

Angststörungen im Alter

Christian Jagsch Prim Dr.

Abteilung für Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie
Präsident der ÖGAPP



Österreichische Gesellschaft für
Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie

Offenlegung potentieller Interessenskonflikte

Prim Dr. Christian Jagsch

Potentielle Interessenskonflikte

- Unterstützung der Fortbildung durch Fa. Schwabe

Gliederung

- Allgemeines, Definitionen
- Angstsyndrom
- Epidemiologie
- Diagnostische Kategorien
- Einzelne Krankheitsbilder (GAS, panische und phobische Ängste, PTSD)
- Ätiologie
- Auslöser im Alter
- Besondere Ängste im Alter
- Therapie
 - Psychoedukation
 - Psychosoziale Maßnahmen
 - Entspannungstechniken
 - Psychotherapie
 - Medikamentöse Therapie
- Angst vor dem Altern

Allgemeines

- Das Wort "Angst" stammt vom **griechischen Verb "agchein"** und dem **lateinischen "angere"** ab. Beides heißt übersetzt **"würgen", "die Kehle zuschnüren"**
- Über die Psychoanalyse und Existenzphilosophie hat sich das deutsche Wort international eingebürgert, etwa auch im Englischen als "angst"
- ein gewisses Maß an Angst und Furcht ist normal und gehört zum menschlichen Dasein, z.B. Prüfungsangst, Angst vor bestimmten Tieren od. Insekten,...
- Angst als Schutzmechanismus in möglichen Gefahrensituationen → ein angemessenes Verhalten (z.B. Flucht) wird eingeleitet → empfindliche "Alarmanlage Angst", manchmal mit "Fehlalarm"

Definitionen

Sorge: eine mehr oder weniger konkrete, mitunter länger anhaltende Befürchtung oder seelische Bedrückung. Anhaltende schwere Sorgen lassen sich auch als **Kummer** bezeichnen.

Die Grenze zu krankhaften und damit klinisch behandlungsbedürftigen Sorge als Teil einer generalisierten Angststörung ist dann gegeben, wenn die damit verbundenen Gedanken

- übermächtig sind
- nicht kontrollierbar
- exzessiv
- viele Stunden und Tage in Anspruch nehmen
- von Betroffenen irrational erlebt werden

Furcht oder Realangst: Angst auf eine realistische Bedrohung

Definition der Angst

Angst besteht aus 4 Komponenten, individuell unterschiedlich ausgeprägt:

1. **Emotionale Seite:** ängstliches Gefühl und Angsterleben

2. **Kognitive Seite:** negative Bewertung der Situation

3. **Verhalten:** Vermeidung, Flucht oder Konfrontation

4. **Physiologische Seite:**

Körperliche Begleiterscheinungen (Beschleunigung von Puls und Atmung, Druckgefühl in der Herzgegend, Zittern, Schwitzen, Mundtrockenheit, Durchfall, Harndrang, etc.).

„Die körperlichen Erscheinungen können als Angstäquivalente allein auftreten, ohne das dem Individuum die verursachende Angst bewusst sein muss“ (Peters, 1977).

Definition der Angst

Das Symptom Angst kann als **Fehlregulation** einer „physiologischen Emotion“ im Rahmen des bio-psycho-sozialen Modells der Angststörungen verstanden werden.

