

Angst und Schlafstörungen

Die Optimierung der antidepressiven Therapie

Annegret Czernotta

Schlafstörungen und Angst gehen oft einer Depression voraus. Häufig werden diese Warnzeichen in der Praxis jedoch übersehen und deshalb nicht adäquat behandelt. Welche therapeutischen Wege zur Optimierung der antidepressiven Therapie bei Angst und Schlafstörungen zur Verfügung stehen, diskutierten Experten aus der Schweiz und Deutschland am Zürcher Symposium.

Depression und Angst

Angst und Depression sind uralte Überlebensprogramme. Bei Gefahr reagiert der Mensch mit Angst, bei Verlust mit einer Depression. Dementsprechend besteht zwischen Angst und Depression eine enge Assoziation. Wittchen et al. (1) wiesen nach, dass die Wahrscheinlichkeit von jungen Angstpatientinnen, innert vier Jahren an Major Depression zu erkranken, stark erhöht ist (Odds Ratio zwischen 1,8 und 2,7). «In der Praxis tritt die Angst schon lange vor der Depression auf, aber häufig ist erst die Depression der Anlass für die Behandlung. Deshalb soll in der Exploration nach früheren Ängsten gefragt werden», hielt Dr. med. J.W. Meyer, Zürich, fest. Mehr als 50 Prozent der Patienten erfüllen zudem das Kriterium der Komorbidität von generalisierten Angststörungen und Depression, was mit einem erhöhten Suizidrisiko, chronischem Krankheitsverlauf und weniger Vollremissionen einhergeht. Auch das Risiko für sekundäre Abhängigkeitserkrankungen ist erhöht – wahrscheinlich als Folge der Selbstmedikation mit Alkohol, Benzodiazepinen oder anderen Substanzen. Die medikamentöse Behandlung der Depression basiert heute in erster Linie auf der Therapie mit modernen Substanzen, die im *Kasten* «Anxiolytische und hypnotische Substanzen» aufgeführt sind. Bei einer gleichzeitigen

Merksätze

- Bei Angsterkrankungen erhöht sich das Risiko für komorbide Störungen wie Depression oder Suchterkrankungen. Schlafstörungen erhöhen das Risiko für eine Depression um das Dreifache.
- Der Einsatz von Benzodiazepinen ist aufgrund der anxiolytischen Wirkung oft unumgänglich. Jedoch muss das Abhängigkeitspotenzial beachtet werden, das durch eine genaue Indikation minimiert werden kann.
- Aufgrund der selektiven Wirkungsweise und weniger Nebenwirkungen werden heute bevorzugt moderne Antidepressiva in der Therapie von Depression und komorbiden Störungen wie Angsterkrankungen eingesetzt.

Angststörung werden aufgrund der sofortigen anxiolytischen Wirkung Benzodiazepine eingesetzt. Cochrane-Daten zeigen, dass bei der initialen Kombination von Benzodiazepinen und Antidepressiva die Drop-out-Rate in den ersten vier Behandlungswochen signifikant gesenkt werden konnte – «aufgrund der Gefahr von Abhängigkeit allerdings nie als Monotherapie», meinte Meyer. Steht der sedierende Effekt im Vordergrund, bietet sich therapeutisch auch ein spezifischer Rezeptorenblocker wie Mirtazapin (Remeron®) an, der initial einen Soforteffekt auf Angst, Schlaf und Somatisation hat. Anxiolytisch wirken auch Buspiron (Buspar®) und Betablocker. Liegt eine Komorbidität von Depression und Angst vor, können wiederum alle Präparate eingesetzt werden, die sich auch in der Therapie beider Störungen als wirksam erwiesen haben. Insbesondere SSRI müssen jedoch speziell langsam auftitriert werden, da sie sonst Panikattacken auslösen können. «Die Therapie der Angst braucht Zeit. Die Einstellung bis zur Remission kann acht bis zwölf Wochen dauern», gab Meyer zu bedenken.

Angst im Alter aus geriatrischer Sicht

Angst- und Spannungszustände sind nicht nur für jüngere Menschen einschränkend. Dr. med. Irene Bopp-Kistler, Zürich, stellte das Thema Angst aus dem Blickwinkel der Geriatrie vor, wo die Angst vor dem Sturz ein sehr grosses Problem ist: Allein 30 bis 50 Prozent aller Stürze ereignen sich bei den über 65-Jährigen. Ein Drittel der Gestürzten wiederum haben Angst, ein weiteres Mal zu stürzen (2). «Die Betroffenen geraten in einen Teufelskreis von Angst, Gehunfähigkeit und Sturz. Diesen zu

Fortsetzung auf Seite 46

Nachgefragt

«Schlafstörungen erhöhen das Depressionsrisiko»

Im Umgang mit Schlafstörungen bei alten Menschen herrscht häufig

Unsicherheit. Wir befragten dazu im Anschluss an das Symposium

Dr. Enrico Gut, Leitender Arzt Alterspsychiatrie, Psychiatrie-Zentrum

Hard, Embrach.

Wie sollten Schlafstörungen beim betagten Menschen abgeklärt werden?

