

Was tun bei Panikstörungen?

Mittel der Wahl ist die Verhaltenstherapie, Medikamente können die Behandlung unterstützen

Viele Menschen mit Panikstörung suchen zunächst den Hausarzt auf. Die Diagnose ist bisweilen nicht ganz einfach, da Schmerzen in der Brust oder Kurzatmigkeit auch Symptome anderer Erkrankungen sein können. Bei richtiger Diagnose und Therapie kann jedoch die Lebensqualität des Patienten deutlich verbessert werden. Amerikanische Autoren haben in «American Family Physician» die aktuelle evidenzbasierte Therapie vorgestellt.

AMERICAN FAMILY PHYSICIAN

Viele Betroffene zeigen die typischen Symptome einer Panikattacke (Tabelle 1) sowie die ständige Angst, von einer neuen Attacke heimgesucht zu werden. Die Attacken treten plötzlich und unvorhersehbar auf und dauern meist mehr als zehn Minuten. Etwa 1 bis 3 Prozent der Bevölkerung sind – gemäss den DSM-IV-Kriterien – mindestens einmal in ihrem Leben davon betroffen. Ein hoher Anteil von ihnen sucht medizinische Hilfe auf. In Studien zeigte sich, dass fast ein Viertel der Patienten mit Brustschmerzen, die eine Notfallstation aufsuchten, auch die Kriterien einer Panikstörung erfüllten.

Eine Panikstörung ist oft vergesellschaftet mit Agoraphobie (26%) oder einer sozialen Phobie (33%). Jeder Dritte ist depressiv und jeder Fünfte suizidgefährdet. Viele Betroffene suchen Heil im Alkohol, die Prävalenz eines Alkoholmissbrauchs ist jedoch nicht höher als in der Gesamtbevölkerung. Allerdings gehören Patienten mit einer Panikstörung aufgrund der Vielfalt an physischen wie psychischen Störungen zu den kompliziertesten und zeitraubendsten Patienten.

Merksätze

- Antidepressive Medikation kann die Schwere und Frequenz von Panikattacken erfolgreich verringern.
- SSRI und Trizyklika sind bei der Behandlung von Panikstörungen etwa gleich wirksam.
- Die Wahl des Medikaments sollte dessen Nebenwirkungen sowie die Vorlieben des Patienten berücksichtigen.
- Kognitive Verhaltenstherapie (CBT) gilt als Mittel der Wahl in der Therapie der Panikstörung. Ungeübte Allgemeinärzte sollten ihre Patienten an erfahrene Therapeuten überweisen.
- CBT kann allein oder in Kombination mit Antidepressiva zur Anwendung kommen.
- Benzodiazepine sind ebenfalls wirksam, aber weniger als CBT oder Antidepressiva.

Wie entsteht eine Panikstörung?

Die Ursachen der Panikstörung sind bis anhin noch hypothetisch. Neben neurochemischen und genetischen Modellen ist auch ein kognitives Modell im Gespräch, das besagt, dass der Patient lernt, Gedanken und Emotionen fälschlich als körperliche Symptome zu interpretieren, die wiederum zu noch mehr Angst und dadurch zu weiteren Symptomen führen («Teufelskreis der Angst»). Eine andere Theorie (behaviorales Modell) geht davon aus, dass der Patient eigentlich harmlose körperliche Ereignisse zu gefährlichen «hochschraubt».

Therapeutische Alternativen

Um festzulegen, welche Behandlung am sinnvollsten erscheint, sollten Patient und Arzt gemeinsam eine «Strategie» entwickeln, welcher bestimmte Algorithmen zugrunde liegen (Tabelle 2). Antidepressiva sind in der Lage, die Schwere der Panikattacke zu lindern, diese teilweise zu verhindern und die Lebens-

Tabelle 1: Charakteristika einer Panikattacke (DSM-IV-Kriterien)

Eine Panikattacke ist eine klar abgrenzbare Episode intensiver Angst und intensiven Unbehagens, bei der mindestens 4 der folgenden Symptome abrupt auftreten und binnen 10 Minuten einen Höhepunkt erreichen:

- Palpitationen, Herzklopfen, beschleunigter Herzschlag
- Schwitzen
- Zittern oder Beben
- Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot
- Erstickungsangst
- Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust
- Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden
- Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit, Ohnmacht
- Gefühl der Unwirklichkeit oder Gefühl, losgelöst zu sein
- Angst vor Kontrollverlust oder Angst, verrückt zu werden
- Todesangst
- Parästhesien (Taubheit oder Kribbelgefühle)
- Hitzewallungen oder Kälteschauer

qualität der Patienten zu erhöhen. Zwei neuere Metaanalysen kamen zu dem Ergebnis, dass SSRI und Trizyklika hier etwa gleich effektiv eingesetzt werden können (61 % der Patienten waren nach 12 Wochen attackenfrei vs. 41 % in der Kontrollgruppe). In einer älteren Metaanalyse waren die SSRI überlegen. Welche Medikamente in welcher Dosierung verwendet werden, zeigt *Tabelle 3*. Die Wahl des Antidepressivums sollte unbedingt die möglichen Nebenwirkungen berücksichtigen. MAO-Hemmer sind in dieser Indikation ebenfalls wirksam, jedoch aus Sicherheitsgründen nur in Ausnahmefällen indiziert.

Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)

Verschiedene Techniken werden bei der CBT angewandt: Entspannungsverfahren, Exposition in vivo und mittels Bildern, Panikmanagement, Atemtraining und kognitive Methoden. Ihre Wirksamkeit zur Behandlung von Panikstörungen mit/ohne Agoraphobie ist gut belegt. Meist sind 8 bis 15 Sitzungen nötig, einige Studien berichten aber auch über Erfolge bei nur 4 Sitzungen.

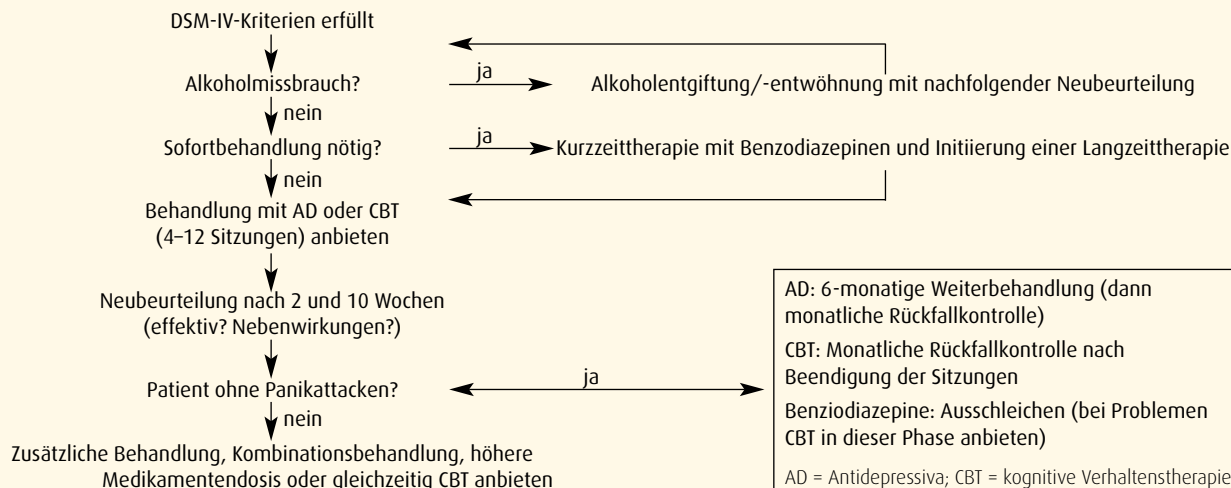
Durchschnittlich 73 Prozent der Behandelten waren nach drei bis vier Monaten CBT attackenfrei (Kontrollgruppe 27%), und 46 Prozent blieben es auch mindestens zwei Jahre lang. Diese Ergebnisse sollten jedoch mit Vorsicht interpretiert werden: Studienabbrüche und -ausschlüsse und ihre fehlende Berücksichtigung in der Analyse sowie der unbekannte Einfluss von weiteren therapeutischen Massnahmen zur Aufrechterhaltung der Panikfreiheit schränken die Aussagekraft dieser Zahlen ein. Welche Komponente der CBT die wichtigste ist – ob kognitive Verfahren oder Reizkonfrontation/Expositionsbehandlung –, bleibt unklar. Besonders bei Patienten mit Agoraphobie ist jedoch die Wirksamkeit von Expositionstechniken alleine gut belegt. Diese Patienten sollten – falls möglich – an einen in dieser Methode erfahrenen Therapeuten überwiesen werden. «Selbst-CBT» mit Video oder Büchern ist zwar ebenfalls effektiv, jedoch weniger als «Standard-CBT». Mindestens gelegentlicher Kontakt zum Therapeuten darf also nicht fehlen.

