

Depressionen im Alter

H. F. Durwen

Klinik für Akut-Geriatrie und Frührehabilitation, St. Martinus-Krankenhaus, Düsseldorf

Zusammenfassung

Depressionen sind mit einer Prävalenz von etwa 15% bei geriatrischen Patienten neben kognitiven Beeinträchtigungen die häufigste psychiatrische Störung. Vor allem treten subsyndromale Formen auf. In geriatrischen Institutionen liegt die Prävalenz noch deutlich höher. Die Betroffenen zeigen meist keine klassisch ausgeprägte Depression, sondern überwiegend somatische Symptome, die die Depression maskieren. Auch bei geriatrischen Patienten gilt: Depression ist keine selbstverständliche Begleiterscheinung des Alters, sondern eine behandlungsbedürftige Erkrankung.

Schlüsselwörter: Depression, Prävalenz, Differentialdiagnose, geriatrische Patienten, medikamentöse Therapie

Depression in the elderly

H. F. Durwen

Zusammenfassung

The lifetime risk for Major Depressive Disorder is about 15% for geriatric patients. Therefore depressive disorders are the most common psychiatric disorder in the elderly in addition to cognitive impairments. Subsyndromale depressive disorders especially in geriatric institutions are dominant. Elderly patients show predominantly somatic symptoms, the so called »masked depression«. Depression in geriatric patients is not a natural consequence of aging, but a disorder requiring treatment.

Schlüsselwörter: depression, prevalence, differential diagnosis, geriatric patients, pharmacotherapy

© Hippocampus Verlag 2009

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten Beratungsanlässen und Erkrankungen in der Versorgung. Allein in Deutschland leiden vermutlich rund 4 Millionen an behandlungsbedürftigen Depressionen (www.kompetenznetz-depression.de). Davon sind knapp 3 Millionen in hausärztlicher Behandlung. Nach einer Schätzung der Weltgesundheitsorganisation WHO werden bis zum Jahr 2030 Depressionen in den Industriestaaten die häufigste Ursache und weltweit die zweithäufigste Ursache von erkrankungsbedingten Belastungen sein. Die volkswirtschaftlichen Kosten sind enorm [6].

Allerdings werden Depression, vor allem bei älteren Patienten häufig nicht erkannt:

- Viele Betroffene erkennen die eigene Depression nicht
- Die Schilderung psychischer Symptome fällt älteren Patienten oft schwer
- Der Begriff »Depression« ist negativ besetzt
- Depression wird oft als selbstverschuldet erlebt
- Körperliche Symptomatik überdeckt häufig die Depression
- Häufig findet kein systematisches Screening statt
- Der »Para-medizinischer Bereich« erkennt die Depression nicht (Pflegerheime/-dienste, Beratungsstellen, Schulen, Seelsorge etc.)

Nur etwa jeder zweite Patient mit Depressionen wird diagnostiziert, nur etwa 25% werden behandelt und nur etwa 12,5% auch ausreichend therapiert.

Andere Bezeichnungen für Depressionen im Alter, die jedoch häufig missverstanden werden und daher möglichst nicht mehr verwendet werden sollten, sind Involutionsdepression oder Spätdepression.

Epidemiologie

In der Altersgruppe der unter 80-Jährigen leiden etwa 6,3% der Bevölkerung an einer Major Depression. Jenseits des 80. Lebensjahrs nehmen Depressionen dagegen deutlich zu (Prävalenz im Schnitt 15,5%). Auch die Häufigkeit typischer depressiver Episoden und Dysphorie steigt mit dem Alter von rund 15,5% bei den unter 80-Jährigen auf etwa 22,4% im höheren Lebensalter.

In psychiatrischen und geriatrischen Einrichtungen sind etwa 20–50% der Patienten in unterschiedlicher Ausprägung betroffen. In Allgemeinkrankenhäusern sind vermutlich 10–35% depressive Patienten und in Alten- und Pflegeheimen etwa ein Drittel der Patienten depressiv (26–38%).

Verlauf

Grundsätzlich ist der Verlauf bei geriatrischen Patienten mit Depressionen vergleichbar mit dem bei jüngeren Patienten. In der Regel dauert eine akute depressive Phase etwa vier bis sechs Monate [13]. Dabei sind bei den älteren Patienten längere Phasenverläufe möglich, Rückfallhäufigkeit und Therapie-Resistenz können etwas erhöht sein.

