedacht eingesetzt werden müssen. Es ist auch ein Anliegen, die psychosozialen und pflegerischen Interventionsmöglichkeiten zu berücksichtigen und diese systematisch abzubilden.

**Schlüsselwörter:** Alzheimer – Demenz – Therapieempfehlungen

Originalartikel Praxis 2014; 103 (3): 135 – 148 135

Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie & Alterspsychotherapie (SGAP)<sup>1</sup>; Schweizerische Neurologische Gesellschaft (SNG)<sup>2</sup>; Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)<sup>3</sup>; Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)<sup>4</sup>; Swiss Memory Clinics (SMC)<sup>5</sup>; Schweizerische Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (SGBP)<sup>6</sup>; Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP)<sup>7</sup>; Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)<sup>8</sup>; Schweizerische Alzheimervereinigung<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Egemen Savaskan, <sup>3</sup>Irene Bopp-Kistler, <sup>5</sup>Markus Buerge, <sup>9</sup>Regina Fischlin, <sup>14</sup>Dan Georgescu, <sup>1</sup>Umberto Giardini, <sup>6</sup>Martin Hatzinger, <sup>1</sup>Ulrich Hemmeter, <sup>1</sup>Isabella Justiniano, <sup>3</sup>Reto W. Kressig, <sup>7</sup>Andreas Monsch, <sup>1</sup>Urs P. Mosimann, <sup>2</sup>Renè Mueri, <sup>9</sup>Anna Munk, <sup>1</sup>Julius Popp, <sup>8</sup>Ruth Schmid, <sup>1</sup>Marc A. Wollmer

## Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD)

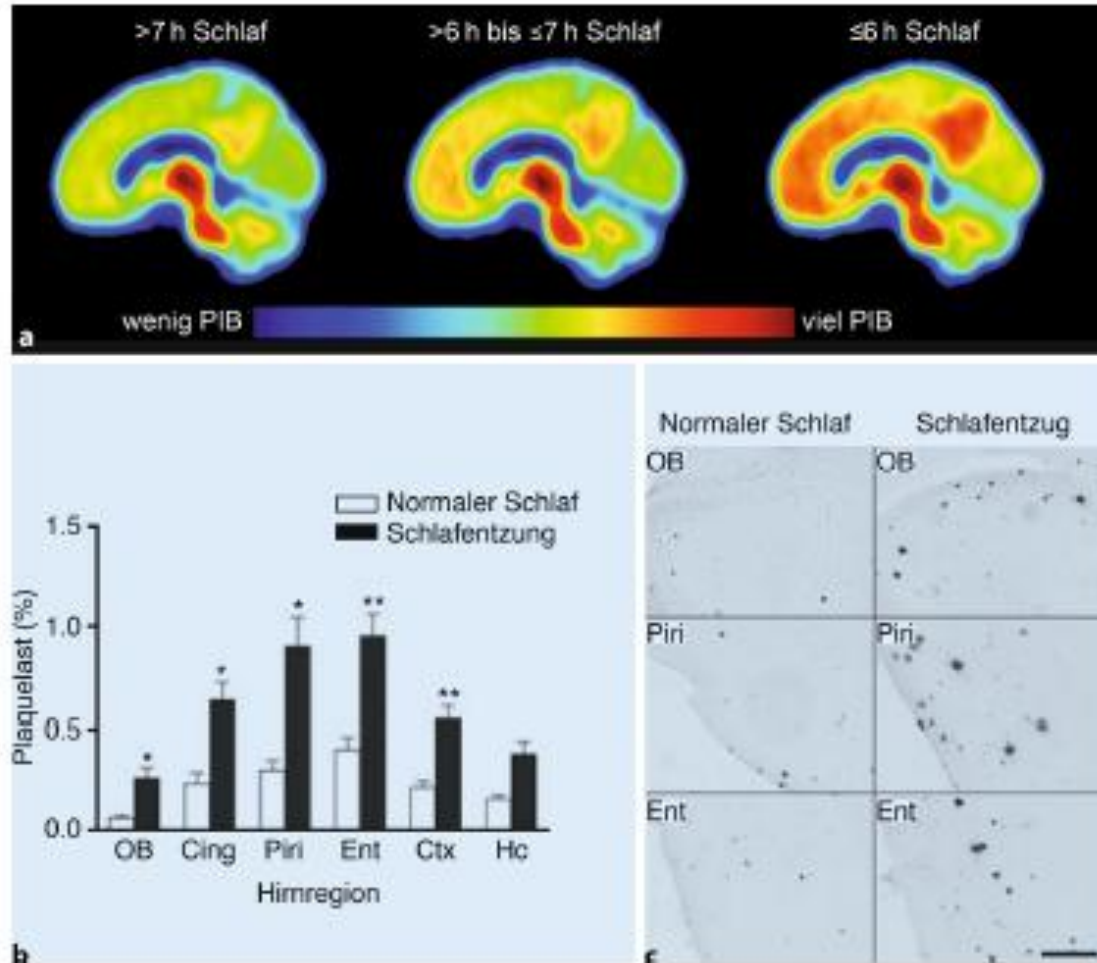
Therapy Guidelines for the Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia

