



Depression, Angst und Altern  
*Dépression, anxiété et vieillesse*

## Lassen sich Depressionen «wegtrainieren»?

### Peut-on bannir les dépressions par l'exercice?

**Das 7. Symposium der Schweizerischen Gesellschaft für Angst & Depression fand wie jedes Jahr bei schönstem Frühlingswetter in Zürich statt. Zwei Themen standen im Mittelpunkt: die Möglichkeiten der Primärprävention von psychiatrischen Krankheiten durch körperliche Aktivität und die Behandlung von alten Menschen mit Angsterkrankungen und Depression.**

*Comme tous les ans, par une belle journée de printemps, le 7<sup>ème</sup> symposium de la Société suisse des Troubles anxieux et de la Dépression a eu lieu à Zurich. Les deux thèmes centraux étaient : les possibilités de prévention primaire des maladies psychiatriques grâce à une activité physique et le traitement des personnes âgées atteintes de maladies anxieuses et de dépression.*

■ (ee) Wie wirksam und evidenzbasiert sind Sport und Bewegung zur Prävention von psychischen Erkrankungen? Zu dieser Frage nahm Prof. Dr. phil. Markus Gerber, Departement für Sport, Bewegung und Gesundheit, Universität Basel, Stellung. In der Schweiz gibt das Bundesamt für Sport Empfehlungen für das Ausmass der körperlichen Aktivität heraus. Als gesundheitswirksam gelten wöchentlich 2,5 Stunden Bewegung mit mittlerer Intensität (z.B. Velofahren, Wandern, Gartenarbeit) oder 1,25 Stunden mit hoher Intensität (z.B. Joggen, Langlaufen).

Dass körperliche Aktivität die Gesundheit positiv beeinflusst, ist heute vielfach belegt. Eine wichtige Studie wurde 1978 publiziert: Sie zeigte zum ersten Mal, dass Personen, die sich viel bewegten, ein signifikant niedrigeres Risiko für einen Herzinfarkt hatten [1]. Als Folge dieser Studie begann man, Bewegung in die Rehabilitation von Patienten mit Herzerkrankungen zu integrieren – zuvor hatten Patienten nach einem Herzinfarkt mehrere Wochen liegen müssen.

#### **Bewegung schützt vor Angst und Depression**

«Die Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf psychische Erkrankungen untersuchte man erst deutlich später», sagte der Referent. Eine erste Metaanalyse zum Thema «Bewegung und Angsterkrankungen»

wurde 1991 publiziert [2]. Sie ergab, dass Bewegung von mindestens 20 Minuten Dauer zur Reduktion der Zustandsangst führte; ein regelmässiges Training von mindestens zehn Wochen reduzierte auch die Eigenschaftsangst. Im Vergleich zu anderen Therapieformen wie Musik-, Verhaltens- oder Gruppentherapie wirkt körperliche Bewegung signifikant besser (Ausnahme ist die Pharmakotherapie).

Die erste Metaanalyse, die den Einfluss von Bewegung auf Depressionen untersuchte, stammt aus dem Jahr 2001 [3]. Auch sie zeigte, dass Bewegung mit weniger depressiven Symptomen assoziiert war. Allerdings blieb zu diesem Zeitpunkt eine entscheidende Frage offen: Erhöht Bewegungsmangel das Risiko für Depressionen oder ist Bewegungsmangel die Folge einer Depression? Erst eine prospektive Studie aus Dänemark brachte eindeutige Ergebnisse [4]:

- Bei Personen, die sich wenig bewegen, ist das Risiko für Depressionen erhöht.
- Besonders bei Frauen wirkt sich Inaktivität negativ aus.
- Ob hohe oder moderate Intensität der Bewegung, spielt keine grosse Rolle.

Es gibt verschiedene Hypothesen, warum Bewegung psychischen Erkrankungen vorbeugen kann (**Tab. 1**).



INFO Neurologie & Psychiatrie  
8005 Zürich  
044/ 250 28 70  
www.primemedic.ch

Medienart: Print  
Medientyp: Fachpresse  
Auflage: 8'000  
Erscheinungsweise: 6x jährlich

Themen-Nr.: 525.015  
Abo-Nr.: 3002806  
Seite: 40  
Fläche: 146'625 mm<sup>2</sup>

Vermutlich tragen alle diese Theorien einen Teil zur Wirksamkeit von körperlicher Aktivität bei.