Zu beachten ist vor allem die hohe Suizidrate bei älteren Patienten. Außerdem muss bei älteren, meist multimorbiden Patienten berücksichtigt werden, dass somatische Symptome im Vordergrund stehen und diese die Depression verdecken können [11]. Verlaufsverschlechternde Faktoren, hirnorganische Beeinträchtigungen und andere körperliche Erkrankungen können die Diagnose und die Behandlung erschweren [4]. Die schlechte soziale Versorgung und die fehlende familiäre Einbindung der Patienten können dazu beitragen, dass die Diagnose in der Regel erst spät gestellt werden kann.

Diagnostik

Depressionen sind durch die Kernsymptome depressive Stimmung, Verlust von Interesse und Freude und verminderter Antrieb charakterisiert. Haupt- und Nebenkriterien der Depression nach ICD-10 zeigt Abbildung 1. Die Symptome müssen für die Diagnosestellung nach ICD-10 mindestens zwei Wochen lang vorhanden sein (Tab. 1).

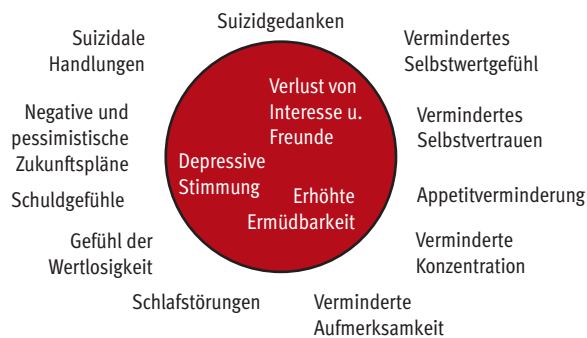


Abb. 1: Haupt- und Nebenkriterien einer Depression nach ICD-10

F31	Depressive Phase im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung (manisch/depressiv)
F32	Depressive Phase, monophasisch (unipolare Depression)
F32.0	Leicht: 2 Haupt-Symptome + 2 Zusatz-Symptome länger als 2 Wochen
F32.1	Mittelgradig: 2 Haupt-Symptome + 3–4 Zusatz-Symptome länger als 2 Wochen
F32.2	Schwer: 3 Haupt-Symptome + 4 Zusatz-Symptome länger als 2 Wochen
F33	Depressive Phase, rezidivierend (unipolare Depression) Schweregrad wie F32: (F33.1–F33.3); wiederkehrende Phasen
F34	Dysthymie milde (nicht rezidivierende), im jungen Erwachsenenalter beginnende, über mindestens 2 Jahre anhaltende depressive Verstimmung
F06.32	Organische depressive Störung

Tab. 1: Einteilung der Depressionen nach ICD 10

Neurologische Erkrankungen

- Zerebrovaskuläre Erkrankungen
- neurodegenerative Erkrankungen, z. B. M. Parkinson, M. Alzheimer, Chorea Huntington
- Encephalomyelitis disseminata (Multiple Sklerose)
- Epilepsie
- Schädel-Hirn-Trauma
- Hirntumoren

Infektionen und entzündliche Erkrankungen

- schwere Infektionserkrankungen allgemein
- Viruserkrankungen (Enzephalitis, Grippe, Hepatitis, Mononukleose etc.)
- Aids
- systemischer Lupus erythematodes

Endokrine Erkrankungen

- M. Addison
- M. Cushing
- Hyperparathyreoidismus
- Hypothyreose und Thyreotoxikose

Metabolische Störungen

- Dehydration
- Folsäuremangel
- Perniziöse Anämie (Vit.-B₁₂-Mangel)

Sonstige

- kardiopulmonale Erkrankungen
- Pankreas- und andere Karzinome
- Polytrauma
- postoperatives Erschöpfungssyndrom
- Alkoholmissbrauch
- Intoxikation, z.B. Niedrigdosis-Abhängigkeit von Benzodiazepinen

Die Diagnose einer Depression stützt sich dabei vorwiegend auf Eigen- und Fremdanamnese. Erforderlich ist eine umfassende psychiatrische, neurologische und allgemein-körperliche Untersuchung, um andere Erkrankungen (Tab. 2) auszuschließen. Außerdem sollte eine Verhaltensbeobachtung erfolgen. Zur Beurteilung eignen sich z. B. die Geriatric Depression Scale (GDS), das Beck Depressionsinventar und die Hamilton Depressionskala.

