

DGPPN

## Ansatzpunkte in der Behandlung der Altersdepression

Kognitive Einbußen sind bei Depression im Alter häufig. Sie lassen sich aber bei früh einsetzender antidepressiver Therapie verbessern. Welche Optionen dafür zur Verfügung stehen und wie der in diesem Alter verbreiteten Nonadhärenz begegnet werden kann, berichtete Prof. Dr. Florian Metzger, Vitos Haina, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Haina (D), am Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).

**D**ie Depression im Alter ist eine multifaktorielle Erkrankung. Die Behandlung erfordert daher ein ganzheitliches Versorgungskonzept, das biologische Faktoren, Funktionsfähigkeit, Lebenskontext und Resilienzfaktoren bearbeitet. Aus der Canadian Longitudinal Study of Aging (n = 14 014) geht hervor, dass für Personen mit Altersdepression ein höheres Risiko für kognitive Defizite besteht und auch ein höherer Anteil modifizierbarer Risikofaktoren vorliegt. Dazu gehören Diabetes, Hypertonie, Rauchen, Übergewicht, Schlafapnoe, fehlende soziale Partizipation und Schwerhörigkeit (2).

Bei einer Depression im Alter ist ausserdem zu berücksichtigen, dass das klassische Syndrom mit schweren affektiven Verläufen seltener wird. 80% der therapierefraktären Verläufe im Alter zeigen einen Rückfall nach 6–12 Wochen und komorbide Angstsymptome. Funktionelle Einbußen sind im Alter deutlich höher und eine Depression bei Multimorbidität und Frailty sehr häufig, wie der Referent erläuterte.

Die Diagnose Depression kann bei Motivationsverlust und Anhedonie wie auch bei Motivationsverlust und Rückzugsverhalten gestellt werden. Eine Altersdepression kann unterschiedliche Verläufe nehmen. Sie kann vollständig oder unvollständig remittieren, rezidivieren, chronifizieren oder als Dysthymie mit andauernder depressiver Verstimmung auftreten. Letztere kann selbst auch zu einer Depression («double depression») progredieren.

Das Risiko einer Depression ist bei Personen mit multidimensionaler Gebrechlichkeit (Frailty) vierfach erhöht. Dabei spielen der Verlust an Reservekapazität und die erhöhte Vulnerabilität gegenüber internen und externen Stressoren eine grosse Rolle (3). Jedoch ist zu bedenken, dass eine Depressionsbehandlung bei Personen mit Frailty stark mit kognitiven Einbußen korreliert und die Mortalität erhöht (4).

### Antidepressive Pharmakotherapie

Eine Altersdepression sollte rasch behandelt werden, denn kognitive Störungen treten in diesem Zusammenhang häufig auf (60%). Durch eine früh einsetzende Therapie ist jedoch eine Rückbildung oder eine relevante Besserung der kognitiven Defizite möglich (5).

Bei der pharmakologischen Behandlung sollten auch somatische Begleiterkrankungen wie z.B. Schmerz, metabolische Erkrankungen, Blutdruck, Mangelsyndrome und Arzneimittelinteraktionen mit behandelt bzw. berücksichtigt werden, wie der Referent anregte.

In der Therapie sind selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI), Mirtazapin (15–30 mg), Bupropion (150 mg), Agomelatin (25 mg) und die Monoaminoxidasehemmer Moclobemid (300–600 mg) sowie Tranylcypromin (10–20 mg) eine Option. Allerdings sollten die jeweiligen Nebenwirkungen mit den allfälligen Vorerkrankungen der alten Menschen wie z.B. Leber- oder Niereninsuffizienz abgeglichen werden (6,7). Bei therapierefraktärer Depression kann eine Augmentation und Phasenprophylaxe mit Lithium versucht werden. Dabei ist das Risiko nicht vom Alter abhängig, sondern ebenfalls von den somatischen Komorbiditäten und den Interaktionen bei Polypharmazie (8).

### Nonadhärenz verbreitet

Es zeigt sich aber, dass die Nonadhärenz bei antidepressiver Pharmakotherapie im Alter beträchtlich ist (13–37% in der Hausarztpraxis). Risikofaktoren dafür sind z.B. eine fehlende oder unzureichende Aufklärung, kognitive Defizite (v.a. Exekutivfunktionen) und Ängste.

Die Nonadhärenz lässt sich jedoch beeinflussen, beispielsweise durch eine höhere Einbestellungsfrequenz bei Behandlungsbeginn und durch Anrufe oder durch Involvierung einer Vertrauensperson bei bestehenden Bedenken (9). Zuzuwarten, ob und wann sich eine Entscheidung zur Therapie ergibt, bewähre sich im Alter nicht (10), so Prof. Metzger. □

Valérie Herzog

Quelle: «Die unterschiedlichen Ansatzpunkte in der Behandlung der Altersdepression», Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), 26.–29.11.25, Berlin

## Referenzen:

1. Berliner Altersstudie: <https://www.mpib-berlin.mpg.de/forschung/forschungsbereiche/entwicklungspsychologie/projekte/berliner-altersstudien/base>
2. Wong M et al.: Modifiable Risk Factors Associated With Cognitive Decline in Late Life Depression: Findings From the Canadian Longitudinal Study on Aging: Facteurs de risque modifiables associés au déclin cognitif dans la dépression en fin de vie : constatations de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement. *Can J Psychiatry*. 2024;69(9):708-716. doi:10.1177/07067437241255095
3. Borges MK et al.: Longitudinal Association between Late-Life Depression (LLD) and Frailty: Findings from a Prospective Cohort Study (MiMiCS-FRIL). *J Nutr Health Aging*. 2021;25(7):895-902. doi:10.1007/s12603-021-1639-x
4. Lugtenburg A et al.: Subtypes of Late-Life Depression: A Data-Driven Approach on Cognitive Domains and Physical Frailty. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2021;76(1):141-150. doi:10.1093/gerona/glaa110
5. Yang L et al.: Depression, Depression Treatments, and Risk of Incident Dementia: A Prospective Cohort Study of 354,313 Participants. *Biol Psychiatry*. 2023;93(9):802-809. doi:10.1016/j.biopsych.2022.08.026
6. Benkert, Hippus (Hrsg.): *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*. 14. Auflage, Springer. ISBN 978-3-662-67684-4
7. Seifert J et al.: Das Blutungsrisiko unter Antidepressiva verstehen und einschätzen. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2024;92(11):458-467. doi:10.1055/a-2089-3490
8. Christl J et al.: Lithiumtherapie zur Behandlung affektiver Störungen im höheren Lebensalter [Lithium treatment for affective disorders in old age]. *Z Gerontol Geriatr*. 2023;56(2):113-117. doi:10.1007/s00391-023-02164-5
9. Stahl ST et al.: Psychosocial interventions to improve adherence in depressed and anxious older adults prescribed antidepressant pharmacotherapy: a scoping review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2023;13:20451253231212322. doi:10.1177/20451253231212322
10. Gerlach LB et al.: The Start Predicts the Finish: Factors Associated With Antidepressant Nonadherence Among Older Veterans During the Acute and Maintenance Treatment Phases. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(3):18m12476. Published 2019 Mar 26. doi:10.4088/JCP.18m12476