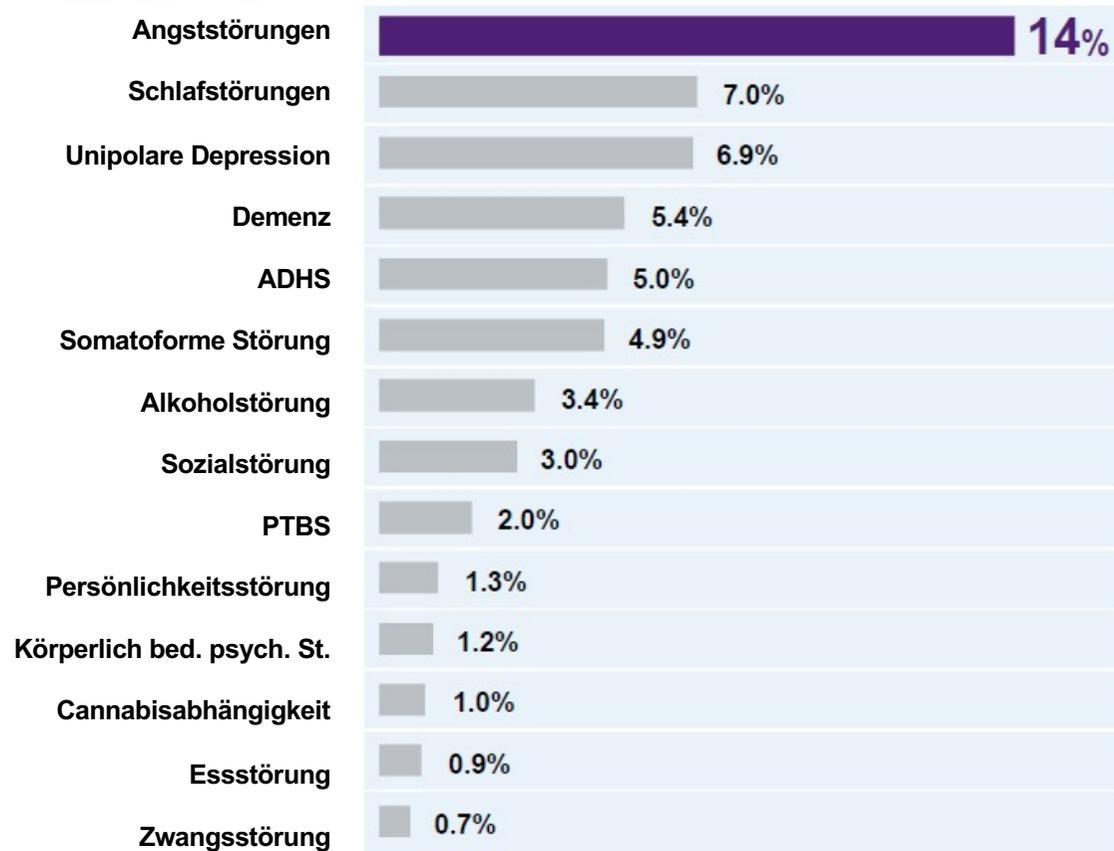
Diese Fehlregulation kann

- 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.

Die verschiedenen Ebenen sind zudem nicht unabhängig voneinander.

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

Epidemiologie



12-MONTH PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS
IN THE EUROPEAN UNION¹



1. Wittchen HU et al. Eur Neuropsychopharmacol 2011;21:655–679. 2. Wittchen HU, Jacobi F. DEGS Symposium, Robert Koch Institut, Germany, 2012

Epidemiologie zur Angststörungen im Alter

- Prävalenzraten (1-12 Monaten) schwanken zw. 0,7 bis 10,2% (1)
- Berliner Altersstudie bei über 70 Jährigen – 4 % (2)
- über 65-Jährigen über 10%, darunter am häufigsten generalisierten Angststörungen und Panikattacken gefolgt von phobische Störungen (3), und zählen somit zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Alter.
- Review internationaler Studien zeigt eine Lebenszeitprävalenz von 10-20% (4)
- Es handelt sich meist um langjährige Erkrankungen mit einem Altersgipfel für den Beginn der Erkrankung für Phobien bei 20 Jahren, für generalisierte Angststörungen bei 30 Jahren. Erstmaliges Auftreten im Alter ist eher selten, um 1 % (5)
- Frauen leiden 2-3x häufiger als Männer, Sorgen steigen im Alter an
- Bei 30-50% depressiven Patienten finden sich Angstsymptome

(1) Wiedemann G, Linden M. Angst-, Zwangserkrankungen. In: Förstl H (Hg.) Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und – psychotherapie. Thieme 2003

(2) Helmchen H. et al. Psychische Erkrankungen im Alter. In: Die Berliner Altersstudie. Berlin (Akademie), 1996

(3) Beekmann et al. Anxiety disorders in later life: a report from the longitudinal aging study Amsterdam. Int J Geriatr Psychiat 1998

(4) Margraf J, Schneider S. Angst und Angststörungen. Verlag Springer 2003

(5) Wolitzky-Taylor K. et al. Anxiety disorders in older adults: A comprehensive Review. Depression and Anxiety 2010

Diagnostische Kategorien (ICD-10)

- F40 Phobische Störungen
- F40.0 Agoraphobie
- F40.00 Ohne Panikstörung
- F40.01 Mit Panikstörung
- F40.1 Soziale Phobien
- F40.2 Spezifische (isolierte) Phobien

- F41 Andere „ungerichtete“ Angststörungen
- F41.0 Panikstörung (episodisch-paroxysmale Angst)
- F41.1 Generalisierte Angststörung
- F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt

- F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- F43.0 Akute Belastungsreaktion
- F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung
- F43.2 Anpassungsstörungen

Diagnostische Kategorien (ICD-10)

Angst versteckt

F06.4 Organische Angststörung

F 45 Somatoforme Störung

F 45.2 Hypochondrische Störung

F 45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung, Herz-, Kreislauf betreffend (Herzneurose)

F 60.6 Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung

Organische Erkrankungen (neurologisch, internistisch)

Medikamente

Dementielle Erkrankungen

Diagnostische Probleme im Alter

- Angst fälschlicherweise als Teil des Alterungsprozesses eingeschätzt.
- Körperliche Erkrankungen als Zeichen einer Angststörung fehlinterpretiert und umgekehrt Ängste werden nur auf körperliche Ursachen reduziert.
- Nebenwirkungen von Medikamenten werden nicht ernst genommen.
- Fehlen geeigneter Beurteilungsinstrumente (subjektiver versus objektiver Einschätzung).
- Meist komorbides Auftreten mit Depression, Suchterkrankungen.

Somatischen Erkrankungen mit Auftreten von Angst

Kardiovaskulär (bei 36% der Patienten):

Angina pectoris, Myokardinfarkt, Arrhythmie, Kardiomyopathie, Herzklappenfehler, Hypovolämie

Neurologisch: Parkinson (bei 40% der Patienten), Epileptische Anfälle, Insult, Postkontusionelles Syndrom, Massenblutung, Enzephalopathie, Akathisie,

Dementielle Erkrankungen (bei 5-21% der Patienten)

Endokrin: Karzinoid, Hypercortisolismus, Hypercalzämie, Hyperthyreoidismus, Hypocalzämie, Hypothyreoidismus, Phäochromozytom

Gastrointestinal: Ulcus pepticum

Respiratorisch: Asthma bronchiale, COPD (bei 20-50% der Patienten), Lungenembolie, Lungenödem, Pneumothorax

