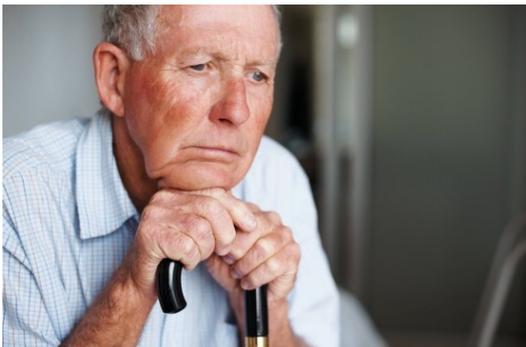


Depression im Alter

Dr. med. Tony Grimm

Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie



Übersicht Depression im Alter

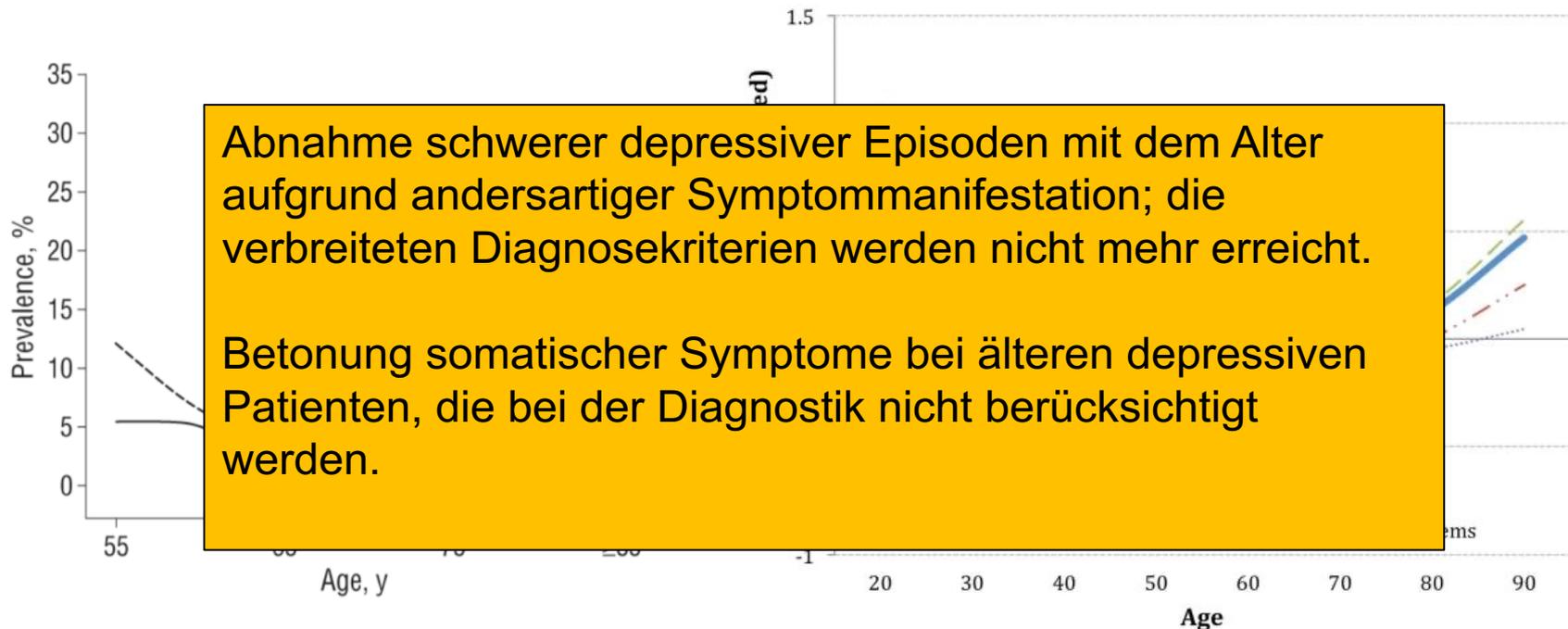
- Epidemiologie- Wie häufig sind Depressionen im Alter ?
- Diagnostik- Wie zeigt sich eine Depression ?
- Therapie- Wie wird sie behandelt?
 - Psychotherapie
 - Medikamentöse Therapie
 - Andere Therapieverfahren
- Vorbeugung von Depressionen und Angehörigenarbeit
- Zusammenfassung

Epidemiologie

Epidemiologie

- Die Definition der Depression im Alter ist uneinheitlich.
- Häufig werden depressive Episoden oberhalb von 60 Jahren subsumiert.
- Gelegentliche Unterscheidung depressiver Episoden mit Erstmanifestation im höheren Alter (late-onset-depression, LOD) und rezidivierenden Verläufen, die bereits in jüngeren Jahren begannen (early-onset-depression, EOD)
- Die Mehrzahl der Depressionen manifestiert sich erstmals vor dem 30. Lebensjahr.
- Studien zeigen einen Rückgang schwerer depressiver Episoden mit dem höheren Lebensalter, während sich depressive Symptome, die nicht die Diagnosekriterien einer schweren Episode erfüllen, eher vermehren.

Abnahme „Schwerer Depression“, Zunahme leichterer Symptome



Byers et al., 2010, *Arch Gen Psychiatry*.

Sutin et al. *JAMA Psych* 2013

Prävalenz von 4 bis 7 % für eine schweren depressiven Episode und 17-40 % für klinisch relevante, behandlungsbedürftige depressive Symptome bei Patienten über 75 Jahren (Luppa et al., 2012).

Epidemiologie

- In Pflegeheimen ist fast die Hälfte der Bewohner von relevanten depressiven Symptomen betroffen (Diniz und Reynolds, 2014).
- Innerhalb der Gruppe der Älteren tritt eine Häufung um den Zeitpunkt der Berentung auf.
- Mögliche Ursachen: Rollenwechsel, Rückgang von Sozialprestige und die dadurch resultierenden Veränderungen in der Partnerschaft
- Jenseits des 70. Lebensjahres kommt es eher zu einer Abnahme schwerer Depressionen (Byers et al., 2010)
- Dagegen sind hochbetagte, im Pflegeheim lebende Menschen von schweren Depressionen wieder vermehrt betroffen.

