

Behandlung von Panikstörungen

AMERICAN FAMILY PHYSICIAN

Dieser Beitrag diskutiert evidenzbasierte Behandlungsmöglichkeiten bei den in der Allgemeinpraxis häufigen Panikerkrankungen.

Diagnose

Manchmal sei die Diagnose nicht ganz einfach, denn Brustschmerzen, Atemnot oder Zittern könnten alle möglichen Ursachen haben, schreiben Peter Ham und Mitautoren vom Department for Family Medicine an der Universität von Virginia in ihrer Übersicht zu evidenzbasierten, effektiven Therapien des Leidens. Hier hilft – vor umfangreicher Diagnostik – die geduldige Anamnese. Typischerweise lassen sich dann Panikattacken (*Tabelle 1*) eruieren, die rasch beginnen und eine anhaltende Besorgnis über die Wiederkehr des unangenehmen Erlebten zurücklassen. Die Panikanfälle dauern im Allgemeinen länger als zehn Minuten, ihre Dauer ist aber sehr variabel. Sie können ein- oder mehrmals pro Woche auftreten, in der Regel ohne Vorwarnung («wie aus heiterem Himmel»), und die Alltagsaktivitäten und die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen stark beeinträchtigen. Panikstörungen sind oft chronisch, aber die Anfallshäufigkeit sowie die Intensität der Begleitsymptome wie Vermeidungsverhalten und Depressivität können stark fluktuieren.

Eine Panikstörung nach den in der *Tabelle 1* aufgeführten DSM-IV-Kriterien erleiden

1 bis 3 Prozent der Allgemeinbevölkerung irgendwann im Leben. Ein bemerkenswert hoher Anteil der Betroffenen nimmt dabei ärztliche Hilfe in Anspruch. In einer grossen Multizenterstudie aus Grundversorgerpraxen trat eine Prävalenz von Panikstörungen zwischen 1 und 6 Prozent hervor. Wegen vielfältiger somatischer und affektiver Begleitsymptome gehören Patientinnen und Patienten mit Paniksyndrom zu den besonders komplizierten und zeitaufwändigen Kranken in der Allgemeinpraxis.

Eine Panikstörung tritt oft bei Menschen mit Agoraphobie (26%) oder sozialer Phobie (33%) auf. Etwa jeder dritte Patient mit Panikstörung ist depressiv, und 1 von 5 begeht einen Suizidversuch. Manche Betroffene betreiben eine «Selbstbehandlung» mit Alkohol, über die Lebenszeit betrachtet ist aber die Häufigkeit von Alkohol- und Drogenmissbrauch nicht höher als in der Normalbevölkerung.

Erklärungsmodelle

Zur Entstehung von Paniksymptomen gibt es einige Theorien. Neben neurochemischen und genetischen Modellen hat eine kognitive Interpretation viel für sich, die davon ausgeht, dass die Betroffenen lernen, ihre Gedanken und Emotionen als körperliche Symptome wahrzunehmen. So könnte sich eine Patientin, die sich vor der Einsamkeit fürchtet, wenn ihr Mann zur Arbeit gegangen ist, ihre Angst als Kurzatmigkeit und Schweissausbruch wahrnehmen, was ihre Ängstlichkeit noch verstärkt und eine Spirale der Eskalation in Gang setzt.

Eine andere Theorie schlägt vor, dass Patienten ihre an sich gutartigen Körpersensationen zu Panikattacken ausbauen. So kann aus einer in der Wut gesteigerten

Tabelle 1: DSM-IV-Kriterien für Panikattacken

Eine umschriebene Periode von Angst oder Beschwerden, bei der vier (oder mehr) der folgenden Symptome abrupt auftreten und ihr Maximum innerhalb von zehn Minuten erreichen:

- Palpitationen, Herzklopfen oder beschleunigte Herzfrequenz
- Schwitzen
- Zittern oder Schütteln
- Kurzatmigkeit oder Erstickungsgefühl
- Würgegefühl
- Brustschmerz oder -beschwerden
- Nausea oder Bauchbeschwerden
- Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder drohender Ohnmacht
- Derealisation oder Depersonalisation
- Angst vor Kontrollverlust oder davor, verrückt zu werden
- Todesangst
- Parästhesien (Taubheit oder Kribbeln)
- Schüttelfrost oder Wallungen

Herzfrequenz der Schmerz eines «Herzanzfalls» werden.