HNO: Schwindel bei vestibulärem Syndrom

Metabolisch: Hyperkaliämie, Hypoglykämie, Hyponatriämie, Hypoxie

Immunologisch: Anaphylaxie

Medikamente mit Auftreten von Angst

- Anästhetika / Analgetika
- Anticholinergika
- Antihistaminika
- Antihypertensiva
- Antibiotika
- **Bronchodilatoren**
- Calcium-Kanalblocker
- Digitalis
- Ethosuximid
- Hydralazin
- Insulin
- **Levodopa**
- Muskelrelaxantien
- Nicht-steroidale Antiphlogistika
- Procain
- **Sympathikomimetika**
- Antidepressiva (Trizyklika, SSRI)
- Antipsychotika
- Sedativa
- Schilddrüsenhormone
- Östrogen
- **Steroide**

Generalisierte Angststörung (GAS)

- Häufigste Angststörung im Alter, situationsunspezifisch
- Beginn: early onset versus late onset (in Diskussion)
- Symptome: Sorgen und Befürchtungen über künftige Ereignisse mindestens 3-4 Themenbereiche, meist anhaltend oder freiflottierend, von körperlichen Symptomen begleitet, in der Folge Vermeidungsverhalten
- Inhalte: Sorgen um Erkrankungen (eigene Person, Angehörige und Freunde), Gebrechlichkeit, Einsamkeit, Autonomieverlust
- Auslöser: Pensionierung, Erkrankungen, Verluste, beginnende kognitive Einschränkungen,
- Komorbidität: hoch mit anderen Angsterkrankungen und Depressionen, Schmerzen
- Dauer: mindestens 6 Monate, beginnt meist schleichend
- Folgen: funktionelle Einschränkungen, Verschlechterung der Lebensqualität, stärkere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, erhöhte Morbidität
- Diagnostik: Tagebuchaufzeichnungen, Testverfahren (z.B. Generalized Anxiety Disorder – deutsche Fassung Volz & Stieglitz 2010, Anxiety Screening Questionnaire ASQ 15 – Wittchen 1997).

Panische und Phobische Ängste

- Panikattacke ist ein heftiger psychophysischer Erregungszustand, der von intensiver Angst begleitet ist. Die Panikattacke ist keine eigenständige Diagnose, sondern wird nur mit einer anderen Störung diagnostiziert, eben mit der Panikstörung.
- Symptome: die panische Angst ist situationsunabhängig, während die phobische Angst situationsabhängig ist. Auftreten von körperlichen Symptomen wird drastische fehlinterpretiert und mit gefährlicher Entwicklungen in Verbindung gebracht.
- Auslöser: Körperliche Erkrankungen (vor allem Herz-, Lungenerkrankungen) im Alter begünstigen das Auftreten von Panikerleben.
- Agoraphobiker fürchten sich vor Situationen, in denen sie einen Angstanfall bekommen könnten, weil Fluchtverhalten schwierig und Hilfe nicht verfügbar wäre, es handelt sich um ein generelles phobisches Syndrom.
- Die spezifischen Phobien beziehen sich auf eine einzelne Situation, Naturereignisse, Objekte, Lebewesen oder Erkrankungen.

Panische und Phobische Ängste

- Differentialdiagnosen: **Hypochondrie** im Rahmen somatoformer Störungen (Überzeugung an einer Erkrankung zu leiden), während bei der **Krankheitsphobie** die **Todesangst** das Hauptproblem ist.

Posttraumatische Belastungsstörung

- Epidemiologie:

Prävalenzrate in der Bevölkerung: 1-3%

bei älteren Menschen im vierten Lebensalter 3% in D, gegenüber 0,9% in der Schweiz

es gibt viele Menschen, die eine subsyndromale Form aufweisen

beim **Frauen doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit** wie bei Männern

allgemeine Prävalenz nach einem traumatischen Ereignis: 9%, bei einem körperlichen Angriff bei Zivilisten: 3%, Kriegsveteranen, Polizei, Rettungsdienst: 20%, Opfer von Vergewaltigung und Kriegsgefangene: 50%

- Formen:

Typ -I-Traumen (zufällige zustande gekommen), wie Krankheit, berufsbedingte Katastrophen, Unfalltraumen

Typ-II- Traumen (menschlich verursachte Katastrophen), wie Kriegshandlungen, Folter, sexuelle Übergriffe, Verbrechen

Posttraumatische Belastungsstörung

- Merkmale:

Wiederholte unvermeidliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Traumas im Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen

emotionaler Rückzug, Gefühlsabstumpfung und Teilnahmslosigkeit, Anhedonie (Freud- und Lustlosigkeit)

Übererregtheit, Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit

Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern und Furcht vor den entsprechenden Reizen

Depression, Suizidgedanken, Substanzmissbrauch

Posttraumatische Belastungsstörung

- Risikofaktoren/Prädiktoren:

Wahrnehmung einer Bedrohung des eigenen Lebens

weibliches Geschlecht

frühe Trennung von Eltern

familiäre Belastung durch psychische Störung

eine bereits bestehende Störung

erste Reaktion nach dem Trauma

Notfallmedizin, Intensivstation

Dissoziative Symptome während des Traumas oder der Versuch die Erinnerung zu unterdrücken

Neigung sich für Misserfolge persönlich verantwortlich zu fühlen und Belastungen auf der emotionalen Ebene zu bewältigen

Posttraumatische Belastungsstörung

- Schutzfaktoren:

hohe Intelligenz

Copingfähigkeiten

soziale Unterstützung

besonderes Engagement und Zielorientierung z.B. Soldaten

Reentry –anxiety

„Wiedereintritts-Angst – Rückkehr-Angst“

- Die Angst vor dem sozialen Leben nach Corona
- Sich ängstlich zu fühlen, wenn man mit Aktivitäten konfrontiert wird, die sich vor der Pandemie völlig normal und sicher angefühlt hatten
- Folgen sind weiterer Rückzug, Einsamkeit, Depression, Suizidalität.