Epidemiologie

- Unbehandelte Depressionen sind mit einer insgesamt schlechteren körperlichen Verfassung assoziiert, was teilweise durch depressionsbedingte Inaktivität und ungünstige Stoffwechsellage erklärt sein dürfte.
- Durch die erhöhte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems entstehen rund 40% höhere Kosten bei Depressionen im Vergleich zu Nicht-Depressiven (Luppa et al., 2008).
- Verschiedene Beobachtungsstudien zeigen, dass nur rund 1/3 der älteren Menschen mit Depressionen eine Therapie erhält und dass der Krankheitsverlauf umso ungünstiger ist, je älter der Betroffene ist (Roxanne et al., 2018).

Epidemiologie

- Wären bei jüngeren Patienten im Falle einer leichten Depression ein Watchful Waiting sinnvoll sein kann, verschlechtert sich eine leichte depressive Episode bei älteren häufiger: bis zu 25% im Verlauf (Lyness et al., 2006) bzw. 8 bis 10% pro Jahr (Meeks et al., 2011).
- Auch beim Beginn im höheren Alter besteht eine starke Tendenz zum Rezidiv: bis zu 60% (Flint und Rifat, 1999).
- Zudem ist die Dauer depressive Episoden länger (nach einigen Studien bis zu 18 Monate und damit etwa dreimal länger als bei Jüngeren). Auf der anderen Seite ist die antidepressive Therapie bei Älteren häufiger mit Komplikationen z.B. Stürzen und vaskulären Ereignissen verbunden.

Diagnostik

Klinische Diagnostik

- Die Diagnose einer Depression erfolgt allein anhand klinische Kriterien aktuell noch nach der ICD-10 (10. Version der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten), sog. klinisches Interview.
- Eine Unterscheidung in eine für das Alter typische Formen existiert aktuell nicht und wird zukünftig auch nicht erwartet (ICD-11).
- Studien zeigen, dass sich Depressionen bei Älteren häufiger mit körperlichen (insbesondere gastrointestinalen) Symptomen, Hypochondrie und Agitiertheit manifestieren. Schuldgefühle und sexuelle Beeinträchtigungen werden dagegen eher seltener berichtet (Hegemann et al., 2012)

Diagnosekriterien Depression

ICD-10

Hauptsymptome

- Gedrückte, depressive Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken/-handlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

- 2 Hauptsymptomen und 2 Zusatzsymptomen: leichte Depression.
- 2 Hauptsymptome und 3-4 Zusatzsymptome: mittelschwere Depression.
- 3 Hauptsymptome und ≥ 4 Zusatzsymptome: schwere Depression.
- Dauer mindestens zwei Wochen

Diagnosekriterien Depression ICD-11



Hauptsymptome

- Gedrückte, depressive Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- ~~Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit~~

Zusatzsymptome

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit,
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle
- Hoffnungslosigkeit in Bezug auf die Zukunft
- Suizid/ Todesgedanken/-handlungen
- Schlafstörungen
- erhebliche Veränderungen des Appetits oder Gewichts
- psychomotorische Erregung oder Verzögerung
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Testdiagnostik bei älteren Patienten

- In Forschung und Praxis haben sich eine Reihe von Fragebögen etabliert, mit denen der Schweregrad depressive Symptome dokumentiert werden kann (Achtung: entspricht nicht der formalen Diagnose einer Depression nach oben genannten Haupt- und Zusatzsymptomen)
- Bei Jüngeren gut etablierten Depressionsfragebögen sind bei älteren Patienten weniger geeignet.
- Verfügbar ist unter anderem die Geriatrische Depressionsskala (GDS)

Geriatric Depression Scale (GDS)

1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?
2. Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?
3. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer?
4. Ist Ihnen oft langweilig?
5. Sind Sie die meiste Zeit guter Laune?
6. Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustossen wird?
7. Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?
8. Fühlen Sie sich oft hilflos?
9. Sind Sie lieber zu Hause, statt auszugehen und etwas zu unternehmen?
10. Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute?
11. Finden Sie, es sei schön, jetzt zu leben?
12. Kommen Sie sich in Ihrem jetzigen Zustand ziemlich wertlos vor?
13. Fühlen Sie sich voller Energie?
14. Finden Sie, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?
15. Glauben Sie, die meisten anderen Leute haben es besser wie Sie?

Yesavage et al. J of Psych Res 1983

0 – 5 Punkte: normal

5 – 10 Punkte: leichte bis mässige Depression

11 – 15 Punkte: schwere Depression

Items 3, 11, 12, 14 erlauben eine Einschätzung der Suizidalität [Heisel et al. Am J Geriatr Psychiatry 2005](#)

Kritik: Angstsymptome werden nicht erfasst und körperliche Erkrankungen können die Werte falsch erhöhen.

Somatische Untersuchungsverfahren

- Gerade bei Älteren kann die Depression Folge einer somatischen Erkrankung oder deren medikamentöse Behandlung sein (z. B. Antriebslosigkeit durch sedierende Substanzen).
- Eine sorgfältige Erhebung des körperlichen Befundes sollte deshalb erfolgen.
- Eine zerebrale Bildgebung kann hirnorganische Begleiterkrankungen darstellen (neurodegenerativen Erkrankung, Gefässschäden)

Demenz und/oder Depression?