Wichtig ist es, den Patienten danach zu fragen, ob er sich beim Aufwachen ausgeruht fühlt. Falls ja, liegt in der Regel keine Schlafstörung vor. Ebenso ist der Patient nach seiner früheren Schlafdauer mit 50 oder 40 Jahren zu befragen. Wer früher nur acht Stunden geschlafen hat, braucht auch später nicht mehr Schlaf. Denn dieser Zeitrahmen ist individuell verschieden, aber lebenslang recht konstant. Ein Nickerchen tagsüber verkürzt entsprechend die Nachtschlaf-Dauer. Dass Menschen im Alter mehr Schlaf benötigen, ist ein Mythos. Erfragt werden müssen zudem Schlafmittel, die meist nicht spontan genannt werden!

Wie sollten die Schlafstörungen behandelt werden?

Bei neu aufgetretenen Schlafstörungen bedarf es primär einer Beratung und Besprechung schlafhygienischer Massnahmen sowie des Versuchs mit Entspannungsverfahren. Es soll nur kurzfristig der Versuch unternommen werden, mit Schlafmitteln zu intervenieren. Bei länger andauernden und vor allem chronischen Schlafstörungen ist einerseits die Abklärung der Ursache entscheidend, andererseits eine gezielte Behandlung wichtig: Denn chronisch Schlafgestörte haben ein drei- bis vierfach erhöhtes Depressionsrisiko im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung.

Was ist zu beachten, wenn doch eine Pharmakotherapie notwendig ist?

Prinzipiell sollen keine anticholinerg wirksamen Substanzen eingesetzt werden, ebenso keine klassischen Antihistaminika. Anstelle von Benzodiazepin-Hypnotika würde ich niedrig dosiert schlafanstossende Antidepressiva wie Mirtazapin oder Opipramol einsetzen.

Schlafstörende Substanzen sollen, falls möglich, abgesetzt oder zumindest auf eine morgendliche Gabe verlegt werden.



Dr. Enrico Gut

Können Schlafprobleme im Pflegeheim auch mit der Pflegesituation zusammenhängen?

Die Probleme sind in der Regel vielschichtig. Oft mangelt es an gezielten Aktivierungen der Heimbewohner. Eine gute Tagesaktivierung – vor allem auch mit Lichtexposition – verhilft zu besserem Nachtschlaf. Viele Heimbewohner gehen hingegen oft schon kurz nach dem Nachtessen zu Bett, einerseits aus Langeweile, andererseits weil es im Alter zu einer Phasenverschiebung des Schlafes mit vorzeitigem Schlafdruck am Abend kommen kann. Ein weiteres Problem kann entstehen, wenn in Zwei- oder Mehrbettzimmern Bewohner mit unterschiedlichem Schlaf-Wach-Rhythmus zusammengelegt werden. Und oft wird vergessen, dass wir mit zunehmendem Alter leichter weckbar werden, sodass zum Beispiel das «Runden» der Nachtwache bereits schlafstörend wirken kann.

Es gibt auch positive Beispiele, wie den Nacht-Express im Krankenhaus Sonnweid AG, Wetzikon. Ist die mangelnde Stimulation alter Menschen nicht auch ein Finanzierungsproblem, indem zu wenige Stellenprozente vorhanden sind?

Ein solches Angebot erfordert nicht immer zwingend eine Aufstockung der Pflegedienststellen. Durch eine Reorganisation der Dienstabläufe könnte es in verschiedenen Heimen durchaus möglich sein, einen regelmässigen «Aktivierungs-» oder «Animationsdienst» anzubieten.

Anxiolytische und hypnotische Substanzen

Heute werden in der Therapie von Angstzuständen bevorzugt Medikamente mit selektivem Wirkmechanismus und besserer Verträglichkeit eingesetzt. Dazu zählen Antidepressiva, die selektiv die serotonerge und noradrenerge Neurotransmission beeinflussen, wie die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin oder Sertralin, und duale, sowohl Serotonin- als auch Noradrenalinfunktionen verstärkende Mechanismen, wie das SNRI Venlafaxin oder das noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressivum Mirtazapin. Buspiron ist ein Nicht-Benzodiazepin-Anxiolytikum mit komplexer Wirkung auf das Serotoninsystem. In das Medikament wurde viel Hoffnung gelegt, meinte Professor Ueli Honegger, Universität Bern; in der Praxis zeigt sich jedoch, dass Buspiron eine zu schwache anxiolytische Wirkung hat, die auf einen hohen First-Pass-Effekt von 96 Prozent zurückzuführen ist. Wissenschaftliche Erkenntnisse haben indes auch bei den Benzodiazepinen zu einer Weiterentwicklung geführt. Benzodiazepine greifen am Gamma-Aminobuttersäure (GABA)-Rezeptor an, der sich aus verschiedenen Untereinheiten zusammensetzt. Je nach Zusammensetzung der Untereinheiten zeigt GABA am GABA_A-Rezeptor unterschiedliche physiologische Funktionen. Medikamente, die mit diesen Untereinheiten interagieren, können spezifisch anxiolytisch oder sedativ/hypnotisch wirken. Zolpidem und Zopiclon sind zwei neuere Substanzen, die andere Bindungsstellen besetzen als die klassischen Benzodiazepine. Ziele in der heutigen Erforschung von anxiolytischen Substanzen liegen dementsprechend in einer Erforschung weiterer Untereinheiten und einer verbesserten kinetischen Form des Buspiron, wobei Baldrian und Johanniskraut als Wegbegleiter eingesetzt werden können.