Zusätzlich sollte die Laborchemie abgeklärt werden (inkl. Schilddrüse und Vitamine). Zur Differentialdiagnostik wird außerdem ein CCT (MRT) empfohlen, um z.B. raumfordernde Prozesse auszuschließen, sowie EEG und EKG.

Auch Arzneimittelwechselwirkungen können bei geriatrischen Patienten depressive Symptome verursachen. Die bestehende Medikation muss daher ebenfalls sorgfältig überprüft werden (Tab. 3).

Je nach Zusammensetzung der Symptome können unterschiedliche Syndrome in unterschiedlicher Ausprägung im

Depression als Arznei-Nebenwirkung

- | | |
|-----------------------|------------------|
| – Benzodiazepine | – Metoclopramid |
| – Cimetidin | – Neuroleptika |
| – Cycloserin | – Propranolol |
| – Fenfluramin | – Reserpin |
| – Gyrasehemmer | – Steroidhormone |
| – orale Kontrazeptiva | – Sulfonamide |
| – Levodopa | – Zytostatika |
| – Methylidopa | |

Tab. 3: Wichtige Medikamente (Beispiele), die bei kurz- oder längerfristiger Einnahme depressive Zustände hervorrufen können

Vordergrund stehen. Man unterscheidet gehemmte, agitierte, wahnhaft-depressive Depression und somatisierte »larvierte« Depressionen. Eine gehemmte Depression liegt dann vor, wenn die Patienten sich deutlich zurückgezogen haben, antriebsarm und wenig kommunikativ sind. Bei einer agitierten Depression sind die Patienten dagegen psychomotorisch unruhig. Einige Patienten leiden auch an psychotischen Symptomen, wie Verfolgungswahn oder Verarmungswahn (wahnhaft-depressive Depression). Bei einer somatisierten Depression stehen dagegen körperliche Symptome im Vordergrund. Dabei kann auch ein somatisches Syndrom vorliegen. Für die Diagnosestellung müssen dabei *mindestens vier* der folgenden Symptome *eindeutig feststellbar* sein:

- deutlicher Interessenverlust oder Verlust der Freude an früher angenehmen Aktivitäten
- mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren
- frühmorgendliches Erwachen; zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit
- Morgentief
- der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit
- deutlicher Appetitverlust
- Gewichtsverlust, häufig mehr als 5% des Körpergewichts im vergangenen Monat
- deutlicher Libidoverlust.

Die klassischen Symptome einer Depression, die affektiv-depressive Herabgestimmtheit und tiefe Traurigkeit, stehen dagegen bei geriatrischen Patienten nicht so häufig im Vordergrund. Psychopathologisch überwiegen psychomotorische Unruhe sowie die Störung von Konzentration und Aufmerksamkeit, die eine depressive Pseudo-Demenz vortäuschen können. Einige Patienten berichten auch ein Gefühl der Gefühllosigkeit oder sind ängstlich klagsam (Jammerdepression). Sie ziehen sich aus der Gesellschaft zurück. Häufig sind bei depressiven älteren Patienten auch wahnhaft-depressive Depressionen. Besonders muss auch auf selbstdestruktives Verhalten geachtet werden (z.B. »stiller Suizid«). Viele Patienten verweigern die Nahrungsaufnahme oder trinken nichts mehr. Psychopathologisch akzentuiert sind im Alter außerdem asthenische Beschwerden, d.h. uncharakteristische körperliche Beschwerden. 69% der Patienten mit Depression suchen ihren Hausarzt ausschließlich aufgrund von körperlichen Beschwerden oder Funktionsstörungen im Rahmen der Depression auf, wie Appetitverlust, Magendruck, Obstipation, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder Druckgefühl in Hals und Brust [11]. Der behandelnde Arzt muss daher bei solchen diffusen Beschwerden mit viel Fingerspitzengefühl vorgehen. Werden die körperlichen Zeichen der Depression nicht richtig zugeordnet, können viel Zeit und wertvolle Ressourcen verloren gehen. Die Patienten können in einen Teufelskreis geraten (Abb. 2 und 3). Auch körperliche Beschwerden können zu Depressionen führen, so dass sich Depressionen und körperliche Beschwerden gegenseitig verstärken können [2]. Umgekehrt kann hinter den Symptomen einer Depression aber auch eine behand-