- Bei beiden Erkrankungen treten Gedächtnisprobleme auf.
- Kognitive Störungen im Rahmen einer Depression können alle kognitiven Domänen betreffen und ein Ausmass annehmen, das klinisch einer Demenz entspricht. Man spricht dann auch von einer depressiven „Pseudodemenz.“
- Es gibt eine Reihe von Hinweisen auf eine Depression als Grund für kognitive Störungen, die helfen können, zwischen einer Depression und einer Demenz als Ursache zu differenzieren.
- Validiert zur Abgrenzung zwischen Depressionen und Demenz liegt auch ein spezieller Fragebogen vor (Ihle et al., 2000). → **Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD)**

Differenzialdiagnostik von Demenz und Depression

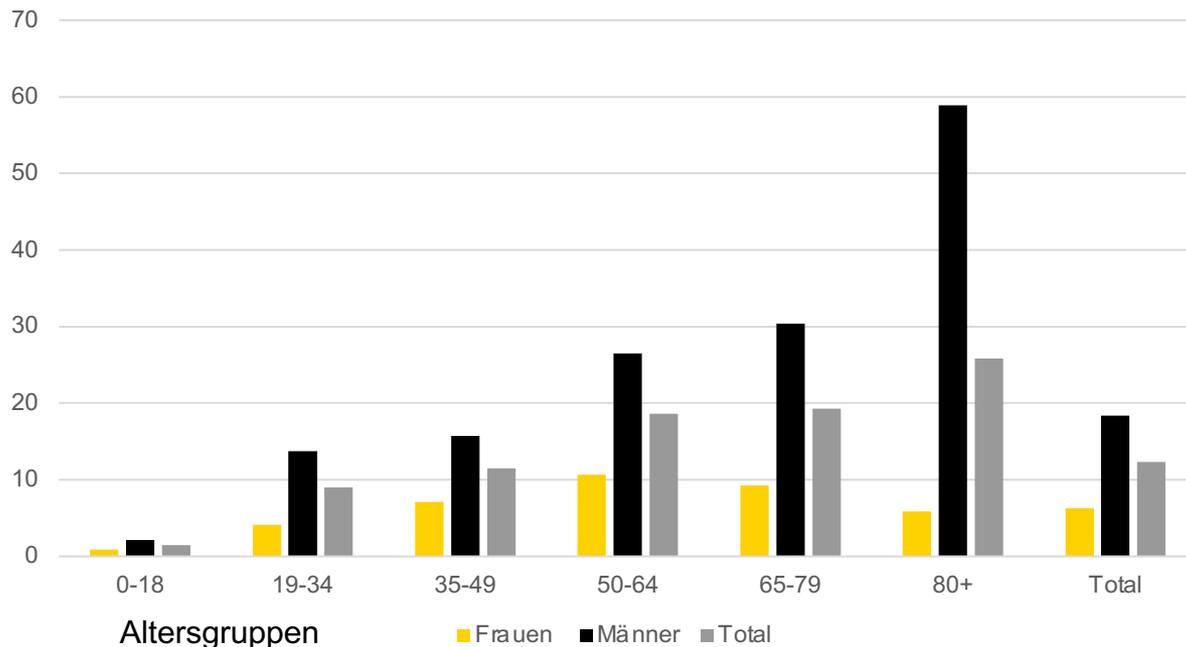
Tab. 1 Kriterien zur Differenzialdiagnostik von Depression und Demenz. (Aus [17])

Merkmal	Demenz	Depression
Beginn	Schleichend	Relativ plötzlich, anfangs rasch
Auffassungsfähigkeit	Gestört	Erhalten
Beschwerdeschilderung	Bagatellisierend, vage, Selbstüberschätzung	Aggravierend, detailliert, Selbstentwertung
Orientierungsstörung	Ja, nur zu Beginn nicht	Nein
Tagesschwankung	Leistungstief abends	Stimmungstief morgens
Kognitive Verschlechterung nachts	Ja	Nein
Alltagskompetenz	Eingeschränkt	Erhalten
Soziale Aufgeschlossenheit	Erhalten	Eingeschränkt
Reaktion auf Leistungsanforderungen oder Versagen	Abwehr, Verleugnung, Projektion; Versuch, Fehler zu verbergen	Schuldgefühle, Versagensangst; kein Versuch, Fehler zu verbergen
Bemühen um Kompensation	Ja, z. B. durch Erinnerungshilfen	Nein
Sprache, Praxie, visuell-räumliche Orientierung	Gestört	Ungestört
Erinnerungsschwäche	Ausgeprägter für kurz zurückliegende Ereignisse	Gleich stark für kurz und lang zurückliegende Ereignisse
Selektive Erinnerungslücken	Selten	Häufig
Reaktion auf Antidepressiva	Persistieren der kognitiven Symptome bei Rückbildung der Depression	Parallele Remission von kognitiven und depressiven Symptomen

Wollter DK, 2016

Suizidalität im Alter

Suizidrate
[pro 100.000 Einwohner]



Obsan, 2020

Hinweise auf besondere Gefährdung

- Alleinstehende Männer (insb. mit Mobilitätseinschränkungen und chronischen Schmerzen)
- Vorliegen wahnhafter Symptome
- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Konkretheit der Pläne

Beispielfragen zur Erfassung von Suizidalität (mod. nach Schlüssel et al, 2023)

- Haben Sie schon einmal versucht, sich selbst etwas anzutun?
- Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, wie, wo und wann Sie sich selbst töten können?
- Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie sich in nächster Zeit tatsächlich das Leben nehmen?
- Gibt es Dinge in Ihrem Leben, die sie davon abhalten, sich selbst etwas anzutun?

