

Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz – Expertengruppe von «palliative.ch»

Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

Was ist das Problem?

Angst gehört zum Leben. Angst kann aber auch grosses Leiden verursachen und das Leiden eines Patienten und seiner Angehörigen vergrössern, wenn sie nicht erkannt und soweit wie möglich angegangen wird. Die Angst eines Patienten kann seine Belastbarkeit vermindern, seine Anpassung an die veränderte Situation erschweren, seine Beziehungen belasten und seine Entwicklung behindern. [Mar, Mor, Rup]

Beim jährlichen interdisziplinären Treffen in Bigorio 2011 wurde das Thema Angst in der Palliative Care diskutiert. Pflegende, Psychologen und Ärzte aus verschiedenen medizinischen Bereichen tauschten Erfahrungen aus. Bei diesen Diskussionen wurde klar, dass Angst eine Emotion ist, die zum menschlichen Erleben gehört, dass es schwierig ist, Angst zu erfassen und in adaptive/maladaptive Angst, funktionelle/dysfunktionelle oder in gesunde/krankmachende Angst oder nach Freud in Realangst/neurotische Angst zu unterscheiden und zu behandeln.

Die Gruppe diskutierte anhand von Fragen die Thematik Angst am Lebensende. Aus diesen Diskussionen entstanden die nachfolgenden Empfehlungen und ein begleitender ausführlicher Text.

Angst am Lebensende – Empfehlungen (Summary)

- Angst am Lebensende ist häufig, die Ursachen dafür sind vielfältig und oft liegen mehrere Gründe vor. Der Angst können verschiedene Befürchtungen zu Grunde liegen, die sich potenzieren können. Selten ist Angst ein isoliertes Symptom in der Palliative Care, sie tritt häufig im Zusammenhang mit anderen Symptomen auf und kann deshalb schwierig zu erkennen sein. Deshalb muss beim Patienten, dessen Symptome auf eine adäquate Therapie nicht ansprechen, immer an Angst als Mitursache gedacht werden.
- Patienten in der Palliative Care müssen auf ihre Angst, ihre Befürchtungen angesprochen werden, zu Beginn einer Therapie, aber auch während des Verlaufes und bei jeder Änderung der Umstände.
- Die Angst eines Patienten wird am besten klinisch erfasst.
- Das Vorgehen muss immer individuell dem Patienten, seiner Krankheit und seiner Situation angepasst werden.
- Patienten dürfen nicht sediert werden wegen der Angst der Angehörigen oder des Teams.
- Gespräche über die Angst sind wichtig und oft schon hilfreich und damit direkt therapeutisch.
- Das betreuende Team versucht das Erleben eines Patienten gemeinsam zu verstehen und seine Gefühle mitzutragen.

- Falls indiziert, können folgende Massnahmen zusätzlich helfen:
 - Supportive Massnahmen, welche dem Patienten erlauben, sich selbstwirksam zu erleben oder ihn Nähe und Anteilnahme spüren lassen.
 - Medikamentöse Unterstützung, deren Vor- und Nachteile sorgfältig abgewogen werden müssen.
 - Zusätzliche Unterstützung durch Theologen, Psychiater, Physiotherapeuten, Freiwillige.

Angst am Lebensende – Zusammenfassung der Diskussionen in Bigorio und Unterlagen zu den Empfehlungen

Folgende Fragen wurden diskutiert:

- 1 Wie werden Angst, Furcht und Panik definiert?
- 2 Wie zeigt sich Angst bei einem Patienten in einer palliativen Situation?
- 3 Was sind häufige Ursachen von Angst bei einem Patienten in einer palliativen Situation?
(Depression als eine wichtige, oft nicht erfasste Ursache von Angst in der Palliative Care)
- 4 Wie kann Angst in der Palliative Care erfasst werden?
- 5 Wie kann Angst in der Palliative Care behandelt werden?

1. Wie werden Angst, Furcht und Panik definiert?

In der Psychologie wird unter Angst eine nicht an eine Situation oder ein Objekt gebundene Emotion verstanden (sog. nicht gerichtete Angst).

Unter Furcht wird eine auf eine reale oder vorausgeahnte Gefahr gerichtete Emotion, ausgehend von einer Situation oder einem Objekt verstanden.

Angst und Furcht sind gesunde, lebensnotwendige Emotionen, welche die Wahrnehmung einer Bedrohung begleiten. Sie führen zur Überprüfung dieser Bedrohung und des Verhaltens im Sinne einer Bewältigung/Anpassung.

