



- ▶ Das Symptom Angst kann als **Fehlregulation einer „physiologischen Emotion“** im Rahmen des biopsychosozialen Modells verstanden werden.
- ▶ Angststörungen im Alter werden **oft nicht erkannt und ausreichend behandelt.**
- ▶ Die **medikamentöse und psychotherapeutische Kombinationstherapie** ist am effektivsten.



Was zur Diagnose und Therapie besonders zu berücksichtigen ist

Angststörungen im Alter

Das Wort „Angst“ stammt vom griechischen Verb „agchein“ und dem lateinischen „angere“ ab. Es bedeutet übersetzt „würgen“ oder „die Kehle zuschnüren“, also ein Affekt oder eine Emotionalität, die von einem körperlichen Empfinden begleitet wird. Ein gewisses Maß an Angst oder Furcht ist normal und gehört zum menschlichen Dasein, ist als Schutzmechanismus in möglichen Gefahrensituationen notwendig.

Angst besteht aus 4 Komponenten, die individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können:

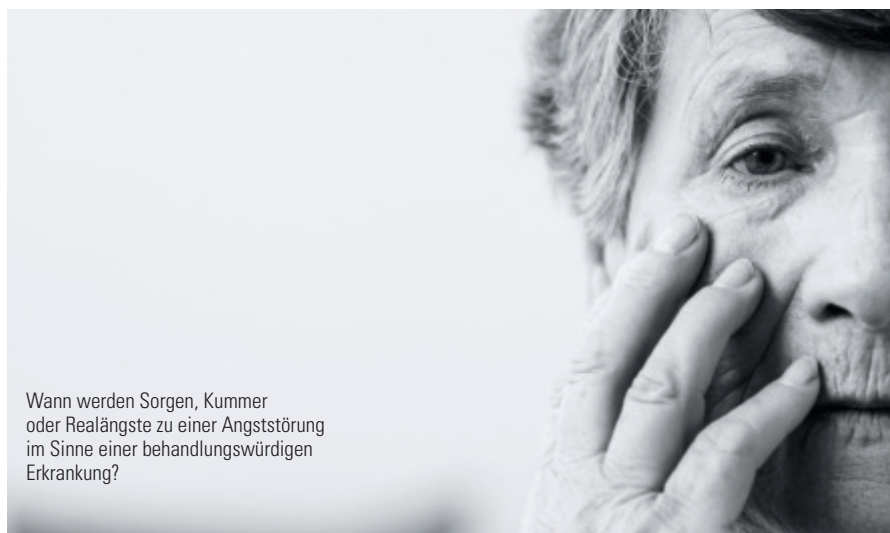
1. die emotionale Seite, wie ein ängstliches Gefühl und Angsterleben
2. die kognitive Seite, wie eine negative Bewertung der Situation
3. eine Verhaltensreaktion, wie Vermeidung, Flucht oder Konfrontation
4. die physiologische Seite, wie körperliche Begleiterscheinungen (Beschleunigung von Puls und Atmung, Druckgefühl in der Herzgegend, Zittern, Schwitzen, Mundtrockenheit, Durchfall, Harndrang etc.).

Wann werden Sorgen, Kummer oder Realängste zu einer Angststörung im Sinne einer behandlungswürdigen Erkrankung? Wenn die damit verbundenen Gedanken übermächtig werden, nicht kontrollierbar sind, viele Stunden und Tage in Anspruch nehmen und von den Betroffenen auch oft irrational erlebt werden. Die Reaktionen darauf können dann den ganzen Alltag bestimmen und das Leben erheblich einschränken.

Epidemiologie

Angsterkrankungen sind sehr häufig und wurden in einer 12-Monats-Prävalenz-Studie für psychische Erkrankungen in Europa mit 14 % erhoben.¹

12-Monats-Prävalenz-Raten im Alter schwan-



Wann werden Sorgen, Kummer oder Realängste zu einer Angststörung im Sinne einer behandlungswürdigen Erkrankung?

ken zwischen 0,7 und 10,2 %, ² Reviews von internationalen Studien zeigen eine Lebenszeitprävalenz von 10–20 %.³

Frauen sind 2–3-mal häufiger betroffen als Männer, ein erstmaliges Auftreten im Alter ist eher selten (um 1 %), die meisten Angststörungen beginnen im frühen bis mittleren Erwachsenenalter.⁴

Einteilung von Angststörungen

Im ICD-10, Kapitel V(F) (= Internationale Klassifikation psychischer Störungen) werden Krankheitsbilder wie phobische Störungen, ungerichtete Angststörungen (Panikattacken, generalisierte Angststörung, Angst und depressive Störung gemischt) sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen angeführt (akute Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörungen). Weiters werden organische Angststörungen, hypochondrische Störungen sowie eine ängstlich vermeidende Persönlichkeit unterschieden.