P4 Suicidality Screener

(Deutsche Version; German Version of the P4 Suicidality Tool ; Schlüssel et al, 2023)

Behandlung von Suizidalität

- Feststellung von akuter Suizidalität muss zu klarem Handeln führen.
- Ambulante oder stationäre Krisenintervention, ggf. auch gegen den Wunsch des Patienten.
- Beschränkung Zugang zur Suizidmethode (insb. auch nach Austritt)
- Behandlung der Depression
- Ggf. Benzodiazepine bis Wirkeintritt des Antidepressivum; EKT ?
- Im Falle Suizidversuch: «Attempted Suicide Short Intervention Program» (ASSIP)



Anja Gysin-Maillart

ASSIP – Kurztherapie nach Suizidversuch

Attempted Suicide Short
Intervention Program

2., überarbeitete Auflage

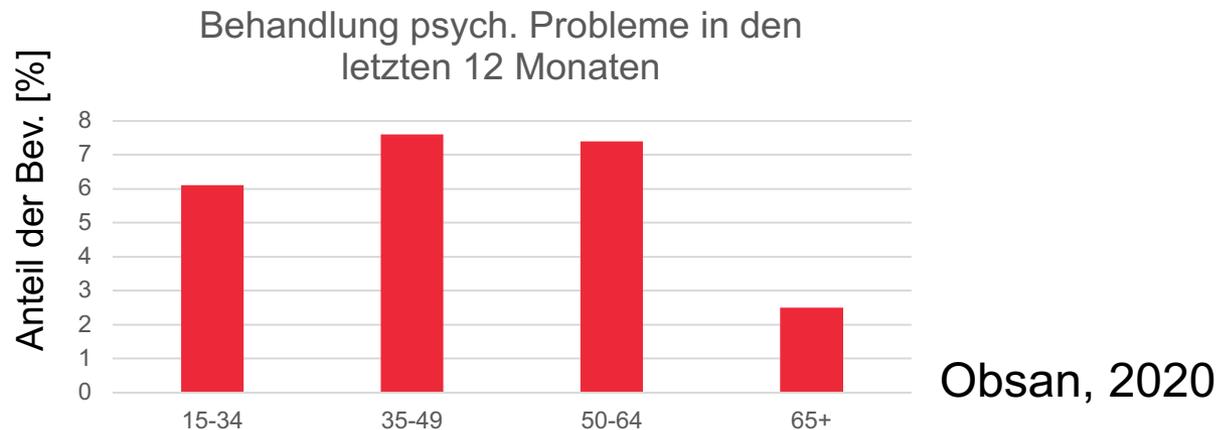
 hogrefe

<https://www.hogrefe.com/de/>

Therapie

Therapie: Ausgangslage

- Schlechte Behandlungsaussichten bei Depression im Alter
- <30% der depressiven Älteren erhalten eine Behandlung; nur 30% der Depressiven geht es zwei Jahre später besser (unabhängig von Behandlung) (Kok & Reynolds, 2017)
- Inanspruchnahme psych. Behandlung mit >65 J. in CH auf 1/3 [Obsan, 2020]
 - Diagnostische und therapeutische Probleme
 - **90% der Psychotherapeuten behandeln niemanden >60 J (DE)**



Informationsvermittlung!

- Depression ist nicht Demenz und keine Charakterschwäche.
- Suizidgedanken als Teil der Erkrankung
- Vermeintliches Abhängigkeitspotential von Antidepressiva
- Wirklosigkeit/ Unverträglichkeit von Antidepressiva bei inkonstanter Einnahme
- Evtl. Verweis auf Internetressourcen (Angehörige und Betroffene)

HILFREICHE LINKS

Entscheidungshilfe Depression

<https://www.psychenet.de/de/entscheidungshilfen/entscheidungshilfen-depressionen/was-ist-eine-depression/was-ist-eine-depression.html>

Faktencheck Depression (Nutzen und Risiken der Therapien)

<https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/depression/ergebnisueberblick/index.html>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG),
Gesundheitsinformation

<https://www.gesundheitsinformation.de/depression.html>

Entscheidungshilfe Depression



psychenet
Netz psychische Gesundheit

ENTSCHEIDUNGSHILFEN

- Schritt 1
Was ist eine Depression?
- Schritt 2
Behandlungsmöglichkeiten
- Schritt 3
Meine Entscheidung
- Schritt 4
Was kann ich selbst tun?

3,7 % (Seite 1 von 27)
Was ist eine Depression?

Was ist eine Depression?

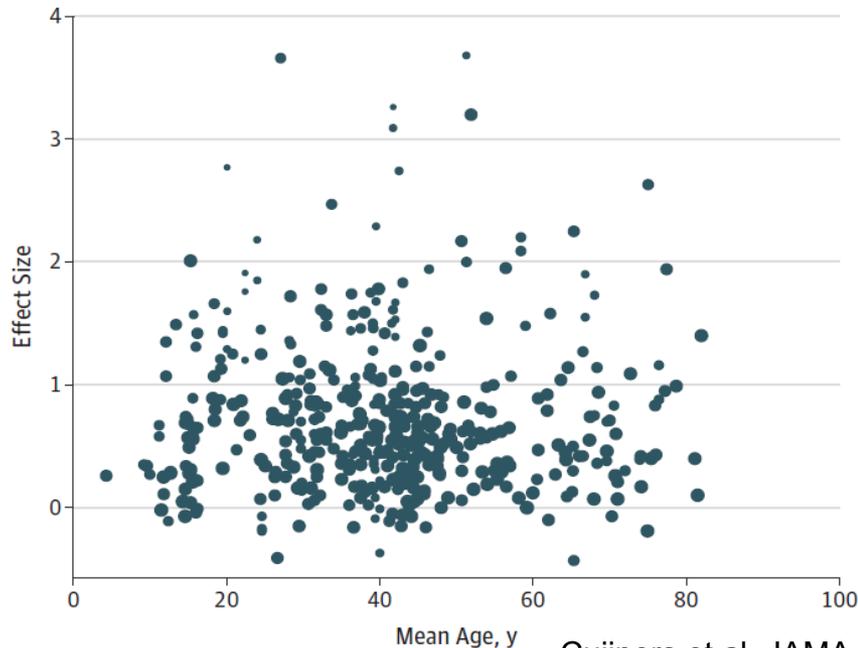
Mal einen schlechten Tag haben, sich niedergeschlagen fühlen oder über einen gewissen Zeitraum hinweg einfach nicht „gut drauf“ sein – wer kennt das nicht?