### Therapie:

**Depression bei Demenz, zunächst Antidementiva und nicht-pharmakologische Massnahmen, erst danach Antidepressiva**

Update/Neuaufgabe: 2024

# Zusammenhang zwischen Schlafdauer (und Tiefschlaf), Amyloidablagerung und Demenz



Aus Busche et al, Der Nervenarzt 3, 2017

## Wirkung der Antidepressiva auf den Schlaf

AD	Schlaf-kontinuität	Tiefschlaf (SWS)	REM Schlaf	Andere
Trizyklische AD	↑ <b>bis</b> ↓	↔ <b>bis</b> ↑	↓ <b>bis</b> ↓ ↓	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Erhöhung PLM</li> <li>➤ Verschlimmerung der Apnoe</li> </ul>
SSRIs, SNRI (incl Duloxetin)	↔ <b>bis</b> ↓	↔ <b>bis</b> ↓	↓	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Erhöhung PLM</li> <li>➤ Verschlimmerung der Apnoe</li> </ul>
Bupropion	↓	↔ <b>bis</b> ↓	↔ <b>bis</b> ↑	➤ meistens beunruhigend
Trazodon	↑	↔ <b>bis</b> ↑	↔ <b>bis</b> ↑	➤ sedativ
Mirtazapin	↑	↔ <b>bis</b> ↑	↔ <b>bis</b> ↑	➤ sedativ in niedriger Dosierung
Agomelatin	↑	↑	↔	➤ nicht sedativ

# Prävention Altersdepression / Demenz

- geistige und körperliche Aktivität
- guter Schlaf bzw. gute Tag-/Nachtryhtmus
- ausgewogene Ernährung
- soziale Kontakte / Freundeskreis pflegen
- sich Gutes tun – Resilienz stärken
- Stressreduktion (sich Hilfe holen / Hilfen zulassen)
- Stärkung von Copingmechanismen
- aktiver Umgang mit Problemen/Belastungen

# Ein Buffet für kognitive Aktivität

- Individuell
  - Hobby pflegen
  - Musikinstrument spielen
  - Aktives Fernsehen/Radio hören/Zeitung lesen
  - Ehrenamtliche Arbeit
  - Malen, Töpfern, etc.
  - (Briefe) schreiben
  - Handwerken
  - Kreuzworträtsel
  - Puzzles, Sudoku, etc.
  - Lumosity, Dr. Kawashima, etc.