Im Alter besonders zu berücksichtigen sind

Ängste, die schwere körperliche Erkrankungen begleiten (kardiovaskuläre Erkrankungen, COPD, Parkinson-Syndrom, dementielle Erkrankungen) oder durch Medikamente ausgelöst und verstärkt werden (Sympathomimetika, Bronchodilatoren, Kortikoide, Levodopa).

Ursachen der Angstentwicklung

Das Symptom Angst kann als Fehlregulation einer „physiologischen Emotion“ im Rahmen des biopsychosozialen Modells verstanden werden.

Diese Fehlregulation kann durch Störung des biologischen Regelmechanismus erfolgen, aber auch auf der psychischen Ebene, durch fehlgeleitete Lernerfahrungen oder durch äußere soziale Faktoren, die zu einer Überforderung führen.

Bei einer starken „Traumatisierung“, quasi einer „nichtphysiologischen Lernerfahrung“, kommt es nicht nur auf der psychologischen Ebene zu Veränderungen, sondern auch auf der biologischen Ebene zu einer Störung des Angstregulationssystems (z. B. Hippocam- ▶

pusatrophie). Die Schaltstelle im Gehirn, in der Angst verarbeitet und verknüpft wird, sind die Amygdala. Die Verbindung zum Hippocampus ermöglicht die Vernetzung und Kontrolle im Lern- und Gedächtniszentrum, der Hypothalamus stellt die Verbindung zur Stressachse dar und damit zu den körperlichen Reaktionen der Angst.

Es werden Vulnerabilitäten diskutiert, wie mögliche genetische Veranlagung für ein labiles autonomes Nervensystem oder auch eine starke kortikale Erregbarkeit, als körperliches Entgegenkommen bei Angststörungen. Zahlreiche Neurotransmittersysteme sind in der Angstentstehung im Gehirn beteiligt, wie das Serotoninsystem, das glutaminerge und das GABAerge System, welche medikamentöse Angriffspunkte zur Behandlung ermöglichen. Als weitere Erklärung für die Entstehung von Angststörungen wurden psychologische und psychotherapeutische Konzepte entwickelt. Aus psychoanalytischer Sicht wird das Konfliktmodell (Freud, 1926) angeführt, in dem eine äußere Bedrohung symbolisch für eine innerpsychische, unbewusste Bedrohung steht. Ein anderes Modell spricht davon, dass negative Kindheitsbelastungen eine seelische Empfindsamkeit und Verletzbarkeit verursachen und dadurch im Erwachsenenleben zur Angsterkrankungen prädisponieren (Bolwby, Bindungsstörungen, 1976).

Die kognitive Angsttheorie betont, dass die emotionalen Konsequenzen aus der Informationsverarbeitung eines Menschen zu Angst führen können, Angst entspricht dann dem „Wegfall interner Kontrolle“ oder „gelernter Hilflosigkeit“ (E. Seligman 1967, Beck 1985). Die Lerntheorie besagt, dass viele Ängste im Laufe des Lebens durch individuelle Lernprozesse entstehen, aber durch Lernprozesse auch wieder abgebaut werden. Die Erklärung für diesen erfahrungsbedingten Einfluss auf die Angst sind die Konditionierung, also das Lernen, auf Reize zu reagieren, und das instrumentelle Lernen von Abwehrreaktionen. Im Alter gibt es besondere Inhalte, die die Angststörungen prägen (Tab. 1).

