

Angststörungen im Alter

Prof. Dr. Detlef Dietrich & Daniela-Anaida Jitaru

Teil 2

Fallvorstellung

Frau B. R., geb. 18.08.1957

- kam Anfang Januar 2021 mit einer Überweisung des Hausarztes (Diagnose „Rezidivierende depressive Störung“) zur geplanten teilstationären Aufnahme

Anamnese

Frau B. berichtete, seit „Oktober letztes Jahres“ habe sie „wieder eine akute Phase mit starken Panikattacke, mit heftigen Brustschmerzen und Brustbeklemmungen“ gehabt. Sie habe sich „ständig und um alles Mögliche gesorgt“, habe „Angst, dass mein Mann verunglückt“, sei „oft so nervös und unkonzentriert, dass mein Kopf zittert“, konnte „gar nicht mehr entspannen“.

Anamnese

Es habe der „V.a. Herzinfarkt“ bestanden. Sie habe sich hausärztlich vorgestellt. Es sei ein Test und ein EKG gemacht und „der Hausarzt meinte, es liege an meiner Psyche“. Ein Myokardinfarkt sei nicht bestätigt worden.

In ihrem Beruf als Altenpflegerin fühle sich nicht mehr belastbar. Seit Oktober stecke sie in einem „Teufelskreis“ der Angst und des Grübelns, habe Selbstzweifel und niedergeschlagene Stimmungslage. Sie fühle sich erschöpft. Sie sei seit dem 23.10.2020 krankgeschrieben.

Ziel der aktuellen Behandlung: „Gleichgewicht wiederzuerlangen, Ängste zu reduzieren, ruhiger zu werden“ – Umgang mit diffusen Ängste erlernen.

Psychopathologischer Befund

Wach, adipöse Patientin, gepflegt. Im Kontakt hilfeschend, teils unruhig und tachypnoisch, unterschwellig gereizt, antwortet schnell und teilweise nur Einwortsätze. Rapport teilweise stockend. Wach, zu allen Qualitäten orientiert. Mäßige Konzentrationsstörung (bei der Rechenaufgabe 4 Fehler in 7 Schritte). Keine Auffassungs-, Merkfähigkeits- oder Gedächtnisstörungen. Formaler Gedankengang eingengt auf diffuse Angstsymptomatik (zukünftiges Unglück des Ehemannes, Anspannung, kardiale Beschwerden, Zittern und Schwindel). Grübeln und negative Sicht der Zukunft („ob es alles wieder wird?!“). Keine Hinweise für handlungsrelevanten produktiv psychotische Symptomatik. Stimmung niedergeschlagen. Affektive Schwingungsfähigkeit erhalten. Vermindert Interesse, reduzierte Freudefähigkeit. Psychomotorisch angespannt-unruhig, zitternde Hände und Kopf, Tachypnoe. Antriebsminderung. Einschlafstörungen. Appetitminderung ohne relevante Gewichtsabnahme. Keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung und keine akute Suizidalität erkennbar.

Vegetativer Status und Medikation bei Aufnahme

- Blutdruck 150/90 mmHg, Puls 102/min. Atemfrequenz 23/min.

- Citalopram mg 5-0-0-0
- Mirtazapin mg 0-0-0-30
- Metformin mg 500-0-0-1000
- Jardiance mg 25-0-0-0
- Candesartan comp. ® mg 32,5/12,5-0-0-0
- ASS® mg 100-0-0-0

- **bei Bedarf (Angst) – Lorazepam 1 mg** (ohne maximale Dosierung, zuletzt regelmäßig bis 3 mg/die)

Psychiatrische Vorgeschichte

Erste „depressive Reaktion“ im Jahr 1999/2000 nach diversen Verlusterlebnissen (Tod beider Elternteile sowie tödlicher Unfall des Schwagers), die ohne ambulante, teilstationäre oder stationäre psychiatrische Behandlung „wieder abgeklungen“ sei. Anamnestisch seitdem „immer ängstlich, wie meine Mutter“.

Im Jahr 2011 erneute Zunahme der diffusen Angstsymptomatik, die unter vollstationärer psychosomatischer Reha-Behandlung ohne medikamentöse Behandlung vollremittiert sei.

Seit 2017 sei Frau B. in ambulanten psychiatrischen Behandlung.

Vom 29.10.2018 bis 25.01.2019 tagesklinische Behandlung im Hause mit der Diagnosestellung einer GAS.

Psychopharmakologische Medikation: seit 2017 Lorazepam bei Bedarf, seit November 2020 Mirtazapin 30 mg sowie Citalopram 5 mg.

Familien- und Suchtanamnese

Keine bekannten psychiatrischen Erkrankungen in der Familie. Frau B. gab jedoch an, ihre Mutter sei „immer ängstlich gewesen“. Sie habe das Verhaltensmuster von seiner Mutter erlernt.

Seit 1991 rauche Frau B. nicht mehr. Alkoholkonsum sporadisch in Gesellschaft (insbesondere „zum Lockerwerden“). Kein Drogenkonsum. Keine nicht-stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen.

Dringenden V.a. iatrogene Benzodiazepineabhängigkeit (zuletzt regelmäßig Lorazepam bis 3 mg/die).

Körperliche Untersuchung, Labor- und EKG

Somatische Vorerkrankungen:

- Diabetes mellitus, Typ II Tablettenpflichtig
 - Arterielle Hypertonie ohne hypertensive Krise
 - Adipositas per magna
-
- Bei der körperliche Untersuchung, Labor- und EKG-Kontrolle gab es bis auf Tachykardie, Tachypnoe und Tremor der beiden oberen Extremitäten re. betont und des Kopfes (Frequenz und Amplitude nicht konstant mit Verminderung bei Ablenkung) sowie Adipositas per magna keine behandlungsrelevanten somatischen Auffälligkeiten.

