

## Angst

### *Definition*

Bei onkologischen Patienten kommt Angst häufig vor: 44% der Betroffenen berichten über Angst, 23% über eine relevante Angst. Eine akute Belastungsreaktion (bis 4 Wochen) sowie eine Anpassungsstörung (bis max. 2 Jahre) sind die häufigsten Formen, die durch die Diagnose einer malignen Erkrankung ausgelöst werden. Panikstörung, phobische Erkrankungen sowie generalisierte Angsterkrankungen sind in der Regel bereits vorbestehend und können durch eine maligne Erkrankung reaktiviert oder exazerbiert werden. Typische Situationen sind Vorsorgeuntersuchungen, Diagnostik, Behandlung und Rezidiv. Nicht alle Angstzustände sind pathologisch. Angst kann auch als physiologische Reaktion zur Gefahrensignalisation auftreten. Andererseits kann Angst zur Verzögerung und Vermeidung von Vorsorge- und Diagnostikmassnahmen führen und dadurch die Heilungschance ungünstig beeinflussen. In dieser stärkeren Ausprägung wird Angst wertlos und lähmend und muss dann behandelt werden. Das Risiko, eine Angsterkrankung zu entwickeln, ist erhöht bei positiver Anamnese, jüngerem Alter, weiblichem Geschlecht, bei Patienten mit Kommunikationsstörungen sowie bei ausgeprägten Schmerzen, Funktionseinbussen, fehlender sozialer Unterstützung und Fortschreiten der Erkrankung.

### *Klinik und Ätiologie*

Wenn die Angst vom Patienten nicht verbal mitgeteilt wird, ist sie an folgenden Merkmalen erkennbar:

- Psychomotorische Unruhe
- Vegetative Symptome wie Schwitzen, Tremor, oberflächliche Atmung
- Vermeidensverhalten
- Kognitive Beeinträchtigung wie Unkonzentriertheit, Vergesslichkeit, etc.
- Diffuse Klagen ohne organische Korrelate

Beim terminalkranken Patienten entsteht Angst oft durch krankheits- oder therapiebezogene Komplikationen. Hypoxie, metabolische Entgleisungen (Hyperkalzämie), Sepsis, unkontrollierte Schmerzen oder Medikamenten-Nebenwirkungen (Kortikosteroide oder Opiate) sowie Entzug von Benzodiazepinen oder Alkohol präsentieren sich oft als Angstzustände. Obwohl Angst bei terminalkranken Patienten oft eine Manifestation von somatischen Komplikationen ist, muss an psychologische Faktoren in Bezug zum Tod und Sterben sowie existentielles Leiden gedacht werden, insbesondere beim wachen, nicht verwirrten Patienten.

### *Diagnose*

Die klinische Befragung des Patienten und seiner Familie ist der beste Weg um Angstzustände zu erkennen. Zusätzlich haben solche Gespräche oft auch einen therapeutischen Effekt, da die Patienten eingeladen werden, ihre Gefühle zu äussern. Differentialdiagnostisch zu unterscheiden sind Delir, depressive Episoden mit ängstlicher Agitiertheit, Akathisie als Nebenwirkung von Neuroleptika, sowie beginnende Demenz.

## *Therapie*

Eine Therapie ist indiziert, wenn die Angst nicht situationsgerecht und die Symptomatik ausgeprägt ist, so dass der Patient sich als verändert erlebt und leidet.

### Allgemeine Massnahmen

- Verbale Interventionen, Informationen und Unterstützung
- Entspannungsübungen, Massagen

### Spezifische Therapie

- Behandlung auslösender Faktoren (z.B. Schmerzen, Nebenwirkung von Medikamenten)
- Behandlung einer auslösenden somatischen Ursache (Hypoglykämie, Hyperthyreose)

### Symptomatische Therapie

- Kurzwirksame Benzodiazepine: Lorazepam (Temesta<sup>®</sup>) 1,0 - 2,5 mg bis 6-stündlich (bevorzugen bei Leberfunktionsstörung), Alprazolam (Xanax<sup>®</sup>) 0,25 mg bis 6-stündlich
- Neuroleptika wie Haloperidol (Haldol<sup>®</sup>) oder Chlorpromazin (Chlorazin<sup>®</sup>), sofern Benzodiazepine allein ungenügend sind oder psychotische Symptome bestehen
- Sedierendes Antidepressivum Amitriptylin (Saroten<sup>®</sup>) oder Doxepin (Siquan<sup>®</sup>) bei gleichzeitig agitierter Depression