Therapie

Patienten mit Panikstörungen haben mehrere Therapieoptionen. Welche bevorzugt in Frage kommt, geht aus der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Patient und Arzt hervor. Einen Vorschlag dazu macht der *Kasten*.

Merk- punkte

- Antidepressiva reduzieren die Schwere von Paniksymptomen und eliminieren Panikattacken sehr erfolgreich, wobei selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer und Trizyklika gleichermaßen effektiv sind.
- Die Wahl des Psychopharmakons beruht auf dem Nebenwirkungsprofil und Patientenpräferenzen.
- Für die gute Wirkung kognitiver Verhaltenstherapien gibt es gute Evidenz. Sie können auch mit Antidepressiva sinnvoll kombiniert werden.
- Benzodiazepine sind bei Panikstörungen zwar effektiv, in ihrer Wirkung jedoch den Antidepressiva und der kognitiven Verhaltenstherapie unterlegen.

Antidepressiva

Für Antidepressiva konnte gezeigt werden, dass sie den Schweregrad der Panikattacken reduzieren, Anfälle ganz eliminieren und verschiedene Messparameter für die Gesamt-Lebensqualität günstig beeinflussen können.

Zwei Metaanalysen fanden, dass selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) und Trizyklika in der Reduktion des Schweregrads und der Häufigkeit von Panikattacken gleichermaßen effektiv sind.

In den zusammengetragenen Studien waren 61 Prozent der Patienten nach sechs bis zwölf Behandlungswochen panikfrei, bei den Kontrollen waren es 41 Prozent. Die einzelnen Studien kommen zu uneinheitlichen Schlüssen bei der Frage, ob SSRI wirklich besser verträglich sind als Trizyklika. Eine ältere Metaanalyse sah für SSRI klare Vorteile. Die Vorteile der SSRI könnten jedoch wegen eines Publikationsbias überschätzt worden sein, weil kleine Studien ohne Unterschied zwischen den beiden Therapien eine geringere Veröffentlichungschance hatten, geben Peter Ham und Mitautoren zu bedenken.

Tabelle 2 zählt Psychopharmaka auf, die sich in randomisierten kontrollierten Studien als effektive Therapie bei Panikstörungen erwiesen haben. Die Wahl des Wirkstoffs soll sich auf das Nebenwirkungsprofil und auf Patientenpräferenzen abstützen. MAO-Hemmer kämen ebenfalls in Frage, ihr Einsatz beim Paniksyndrom ist wegen des ungünstigeren Sicherheitsprofils aber eingeschränkt.

Kognitive Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie umfasst verschiedene Techniken wie angewandte Entspannung, Exposition in vivo, gedankliche Exposition, Panikmanagement, Atemtraining und die so genannte kognitive Restrukturierung. Metaanalysen stützen die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie zur Linderung der Paniksymptome und der Gesamtbehinderung. Die meisten randomisierten, kontrollierten Studien umfassten 8 bis 15 Therapiesitzungen, obwohl auch einige Studien über eine ähnliche Wirksamkeit nach nur 4 Sitzungen berichteten. Metaanalysen sind zum Schluss gekommen, dass bei Panik-

störungen die spezialisierte kognitive Therapie, die Verhaltenstherapie oder die Kombination beider einer allgemeinen emotionell stützenden Psychotherapie überlegen sind.

In den Studien mit kognitiver Verhaltenstherapie waren nach drei bis vier Monaten durchschnittlich 73 Prozent der Behandelten panikfrei (number needed to treat, NNT = 2), und 46 Prozent blieben nach zwei Jahren von Panikattacken verschont. Dies seien eindrückliche Statistiken, schreiben Peter Ham et al., aber ob sie die typischen Patienten in der Allgemeinpraxis widerspiegeln, bleibe fraglich. Die kognitive Verhaltenstherapie scheint auch langfristig effektiv zu sein. Die entsprechenden Studien dauerten zwischen sechs Monaten und neun Jahren, lassen aber hinsichtlich der Sauberkeit der Methodik einiges zu wünschen übrig.