# Ein Buffet für kognitive Aktivität

- In Gruppen:
  - Sprachkurse
  - Lesezirkle
  - Seniorenuniversität
  - Brett-/Kartenspiele
  - Diskussionsgruppen
  - Gemeindeaktivitäten
  - Chor, Orchester
  - Tanzen
  - Freunde besuchen/einladen
  - Kulturelle Aktivitäten  
(Theater, Kino, Museum,  
Konzert)

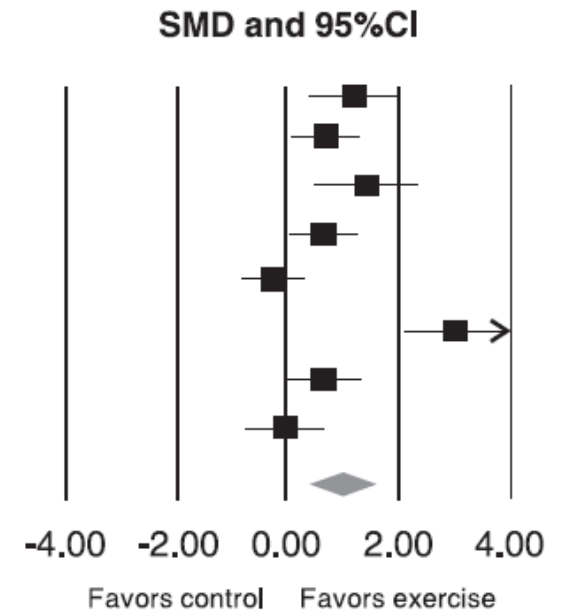


# Körperliche Aktivität / Sport - Altersdepression

- Meta-Analyse über 8 Studien mit Patienten über 60 Jahren (Schuch et al 2016)

Statistics for each study

Study	SMD	SE	Lower limit	Upper limit	p-value
Brenes <sup>30</sup>	1.249	0.430	0.407	2.092	0.004
Huang <sup>38</sup>	0.732	0.331	0.083	1.380	0.027
McNeil <sup>32</sup>	1.484	0.505	0.495	2.474	0.003
Shahidi <sup>33</sup>	0.683	0.325	0.045	1.321	0.036
Sims <sup>34</sup>	-0.230	0.303	-0.824	0.363	0.447
Singh <sup>35</sup>	3.105	0.525	2.075	4.135	0.000
Singh <sup>36</sup>	0.729	0.340	0.063	1.395	0.032
Williams & Tappen <sup>37</sup>	-0.022	0.377	-0.761	0.717	0.953
	0.900	0.312	0.289	1.511	0.004



# Zusammenfassung

## Depression oder Demenz

- Das klinische Bild kann bei beiden Erkrankungen (nahezu) gleich aussehen
- eine exakte – Leitlinien-orientierte (Stufen-)Diagnostik ist- grundlegend
- Depression und Demenz sind genetisch zwei unterschiedliche Erkrankungen

Es gibt aber auch Assoziationen

- Depressionen und Schlafstörungen sind ein Risikofaktor für das spätere Auftreten einer Demenz

Daher

- Eine konsequente Behandlung der Depression, wie auch der Schlafstörungen ist notwendig und –anhand des jetzigen Kenntnisstands- präventiv für das Auftreten einer Demenz

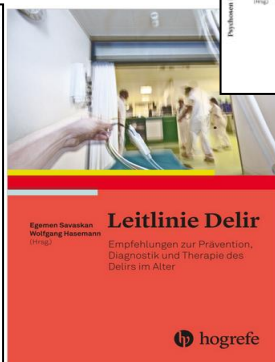
## Leitlinien orientierte Diagnostik und Behandlung

### Vorteil:

klare Strategie ableitbar, Zugriff auf vorhandenes (Erfahrungs-) Wissen, therapeutische Sicherheit

# Empfehlungen der SGAP

- Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD) **2014 und 2024**
- Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter **2017**
- Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Diagnostik der Demenzerkrankungen **2018**
- Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Depression im Alter **2019**
- Interprofessionelle Empfehlungen für die Prävention, Diagnostik und Therapie der Abhängigkeitserkrankungen im Alter **2021**
- Empfehlungen für Diagnostik und Therapie der Psychose im Alter **2021**



# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



Psychiatrisches Zentrum AR, Herisau,



Psychiatrische Dienste Graubünden,  
Klinik Waldhaus Chur



Psychiatrie St. Gallen, Klinik Wil,  
Lehrspital der Universitätsklinik Zürich,  
Partner der Medical School  
der Universität St. Gallen / HSG