Psychotherapie im Alter

„Das Alter der Kranken spielt bei der Auswahl zur psychoanalytischen Behandlung insofern eine Rolle, als bei Personen nahe an oder über fünfzig Jahre einerseits die Plastizität der seelischen Vorgänge zu fehlen pflegt, auf welche die Therapie rechnet - alte Leute sind nicht mehr erziehbar -, und als andererseits das Material, welches durcharbeiten ist, die Behandlungsdauer ins Unabsehbare verlängert“
[Freud 1905, Über Psychotherapie]

Psychotherapie im Alter

- Wirksamkeit auch bei kognitiven Beeinträchtigungen bis hin zur Demenz.
 - Anpassungsmöglichkeiten: Verkürzte Sitzungen, angepasste kognitive Elemente (Psychoedukation, Erkennung dysfunktionaler Gedanken), Fokus auf positive Aktivitäten (Reminiszenztherapie)



Wirksamkeit der Psychotherapie
nicht vom Alter abhängig

Aber: Psychotherapeuten i.A. sind
negativer gegenüber älteren Pat.
und den Behandlungschancen
Kessler&Blachetta Aging Ment Health 2020

Cuijpers et al. JAMA Psych 2020

The size of the dots reflect the study sample size.

Psychotherapie bei Depression

- Entsprechend den aktuellen Leitlinien sollte Depressiven über 65 Jahren eine Psychotherapie angeboten werden.
- Vorteile einer Psychotherapie gegenüber einer medikamentösen Therapie im Hinblick auf die Wirksamkeit scheinen nicht vorzuliegen (Wilson et al., 2008).
- Wirksam ist die Psychotherapie auch im Sinne eine Erhaltungstherapie nach Remission.
- Ein Vorteil ist das Fehlen somatischer Nebenwirkungen.
- Bei mehrmonatiger erfolgloser Psychotherapie sollte die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung erneut angesprochen werden.



<https://www.beltz.de/>

Medikamentöse Therapie

- 20% der Menschen >70 Jahre nimmt regelmäßig Psychopharmaka
- Aus somatischer und psychiatrischer Sicht sehr heterogene Gruppe (Arzneimittelverträglichkeit)

Biologisches statt chronologisches Alter
65-85 junge Alte; 85+ als alte Alte



„Go Go“



„Slow-Go“



No-Go“

Medikamentöse Therapie

Antidepressiva-Klasse	Wirkstoff	Mittlere (max.) Tagesdosis [mg]	Steady-State [Tage]	Therapeutischer Plasmakonzentrationsbereich [ng / ml]
Trizyklische Antidepressiva (TZA)	Imipramin	150–225 (300)	4	175–300 ₁ (inkl. Desipramin)
	Amitriptylin	150 (300)	6	80–200 ₁ (inkl. Nortriptylin)
	Nortriptylin ₂	100–150 (225)	6	70–170 ₁
	Doxepin	150–225 (300)	10	50–150 (inkl. N-Desmethyldoxepin)
	Clomipramin	100–150 (300)	7	230–450 ₁ (inkl. N-Desmethylclomipramin)
Tetrazyklische Antidepressiva	Maprotilin	75–150 (225)	8	75–130
	Mianserin	60–90 (90)	6	15–70
Monoaminoxidase-Hemmer	Tranlylcypromin	20–40 (60)	-	wg. Irreversibler MAO-Hemmung keine Korrelation mit Wirkung ³
	Moclobemid	300–600 (600)	7	300–1.000

Lieb (2023)

Medikamentöse Therapie

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)	Fluoxetin	20–40 (60)	4–8 Wochen	120–500 (inkl. N-Desmethylfluoxetin)
	Paroxetin	20–40 (50)	5	20–65
	Fluvoxamin	100–200 (300)	4	60–230
	Citalopram	20–40 (40)	7	50–110 _i
	Escitalopram	10–20 (20)	7	15–80
	Sertralin	50–100 (200)	5	10–150
Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRIs)	Venlafaxin	150–300 (375)	4	100–400 (inkl. O-Desmethylvenlafaxin)
	Duloxetin	60–120 (120)	3	30–120
	Milnacipran	100 (200)	3	100–150
Selektive Noradrenalin- und Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (SNDRI)	Bupropion	150–300 (300)	7	850–1.500 (Hydroxybupropion, ► Kap. 3.2.2)
α₂-Antagonisten	Mirtazapin	30–45 (45)	6	30–80
Substanzen mit Wirkmechanismus	Agomelatin	25–50 (50)	1	7–300 ₄
	Tianeptin	25 (37,5)	3	30–80
	Trazodon	200–400 (600)	3	700–1.000
	Trimipramin	100–300 (400)	5	150–300
	Vortioxetin	5–10 (20)	14	10–40

Lieb (2023)

Weitere Wirkstoffe		
Lithiumsalze	Dosierung ausschließlich anhand des Plasmaspiegels übliche Anfangsdosis 8–18 mmol/Tag Zielwert: 0,6–0,8 mmol/l ⁶	soll (obligat)
Hypericum perforatum (Johanniskraut)	Unsicherheit bezüglich des Wirkmechanismus und des verantwortlichen Wirkstoffes. Dosierung unsicher wegen unterschiedlicher Wirkstoff-Konzentrationen und -Zusammensetzung der verschiedenen Präparate. Angeboten werden 500–1000 mg Trockenextrakt (1x täglich).	nicht etabliert

<https://www.leitlinien.de/themen/depression/version-3/anhang-3>

Ausgewählte Aspekte der medikamentösen Therapie

- Augmentation
 - Wechsel des Antidepressivums
 - Kombinationstherapie
 - Therapeutisches Drugmonitorung (TDM) / Therapeutisches Medikamentenmonitoring
-
- Therapieresistenz
 - Erhaltungstherapie