Im Grunde ist unklar, was wichtiger ist: die kognitive Therapie (z.B. Identifikation von falsch interpretierten Wahrnehmungen, Patientenschulung über Panikattacken) oder die Verhaltenstherapie (Atem- und Entspannungsübungen, Expositionen).

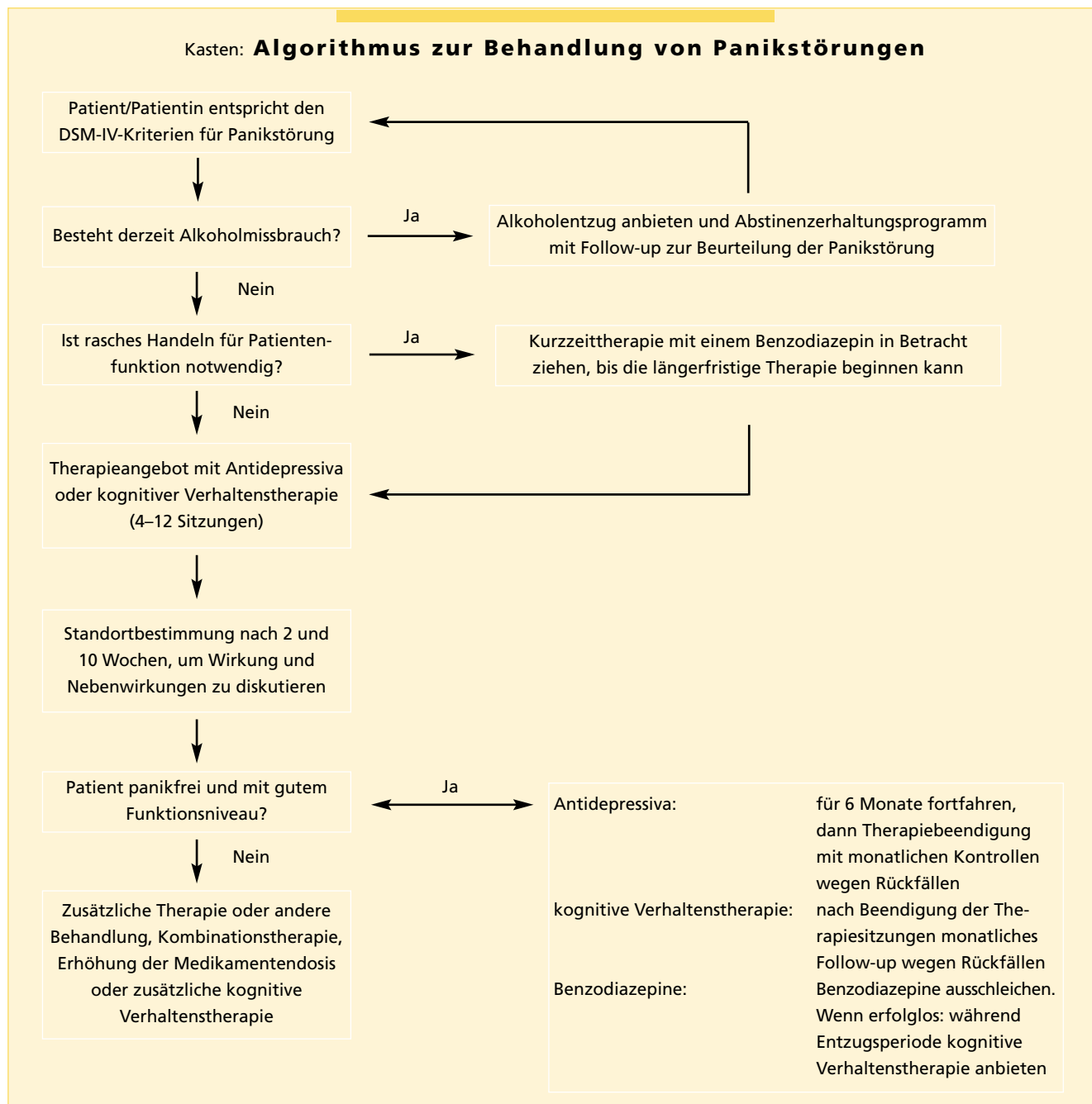
Tabelle 2: In der Behandlung von Panikstörungen eingesetzte Medikamente