Therapie von Angststörungen

Bei der Therapie von Angststörungen (Tab. 2) steht als Basisbehandlung nach wie vor das

Tab. 1: Besondere Ängste im Alter

- Fallangst
- Angst vor kognitiven Verlusten
- Angst vor Verlust der beruflichen Leistungsfähigkeit
- Angst vor Verlust der Potenz
- Angst vor Beschämung
- Angst vor körperlichem Verfall
- Angst vor schweren Erkrankungen
- Angst vor Schmerzen
- Angst vor medizinischen Eingriffen
- Angst vor pflegerischer Abhängigkeit
- Angst vor Fremdbestimmung
- Angst vor finanziellen Einbußen
- Angst vor dem Alleinsein
- Angst vor dem Sterben und dem Tod

Tab. 2: Therapieoptionen bei Angststörungen

1. Beratung und ärztliches Gespräch
2. Psychoedukation
3. Psychosoziale Maßnahmen
4. Entspannungstechniken
 - autogenes Training
 - progressive Muskelrelaxation nach E. Jacobson
5. Psychotherapie
 - psychoanalytisch orientierte Therapie (Kurz- oder Fokalthherapie)
 - Verhaltenstherapie
 - systemische Therapie
 - Reminiszenztherapie
6. Medikamentöse Therapie
7. Selbsthilfe

ärztliche Gespräch und die Beratung im Mittelpunkt, um psychosoziale und/oder somatische Belastungsfaktoren zu identifizieren. Zu Beginn der Behandlung können psychosoziale Maßnahmen, Entspannungstechniken und Unterstützung in einer Selbsthilfegruppe sowie eine begleitende milde medikamentöse Therapie ausreichen. Bei anhaltenden oder immer wiederkehrenden Ängsten ist die Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung mit begleitender Pharmakotherapie indiziert. Die medikamentöse und psychotherapeutische Kombinationstherapie ist am effektivsten.

Zur medikamentösen Therapie^{5, 6:} In der Behandlung werden Antidepressiva wie SSRI (im Alter vor allem Citalopram, Escitalopram, Sertraline), SNRI (Venlafaxin, Duloxetine), sowie Trazodon und Mirtazapin eingesetzt. Benzodiazepine (Lorazepam, Oxazepam, Alprazolam) wirken über das GABAerge System

und sollten in der Akutphase, dann weiter nur kurzzeitig eingesetzt werden, um eine Gewöhnung zu verhindern. Im Alter besteht zusätzlich die Gefahr der kognitiven Verschlechterung und eine Sturzgefahr.

Eine weitere wichtige Substanz in der Angstbehandlung ist Pregabalin, diese moduliert die glutaminerge Neurotransmission über spannungsabhängige Kalziumkanäle.⁷

Zusätzliche Substanzen, die Ängste reduzieren können und sich in der Praxis bewährt haben, sind Antihistaminika (Hydroxyzin), jedoch bei älteren Patienten wegen einer Sturzgefahr mit Vorsicht anzuwenden, das Anxiolytikum Buspiron, Betablocker sowie Quetiapin und Risperidon in niedriger Dosierung.

Immer beliebter, auch im Alter besser verträglich und in den Interaktionen mit anderen Medikamenten sicherer, sind Phytopharmaka in der Angstbehandlung: zum Beispiel Passionsblumenkraut (Passedan® – wirkt über GABA-Rezeptoren), Johanniskraut (wirkt über Serotonin-, Noradrenalin- und Dopamin-Wiederaufnahme) und Lavendelöl (Silexan® – wirkt über präsynaptische Kalziumkanäle).

Behandlung von Ängsten bei demenziellen Erkrankungen: Patienten mit demenziellen Erkrankungen äußern ihre Ängste häufig in Verhaltensstörungen (BPSD) und benötigen eine gezielte Behandlung, es werden Antidepressiva, Pregabalin und *Ginkgo-biloba*-Extrakt (EGb 761®) erfolgreich eingesetzt.

Resümee

Angststörungen im Alter werden oft nicht erkannt und ausreichend behandelt. Die psychotherapeutische und medikamentöse Behandlung ist genauso erfolgreich wie bei Patienten in jüngeren Jahren. ■

¹ Wittchen HU et al., The Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of the Brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21:655–679
² Wiedemann G, Linden M, Angst-, Zwangserkrankungen. In: Förstl H (Hg.) Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Thieme, 2003
³ Margraf J, Schneider S, Angst und Angststörungen. Verlag Springer, 2003
⁴ Wolitzky-Taylor K et al., Anxiety disorders in older adults: A comprehensive Review. Depression and Anxiety, 2010
⁵ Bandelow B et al., Handbuch der Psychopharmaka. Verlag Hogrefe, 2004
⁶ Kasper S. et al., Angststörungen – Medikamentöse Therapie, State of the art <https://oegpb.at/forschung/state-of-the-art-konsensus>, 2018
⁷ Montgomerie S, Efficacy and safety of Pregabalin in elderly people. The British Journal of Psychiatry, 2008