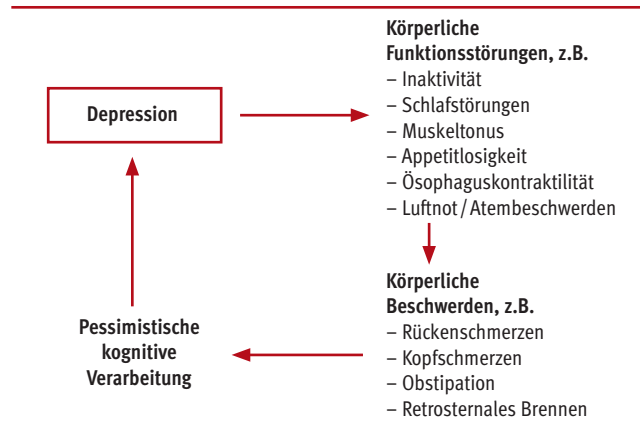


Abb. 2: Körperliche Beschwerden sind Teil des Teufelskreises

	Psychosoziale Aspekte	Neurobiologische Aspekte
Vulnerabilität	z. B. negative Lebenserfahrungen, Persönlichkeit	z. B. genetische Faktoren
Auslöser	z. B. akute psychosoziale Belastung, Stress	z. B. Überaktivität der Stresshormonachse
Depressiver Zustand	depressive Symptomatik	z. B. Dysfunktion der Neurotransmitter, Serotonin / Noradalin
Therapie	Psychotherapie	Pharmakotherapie

Abb. 3: Psychische und körperliche Ursachen der Depression

lungsbedürftige somatische Erkrankung stehen. Sowohl depressive als auch somatische Symptome sollten daher stets sorgfältig untersucht werden.

Ursachen einer Depression im Alter

Neben negativen Lebenserfahrungen, z. B. dem Verlust des Ehepartners oder von Angehörigen durch Krankheit oder Unfall, kann auch das Nachlassen physischer und psychischer Fähigkeiten im Alter, das subjektiv unzureichend verarbeitet wird, zur Manifestation einer Depression im Alter beitragen. Isolation und Vereinsamung, aber auch objektive materielle Probleme können die Entstehung einer Depression begünstigen. Auch hirnorganische Veränderungen können das Risiko für eine Depression erhöhen. Eine Dichteminderung der weißen Substanz im CCT/kranialen MRT weist auf ein 3–5-fach erhöhtes Risiko hin. Das Vorliegen allgemeiner vaskulärer Risikofaktoren, zerebrale Gefäßveränderungen, der Nachweis ischämischer Läsionen im Gehirn, v. a. im präfrontalen Kortex und Ncl. Caudatus, erhöhen ebenfalls die Wahrscheinlichkeit, eine Depression zu entwickeln (siehe Beitrag von Mödden und Hildebrandt in dieser Ausgabe). 30 bis 40% der Patienten nach Schlaganfall entwickeln unabhängig von der Läsionsgröße und Behinderung innerhalb der ersten drei Monate eine Depression [10]. Als Ursache für die Korrelationen wird eine