Substanz	Dosierung
<i>Benzodiazepine:</i>	
Alprazolam (Xanax®)	3 x 0,5 mg/Tag
Clonazepam (Rivotril®)	3 x 0,5 mg/Tag
<i>SSRI:</i>	
Citalopram (Seropram® und Generika)	40 mg/Tag
Escitalopram (Cipralex®)	10(-20) mg/Tag
Fluoxetin (Fluctine® und Generika)	40 mg/Tag
Fluvoxamin (Floxyfral® und Generika)	150 mg/Tag
Paroxetin (Deroxat® und Generika)	40 mg/Tag
Sertralin (Zoloft®, Gladem®)	50-200 mg/Tag
<i>Trizyklika:</i>	
Clomipramin (Anafranil®)	75-150 mg beim Zu-Bett-Gehen
Imipramin (Tofranil®)	150 mg beim Zu-Bett-Gehen
<i>Andere:</i>	
Mirtazapin (Remeron®)	15-30 mg/Tag

Die Wirksamkeit reiner Expositionstechniken, bei denen der Patient wiederholt dem Angst auslösenden Stimulus entweder real oder in Gedanken ausgesetzt wird, ist jedoch sehr gut etabliert, insbesondere bei Patienten mit Agoraphobie.

In kontrollierten Studien waren auch Selbsttherapien anhand von Videobändern und Büchern effektiv, einer standardisierten kognitiven Verhaltenstherapie allerdings unterlegen. Zur Reduktion der Paniksymptome ist ein mindestens mini-

Behandlung von Panikstörungen



maler Kontakt mit einem Therapeuten doch notwendig.

Bei manchen – vor allem männlichen – Betroffenen kann die «Selbstbehandlung» mit Alkohol mit der Therapie interferieren. Eine einzelne Studie fand, dass der Einbezug einer kognitiven Verhaltenstherapie in ein Alkoholbehandlungsprogramm keine besseren Resultate

brachte als der alleinige Alkoholentzug.

Antidepressiva plus kognitive Verhaltenstherapie

Sowohl psychologische wie pharmakologische Therapieansätze sind in entsprechenden Studien effektiv gewesen. Welche Modalität allenfalls überlegen ist, bleibt jedoch unklar. Verschiedene Meta-

analysen deuten darauf hin, dass Antidepressiva bei der Verringerung von Paniksymptomen weniger wirkungsvoll sind als die kognitive Verhaltenstherapie. Allerdings sind diesen Untersuchungen methodologische Schwächen vorgeworfen worden. Widersprüchlich sind auch Studien zur Kombination der beiden Therapiemodalitäten ausgefallen. Gesamthaft

Behandlung von Panikstörungen

Tabelle 3: **Evidenzgrad verschiedener klinischer Empfehlungen**

Empfehlungen/Aussagen	Evidenzstärke
Kognitive Verhaltenstherapie reduziert Panikfrequenz und -schweregrad und verbessert die globale Funktion bei Patienten mit Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie.	B
Kognitive Verhaltenstherapie ist effektiver als allgemeine supportive Psychotherapie.	B
Antidepressiva bessern Paniksymptome und globale Funktion bei Panikstörungen. SSRI und Trizyklika sind gleichermaßen wirksam.	A
Antidepressiva und kognitive Verhaltenstherapie bei einem mit Expositionstechniken vertrauten Therapeuten bessern Paniksymptome.	B
Benzodiazepine allein reduzieren den Panikschweregrad effektiv, sind aber zur Besserung einer Depression und der globalen Funktion am nützlichsten, wenn sie in Kombination mit anderen Therapien eingesetzt werden.	A
Selbsthilfevideos oder -bücher mit minimalem Therapeutenkontakt können den Panikschweregrad reduzieren und sind möglicherweise nützlich, wenn eine kontinuierliche Therapie bei einem erfahrenen Therapeuten nicht möglich ist.	B
Alkoholiker mit Panikstörung sollten zu einer Standardbehandlung für Alkoholprobleme überwiesen werden.	C

