

Panikattacken erste körperliche Warnung für Portio-Carcinom

Von Dr.med. Thomas J. Henning

Vor drei Monaten kam eine 26-jährige Patientin in meine psychotherapeutische Praxis. Sie klagte über Herzrasen, Schwindel, Schwitzen, Unruhe, Derealisationserleben mit Sehstörungen sowie Todesangst. Dieses sei drei Wochen zuvor erstmalig in der Nacht aus tiefem Schlaf heraus aufgetreten ohne Vorboten und Erklärung. In der darauf folgenden Zeit seien immer öfter unerwartet bei verschiedenen Gelegenheiten diese „Anfälle“ aufgetreten. Die Patientin gab an, zusätzlich Dinge jetzt zu unterlassen und immer unselbständiger zu werden, was den neuen Freund, der ihr sehr viel bedeute, zu nerven beginne.

Sie sei in ihrem Leben sehr früh selbständig gewesen und finde den jetzigen Zustand unerträglich, nicht zuletzt weil es ihre Arbeit beeinträchtige und sie plötzlich zu Isolation und Rückzug neige, was ihr gänzlich fremd sei.

In einer genauen Exploration stellte sich dann diagnostisch eine seit zirka sechs Monaten anwachsende episodische paroxysmale Angst (ICD-10: F41,0) dar. Situationen ohne objektiven Gefahrencharakter führten zu Angstattacken, zusätzlich war eine Häufung der Attacken bei Anwesenheit des Freundes zu bemerken, der dann selbst panisch reagierte. Im übrigen waren zwischen den Attacken längere angstfreie Phasen, die jedoch durch zunehmende Erwartungsängste beeinträchtigt waren.

Nach einem negativen Schwangerschaftstest wurde die Patientin mit einem modernen Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI), nämlich Gladem (Sertralin) zunächst für vier Tage mit 25 mg, dann mit 50 mg in Einmaldosis am Morgen eingestellt, das Präparat wurde von der Patientin ohne Nebenwirkungen sehr gut vertragen und für einen Zeitraum von ca. sechs Monaten bei guter Patienten-Compliance angedacht.

Bei einer hohen Motivation zur Therapie, diese spiegelte sich in einer hochfrequenten Einzeltherapie mit 2 – 4 Stunden pro Woche in den ersten drei Wochen wider, führte die Patientin auch mit dem neuen Partner die Therapien und das Expositionstraining ernsthaft aus.

In der Besprechung ihres Vermeidungsverhaltens, das Ausdruck in der Unfähigkeit zum Autofahren, Einkaufen und Ausgehen fand, zeigte die Patientin auf, dass sie seit einiger Zeit Arztbesuche, z.B. den Zahnarzt und Gynäkologen, vermeide.

Da die Ängste so erfolgreich bewältigt worden waren, entschlossen wir uns zu der angsthierarchisch höheren Stufe - Arztbesuche. Der zahnärztliche Kollege war im Urlaub, den Gynäkologen musste die Patientin nach ihrem Umzug neu aufsuchen und so suchte sie den heimatnah niedergelassen Kollegen auf.

In der Nacht vor dem Besuch hatte die Patientin nach einer fast 14-tägigen Pause und deutlichem Wohlergehen eine Serie von vier Anfällen, so dass ich in den Morgenstunden zugezogen werden musste. Mit einer psychotherapeutischen Intervention mittels einer entspannenden, hypnotherapeutischen Sofortintervention stabilisierte sich die deutlich ängstlich wirkende Patientin.

Zwei Tage nach dieser Nacht und der gynäkologischen Untersuchung kam die Patientin zum vereinbarten Termin. Mit gedrückter Stimme erzählte sie von einem

PAP-Test IV A und der Notwendigkeit zur sofortigen Konisation, da auch ein Spekulumverdacht bestehe.

Dann folgte ihre tränenreiche Frage nach möglicher zukünftiger Schwangerschaft und der von ihr in Frage gestellten Partnerschaft.

Mit Hilfe eines befreundeten, gynäkologischen Oberarztes im nahegelegenen Kreiskrankenhaus wurde die Patientin über die modernen Operationsmöglichkeiten aufgeklärt und wurde in der selben Woche noch mikroinvasiv von einem Carzinoma in situ der Portio befreit.

Fazit für mich daraus ist, wieder einmal mehr die Ganzheitlichkeit unseres Körpers, wie sie schon unsere Väter Torre von Uexküll, Bergmann, Michael von Rad und K.F. von Weizäcker propagiert haben, wach im Kopf zu haben.

Entsprechend der DSM IV oder dem ICD-10 spricht man von einer Angst- oder Panikstörung, wenn in regelmässigen Abständen Panik- oder paroxysmale Angstattacken auftreten. Während dieser Angstanfälle, die nicht auf ein bestimmtes Objekt fixiert sind, erfährt der Patient ein Gefühl der existentiellen Bedrohung, das vor allem von vegetativen Symptomen wie Schweissausbruch, Herzrasen etc. begleitet wird. Angst ist eine natürliche, in unserem Organismus festgelegte Reaktionsform auf bedrohliche Situationen. Wenn die Angst überhand nimmt und das Leben bestimmt, wird daraus eine Krankheit. Die genauen Ursachen dieser Störungen sind noch nicht bekannt. Eventuell spielen genetische Faktoren eine Rolle. Man vermutet, dass eine Fehlfunktion eines bestimmten Hirnbotschaftsstoffes (Noradrenalin) an der Entwicklung von Panikstörungen beteiligt ist. Neuere Erkenntnisse aus Tierversuchen, wonach eine Überaktivität des Botenstoffes Serotonin angsterzeugend wirkt, scheinen auch auf den Menschen zuzutreffen.