Therapie und Verlauf

- Aufgrund der Anamnese, des psychischen Befundes, der Verhaltensbeobachtung und der Vorgeschichte gehen wir diagnostisch von einer Generalisierten Angststörung begleitet von einer nicht medikamentös-behandlungsrelevanten depressiven Symptomatik sowie einer iatrogenen Benzodiazepineabhängigkeit aus.
- Regelmäßige Teilnahme an: multiprofessionellen Therapieangebot der Tagesklinik, bestehend einschließlich aus psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung
- Therapieinhalte waren Einzel- und Gruppentherapie, psychoedukative Gruppen, Sport-, Kreativ- und Arbeitstherapie, Entspannungsverfahren, Sozialdienst-Inforunden sowie ärztliche Visiten.

Medikamentöse Behandlung

- nach Aufklärung und Zustimmung der Patientin – schrittweise Reduktion bzw. Absetzen der Medikation mit Benzodiazepine
- die unterdosierte Medikation mit SSRI (Citalopram 5 mg) im Verlauf der Behandlung anhand der Klinik, bei guter Verträglichkeit sowie unter Labor- und EKG-Kontrolle schrittweise bis auf Zieldosis von Citalopram 20 mg/die erhöhen - darunter wirkte Frau B. zunehmend entspannter, sicherer, auch die Ängste verloren in ihrer Intensität und Bedeutung, die Stimmung, der Schlaf und die psychomotorische Anspannung besserte sich auch. Es trat kein Tremor mehr auf.
- psychopharmakologisch bei vorbeschriebenem Diabetes mellitus Typ II und wegen des Nebenwirkungsprofiles beendeten wir die Vormedikation mit Mirtazapin

Somatische Begleiterkrankung

Bei dekomensierten Blutzuckerwerte (durch Stressoren) wurde nach konsiliarischer Vorstellung die antidiabetische Medikation optimiert.

Wir haben mit Frau B. ein ausführliches Gespräch hinsichtlich der Risikofaktoren unter Therapieoptionen bei Diabetes mellitus, Typ II geführt.

Wir empfahlen ihr eine Abklärung und Behandlung durch einen Diabetologen. **Ihre erhöhte Glykämie-Werte bereiteten ihr Sorgen. Die Aussicht auf Insulinbedarf jedoch machte ihr förmlich Angst.**

Bewegung mehr in ihren Alltag zu integrieren, gelang ihr in gutem Maße. Eine Weiterführung dessen, auch unter trainingsintensiveren Belastungen, wurde ihr zur Glykämierregulierung als auch für ihren emotionalen Ausgleich von uns dringend empfohlen.

Empfehlungen bei Entlassung

- regelmäßige Labor-, RR- und EKG-Kontrollen unter Psychopharmakologische Medikation
- eine weitere ambulante fachärztliche psychiatrische Behandlung
- sowie eine weiterführende ambulante Psychotherapie
- wir sehen keine Indikation für die langfristige Verschreibung der Medikation mit Benzodiazepine

Therapiemöglichkeiten der GAS

Laut der S3 Leitlinie:

- Psychotherapie:
 - KVT
 - Psychodynamische Psychotherapie
- Pharmakotherapie:
 - Präferenz des Patienten, Wirkeintritt, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Verfügbarkeit

Psychotherapie

- KVT:

- an Manualen orientiert
- individuell geplante Dauer der Therapie anhand der Krankheitsschwere, Komorbidität und psychosozialer Rahmenbedingungen
- Evtl. applied Relaxation

- Psychodynamische Psychotherapie:

- wenn KVT nicht verfügbar oder
- nicht wirksam oder
- Präferenz des Patienten

Vor allem Gesundheit

Psychopharmakotherapie

Gemäß S3 Leitlinie:

- Escitalopram, Paroxetin, Venlafaxin oder Duloxetin
- Pregabalin bei Patienten ohne multiple Suchterkrankungen
- Benzodiazepine:
 - kurzfristig wirksam
 - gravierende Nebenwirkungen (z.B. Abhängigkeitspotential etc)
 - Ausnahme Komorbiditäten (schwere kardiale Erkrankungen, Kontraindikationen der Standardmedikation)
 - Dosierung so hoch/niedrig wie notwendig

Aufklärung des Patienten

- Latenz der Wirkungseintritt von etwa 2 Wochen (Bereich 1-6 Wochen)
- Häufige unerwünschte Nebenwirkungen:
 - unter SSRI (Escitalopram, Paroxetin): Unruhe, Schlaflosigkeit, EKG_Veränderungen, Suizidalität, Absetzphänomene
 - unter Pregabalin: Schwindel, Benommenheit, Absetzphänomene
 - Unter Benzodiazepine: Abhängigkeitsentwicklung (CAVE: Toleranz), Verlängerung der Reaktionszeit, Stürze

Dauer der medikamentösen Behandlung, Remission und Rezidivprophylaxe

- 6-12 Monate nach eingetretenen Remission
- länger bei Verschlechterung im Rahmen des Absetzversuches
- Benzodiazepine „nur für wenige Wochen“
- schrittweise langsame Reduktion um Absetzphänomene zu vermeiden
Bei Nichtansprechen einer Psycho- oder Pharmakotherapie – Überprüfung der Therapieadhärenz und evtl. Dosisanpassung
- Expertenkonsens: Aufklärung über und Teilnahme an Selbsthilfegruppen und Angehörigengruppen



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Ihre Ansprechpartner:

Prof. Dr. Detlef E. Dietrich
Detlef.Dietrich@ameos.de

&

Daniela-Anaida Jitaru
Daniela-Anaida.Jitaru@hildesheim.ameos.de