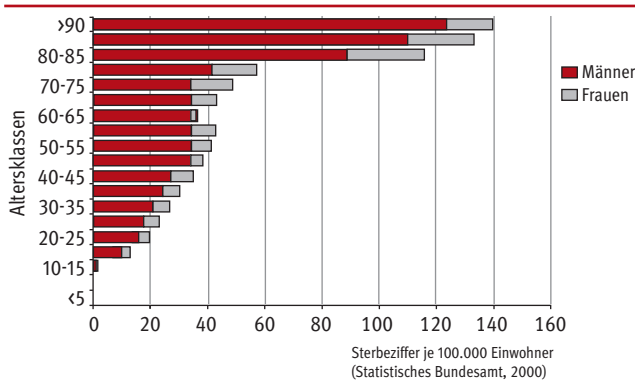


Abb. 4: Suizidraten in der BRD

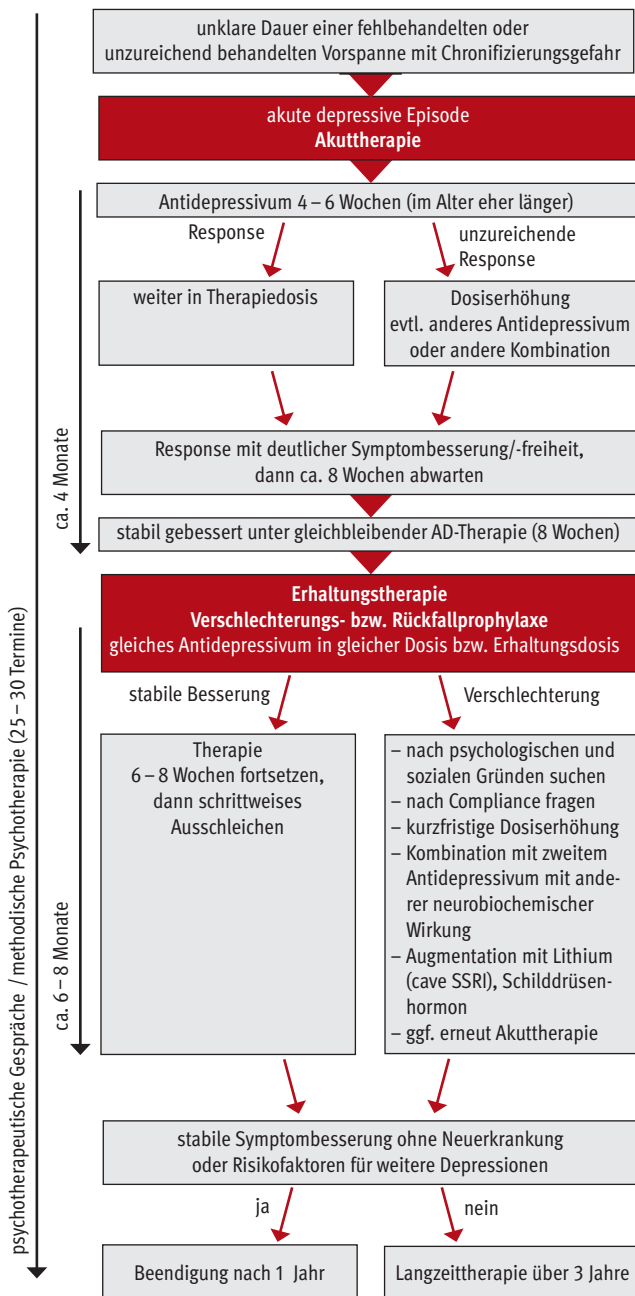


Abb. 5: Ablauf einer antidepressiven Standardtherapie

Folgende Kriterien sprechen für eine Depression:

- affektive Erkrankung in der Vorgeschichte
- relativ plötzlicher Beginn der kognitiven Einbußen (<6 Monate)
- anhaltende depressive Verstimmung
- subjektive Klage über kognitive Störungen größer als objektive Befunde
- Fehlen von Aphasie, Apraxie und Agnosie
- Abklingen kognitiver Störungen unter erfolgreicher antidepressiver Therapie

Folgende Kriterien sprechen für eine Demenz:

- meist langsamer Beginn, erste Zeichen meist länger als 1 Jahr zurück
- depressive Symptome treten phasenweise auf
- Kurzzeitgedächtnisdefizit im Vordergrund
- kognitive Funktionsstörungen (Dyspraxie, visuell-räumliche Störung, Dysphasie, Dyskalkulie, Störung des abstrakten Denkens)
- kein Abklingen der kognitiven Symptome unter antidepressiver Therapie

Folgende Kriterien sprechen für eine Trauerreaktion (vorübergehende psychophysische Befindlichkeit):

- Traurige Gefühle und depressive Verstimmung sind:
- schwankend
 - von kurzfristiger Dauer
 - von außen beeinflussbar
 - auf Zuwendung reaktiv
- Bei 15 % der Trauernden Übergang in behandlungspflichtige Depression

Tab. 4: Differentialdiagnostische Abgrenzung von Demenz und Depression

Dysbalance insbesondere noradrenerger und serotonerger Neurotransmitter diskutiert. Die Prognose ist vor allem für Männer eher ungünstig.