Es ist seit langem bekannt, dass bei vielen psychiatrischen und körperlichen Erkrankungen sich eine krankhaft gesteigerte Angst findet. Auslöser von Panikstörungen können extreme seelische Belastungen, in unserem Beispiel auch die neue sehr ambivalent bewertete Partnerschaft oder Stresssituationen, hier zum Beispiel die aufkeimende Tumorerkrankung, so wie in den Stressmodellen von Selye beschrieben, sein.

Zwei Prozent der Gesamtbevölkerung werden im Laufe ihres Lebens von einer Panikstörung befallen, erstmals meist um das 3. Lebensjahrzehnt. Frauen sind häufiger betroffen. Das besondere Kennzeichen einer Angststörung sind wiederkehrende, schwere Panikattacken, die sich nicht auf spezifische Situationen oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind.

Die Symptome variieren beim Einzelnen. Den Betroffenen befällt dabei plötzlich ein intensives Gefühl von Unbehagen, Furcht oder Angst. Körperliche Symptome begleiten das Angstgefühl. Typisch ist der plötzliche Beginn mit Herzrasen, Brustschmerzen, Dyspnoe, Erstickungsgefühlen und Schwindel. Auch Schweissausbrüche, Hypertension, meist krisenhafte Blutdruckanstiege und Diarrhöe können einen Anfall von paroxysmaler Angst begleiten. Oft haben die Betroffenen Angst, einen Herzinfarkt zu erleiden oder zu sterben. Auch das Gefühl, wahnsinnig zu werden, kann dazukommen. Die einzelnen Attacken dauern meist nur wenige Minuten.

Die Häufigkeit und der Verlauf der Panikattacken sind sehr unterschiedlich. Sie können in verschiedensten Situationen auftreten. So zum Beispiel in einer grossen Menschenmenge, beim Besteigen eines Flugzeugs, beim Überqueren einer hohen Brücke oder einfach während eines Kinobesuchs. In unserem Beispiel bei

Arztbesuchen, die dann typischerweise vermieden wurden Um eine Panikstörung feststellen zu können, müssen andere psychiatrische und auch körperliche Ursachen ausgeschlossen werden.

Bereits gut dokumentiert ist der Zusammenhang von organischen Erkrankungen, die Paniksymptome auslösen können. Beispiele sind: Hirntumore, Herzkrankheiten, verschiedene Stoffwechselstörungen so die Hyperthyreose, Hyperaldosteronismus, Insulinismus u.a.m., aber eben auch erhöhter Genussmittelgebrauch, Kaffee, Tee, Alkohol, Nikotin u.a.m.. Die eindeutige Diagnose einer Panikstörung ist nur zu stellen, wenn mehrere schwere vegetative Angstanfälle innerhalb eines Zeitraums von etwa einem Monat auftreten : In Situationen ohne objektive Gefahr, wenn die Angstanfälle nicht auf vorhersehbare Situationen begrenzt sind, wenn zwischen den Attacken angstfreie Zeiträume liegen.

Die Angst des Patienten vor einer erneuten Panikattacke kann dazu führen, dass der Betroffene Situationen meidet, in denen solche Anfälle schon aufgetreten sind. Durch diese ständige Furcht wird er massiv in seiner Lebensführung beeinträchtigt. Eine nicht ausreichend behandelte Angststörung kann daher zu Depression, Alkohol- und Medikamenten-Missbrauch bis hin zum Selbstmord führen.

Die Verhaltenstherapie versucht, durch Provokation von bekannten Panik auslösenden Situationen zu erreichen, dass sich der Patient an die Angstreaktion gewöhnt. Zukünftiges Vermeidungsverhalten und Angst vor dem Wiederauftreten der Attacken sollen verhindert werden.

Als Medikamente kommen Antidepressiva wie Serotoninwiederaufnahmehemmer, trizyklische Antidepressiva und zunehmend weniger die Benzodiazepine in Frage. Letztere zeigen zwar einen schnellen Wirkungseintritt und die stärkste Angstlösung, bergen aber auch die Gefahr von Abhängigkeit und sollten daher nur noch der akuten Behandlung als wirksame Hilfe belassen sein. Sicher zunehmend an Stellung gewinnen die SSRI-Hemmer, wie in unserem Fall das Gladem (Sertralin), das auch ein sehr hohe Wirksamkeit und sehr gute Verträglichkeit bei entsprechendem Nebenwirkungsprofil zeigt.

Es ist auffällig wie viele Publikationen es zum Thema „Panikstörungen“ gibt, jedoch keine in Kombination zu malignen Tumoren zu finden sind, obwohl bei genauer Zusammenschau häufig jedoch meistens nur retrospektiv von einem Monitoring des Krebses über die Psyche ausgegangen werden muß.

Literatur:

ICD-10, Kapitel V(F), Hans Huber Verlag, WHO, H. Dilling, W.Mombour, M.H. Schraidt

DSM IV, 1998 Heidelberg, 2.Aufl. H. Saß, H.-U. Wittchen, M. Zaudig

DSM IV und ICD-10 Fallbuch, 2001 Heidelberg, M Zaudig, H.-U. Wittchen, H. Saß
Hausarzt Praxis Seminar „Gesichter der Angst“, 6.12.2001, Heft6/2001, 6. Jahrgang

H.-U. Wittchen: „Wenn Angst krank macht“, Mosaik Verlag München

S. Schmidt-Traub: „Angst bewältigen“, Springer-Verlag, Heidelberg