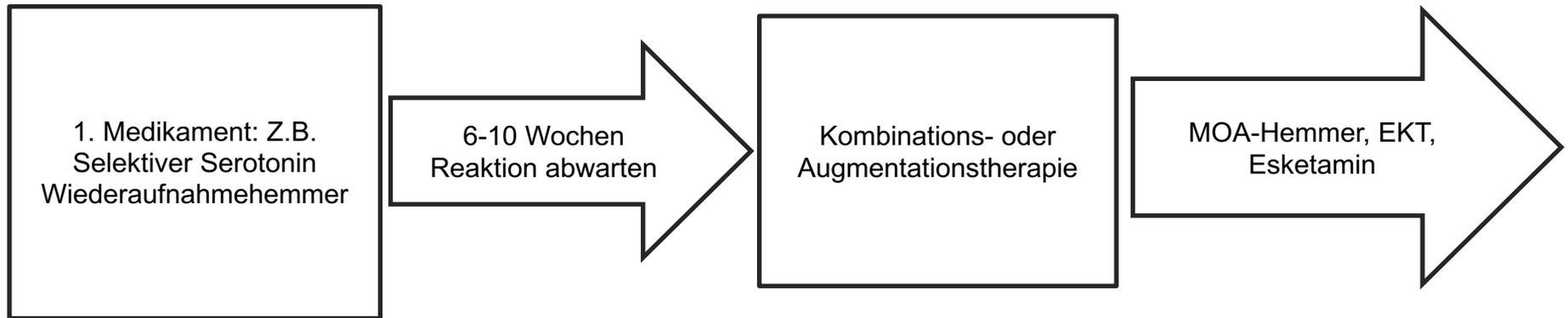
Augmentation

Unter Augmentation versteht man die Verstärkung der Wirksamkeit eines Antidepressivums durch die Kombination mit einer primär nicht antidepressiv wirksamen Substanz.

Therapeutisches Drugmonitorung (TDM)/ Therapeutisches Medikamentenmonitoring

Mit dem Begriff Therapeutisches Drug Monitoring, kurz TDM, bezeichnet man die individuelle Dosierung von Arzneistoffen unter Kontrolle der Wirkstoffkonzentration im Blut bzw. Blutplasma.

Medikamentöse Standardtherapie



Bei Nichtansprechen einer medikamentösen Behandlung unipolarer Depressionen soll gemäß Algorithmus vorgegangen werden.

<https://www.leitlinien.de/themen/depression/version-3/kapitel-7>

Erhaltungstherapie

- Rezidive sind ein schwerwiegendes klinisches Problem in der Depressionsbehandlung.
- Über die Hälfte der depressiven Episoden verläuft rezidivierend.
- Entsprechen den Leitlinien sollte deshalb die Medikation, unter der eine Remission erreicht wurde, in gleicher Dosierung fortgeführt werden.
- Für ältere Patienten gilt ein angepasstes Vorgehen.

Erhaltungstherapie

Remission seit einem Jahr.
Fortsetzung Antidepressiva?

1. Episode
Langsames Absetzen
überlegen

2. Episode
Weiterführung für
ein weiteres Jahr

3. Episode
Weiterführung für >2 Jahre
evtl. lebenslang

Kok & Reynolds, 2017

Psychotherapie ähnlich gut prophylaktisch

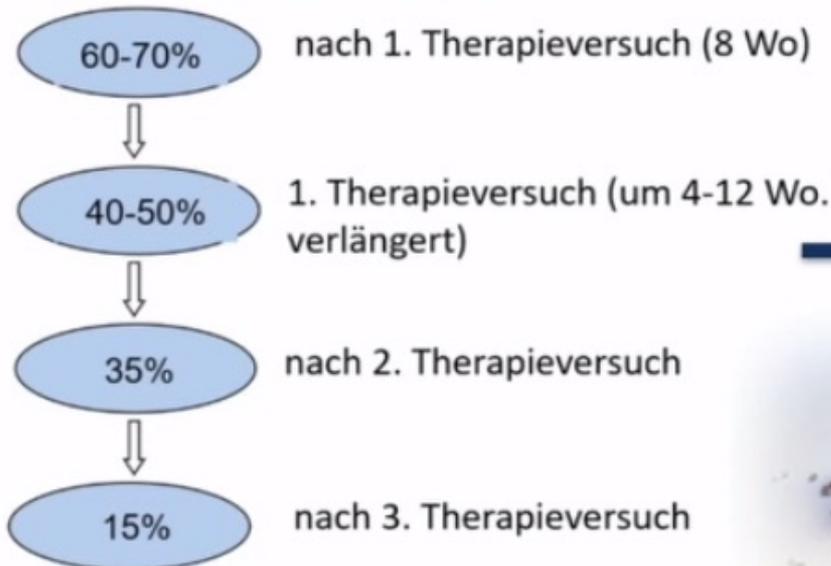
Therapieresistenz

- Sog. Therapieresistente Depression (TRD)
- Therapieversagen trotz zweier adäquater antidepressiver Therapieversuche (Dosierung und Dauer)
- Begrifflich besser: „Schwer behandelbare Depression“

Therapieresistenz

Resistenz auf AD ist häufig

Anteil nicht-remittierter Patienten



Insuffiziente Response ist häufig assoziiert mit Frustration, Unzufriedenheit, Hoffnungslosigkeit und Ängstlichkeit bezogen auf die Medikation²



AD, Antidepressiva; ITT, intention-to-treat population.

1. Rush, 2005. In Bauer, Adli, Berghöfer (eds.) Acute and treatment-resistant depression; 2. Mago R et al. BMC Psychiatry. 2018;18:33;

Andere Therapieverfahren

- Schlafentzug, Licht- und Bewegungstherapie
- Digitale Gesundheitsinterventionen
- Nicht invasive Hirnstimulation

Schlafentzug, Licht- und Bewegungstherapie

- Wegen der nur kurzen Wirksamkeitsdauer des Schlafentzugs ist dieser primär als ergänzende Massnahme anzusehen (Empfehlungsgrad B).
- Lichttherapie wird primär bei saisonaler Depression empfohlen (Empfehlungsgrad A). Bei richtiger Durchführung (7500 Lux, 60 min am Morgen) ist diese signifikant und nachhaltig wirksam.
- Mehrere Metanalysen zeigen die Wirksamkeit einer Bewegungstherapie (Empfehlungsgrad A).
- Für keines der genannten Verfahren liegen jedoch belastbarere Daten zu älteren Patienten vor.