Koronare Herzerkrankung und Myokardinfarkt gelten ebenfalls als entscheidende Risikofaktoren [12]. Rund 20 % der Patienten erleiden nach einem Myokardinfarkt eine Depression mit erhöhtem Risiko für Reinfarkt, Herztod und arrhythmische Ereignisse. Depressive Patienten haben ein 1,7-fach höheres Risiko für eine Verkalkung der Herzkranzgefäße [7]. Das Risiko steigt dabei mit dem Schweregrad der Depression [14].

Weitere komorbide Erkrankung, die mit erhöhtem Depressionsrisiko einhergehen, sind neurodegenerative Erkrankungen wie Demenz und Morbus Parkinson (Tab. 2 und 3). Tabelle 4 zeigt die differentialdiagnostische Abgrenzung von Demenz und Depression.

Auswirkungen einer Depression auf die Lebenssituation eines Menschen

Wenn eine Depression auftritt, reagieren viele Patienten mit sozialem Rückzug. Die Folgen sind zunehmende Immobilität, Sturzgefahr und Bettlägerigkeit. Unter Umständen wird die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme verringert mit den fatalen Folgen des Gewichtsverlustes und der Exsikkose. Dies kann einerseits auf die Depression zurückgeführt werden, einige Patienten »vergessen« auch, ob sie bereits gegessen und getrunken haben. Das Risiko für weitere körperliche Erkrankungen und Komplikationen erhöht sich. Ein großes Problem stellt die erhöhte Suizidalität dar. Ältere depressive Patienten neigen zu vermehrt selbstdestruktivem Verhalten (»stiller Suizid«). Sie können die Einnahme ihrer Medikamente oder von Nahrungsmitteln vernachlässigen

bzw. verweigern. Aber auch die aktiven Suizidhandlungen nehmen im Alter zu. Männer im höheren Lebensalter haben das höchste Risiko für einen Suizid (Abb. 4). 10–15% der Patienten mit rezidivierender Depression versterben durch Suizid [9]. Bis zu 60% der Patienten versuchen, Suizid zu begehen. Wenn eine Depression vorliegt, sollte Suizidalität daher immer aktiv exploriert werden!

Grundprinzipien der Depressionstherapie bei Älteren

Bei der Behandlung depressiver geriatrischer Patienten sollte eine Kombination von antidepressiver Medikation und psychotherapeutisch fundierter Gesprächstherapie bevorzugt werden. Auch ältere Patienten, die kognitiv beeinträchtigt sind, können von einer Psychotherapie profitieren, insbesondere von kognitiver Verhaltenstherapie. Dabei empfiehlt sich insbesondere die Einbeziehung der Angehörigen, die meist die Hauptlast der Erkrankung tragen. Spezielle Gesprächsgruppen für altersspezifische Themen können dazu beitragen, die Situation für alle Betroffenen zu entschärfen und beispielsweise eine Einweisung in ein Pflegeheim zu vermeiden. Patienten und Angehörige profitieren gleichermaßen von soziotherapeutischen Maßnahmen, in der u. a. Alltagskompetenzen, Versorgung oder auch die Wohn- und die finanzielle Situation der Betroffenen verbessert werden können. Ausreichende Informationen über die depressive Erkrankung können die Beziehung zwischen dem Patienten und seinen Angehörigen entlasten. Die Einbeziehung der Angehörigen kann regelmäßige Arzt-Termine und die Medikamenteneinnahme sicherstellen, an der gerade am Anfang einer Therapie viele Patienten scheitern.

Ziel der Psychotherapie bei Depression im Alter ist die Bearbeitung von Verlust- und Trauerreaktion, Anpassungs- und Belastungsstörungen, subjektivem Leid und sozialer Isolation. Eine Psychotherapie kann dem Patienten wieder Hoffnung vermitteln und neue Perspektiven aufzeigen. Durch die Förderung der eigenen Stärken, aber einer Ressourcen-orientierten Vorgehensweise, kann eine Aktivierung der Patienten und eine signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik erreicht werden [5].