A = konsistente, qualitativ gute, patientenorientierte Evidenz

B = inkonsistente oder qualitativ eingeschränkte patientenorientierte Evidenz

C = Konsens, krankheitsorientierte Evidenz, übliches Vorgehen, Expertenmeinung oder Fallserie

Link

Angst und Panikhilfe Schweiz (APHS)
Internet: www.aphs.ch/d/index.asp

Auf den Patienten zugeschnittene Therapie

Solange nicht klar ist, welche Patienten vielleicht spontan remittieren, sollten alle, die den Kriterien einer Panikstörung entsprechen, behandelt werden, schreiben die Autoren. Dies gelte insbesondere für jene, deren Lebensqualität durch soziales Vermeidungsverhalten und Agoraphobie beeinträchtigt ist. Antidepressiva allein sind hoch effektiv bei der Verringerung der Attacken und in der Verbesserung des Funktionsniveaus. SSRI und Trizyklika haben ihre je eigenen Nebenwirkungsprofile, und die Therapieadhärenz wird davon abhängen, wie gut der einzelne Patient diese Effekte toleriert. Die Behandlung mit Antidepressiva sollte nach Erreichung von Symptombefreiheit noch mindestens sechs Monate fortgeführt werden, und die Entwöhnungsphase sollte eng begleitet werden, um die allfällige Rückkehr von Angstsymptomen frühzeitig zu erkennen.

Peter Ham et al. (University of Virginia School of Medicine, Charlottesville/USA): Treatment of panic disorder. Am. Fam. Physician 2005; 71: 733–740.

Halid Bas

Interessenlage: Die Autoren deklarieren keine finanziellen Interessenkonflikte.

gesehen hat die Verbindung eines Antidepressivums mit irgendeiner Form von kognitiver Verhaltenstherapie in Kurzzeitstudien den grössten Nutzen gebracht. Ob mit oder ohne kognitive Verhaltenstherapie, unklar ist auch, wie lange eine Antidepressivabehandlung dauern muss. Einige Studien haben den Eindruck gegeben, dass ein Absetzversuch nach sechs Monaten mit relativ niedrigen Rückfallraten einhergeht, beziehungsweise dass eine Fortsetzung der Behandlung mit einem Antidepressivum über sechs Monate hinaus die Rückfallrate auch nicht verbessert.

Benzodiazepine

Benzodiazepine sind in der Reduktion der Paniksymptome und der Häufigkeit der Anfälle ebenso effektiv wie Antidepressiva, sind gut verträglich und haben einen raschen Wirkungseintritt. Dem steht ge-

genüber, dass sie Depressionen auslösen und während des Einsatzes und noch nach dem Absetzen unerwünschte Wirkungen hervorrufen können. Auch sind sie hinsichtlich der anderen Verlaufsparemeter den Antidepressiva unterlegen. Dies ist besonders deutlich bei Patienten mit Panikstörung und vorbestehender Depression. In einer guten randomisierten, kontrollierten Studie bewirkte die Zugabe von dreimal 0,5 mg Clonazepam täglich zu 100 mg/Tag Sertralin täglich weniger schwere Symptome und weniger häufige Panikepisoden nach einer Woche als Sertralin allein (41% vs. 4%), aber nicht nach vier Wochen. Bei Patienten, die wegen Panikstörung schon ein Benzodiazepin erhalten, kann eine zusätzliche kognitive Verhaltenstherapie den Schweregrad der Paniksymptomatik tief halten, wenn das Präparat abgesetzt wird.