Lichttherapie



<https://www.galaxus.ch>



<https://www.bfs.de>

Nicht invasive Hirnstimulation

- Elektrokrampftherapie (EKT)
- Transkranielle Magnetstimulation (TMS)

Elektrokrampftherapie (EKT)



Elektroschock-Therapie – Strom gegen Depression
Aus Puls vom 19.09.2016.

Wissen > Gesundheit >

Strom gegen Depression

Still und leise hat sich die Elektrokrampftherapie in der Depressionsbehandlung wieder etabliert. Jahrzehntelang war die Behandlung mit Elektroschocks verpönt – heute wird damit Schwerstdepressiven erfolgreich geholfen.

<https://www.srf.ch/wissen/gesundheit/strom-gegen-depression>



https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/e06f9f009532ab7ec4e098a5cec77a74e5ebcd72/EKT%20in%2024%20Fragen_web.pdf

Was ist EKT?

03

Was ist EKT?

Die EKT ist ein modernes **medizinisches Behandlungsverfahren für schwere psychische Störungen**. Vornehmlich **Patienten mit depressiven und psychotischen Beschwerden sprechen gut auf die Therapie an**. Sie ist **wissenschaftlich anerkannt, hochwirksam, sicher** und im Verhältnis zur Schwere der behandelten Erkrankungen **nebenwirkungsarm**. **Im Rahmen einer Kurznarkose wird das Gehirn über Elektroden an der Kopfhaut für wenige Sekunden mit sehr kurzen elektrischen Impulsen angeregt**. Ein Teil der Nervenzellen koordiniert dadurch vorübergehend ihre Aktivität, sie schwingen im gleichen Takt. Ähnlich wie bei einem generalisierten Anfall kehren sie nach ungefähr einer Minute selbstständig wieder in ihren ursprünglichen Funktionszustand zurück. Wendet man das Verfahren **im Abstand von Tagen mehrmals** an, führt es bei der Mehrzahl der Patienten zu einer völligen Rückbildung oder zumindest deutlichen Besserung der Beschwerden.

<https://www.srf.ch/wissen/gesundheit/strom-gegen-depression>



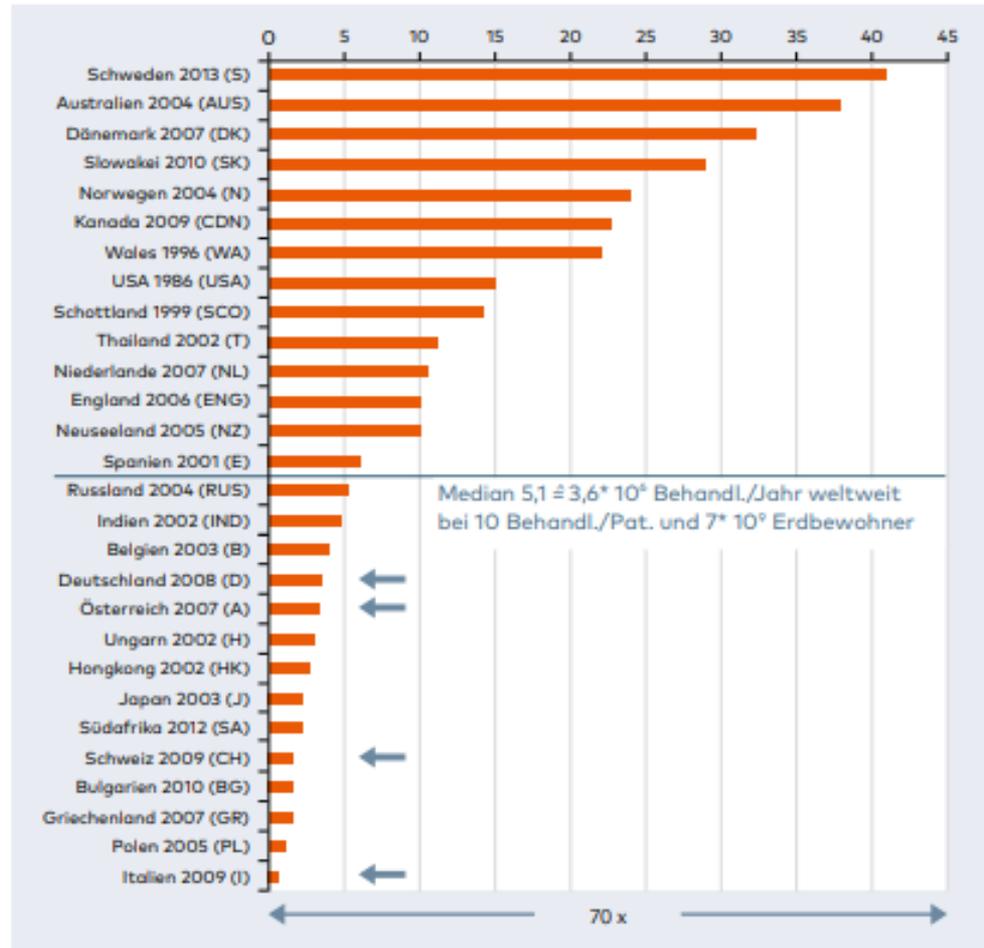
Wie wirkt EKT?

10

Wie wirkt EKT?