unterbrechen, ist sehr schwer», so Bopp-Kistler. Die Angst vor dem Sturz äussert sich nicht immer direkt, sondern häufig in Kurzschrittigkeit, Schwindel, kognitiver Beeinträchtigung und allgemeiner Aktivitätseinbusse. Mitunter wird die Sturzangst auch gar nicht diagnostiziert, wie bei einer Demenz oder dem Delir. «Die Angst zu erkennen und zu behandeln steht im Vordergrund, sonst verliert der alte Mensch sein soziales, körperliches und psychisches Gleichgewicht und damit auch seine Selbstständigkeit», fasste Bopp-Kistler zusammen.

Zu den therapeutischen Ansätzen gehören physikalische Massnahmen wie Gleichgewichts- oder Krafttraining, Gruppentherapie mit Tai-Chi und/oder das Tragen von Hüftprotektoren. Steht die Angststörung im Vordergrund, sollen Antidepressiva mit anxiolytischer und schlafanstossender Komponente eingesetzt werden. Mirtazapin beispielsweise habe sich aufgrund der schlafanstossenden Wirkung zur First-Line-Therapie bei Angst und Insomnie Betagter entwickelt, meinte Bopp-Kistler. Nicht indiziert sind hingegen Neuroleptika und Benzodiazepine, da sie zwar die Angst lösen, aber die Sturzgefahr erhöhen.

Benzodiazepin-Abhängigkeit

PD Dr. med. Josef Schöpf, Zürich, erläuterte die Benzodiazepin-Abhängigkeit, die sich bei längerem Gebrauch einstellen kann. Der Einsatz von Benzodiazepinen ist aufgrund der sofortigen anxiolytischen Wirkung oft unumgänglich und ein Absetzen in einigen Fällen unmög-

lich, weil sonst komorbide Angst- oder weitere psychiatrische Probleme wieder auftreten können. Schöpf unterstrich deshalb, dass es realistischer sei, das Benzodiazepin nur zu reduzieren.

Depression und Schlafstörungen

Laut Studien erhöht eine Insomnie das Risiko für Depressionen um das Dreifache. 70 bis 90 Prozent der Patienten mit einer mittelschweren oder schweren Depression haben schwere Schlafstörungen, begleitet von Angstsymptomen (3).

Obwohl 68 Prozent eine Chronifizierung ihrer Schlafstörung erleiden, nehmen 57 Prozent der Patienten mit persistierender Insomnie über zwei Jahre nie ein Schlafmittel ein. Damit werden nach Angaben von Professor E. Rüther, Universität Göttingen, zu wenige Patienten mit wirklich schweren Schlafstörungen therapiert. Nichtpharmakologische Interventionen sind schlafhygienische Massnahmen, zu denen eine Schlafrestriktion, ein «Schlafritual» oder feste Aufstehzeiten gehören. Muss trotzdem eine Pharmakotherapie eingesetzt werden, bieten sich nach Angaben von Rüther schlaffördernde trizyklische Antidepressiva wie Trimipramin, Amitriptylin und Doxepin an. Mirtazapin habe im Vergleich mit Fluoxetin, Citalopram oder Paroxetin eine bessere antidepressive und anxiolytische Komponente bei weniger Nebenwirkungen, so Rüther. Hypnotika sollen hingegen nur nach gezielter Indikation eingesetzt werden und dann auch nur mit festem Rhythmus. Und im Alter? Nichtpharmakologische Behandlungen sind auch bei Betagten eine Option, meinte Dr. Enrico Gut, Embrach. Eine medikamentöse Behandlung sei jedoch dann indiziert, wenn der betagte Mensch weiterhin eine schlechte Schlafqualität hat und die Gedanken nur noch um die eigene Schlaflosigkeit kreisen. ■

Annegret Czernotta

Quelle: Symposium «Optimierung der antidepressiven Therapie», Schwerpunkt: «Angst und Schlafstörungen», 27. Januar 2005, Lake Side Symposium Zürichhorn.

Referenzen:

1. Wittchen H.-U. (2000): Generalized anxiety disorder: An insight into the burden on the individual and society (P.3.039). *European Neuropsychopharmacology*, 10 (suppl. 3), 350-351.
2. Gostynski M. et al.: Epidemiologische Analyse der Stürze bei Betagten in Zürich und Genf. *Schweiz Med Wochenschr* 1999; 129: 270.
3. Hatzinger M., Holsboer-Trachsler E.: Affektive Störungen. In: Gaebel, Müller-Spahn (Hrsg.): *Psychische Störungen*. Kohlhammer; 2000.

Interessenlage: Der Bericht entstand mit finanzieller Unterstützung der Organon AG, Pfäffikon SZ.