



Foto: E. Ebnöther

Angsterkrankungen

Psychiatrische Zweitdiagnosen erschweren die Behandlung

An der zweiten Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Angst und Depression (SGAD) standen die Angsterkrankungen im Mittelpunkt des Interesses. Im Hotel Dolder, Zürich, wurde nicht nur über Epidemiologie, Diagnostik und Therapie informiert, sondern auch über besondere Aspekte wie Angststörungen und Schlaf oder Angst im Kindesalter.

■ Prof. Dr. med. Erich Seifritz, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, gab zum Beginn des Fortbildungsnachmittags eine Übersicht über die Epidemiologie der Angststörungen (Tab. 1). Bei 54% der Patienten mit Angsterkrankungen treten psychiatrische Komorbiditäten auf, am häufigsten Depressionen und somatoforme Störungen. Allerdings ist die Häufigkeit dieser Komorbiditäten unterschiedlich verteilt: Eine generalisierte Angststörung (GAD) tritt nur in 6% der Fälle isoliert auf, eine spezifische Phobie ist immerhin bei 40% der Patienten die einzige psychiatrische Diagnose. Primäre frühe Angststörungen sind ein massiver Risikofaktor für eine spätere Depression.

Diese Komorbiditäten beeinflussen die Therapie sehr stark, denn komorbide Patienten haben in der Regel einen schwierigeren Krankheitsverlauf, reagieren weniger gut auf die Behandlung und haben eine geringere Remissionsrate. Ausserdem treten früher Rückfälle auf. Auch die Arbeitsfähigkeit ist bei diesen Patienten deutlich stärker eingeschränkt als bei Patienten mit einer isolierten Angsterkrankung, und eine Suizidalität kommt häufiger vor. «Denken Sie bei der Diagnose einer Angsterkrankung immer auch daran, dass eine sekundäre Form vorliegen könnte», riet Prof. Seifritz. Zu den Ursachen von Angststörungen gehören somatische Erkrankungen wie Tumoren, Hyperthyreose, Hypoglykämien oder kardiovaskuläre Krankheiten, häufig auch Substanzmissbrauch (Alkohol, Kokain, Cannabisintoxikation).

Medikamente bei Angststörungen

Zur Pharmakotherapie der Angststörungen referierte Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin E. Keck, Clienia Privatklinik Schlössli AG, Oetwil am See, unter dessen Leitung die neuen Behandlungsempfehlungen zur Therapie der Angsterkrankungen der Fachgesellschaften SGAD, SGP und SGBP erstellt wurden. Bei der Pharmakotherapie müssen einige Grundsätze beachtet werden (Tab. 2). Es steht eine breite Palette von Wirkstoffen zur Verfügung, die alle spezifische Wirkungen und Nebenwirkungen haben:

- **Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI):** Um eine primär serotoninerge Überstimulation zu verhindern, sollte eine niedrige Startdosis mit langsamer Aufdosierung gewählt werden. SSRI müssen auch langsam ausgeschlichen werden, um Absetzsymptome wie Schwindel oder Schlafstörungen zu vermeiden. In den ersten Tagen der Therapie können Unruhe, Nervosität, Schlafstörungen und eine Zunahme der Angstsymptomatik die Compliance stören.
- **Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI):** Eine nachgewiesene Wirksamkeit besteht für Venlafaxin bei GAD, sozialer Phobie und Panikstörung, für Duloxetin bei GAD. Zu Beginn der Therapie können Übelkeit, Unruhe und Schlafstörungen die Compliance beeinträchtigen. Während der Therapie kann eine mässige Blutdruckerhöhung auftreten.
- **Trazodon (Serotonin-Antagonist und -Wiederaufnahmehemmer, SARI):** Zugelassen bei Depressionen mit oder ohne Angststörungen, auch wirksam bei GAD. Sexuelle Dysfunktion und Gewichtszunahme treten nur selten auf.
- **Trizyklische Antidepressiva (TZA):** Insgesamt sind bei guter Wirksamkeit Nebenwirkungen häufiger als bei SSRI oder SNRI. Opipramol ist auch zur Behandlung von Angst zugelassen. Bei