Ätiologie - multifaktoriell

Vererbung (genetisch, epigenetisch)

Neurobiologische Modelle

Psychophysiologische Modelle

Psychodynamische Modelle

Systemisches Modell

Lerntheoretische Modelle

Kognitive Modelle

Vererbung

Genetische Grundlagen – mehrerer Gene beteiligt

- Familienstudien: Angststörungen bei Verwandten 1. Grades **signifikant erhöht**
- Zwillingsstudien: weisen auf einen genetischen **Anteil von unter 40%** hin

Vulnerabilität

- Mögliche genetische Veranlagung für ein **labiles autonomes Nervensystem** oder auch **eine starke kortikale Erregbarkeit**, als körperliches Entgegenkommen bei Angststörungen.
- **Ängstliches Temperament**

Neurotransmitter

Noradrenalin

- Eine zentrale noradrenerge Dysregulation ist weiterhin unklar (Hood 2011, Kalk 2011)

Serotonin

- Das **Serotoninsystem ist wahrscheinlich beteiligt**, Serotonin Agonist (m-CCP) verursacht Ängste, in der Therapie reduzieren SSRI sowie 5-HT1A-Rezeptorantagonisten (z.B. Buspiron), aber auch 5-HT2A/2C Rezeptorantagonisten (z.B. Risperidon) Ängste.

GABA System

- **Dysfunktionen spielen eine wesentliche Rolle**, reduzierte Sensivität zentraler Benzodiazepin Rezeptoren nachgewiesen, weiters gute axiolytische Effekte der Benzodiazepine in der Behandlung.

Glutamaterges System

- Modulation der **glutamatergen Neurotransmission** durch pharmakologische Forschung nachgewiesen (z.B. Lamotrigin, Pregabalin – Wensel 2012)

Neuropsychologische - Neurobiologische Befunde

Akuter Stress erschwert die Gedächtnisleistungen.

Chronischer Stress führt zu einer Reduktion von Stresshormonrezeptoren im Hippokampus mit einer Verkleinerung und einer gestörten Neubildung von Neuronen.

Permanent hoch regulierte Stressreaktionen des Körpers, wie bei generalisierter Angststörung, posttraumatischer Belastungsstörung und Depressionen sind gesundheitsschädlich – Zunahme kardiovaskulärer Erkrankungen.

Implizites – explizites Gedächtnis

Die **Amygdala** ist von Geburt an vorhanden, während der **Hippokampus** erst allmählich heranreift. Aus diesem Grund können **frühkindliche Erlebnisse** zwar einen **emotionalen Abdruck hinterlassen** und das prozedurale Gedächtnis oder implizite Lernen beeinflussen, **aber ohne Spuren im expliziten, episodischen oder emotionalem Gedächtnis zu hinterlassen**. Dies ist für das Verständnis der Entstehung von Ängsten von außerordentlicher Bedeutung (1).

Implizite oder prozedurale Gedächtnis ist über verschiedene subkortikale Regionen verteilt und ist dem **Bewusstsein nicht zugänglich** (Unbewusstes!)

Speicherung von emotional gefärbten Erinnerungen und die Konditionierung von Angstreaktionen (Amygdala), weiters gelernte Verhaltensweisen, Fertigkeiten und Erwartungen, wie motorische und kognitive Fertigkeiten (z.B. Gehen, Zählen, Lesen Tanzen, Klavierspielen, Autofahren, etc.)

Einmal gelernt laufen die Prozesse automatisch, mühelos ohne Einschaltung des Bewusstseins und ohne Nachzudenken ab. Das prozedurale Gedächtnis ist im Alter nicht wesentlich eingeschränkt.

Explizite oder deklarative Gedächtnis ist für das Lernen und die Überführung von neuen Informationen zuständig (Limbisches System, Hippokampus). Dies lässt im Alter spürbar nach.

2 Subsysteme: **semantische oder verbale Gedächtnis** (Temporallappen) – speichert Wortschatz und Wissen, **episodische Gedächtnis** (rechter Frontal-und Temporallappen) – speichert autobiographische Ereignisse und Erfahrungen.

Psychodynamische Modelle

1. Konfliktmodell (Freud 1926)

Der Angstaffekt hat Signalfunktion.

Bei psychischen Störungen steht die **äußere Bedrohung symbolisch für eine innerpsychische, unbewusste Bedrohung**.

Durch einen äußeren Auslöser (etwa eine „Versuchungs-/Versagungssituation“) wird ein intrapsychischer Konflikt angestoßen. Häufig wird dabei ein „alter“ infantiler Konflikt reaktualisiert.

Die damit verbundene Angst kann nicht abgewehrt werden, die Angst ist dann eine neurotische Symptombildung.