#### Körperliche Aktivität als Therapieform

Weitere Argumente sprechen dafür, Bewegung zur Therapie von psychischen Erkrankungen einzusetzen: Die Effizienz von klassischen Therapiemethoden ist limitiert, Bewegung schützt auch vor komorbiden Erkrankungen und viele Patienten haben eine positive Grundhaltung gegenüber Bewegung und Sport. Verschiedene Studien und Metaanalysen weisen darauf hin, dass eine signifikante Wirksamkeit von Bewegungsprogrammen bei Depressionen erst ab einem bestimmten Energieverbrauch besteht (z.B. zweimal 50 Minuten Joggen oder sechsmal 30 Minuten Walking pro Woche) [5]. Besonders günstig scheinen angeleitete Bewegungsprogramme zu wirken. «Heute bieten alle psychiatrischen Kliniken in der Schweiz Bewegungsprogramme an», betonte Prof. Gerber, «aber leider nehmen nur 25% der Patienten daran teil.»

Die Effekte einer Sporttherapie sind allerdings nicht nachhaltig – wenn man aufhört, sich zu bewegen, verschwinden die positiven Effekte. Weder die ursprüngliche Behandlung noch die Einnahme von Antidepressiva während eines zwölfmonatigen Follow-ups sind mit der Remissionsrate assoziiert. Der einzige signifikante Prädiktor für die Remissionsrate ist die körperliche Aktivität während des Follow-ups. Ausserdem sind verschiedene kognitive Variablen, die das Bewegungsverhalten steuern, bei depressiven Personen – im Vergleich zu Gesunden – eingeschränkt (z.B. Selbstwirksamkeit, Implementierungsintentionen, Ergebniserwartungen, Intensionsstärke etc.). Es ist daher wichtig, bei depressiven Patienten die volitionale Verhaltenskontrolle zu stärken, beispielsweise über Self-monitoring (Pedometer, Apps), Handlungspläne, Barrierenmanagement, Rückfallprävention, Contracting etc.

#### Depression und Angst im Alter

Prof. Dr. med. Egemen Savaskan, Chefarzt Klinik für Alterspsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik, Zürich, informierte über die Therapieoptionen bei Angst und Depression bei alten Patienten. Die Prävalenz der sog. «Altersdepression» ist hoch: Eine Major Depression tritt bei 4,4% der älteren Frauen und 2,7% der älteren Männer auf, eine Minor Depression sogar bei bis zu 30%. Von diesen Erkrankungen werden aber nur 16% erkannt und behandelt! «Hier ist noch viel Aufklärung nötig», betonte der Referent. Noch

häufiger sind Angsterkrankungen – hier geht man von einer Prävalenzrate von 5–6% aus.

Auch die Komorbiditätsraten sind hoch: 47,5% der Patienten mit Major Depression haben auch eine Angststörung, und 26,1% der Patienten mit einer Angststörung leiden zusätzlich unter einer Major Depression. Dieses «Duo infernal» ist für die Patienten sehr nachteilig: Die Komorbidität erhöht den Schweregrad und die Therapieresistenz der Depression und verstärkt somatische Symptome, Suizidalität und die Beeinträchtigung der Alltagsfähigkeiten. Depressive Symptome sind bei alten Patienten äh-

nlich ausgeprägt wie bei jungen, allerdings mit einigen Besonderheiten:

- Weniger Traurigkeit
- Mehr somatische und hypochondrische Beschwerden (besonders häufig: Gelenk-, Rücken- und Kopfschmerzen)
- Gedächtnisstörungen
- Mehr Angstsymptome
- Mehr Apathie und Antriebslosigkeit («Ich schaffe es erst am Nachmittag, den Haushalt zu machen»).

#### Komorbiditäten erschweren die Therapie

Bei alten Patienten kommen somatische Komorbiditäten wie Hypertonie, Arthrose, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz oder Diabetes oft vor. Diese verstärken die Tendenz zur Therapieresistenz einer Depression und führen zur Polypharmazie, welche die Behandlung einer Depression ebenfalls erschwert. «Deshalb ist es wichtig, dass man bei Patienten, die viele Medikamente einnehmen, die Medikation immer wieder überprüft und allenfalls sogar Absetzversuche unternimmt», sagte Prof. Savaskan.