Tab. 1 Häufigkeit der einzelnen Angsterkrankungen		
Angsterkrankung	Symptome/Kennzeichen	Lebenszeitprävalenz
Spezifische Phobien	<ul style="list-style-type: none"> • Blut • Verletzungen/Injektionen • Flugzeug/Lift • Tiere (Spinnen, Hunde) • Höhen/Stürme 	Frauen: 16% Männer: 7%
Soziale Phobie	<ul style="list-style-type: none"> • Angst vor anderen Menschen • Sprechen/Essen vor anderen Leuten • Benutzen öffentlicher Toiletten 	Frauen: 15% Männer: 11%
Generalisierte Angststörung (GAD)	<ul style="list-style-type: none"> • Andauernde Angst • Chronische Sorgen • Fokussierung auf Gesundheit und alltägliche Probleme 	Gesamtbevölkerung: 5%
Panikstörung	<ul style="list-style-type: none"> • Herzklopfen, erhöhter Puls • Übelkeit • Zittern, Schwitzen, Todesangst • Spontane Symptome ohne Auslöser 	Frauen: 5% Männer: 2%
Zwangserkrankung	<ul style="list-style-type: none"> • Zwangsgedanken und -handlungen behindern den Alltag • Beginn im frühen Kindesalter • Typisch für Männer: Kontrollzwang • Typisch für Frauen: Putzzwang 	Gesamtbevölkerung: 1–2% (Frauen > Männer)

sozialen Phobien sind TZA nicht genügend untersucht.

- **Moclobemid (reversibler Inhibitor der Monoaminooxidase A, RIMA):** Die vorliegenden Studienergebnisse sind inkonsistent, aber die Wirksamkeit bei sozialer Phobie wurde nachgewiesen. Unter Moclobemid treten in der Regel keine sexuellen Funktionsstörungen auf.
- **Benzodiazepine:** Die anxiolytische Wirkung von Benzodiazepinen tritt sofort ein, und im Gegensatz zu Antidepressiva kommt es am Anfang der Behandlung nicht zu Unruhe und Nervosität. Wegen der Gefahr, dass sich eine Abhängigkeit entwickelt, sollten Benzodiazepine nur kurzfristig gegeben werden (maximal 3–4 Wochen), zum

Beispiel, um die Wirklatenz von Antidepressiva zu überbrücken. Benzodiazepine können im Einzelfall auch verschrieben werden, um agoraphobische Problemsituationen zu überbrücken (z. B. Flugreise).

- **Buspiron (partieller 5-HT-Agonist):** Wirksam bei GAD, bei anderen Angsterkrankungen liegen keine Wirksamkeitsnachweise vor. Die Dosis muss langsam gesteigert werden, und es besteht eine Wirklatenz von 10–14 Tagen. In der Schweiz ist Buspiron seit letztem Jahr nicht mehr auf dem Markt.
- **Hydroxyzin (Antihistamin):** Wirksam bei GAD, aber der stark sedierende Effekt schränkt die Anwendung ein.



Prof. Dr. med. Martin Keck: «Manche Angstpatienten werden erst durch eine Pharmakotherapie in die Lage versetzt, eine Psychotherapie machen zu können.»



Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Susanne Walitza: «Bei der Therapie von Angststörungen im Kindesalter spielt die Psychoedukation eine sehr wichtige Rolle.»



Prof. Dr. med. Erich Seifritz: «Bei der Diagnose einer Angsterkrankung sollte man immer auch an die Möglichkeit einer sekundären Form denken.»

Fotos: SCAD

Tab. 2	Grundsätze der Pharmakotherapie bei Angststörungen
	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmakotherapie bei mittelschwerer bis schwerer Beeinträchtigung • Wenn alleinige Psychotherapie nicht ausreichend • Multimodale Therapie inklusive Psychoedukation • Mindestdauer 6 Monate bis 2 Jahre (Panikstörung) • Antidepressiva heben eine anxiolytische Wirkung unabhängig von der antidepressiven Wirkung; der Wirkungseintritt ist verzögert • Langsame Aufdosierung und langsames Ausschleichen • Nach Remission Therapie für 12–24 Monate weiterführen

- **Betablocker:** Können im Einzelfall bei nicht generalisierten sozialen Phobien kurzfristig wirksam sein, zum Beispiel, wenn der Patient einen Vortrag halten oder eine Prüfung ablegen muss. Der Betablocker wird 30–60 Minuten vor dem Ereignis eingenommen (z. B. 10–60 mg Propranolol, off-label).
- **Pregabalin (Antikonvulsivum):** Wirksam bei GAD und sozialer Phobie. Mögliche Nebenwirkungen sind Sedierung und Schwindel.

Welches Medikament für welchen Patienten?

Beim Entscheid für eine Behandlung spielen neben den Präferenzen des Patienten auch mögliche Nebenwirkungen, Schnelligkeit des Wirkungseintritts und die Verfügbarkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Dienste eine Rolle. Bei einer schwerwiegenden Angstsymptomatik werden viele Patienten erst durch die Pharmakotherapie überhaupt in die Lage versetzt, eine psychotherapeutische Behandlung durchzuführen.