2. Bindungsstörung (Bolwby 1976, Harris 1990)

Ergebnisse von Studien sprechen dafür, dass negative Kindheitsbelastungen eine seelische Empfindsamkeit und Verletzbarkeit verursachen, die sich in **ängstlichen und unsicheren Bindungen zu anderen und zu einer überhöhten Sensibilität bei Stresssituationen** im Erwachsenenalter ausdrückt.

Auslöser im Alter

Besondere Ängste im Alter

- Fallangst
- Ängste vor kognitiven Verlusten
- Ängste vor Verlust der beruflichen Leistungsfähigkeit
- Ängste vor Verlust der Potenz
- Ängste vor Beschämung
- Ängste vor körperlichen Verfall
- Ängste vor schweren Erkrankungen
- Ängste vor Schmerzen
- Ängste vor medizinischen Eingriffen
- Ängste vor pflegerischer Abhängigkeit
- Ängste vor Fremdbestimmung
- Ängste vor finanziellen Einbüßen
- Ängste vor dem Allein sein
- Ängste vor dem Sterben und Tod

Therapien

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

Psychotherapie

Erwartungen an die Psychotherapie bei Älteren (pragmatischer, zielorientierter)

- subjektives Wohlbefinden
- Funktionsfähigkeit verbessern
- Soziale Beziehungen stärken
- Wohnumgebung altersgerecht gestalten, um Heimeinweisung vorzubeugen

Erwartungen an die Psychotherapie bei Jüngeren

- Heilung
- Lebensführung normalisieren
- Arbeitsleben einsteigen

Psychodynamische Behandlungskonzepte

Konfliktzentriert:

Aufarbeitung bzw. Lösung des unbewussten Konfliktes durch konfliktorientiertes Vorgehen, etwa Bearbeitung verinnerlichter ungelöster Beziehungskonflikte bei der Generalisierten Angststörung oder der sozialen Phobie

Defizitorientiert:

Verbesserung der Ich-Funktionen, etwa Verbesserung des Selbstwertgefühls bei der sozialen Phobie, ggf. Bearbeitung der Traumata

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte

Eine große Gruppe verschiedener Verfahren, deren sehr gute Wirksamkeit bei Angststörungen nachgewiesen ist.

Grundlage der Behandlungsverfahren sind psychophysiologische, lernpsychologische und kognitive Modelle.

In der verhaltenstherapeutischen Behandlung werden zumeist verschiedene Techniken im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans integriert und individuell angepasst.

Expositionsverfahren

Kognitive Therapie (etwa bei Panikstörungen)

- Vermittlung eines individuellen Erklärungsmodells, Korrektur von kognitiven Fehlern
Verhaltensexperimente (Hyperventilation), Rückfallprophylaxe

Kognitive Verhaltenstherapie (bei Generalisierter Angst)

- Abbau der vegetativen Übererregung (Entspannung), Kognitive Therapie der Sorgen / Sorgenexposition, Abbau von Vermeidungsverhalten, Problem- und Konfliktbewältigung

Kognitive Verhaltenstherapie (bei Sozialer Phobie)

- Rollenspiele (mit Video), Exposition in vivo, Veränderung dysfunktionaler Einstellungen, Positive Selbstverbalisation

Reminiszenztherapie

= Lebensrückblick – oder Erinnerungstherapie

Standardverfahren in der Psychotherapie älterer Menschen, nicht spezifisch für Angsterkrankungen aber durchaus hilfreich.

Einzel- und im Gruppensetting möglich

Inhalte:

- aus den herausragenden positiven und negativen Erinnerungen des Patienten wird eine **ausgewogene Lebensbilanz** gezogen
- die subjektive Erinnerung an beängstigende und traumatisierende Erlebnisse **wird so lange ausführlich erörtert und vertiefend bearbeitet**, bis der Patient angstfrei darüber sprechen kann
- Herausragenden erfreulichen Erfahrungen (gelungene Partnerschaft, Erfolg im Beruf) und den negativen Erlebnissen, wie Angst und Depression, wird versucht **einen Sinn zu geben**.
- Durch ein besseres Verständnis für die Zusammenhänge und Auswirkungen der Erfahrungen kommt es zu einer **subjektiven Erweiterung der Lebensperspektive**, **zahlreiche Ressourcen können zum Vorschein kommen**.

Medikamentöse Therapie

Antidepressiva greifen in Serotonin- und Noradrenalinstoffwechsel ein.

- initial niedrige Dosierung, stetig steigern
- **SSRI** (Selektive Serotonin Reuptake Hemmer): Paroxetin 20-60 mg (hohe Interaktionsproblematik), im Alter eher **Citalopram**, **Escitalopram**, **Sertralin**
- **SNRI** (Selektiver Serotonin und Noradrenalin Reuptake Hemmer): **Venlafaxin ret** (Effectin), **Duloxetin** (Cymbalta),
- Trizyklische Antidepressiva, aufgrund der NW im Alter eingeschränkt verwendbar
- Andere AD: **Trazodon** (Trittico) - **SARI** (5-TH1A Antagonist und Reuptake Hemmer), **Mirtazapin** (Generica) – **NaSSA** (noradrenerg und spezifisch serotonerg wirkend)

Benzodiazepine wirken über GABA Rezeptoren; Gama-Aminobuttersäure ist der wichtigste hemmende Transmitter im ZNS.