Als gesichert gilt, dass nicht der elektrische Strom therapeutisch wirksam ist, sondern die vorübergehende koordinierte Aktivität der Nervenzellen während der Behandlung. Alle Versuche, diesen Kernbestandteil der Methode zu verändern, waren mit einer schlechteren Wirksamkeit verbunden. Bei wiederholter Anwendung der EKT werden hirneigene Heilungsprozesse angestoßen, Hormone für das Nervenwachstum ausgeschüttet, neue Nervenzellen gebildet und zusätzliche Verbindungen im Hirngewebe geknüpft. Dies führt zur Regeneration von Hirngewebe und zu einer Wiederherstellung von Funktionen, die durch die Krankheit eingeschränkt waren. Darüber hinaus ist eine Vielzahl von Wirkungen der EKT auf Botenstoffe, Hormone und Eiweiße im Gehirn beschrieben und es gibt klinische Hinweise, dass sie die Wirkung der medikamentösen Therapie unterstützt.

Ist EKT eine erprobte Therapie?



Anzahl der mit EKT behandelten Patienten pro 100.000 Einwohner weltweit (Grözinger 2016)

Elektrokrampftherapie (EKT)

- Die Wirksamkeit der EKT übersteigt die der medikamentösen und psychotherapeutischen Therapieansätze und scheint mit zunehmendem Alter sogar zuzunehmen (Dols et al., 2017).
- Kognitive Störungen können sich im Zuge der EKT verstärken, bilden sich jedoch typischerweise innerhalb von 1 bis 2 Monaten zurück.
- Schwere kardiovaskuläre Erkrankungen können wegen der auftretenden Blutdruckerhöhungen eine Kontraindikation bedeuten.

Elektrokrampftherapie (EKT)

- Auch wenn die Ansprechpartner der EKT bei Älteren hoch sind (> 80%), muss die Häufigkeit von Rückfällen bedacht werden (50 bis 95 % über alle Altersgruppen hinweg). Eine Erhaltungstherapie, ist deshalb dringend erforderlich.
- Die Machbarkeit und Verträglichkeit von Erhaltungs-EKT (wöchentlich bis monatlich) konnten dabei in Studien auch für Ältere gezeigt werden. Die Häufigkeit von Rückfällen halbiert sich ähnlich wie bei einer medikamentösen Erhaltungstherapie (Jelovac et al., 2013).
- **Während medikamentöse Behandlungen im Alter eine eher abnehmende Wirksamkeit zeigen, nimmt diese bei der EKT zu.**

EKT in der Diskussion

2017: „Der Bundesrat wird beauftragt zu prüfen, welche Möglichkeiten bestehen, damit die sogenannte Elektrokonvulsionstherapie (früher Elektroschock genannt), welche nachweisbar bleibende Hirnschäden verursacht, die von den Praktizierenden in keiner Weise voraussagbar sind, in der Schweiz möglichst nicht mehr eingesetzt werden darf.“

EKT wird im Kanton Genf nach Todesfall in den 60iger Jahren nicht mehr eingesetzt

Vorbeugung von Depressionen und Angehörigenarbeit

Vermeidung von Depressionen im Alter

- Primärprävention: Vermeidung von Übergewicht, Inaktivität, Alkohol und Rauchen
- Massnahmen zur Vermeidung sozialer Isolation (Z.B. Besuchsdienste, Wohnform)
- Soweit möglich Korrektur von Seh- und Hörstörungen
- Niederschwellig Ansprechpartner z.B. Kirchengemeinen, Begegnungsstätten, etc.
- Weitere Gabe von Antidepressiva (ggf. 2-3 Jahre)

Almaida Maturitas, 2014

Was sollten Angehörige wissen und tun?

- Depression ist eine Krankheit.
- Depressionen belasten auch das Umfeld.
- Das Umfeld muss oft auch unterstützt werden.
- Wie unterstützen?
 - Hilfesuche unterstützen
 - Gemeinsame Unternehmungen ohne zu hohe Erwartungen
 - Bewegung fördern

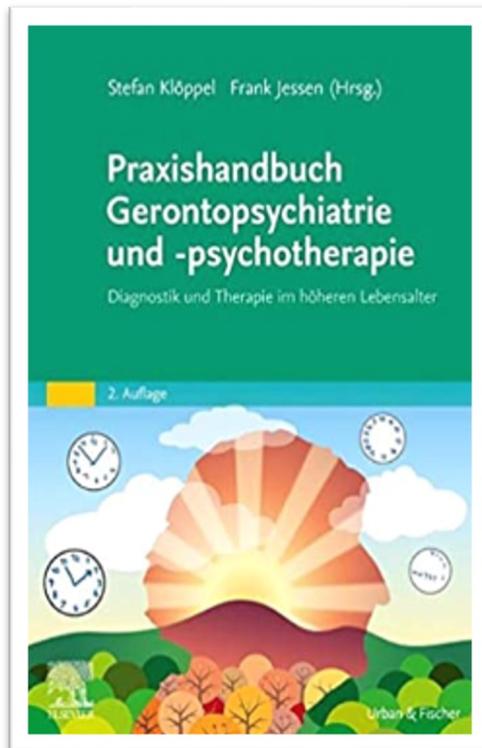
Zusammenfassung

- Depressionen sind im Alter häufig und oft verbunden mit körperlichen Beschwerden.
- Suizide, insb. von alleinstehenden älteren Männern sind häufig.
- Depressionen im Alter werden relativ selten erfolgreich behandelt.
- Es stehen wirksame medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien zur Verfügung.
- Die Wirksamkeit der EKT übersteigt die der medikamentösen und psychotherapeutischen Therapieansätze und scheint mit zunehmendem Alter sogar zuzunehmen.
- Digitale Interventionen sind wirksam und eine Möglichkeit zur barrierefreieren Bereitstellung psychotherapeutischer Hilfe.

Danke für das Zuhören

Fragen gerne an:
tony.grimm@upd.ch

Weiteres Interesse?



<https://www.elsevier.com/>



<https://www.hogrefe.com/de/>