Medikamentöse Therapien

Bei geriatrischen Patienten ist auch bei der Depressionsbehandlung neben der Wirksamkeit die Verträglichkeit der Medikation und die Kombinierbarkeit mit den bereits verordneten Medikamenten ausschlaggebend. Dabei gilt »Start low, dose slow, but go« (Abb. 5). Unerwünschte Arzneimittelwirkungen sind allein in Deutschland für ca. 10% der stationären Einweisungen verantwortlich [8].

Wie bei jüngeren Patienten sollten die Betroffenen und ihre Angehörigen vor der Behandlung darauf hingewiesen werden, dass die antidepressive Wirksamkeit erst nach Tagen bis Wochen eintritt. Insbesondere zu Beginn der Therapie sollte daher auch sorgfältig auf suizidales Verhalten geachtet werden. Bei suizidgefährdeten Patienten

Johanniskraut-Präparate (cave bei marcumarisierten Patienten)

Trizyklische Antidepressiva

- Amitriptylin (z. B. Saroten®)
- Amitriptylinoxid (z. B. Equilibrin®)
- Doxepin (z. B. Aponal®)
- Imipramin (z. B. Tofranil®)
- Clomipramin (z. B. Anafranil®)
- Trimipramin (z. B. Stangyl®)
- Nortriptylin (z. B. Nortrilen®) (noradrenerg wirkend)

Tetrazyklische Antidepressiva

- Maprotilen (z. B. Ludiomil®)
- Mianserin (z. B. Tolvin®)

MAO-A-Hemmer

- Moclobemid (z. B. Aurorix®)

SSRI (selektive Serotonin Wiederaufnahmememmer) (auch bei Angststörungen zugelassen)

- Escitalopram (Cipraxel®)
- Citalopram (z. B. Cipramil®)
- Fluoxetin (z. B. Fluctin®)
- Fluvoxamin (z. B. Fevarin®)
- Paroxetin (z. B. Seroxat®)
- Sertralin (z. B. Zoloft®)

SNRI (selektiver noradrenerger Wiederaufnahmememmer)

- Reboxetin (z. B. Edronax®)

Antidepressiva mit dualem Wirkmechanismus

Noradrenalin-Serotonin-selektives Antidepressivum:

- Mirtazapin (z. B. Remergil®)

Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmememmer:

- Venlafaxin (z. B. Trevilor®)
- Duloxetin (z. B. Cymbalta®)

Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmememmer:

- Bupropion (Elontril®)

Bei zusätzlichen (meist generalisierten) Angststörungen:

Escitalopram (Cipraxel®), Pregabalin (Lyrica®)
ggf. ergänzt durch Lorazepam, Buspiron

Bei Agitiertheit, Unruhe und wahnhaften Symptomen:

atypische Neuroleptika, z. B. Risperidon (z.B. Risperdal®)
ggf. Lorazepam
ggf. Haldol

Zur Rückfallverhütung:

- Lithium
- Carbamazepin
- Lamotrigin

Tab. 5: Psychopharmaka bei depressiven geriatrischen Patienten

sind aktivierende, antriebsfördernde Antidepressiva zu vermeiden.

Die Behandlung depressiver geriatrischer Patienten konnte in den letzten Jahren durch die Entwicklung moderner Medikamente verbessert werden. Dabei sollte die Behandlung mit nur einem Antidepressivum am besten in Einmalgabe angestrebt werden, um Medikamenteninteraktionen über das Cytochrom-P450-System sowie Einnahmefehler bzw. Compliance-Probleme zu vermeiden (Tab. 5).