- **niedrig dosiert, mit kurzer HWZ**
- **Lorazepam** (Temesta), **Oxazepam** (Praxiten), **Alprazolam** (Xanor)
- Gefahr: Abhängigkeit, kognitive Verschlechterung, Sturzgefahr, Entzugserscheinungen

Medikamentöse Therapie

Antikonvulsiva

- [Pregabalin](#) (Lyrica) – Alpha2-Delta- Ligand, moduliert die glutamaterge Neurotransmission über spannungsabhängige Kalziumkanäle - GAS

Antihistaminika

- Hydroxycin (Atarax) – H1 und 5HT2 Rezeptorantagonist bei Älteren wegen Sturzgefahr mit Vorsicht

Anxiolytikum

- Buspiron (Buspar) – partieller 5HT1A-Agonist

Beta-Blocker

- Metoprolol (Beloc)

Antipsychotika

- Quetiapin, Risperidon - 5HT2A Rezeptorantagonist

Passedan (Passionsblumenkraut) . 4-5x20ggt täglich

S-3 Leitlinie Angst bei Demenz

- Bei Nicht-Demenzkranken werden Antidepressiva und Pregabalin zur Behandlung von Angststörungen eingesetzt und sind auch für diese Indikation zugelassen. Daraus abgeleitet ist eine Behandlung von Angstsymptomen bei Demenzkranken im Einzelfall vertretbar und möglicherweise wirksam.

RCTs mit Antidepressiva oder Pregabalin zur Behandlung von Angstsymptomen bei Demenz liegen allerdings nicht vor.

Demenz

- **Dementiellen Erkrankungen (32 Studien)**

- 2016: **S 3 Leitlinien der DGPPN**

Es gibt Hinweise für die Wirksamkeit von **Ginkgo Biloba EGb 761** auf Kognition bei Patienten mit **leichter bis mittelgradiger Alzheimer-Demenz oder vaskulärer Demenz** und nicht-psychotischen Verhaltenssymptomen (**vor allem Angst**).

Eine Behandlung kann **erwogen werden**. (Empfehlungsgrad 0, Evidenzebene Ia)

- 2015: **Tan N. Fazit:** EGb 761® in einer Dosierung von 240mg/Tag ist in der Lage, bei kognitiven Störungen und Demenz den **Rückgang von Kognition, Fähigkeiten, Verhalten und Gesamteindruck zu stabilisieren** oder zu verlangsamen, besonders bei Patienten mit neuropsychiatrischen Symptomen.

- 2014: **Gauthier S. Fazit:** Diese Meta-Analyse belegt die **klinischen Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit von Ginkgo biloba-Extrakt EGb 761** in Tagesdosen von 240 mg bei der Behandlung von Demenzpatienten.

No.	Autor	Jahr	Extrakt	Tagesdosis (mg/d)	No.	Autor	Jahr	Extrakt	Tagesdosis (mg/d)
1	Bruchert	1991	SGDE (LI 1370)	150	17	Kanowski	1996	SGDE (EGb 761®)	240
2	Chartres	1987	SGDE (EGb 761®)	?	18	Le Bars	1997	SGDE (EGb 761®)	120
3	Dongen, van	2000	SGDE (EGb 761®)	120, 240	19	Maier-Hauff	1991	SGDE (LI 1370)	150
4	Eckmann	1982	SGDE (EGb 761®)	120	20	Mancini	1993	SGDE	160
5	Eckmann	1990	SGDE (LI 1370)	160	21	Maurer	1997	SGDE (EGb 761®)	240
6	Haan	1982	SGDE (EGb 761®)	87.5	22	Mazza	2006	SGDE (EGb 761®)	160
7	Haase	1996	SGDE (EGb 761®)	200/4 days infus	23	McCarney	2008	SGDE	120
8	Halama	1988	SGDE (EGb 761®)	120	24	Napryeyenko	2007	SGDE (EGb 761®)	240
9	Halama	1991	SGDE (LI 1370)	150	25	Oswald	1997	SGDE (EGb 761®)	120
10	Hartmann	1991	SGDE (LI 1370)	150	26	Raj	1991	SGDE (EGb 761®)	120
11	Herrschaft	2012	SGDE (EGb 761®)	240	27	Schmidt	1991	SGDE (LI 1370)	150
12	Hofferberth	1989	SGDE (EGb 761®)	120	28	Schneider	2005	SGDE (EGb 761®)	120, 240
13	Hofferberth	1991	SGDE (LI 1370)	150	29	Vesper	1994	SGDE (LI 1370)	150
14	Hofferberth	1994	SGDE (EGb 761®)	240	30	Weitbrecht	1986	SGDE (EGb 761®)	120
15	Ihl	2010	SGDE (EGb 761®)	240	31	Wesnes	1987	SGDE (EGb 761®)	120
16	Israel	1987	SGDE (EGb 761®)	160	32	Yancheva	2009	SGDE (EGb 761®)	240

Herrschaft H, et al., Ginkgo biloba extract EGb 761 in dementia with neuropsychiatric features: A randomised, placebo-controlled trial to confirm the efficacy and safety of a daily dose of 240 mg, Journal of Psychiatric Research 2012