Er zeigte verschiedene Erkrankungen und Zustände auf, die das Risiko für eine Depression im Alter erhöhen (**Tab. 2**). Besonders zu erwähnen ist die Depression nach einem Hirnschlag (Post-Stroke Depression): Die Prävalenz ist sehr hoch (31–52%), oft besteht eine Therapieresistenz und die Komorbidität erschwert die Rehabilitation. Eine präventive Gabe eines SSRI nach einem Hirnschlag kann das Risiko mindern, dass der Patient eine Depression entwickelt, ist allerdings umstritten. Auch die Depression bei einem Morbus Parkinson kann sehr hartnäckig sein; hier besteht das Problem, dass sich durch die Gabe von antriebssteigernden Antidepressiva die motorischen Symptome verschlechtern können.



INFO Neurologie & Psychiatrie  
8005 Zürich  
044/ 250 28 70  
www.primemedic.ch

Medienart: Print  
Medientyp: Fachpresse  
Auflage: 8'000  
Erscheinungsweise: 6x jährlich

Themen-Nr.: 525.015  
Abo-Nr.: 3002806  
Seite: 40  
Fläche: 146'625 mm<sup>2</sup>

**Tab. 1:** Hypothesen zur Wirksamkeit von Bewegung zur Depressions-Prävention

<b>Endorphin-Theorie</b>	Während körperlicher Aktivität werden Endorphine ausgeschüttet – allerdings geschieht dies nur bei Sport an der Schmerzgrenze
<b>Neurotransmitter-Theorie</b>	Körperliche Aktivität führt zur vermehrten Ausschüttung von Neurotransmittern
<b>Neuroplastizitäts-Theorie</b>	Aktivität verbessert die Neubildung von Neuronen, die bei Depressionen gestört ist
<b>Selbstwirksamkeits-Theorie</b>	Bewegung vermittelt das Gefühl, etwas «geschafft» zu haben, und erhöht so sowohl das Selbstwertgefühl (Stolz) als auch die Kontrollerfahrung (Selbstwirksamkeit)
<b>Time-Out-Theorie</b>	Bewegung hilft dabei, das ständige Grübeln und Gedankenkreisen zu unterbrechen
<b>Stresspuffer-Theorie</b>	Bei Personen mit hoher Stress-Belastung kann eine gute Fitness den Stress abpuffern und so das Risiko für depressive Symptome reduzieren

**Tab. 3:** Vorgehen bei Therapieresistenz

- Wechsel zu einem zweiten Antidepressivum: SNRI oder Nortriptylin
- Kombination von zwei Antidepressiva verschiedener Klassen
- Augmentation mit Lithium: engmaschige Laborkontrollen; kontraindiziert bei Niereninsuffizienz, Schilddrüsenerkrankungen, Diuretika
- Augmentation mit Atypika: allgemeine Richtlinien der Neuroleptika-Therapie beachten
- Augmentation mit Lamotrigin (Lamictal®): gute Verträglichkeit, lange Phase der Aufdosierung
- Augmentation mit Pregabalin (Lyrica®): bei Angst und Schlafstörungen
- Therapie mit Moclobemid (Aurorix®)



INFO Neurologie & Psychiatrie  
8005 Zürich  
044/ 250 28 70  
www.primemedic.ch

Medienart: Print  
Medientyp: Fachpresse  
Auflage: 8'000  
Erscheinungsweise: 6x jährlich

Themen-Nr.: 525.015  
Abo-Nr.: 3002806  
Seite: 40  
Fläche: 146'625 mm<sup>2</sup>

**Tab. 2:** Erkrankungen und Substanzen mit Assoziation zu Depressionen

	Beispiele
<b>Erkrankungen</b>	
<b>Maligne Erkrankungen</b>	Pankreaskarzinom, Bronchuskarzinom
<b>Endokrinopathien</b>	Morbus Cushing, Morbus Addison, Hypothyreose
<b>Mangelerkrankungen</b>	Vitamin B12-Mangel, Folsäuremangel, Eisenmangel
<b>Infektionskrankheiten</b>	AIDS, Hepatitis, Influenza, Lues
<b>Neurologische Erkrankungen</b>	Parkinson, Epilepsien, Stroke, Multiple Sklerose, Alzheimer-Demenz, Hirntumoren
<b>Autoimmunerkrankungen</b>	Systemischer Lupus erythematodes
<b>Kardiologische Erkrankungen</b>	Koronare Herzkrankheit, Status nach Myokardinfarkt
<b>Diabetes mellitus</b>	
<b>Terminale Niereninsuffizienz</b>	
<b>Anämie</b>	
<b>Substanzen</b>	
<b>Antihypertensiva</b>	Reserpin, Clonidin, Alpha-Methyldopa
<b>Betablocker</b>	Propranolol
<b>Steroide</b>	Glukokortikoide, ACTH, anabole Steroide
<b>Antihistaminika</b>	Cimetidin, Ranitidin
<b>Antiepileptika</b>	Phenobarbital, Clonazepam
<b>Psychotrope Substanzen</b>	Alkohol, Amphetamine, Kokain
<b>Weitere Arzneimittel</b>	Ethambutol, Baclofen, Cycloserin, Sulfonamide, Interferone