Zur Behandlung einer GAD sind Venlafaxin und Paroxetin Medikamente der ersten Wahl, da nur für diese Wirkstoffe Langzeitstudien bestehen. Gut wirksam sind auch Duloxetin, Escitalopram und Sertralin (das allerdings für diese Indikation in der Schweiz nicht zugelassen ist). Eine neue Therapieoption ist Pregabalin. Bei therapieresistenten

Patienten können Benzodiazepine in Kombination mit Antidepressiva Abhilfe schaffen.

Bei Panikstörungen sind SSRI und Venlafaxin Medikamente der ersten Wahl. Trizyklische Antidepressiva sind ebenfalls wirksam, werden aber weniger gut vertragen. Bei Therapieresistenz gibt es verschiedene Optionen: Benzodiazepine (evtl. in Kombination mit Antidepressiva), die Augmentation einer SSRI-Behandlung mit Pindolol (off-label) oder einem trizyklischen Antidepressivum sowie die Kombination mit Valproat und Clonazepam.

Bei sozialen Phobien sind SSRI und Venlafaxin erste Wahl. Moclobemid hat einen mässigen Effekt.

Patienten mit spezifischen Phobien nehmen kaum Hilfe in Anspruch, da die Phobie die Lebensqualität nur selten massiv einschränkt. Zur Therapie wird eine kognitive Verhaltenstherapie durchgeführt, Psychopharmaka gehören nicht zur Standardbehandlung.

Eine Therapieresistenz ist häufig wegen folgender Faktoren eher eine Pseudoresistenz:

- Inadäquate Dosierung
- Inadäquate Zeitdauer der Medikation
- Fehlende Compliance – besonders störende Nebenwirkungen sind sexuelle Funktionsstörungen, Gewichtszunahme und Sedierung
- Metabolismus (rapid- oder poor-metabolizer)
- Keine Kombination mit Psychotherapie
- Komorbide psychiatrische Erkrankung
- Zusätzliche somatische Erkrankung
- Nebenwirkungen anderer Medikamente
- Anhaltende psychosoziale Belastungsfaktoren

Angststörungen und Schlaf

Eine Insomnie ist zwar ein sehr unspezifisches Symptom, jedoch sind Schlafstörungen auch ein wichtiger Risikofaktor für psychische Störungen – vor allem Depressionen und Angsterkrankungen. Mehr als 80% aller Patienten mit Depressionen

Tab. 3	Effekte von Psychopharmaka auf den Schlaf			
Medikament	Schlafkontinuität	Slow wave sleep	REM-Schlaf	Anderes
Benzodiazepine	+	= bis –	= bis –	Sedierung, Abhängigkeit
Azapiron	=	=	=	Sedierung
Trizyklika	+ bis –	= bis +	–	Sedierung, erhöhen PML
SSRI (Paroxetin)	–	= bis –	–	Erhöhen PML, verschlimmern Apnoe
SNRI (Venlafaxin)	–	= bis –	–	Erhöhen PML, verschlimmern Apnoe
Pregabalin	+	+	–	Verbessert PML, Sedierung
Bupropion	–	= bis –	= bis +	Generell antriebsfördernd
Trazodon	+	= bis +	= bis +	Sedierend
Mirtazapin	+	= bis +	= bis +	Sedierend bei kleiner Dosis
Agomelatin	+	+	=	Keine Sedierung

+: Erhöhung; =: Keine Veränderung; -: Reduktion; PML: Periodische Beinbewegungen

Quelle: Universitäre psychiatrische Kliniken Basel

leiden unter Schlafstörungen, und oft ist der gestörte Schlaf das erste Symptom der Depression. Die Veränderungen des Schlafs bei Depressionen (geringere Schlafeffizienz, weniger Tiefschlafphasen, verstärkte REM-Dichte etc.) lassen sich auch mit Polysomnografie nachweisen. Umgekehrt sind chronische Schlafstörungen auch ein Risikofaktor für Depressionen, erläuterte Prof. Dr. med. Edith Holsboer-Trachler, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel.