Die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmeinhibitoren (SSRI) sind z. B. verglichen mit den älteren trizyklischen Substanzen gut verträglich und relativ nebenwirkungs-

arm. Für ältere Patienten sind SSRI wie Escitalopram, Citalopram, Sertralin, Fluoxetin und Fluvoxamin besonders geeignet, da sie keine orthostatische Dysregulation verursachen und nicht oder nur wenig sedierend wirken [3]. Das Risiko für einen Sturz wird durch sie daher nicht erhöht. Auch die modernen dual wirksamen Antidepressiva wie Bupropion, Duloxetin und Venlafaxin können bei älteren Patienten gut eingesetzt werden. Sie weisen nur ein geringes Interaktionspotenzial auf, trotzdem wirken die meisten modernen Antidepressiva sowohl auf Schmerzen (zentrale Anhebung der Schmerzschwelle), Antriebsstörung und Angst. Die ebenfalls dual wirksamen Substanzen Mirtazapin und Trazodon sind ebenfalls gut bei geriatrischen Patienten geeignet. Sie weisen ein günstiges Wirkungs/Nebenwirkungs-Profil auf und bei gleichzeitiger Einnahme von mehreren Medikamenten nur ein geringes Interaktionsrisiko. Ähnliches gilt für den selektiven Noradrenalinwiederaufnahmehemmer Reboxetin.

Gut verträglich ist auch der MAO-Hemmer Moclobemid, der weder sedierend wirkt noch kognitiv beeinträchtigend [1]. Johanniskraut-Präparate sollten bei älteren Patienten nur bedingt eingesetzt werden, da Johanniskraut viele Metabolisierungs- und Transportwege induziert. Insbesondere die Kombination mit Phenprocoumon (Marcumar®) sollte vermieden werden. Geriatrische Patienten sollten auch nur bedingt mit dem SSRI Paroxetin behandelt werden, da dieser ein starker CYP2D6-Inhibitor ist und so den Metabolismus beeinträchtigt.

Wenn die depressive Erkrankung in der Vergangenheit bereits erfolgreich mit einem älteren Antidepressivum (wie Imipramin, Clomipramin, Desipramin, Doxepin und Nortriptylin) behandelt wurde und keine Wechselwirkungen mit der vorhandenen Medikation zu erwarten sind, kann auch im Alter die Behandlung mit diesem Antidepressivum erfolgreich sein. Mögliche anticholinerge Effekte wie Obstipation, Miktionsstörungen, Glaukom oder die Verschlechterung einer Demenz sollten in jedem Fall vor Beginn der Behandlung gemeinsam mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen in Betracht gezogen und differentialtherapeutisch abgewogen werden.

Literatur

1. Amrein R, Stabl M, Henbauer S et al. Efficacy and tolerability of moclobemide in comparison with placebo, tricyclic antidepressants, and selective serotonin reuptake inhibitors in elderly depressed patients: a clinical overview. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 1043–1050
2. Bair MJ et al. Depression and pain comorbidity – A literature review. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2433–2445
3. Bondareff W, Alpert M, Friedhoff AJ et al. Comparison of sertraline and nortriptyline in the treatment of depression in late life. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 729–736
4. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993; 150(5): 734–41
5. Laidlaw K, Davidson K, Toner H et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008 Aug;23(8): 843–50
6. Luppá M, Heinrich S, Angermeyer MC, König HH, Riedel-Heller SG. Cost-of-illness studies of depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2007; 98: 29–43
7. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007; 370(9590): 851–8
8. Müller-Oerlinghausen B, Lasek R, Düppenbecker H, Munter KH (Hrsg). *Handbuch der unerwünschten Arzneimittelwirkungen*. München, Jena: Urban & Fischer, 1999
9. Ösby U, Brandtö L, Correia N et al. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 844–851
10. Siebler et al. Sekundärprävention der zerebralen Ischämie in der Praxis – ein Studienupdate. *Neurogeriatrie* 2008; 14(3): 99–102
11. Simon GE, Von Korff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341(18): 1329–1335
12. Thombs BD, de Jonge P, Coyne JC et al. Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care. *JAMA* 2008; 300(18): 2161–71
13. Wolfersdorf M et al. Chronische Depression – Prinzipien der Langzeittherapie. *Psychoneuro* 2004; 30 (10): 548–552
14. Ziegelstein RC, Kim SY, Kao D et al. Can doctors and nurses recognize depression in patients hospitalized with an acute myocardial infarction in the absence of formal screening? *Psychosom Med* 2005; 67(3):393–7

Interessenvermerk:

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. Herbert F. Durwen
Klinik für Akut-Geriatrie und Frührehabilitation
St. Martinus-Krankenhaus
Glabacher Str. 26
40219 Düsseldorf
E-Mail: H.Durwen@martinus-duesseldorf.de