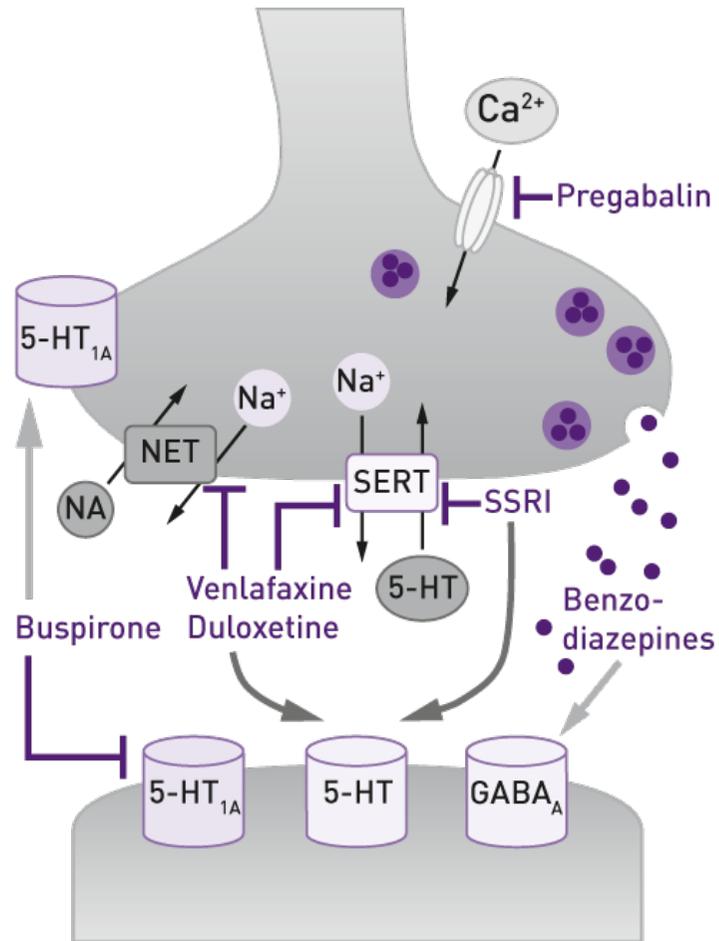
Ihl R, Bachinskaya N, Korczyn AD, et al.: Efficacy and safety of a once-daily formulation of Ginkgo biloba extract EGb 761 in dementia with neuropsychiatric features: a randomized controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry 2011; 26: 1186-1194.

Ihl R, Tribanek M, Bachinskaya N et al.: Efficacy and tolerability of a once daily formulation of Ginkgo biloba extract EGb 761® in Alzheimer's disease and vascular dementia: results from a randomised controlled trial. Pharmacopsychiatry 2012; 45: 41-46.

Tan N.-S. et al. Efficacy and Adverse Effects of Ginkgo Biloba for Cognitive Impairment and Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Alzheimer's Disease 43 ,2015

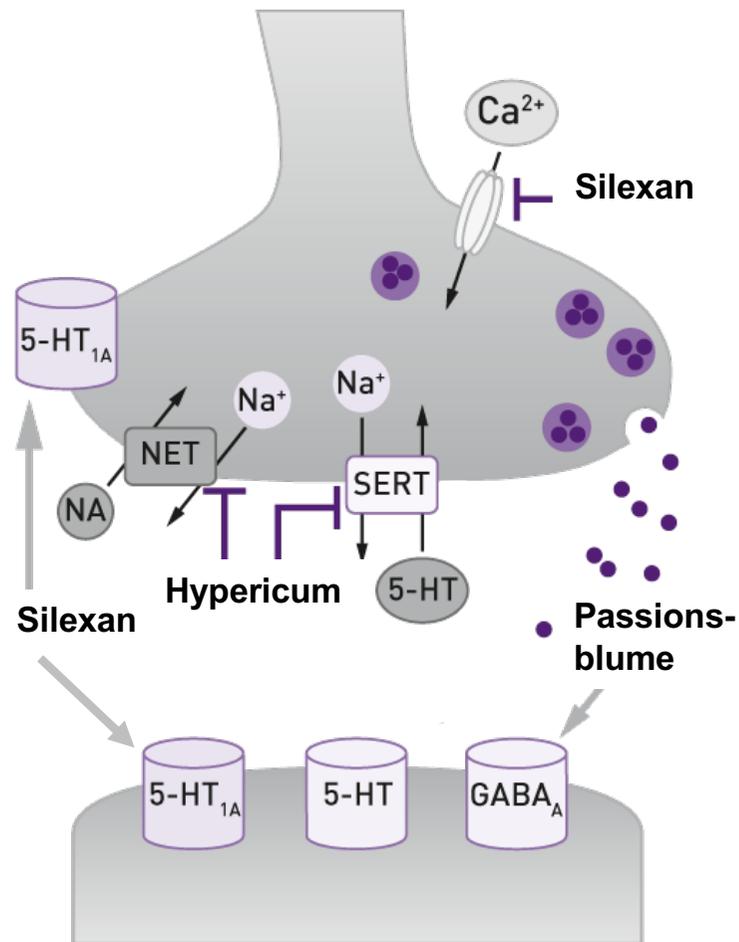
Gauthier S.et al. Efficacy and tolerability of Ginkgo biloba extract EGb 761® in dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials . Clinical Interventions in Aging 2014

MODE OF ACTION: ANXIOLYTIKA



- ▶ **Benzodiazepine**
Bindung an GABA_A Rezeptor → verstärkte GABA-Wirkung
- ▶ **SSRIs**
blocken den Serotonin-Transporter (SERT)
- ▶ **Venlafaxin** und **Duloxetin**
blocken SERT, aber auch den Noradrenalin-Transporter (NET)
- ▶ **Buspiron**
wirkt auf Serotonin-Rezeptoren (5-HT_{1A})
- ▶ **Pregabalin**
inhibiert präsynaptische Kalziumkanäle, die für die Neurotransmitterfreisetzung wichtig sind