Vor allem Männer tendieren dazu, sich selbst mit Alkohol therapieren zu wollen, und stören dadurch die Therapie. Eine Studie zeigte, dass CBT gleichzeitig mit der «Alkoholtherapie» nicht wirksamer war als diese alleine.

Antidepressiva und CBT

Unstrittig ist, dass sowohl Antidepressiva als auch CBT allein in der Therapie der Panikstörungen wirksam sind; unklar bleibt jedoch, ob eine Option der anderen überlegen ist. Metaanalysen von Gould (1995) und Clum (1993) favorisieren CBT als wirk-

Tabelle 2: Behandlungsschema für Patienten mit einer Panikstörung (nach DSM-IV)



**Tabelle 3:
Bei Panikstörungen eingesetzte Medikamente**

Medikament	Dosierung
Benzodiazepine	
Alprazolam	0,5 mg 3-mal täglich
Clonazepam	0,5 mg 3-mal täglich
SSRI	
Citalopram	40 mg/Tag
Fluoxetin	40 mg/Tag
Fluvoxamin	150 mg/Tag
Paroxetin	40 mg/Tag
Sertralin	50-200 mg/Tag
Trizyklika	
Clomipramin	75-150 mg abends
Imipramin	150 mg abends
andere	
Mirtazapin	15-30 mg/Tag

samer, beide sind jedoch mit methodischen Fehlern behaftet. Gesamtheitlich betrachtet, scheint es so zu sein, dass eine Kombination von Antidepressiva mit CBT den grössten therapeutischen Nutzen mit sich bringt.

Uneinheitlich sind auch die Studienergebnisse bezüglich der Frage, wie lange die antidepressive Therapie (mit oder ohne CBT) fortgesetzt werden sollte. Die Rückfallquote nach sechs Monaten Therapie war in einigen Studien relativ niedrig, konnte jedoch durch länger aufrechterhaltene antidepressive Behandlung nicht noch weiter verbessert werden.

Benzodiazepine

Diese Substanzen sind schnell und mit Antidepressiva vergleichbar wirksam und werden gemeinhin gut vertragen. Aber sie können zu Depressionen und unerwünschten Effekten während und nach der Therapie führen. Patienten mit Panikstörung und vorbestehender Depression profitieren von Benzodiazepinen weniger als von Antidepressiva. Eine hochqualitative kontrollierte Studie (Goddard et al., 2001) zeigte, dass 0,5 mg Clonazepam 3-mal täglich zusätzlich zu 100 mg/Tag Sertralin zu weniger schweren Symptomen und weniger häufigen Anfällen in der ersten Woche führte (41 % vs. 4% mit ausschliesslich Sertralin), dieser Effekt nach vier Wochen aber nicht mehr vorhanden war.

Mit Benzodiazepin behandelte Patienten können mit Hilfe von CBT nach Absetzen dieser Medikation auf dem erreichten niedrigen «Level» der Panikattacken gehalten werden. ■

Peter Ham et al. (University of Virginia School of Medicine, Charlottesville, Virginia): Treatment of Panic Disorder. Am Fam Physician 2005; 71: 733-740.

Norbert Mittermaier

Interessenkonflikte: keine