Veränderungen des Schlafs spielen auch bei Angsterkrankungen eine wichtige Rolle. 80% aller Patienten mit GAD schlafen schlecht: Die Einschlafzeit und die Wachphasen verlängern sich, dafür nehmen die Tiefschlafphasen und die Schlafeffizienz ab. Ähnliches gilt für Panikstörungen. Die Medikamente zur Behandlung von Angststörungen beeinflussen den Schlaf ganz unterschiedlich (Tab. 3). Sedierende Wirkstoffe sollten dann bevorzugt eingesetzt werden, wenn Schlafstörungen bei den Beschwerden im Vordergrund stehen. Das therapeutische Ziel besteht in einer vollständigen Remission der Schlafstörungen, denn wenn die Insomnie weiter besteht, ist das ein Prädiktor eines schnelleren Rezidivs der Angststörung.

Typische Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen

Angststörungen sind die häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter, informierte Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Susanne Walitza, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich. Rund 11% aller Kinder leiden unter Angststörungen, 2–5% unter einem ADHS, 1–5% unter Depressionen.

Besonders oft haben Kinder eine Störung mit Trennungsangst, also die entwicklungsmissig unangemessene Angst vor der Trennung von Bezugspersonen. Diese Angst beeinträchtigt das Kind und auch die Familie schwer. Typisch sind die Angst, der Bezugsperson könnte etwas zustossen, körperliche Beschwerden und der Widerwille, ohne Bezugsperson schlafen zu gehen. Diese Störungen beginnen meistens in den ersten Lebensjahren und halten mindestens vier Wochen an. Im Kindesalter sind Jungen und Mädchen gleich häufig betroffen, ab 12 Jahren betrifft die Trennungsangst viel häufiger Mädchen. Starke Trennungsangst ist ein Risikofaktor dafür, dass sich später im Leben Panikstörungen entwickeln.

Die soziale Phobie im Kindesalter ist ebenfalls häufig. Die betroffenen Kinder haben zwar altersgemässe Beziehungen mit vertrauten Personen, fürchten sich aber vor nichtvertrauten Menschen. Typisch ist eine Vermeidungsverhalten mit Schreien, Wutanfällen und teilweise reduziertem Sprechverhalten. In der Schule, wo 60% der beängstigten Situationen stattfinden, versuchten die Kinder, möglichst nicht aufzufallen (Haare ins Gesicht fallen lassen, sich so wenig wie möglich bewegen, leise sprechen etc.).

Bei der Schulverweigerung unterscheidet man verschiedene Formen: Schulphobie, Schulangst und Schuleschwänzen. Die Schulphobie ist eine Trennungsangststörung; die Kinder weigern sich, zur Schule zu gehen, und die Eltern wissen um das Problem. Bei der Schulangst besteht Angst vor bestimmten Schulsituationen; Ursachen sind Leistungsprobleme, Beziehungskonflikte mit Lehrern oder Mitschülern oder eine soziale Aussenseiterrolle. Merkmale des Schuleschwänzens sind eine mangelhafte Leistungshaltung, dissoziale Verhaltensstörung und problematische Familienverhältnisse; die Kinder oder Jugendlichen vermeiden mit dem Schwänzen die unlustbetonte schulische Leistungssituation.

Angst bei Kindern: Psychotherapie statt Medikamente

Wichtig bei der Therapie ist die Psychoedukation von Kind, Eltern und Lehrern. Eine problemorientierte Psychotherapie ist Mittel der Wahl, die beste Evidenz besteht für die kognitive Verhaltenstherapie.

Zur medikamentösen Therapie bei Kindern und Jugendlichen gibt es nicht viele Studien. Medikamente werden empfohlen bei sehr schweren Fällen, bei erfolgloser Psychotherapie oder in Fällen, wo die Medikamente dem Patienten erst ermöglichen, sich an einer Psychotherapie zu beteiligen. SSRI zeigten in Studien die beste Wirkung, und die Therapie-Abbruchrate war mit 4,9% niedrig. Fluvoxamin und Fluoxetin erreichten bei Response und Verträglichkeit die besten Werte, Venlafaxin schnitt schlechter ab als SSRI.

Beim Einsatz von SSRI bei Kindern müssen einige spezielle Punkte beachtet werden:

- Es besteht eine flache Dosis-Response-Kurve – die meisten Patienten reagieren auf die initiale Dosis.
- Kinder metabolisieren teilweise schneller und benötigen dann höhere Dosen.
- Bei Zwängen braucht es höhere Dosen, bei Panikstörungen niedrigere Startdosen.
- SSRI bei Depressionen können suizidale Gedanken und Handlungen verstärken.

In der Schweiz ist momentan kein einziges SSRI für die Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter zugelassen.

Dr. med. Eva Ebnöther

Quelle: 2nd Swiss Forum for Mood and Anxiety Disorders (2. Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Angst und Depression SGAD), Zürich, 7. April 2011