MODE OF ACTION: PHYTOPHARMAKA



► Passionsblume

Bindung an GABA_A Rezeptor → andere Bindungsstelle als Benzodiazepine

► Johanniskraut

blocken die 5-HT, NorA und Dopamin-Wiederaufnahme

► Silexan

- Blockiert präsynaptische Kalziumkanäle
- Beeinflussung des Serotonin-1A Rezeptors



Konsensus-Statement – State of the art 2018

Priv.-Doz. Dr. Michael Bach, Ass.-Prof. DDr. Pia Baldinger-Melich,
Univ.-Prof. Dr. Andreas Conca, Prim. Priv.-Doz. Dr. Andreas Erfurth,
Ao.Univ.-Prof. Dr. Richard Frey, Prim. Dr. Ralf Göblier,
Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Haller, Univ.-Prof. Dr. Armand Hausmann,
Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Rupert Lanzenberger,
Prim. Univ.-Prof. DDr. Michael Lehofer, Prim. Univ.-Prof. Dr. Josef Marksteiner,
Ao.Univ.-Prof. Dr. Angela Naderi-Heiden, Univ.-Prof. DDr. Paul Plener,
Ao.Univ.-Prof. Dr. Nicole Praschak-Rieder, Prim. Dr. Christa Rados,
Priv.-Doz. Dr. Michael Rainer, Priv.-Doz. DDr. Alexandra Schosser,
Univ.-Prof. Dr. Barbara Sperner-Unterwiesing, Dr. Marie Spies,
Ao.Univ.-Prof. Dr. Matthäus Willeit, Prim. Dr. Elmar Windhager,
Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Dietmar Winkler

Vorsitz: O.Univ.-Prof. Dr.h.c.mult. Dr.med. Siegfried Kasper
Ao.Univ.-Prof. DDr. Gabriele-Maria Sachs
O.Univ.-Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer

Unter der Patronanz:



Österreichische
Gesellschaft für
Neuropsychophar-
makologie und Biolo-
gische Psychiatrie

5.1.14. Phytopharmaka

Eine Reihe von Phytopharmaka wie Johanniskraut (*Hypericum perforatum*), Baldrianpräparate und Lavendelöl-Extrakt sind rezeptfrei in der Apotheke erhältlich. Die Effektivität von Baldrian konnte in einer kontrollierten Studie gegen psychische Symptome der Angst gezeigt werden.

Lavendelöl-Extrakt (80mg) zeigte in kontrollierten Studien eine Überlegenheit gegenüber Placebo und eine mit jener von Lorazepam und Paroxetin vergleichbaren Effektivität bei Patienten mit generalisierter Angststörung.

<https://oegpb.at/forschung/state-of-the-art-konsensus/>

Angst vor dem Altern

- Gerascophobie - Angst, zu altern
- Gerontophobie - Angst vor dem Alter/alten Menschen
- Necrophobie / Nekrophobie - Angst vor dem Tod, Leichen, Kadavern

- Iatrophobie - Angst vor dem Arzt(-besuch)
- Nosemaphobie / Nosophobie - Angst, krank zu werden
- Monopathophobie - Angst vor bestimmten Krankheiten
- Neopharmaphobie - Angst vor neuen Medikamenten / Drogen
- Nosocomephobie - Angst vor Krankenhäusern

Angst vor dem Altern

Wie äußert sich dies?

- Die Betroffenen beneiden jüngere Menschen, schämen sich für ihren Körper, ärgern sich über altersbedingte körperliche Veränderungen, trauern um ihre Jugendlichkeit, haben Angst, den Job, die Freunde oder den Partner zu verlieren.
- Ihre Gedanken kreisen darum, was sie alles nicht mehr haben und tun können. Sie vergleichen sich ängstlich mit anderen – und stellen fest, dass die anderen besser dran sind.
- Sie verschweigen ihr Alter und feiern ihren Geburtstag nicht mehr. Bei der Kosmetikerin und in der Parfümerie sind sie Stammgast, nicht selten konsultieren sie auch einen Schönheitschirurgen.
- Für Kleidung und Äußerlichkeiten geben sie viel Geld aus - mit dem Ziel, vom Alter abzulenken. Vitaminpillen, Hormone, Botox und Frischzellen sollen den äußeren jugendlichen Schein wahren und das Altern aufhalten. Manchmal zeigt sich die Angst vor dem Älterwerden auch darin, dass sie sich wie junge Menschen kleiden und verhalten.

Angst vor dem Altern

Wie äußert sich dies?

- Und sehr oft müssen Menschen, die sich mit dem Älterwerden schwer tun, sich und anderen **krampfhaft beweisen, wie jung und fit sie noch sind**, indem sie jeden Fahrradausflug mit Freunden zu einer Tour de France machen.
- Und nicht selten machen diese Menschen dann **abfällige und frotzelnde Bemerkungen über die schwächeren Gleichaltrigen**, die sich diesem Wettbewerb nicht unterziehen wollen oder können.
- Neben den Menschen, die **sich primär um das Nachlassen ihrer Attraktivität und körperlichen Fitness sorgen**,
- gibt es auch jene, die sich **um schwere Erkrankungen, Schmerzen, eine mögliche Pflegebedürftigkeit, den Verlust des Partners oder finanzielle Nöte im Alter sorgen** und deshalb Angst vor dem Alter haben.