 INFO Neurologie & Psychiatrie  
 8005 Zürich  
 044/ 250 28 70  
 www.primemedic.ch

 Medienart: Print  
 Medientyp: Fachpresse  
 Auflage: 8'000  
 Erscheinungsweise: 6x jährlich

 Themen-Nr.: 525.015  
 Abo-Nr.: 3002806  
 Seite: 40  
 Fläche: 146'625 mm<sup>2</sup>

### Depression und Demenz

Kognitive Störungen sind bei Depressionen ebenfalls sehr häufig. Vor allem die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung, die exekutiven Funktionen und das Arbeitsgedächtnis sind betroffen. Zwischen Demenz und Depression besteht ein additiver Effekt. Depressionen, die im mittleren und späteren Erwachsenenalter zum ersten Mal auftreten, sind mit einem erhöhten Risiko für eine Demenz assoziiert; eine «späte» Depression kann auch ein Prodromalstadium einer Demenz darstellen. Und bei Personen mit einem Mild Cognitive Impairment erhöht eine zusätzliche Depression das Risiko für eine Demenz-Entwicklung. Bei Menschen, die bereits an einer Demenz erkrankt sind, gehören Depressionen zu den häufigsten Komorbiditäten: Mindestens die Hälfte aller Personen mit schwerer Alzheimer-Demenz sind zusätzlich auch depressiv. Bei diesen Patienten ist das Risiko erhöht, dass die Symptome schwerer verlaufen und auch psychotische Symptome auftreten.

### Depressionstherapie: mehr als Medikamente

Bevor beim älteren Patienten mit einer Therapie begonnen wird, ist eine sorgfältige Abklärung notwendig: Liegt überhaupt eine Depression gemäss ICD-10 vor? Bestehen psychiatrische und/oder somatische Komorbiditäten mit entsprechender Medikation? Welche psychosozialen Stressfaktoren sind vorhanden? Ausser den beiden wichtigsten therapeutischen Massnahmen, der Psycho- und der Pharmakotherapie, sind auch Verfahren wie Psychoedukation, psychosoziale Unterstützung, Aktivierung oder Bewegungstherapie wichtig.

Bei der Pharmakotherapie stehen SSRI und SNRI wegen ihres vorteilhaften Nebenwirkungspro-

files an erster Stelle. Insbesondere ist bei SSRI/SNRI die Gefahr für eine Verlängerung der QTc-Zeit geringer als bei Trizyklika oder atypischen Antipsychotika. Benzodiazepine sollten prinzipiell nur in Krisensituationen und als Begleittherapie, bis die Wirkung der Antidepressiva beginnt, eingesetzt werden – für ältere Patienten sind niedrige Dosierungen empfohlen. Atypische Antipsychotika können in Spezialfällen angewendet werden, insbesondere bei Verhaltensstörungen im Rahmen einer Demenz, Angststörungen, Insomnie, Psychose als Folge eines Morbus Parkinson und zur Augmentation der Antidepressiva. Kleinere Studien weisen darauf hin, dass auch eine Lichttherapie bei Altersdepression wirksam sein könnte. Bei einer Therapieresistenz stehen verschiedene Optionen offen (**Tab. 3**).

Quelle: 7. Symposium der Schweizerischen Gesellschaft für Angst & Depression: «Depression, Angst und Altern», 14. April 2016, Zürich

### Literatur:

1. Paffenbarger RS, et al.: Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. Am J of Epidemiology 1978; 180: 161-175.
2. Petruzello SJ, et al.: A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. Outcomes and mechanisms. Sports Medicine 1991; 11: 143-182.
3. Dunn AL, et al.: Physical activity dose-response effects on outcomes of depression. Med Sci Sport Exerc 2001; 33: 587-597.
4. Mikkelsen SS, et al.: A cohort study of leisure time physical activity and depression. Prev Med 2010; 51(6): 471-475.
5. Dunn AL, et al.: Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. Am J Prev Med 2005; 28(1): 1-8.