Panik ist der Ausdruck von intensiver Angst. Sie wird von mehreren Autoren als pathologische Reaktion angesehen, nicht aber von allen. So ist Panksepp [Pan] der Ansicht, dass Panik mit einer Aktivierung des parasympathischen Systems assoziiert sei, welches zu Weinen oder Schreien beziehungsweise zu einer Freeze-Reaktion (muskuläres Erstarren bei starker vegetativer Erregung) führen könne, wenn Flucht unmöglich und Kampf aussichtslos ist. Angst und Furcht dagegen sind seiner Ansicht nach mit dem Sympathikus assoziiert und lösen ein Flucht - oder Kampfverhalten aus.

Da Angst, Furcht und Panik mit dem vegetativen Nervensystem verbunden sind, gehen sie immer mit physiologischen Reaktionen im betroffenen Organismus einher.

Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz – Expertengruppe von «palliative.ch»

Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

Furcht wird immer zusammen mit Angstgefühlen erlebt, so dass im folgenden Text im Sinne einer Vereinfachung nur noch Angst erwähnt wird.

Die Frage, wann Angst, Furcht und Panik gesunde Emotionen sind und wann sie krankmachend sind, wann sie adaptiv und wann sie maladaptiv sind, ist oft nicht klar zu entscheiden, weil die Übergänge fließend sind. Als adaptiv werden sie bezeichnet, wenn sie eine schützende, lebenserhaltende Funktion haben und die Reifung, Anpassung eines Menschen fördern, als maladaptiv, wenn sie zu einer Belastung/Bedrohung für die Gesundheit eines Menschen werden und seine Entwicklung behindern. Angst, Furcht und Panik können sowohl durch externe wie interne Stimuli hervorgerufen werden. Schmerz, Trennung und existentielle Bedrohung sind wichtige Stimuli, um Angst auszulösen, nicht nur für Menschen, sondern auch für die meisten Säugetiere, was zeigt, dass Angst in der Evolution eine grosse Bedeutung hat. Maladaptive Angst ist charakterisiert durch das Auftreten einer Angst ohne reale Bedrohung, durch Angst, die nach Beseitigung einer Bedrohung persistiert, oder durch antizipatorische Angst und durch Vermeidungsverhalten [Lin].

2. Wie zeigt sich Angst bei einem Patienten in einer palliativen Situation?

In der Literatur [Pai, Sta] nimmt man an, dass bis 77 % der Patienten in einer palliativen Situation Angst erleben. Die Unterscheidung in adaptive und maladaptive Angst ist, wie im Artikel von Stark [Sta] anhand von Patienten mit Krebs ausgeführt wird, nicht einfach. Leidet ein Patient unter seinen Angstgefühlen, sollte er unterstützt und behandelt werden.

Angst, ob sie adaptiv oder maladaptiv ist, manifestiert sich immer psychisch und somatisch, die Reaktion ist Folge einer erhöhten Aktivität des autonomen Nervensystems. Angst kann sich wie folgt zeigen:

Ausdruck von Angst: [Dau, Llo, Paut, Rup, Sto]

Respiration:	Dyspnoe, Engegefühl, Einschnürung,
Kardiovaskulär:	Tachykardie, Palpitationen, unklare Thoraxschmerzen, Ohnmacht
Neuromuskulär:	Muskelkrämpfe, Zittern, motorische Unruhe, Parästhesien, Tinnitus
Gastrointestinal:	Inappetenz, Übelkeit, unspezifische Bauchschmerzen
Neurovegetativ:	Schweissausbrüche, Mundtrockenheit
Schmerzen:	Subjektiv werden Schmerzen stärker empfunden oder inadäquat geäußert. Schlafstörungen
Kognitiv:	Konzentrationsschwäche, verminderte Aufmerksamkeit, Gedankenkreisen, Blockade beim

Denken, Vergesslichkeit,
Entscheidungsschwäche,
beunruhigende Gedanken

Affektiv:	Angst, Furcht, Spannung, Gereiztheit, ängstliche Ahnungen
Verhalten:	agitiert, unruhig, misstrauisch, egozentrisch, hypervigilant, fehlende Fähigkeit sich zu entspannen.

Die physiologische Bandbreite des Angsterlebens ist sehr individuell und kann sich sehr unterschiedlich zeigen. Ein Patient mit genügenden Ressourcen wird auf eine Belastung mit weniger Angst reagieren. Die Beziehung zur Familie und zum Care-Team beeinflusst die Angst eines Patienten ebenfalls wie auch die Erkrankung selbst und die Situation, in welcher der Patient steht. Zudem ist das Erleben von Angst primär nicht ein Zustand, sondern ein Prozess, der sich im Verlauf der Zeit rasch verändern kann.

Äussert ein Patient Angstgefühle oder besteht aufgrund seiner Symptome Verdacht, dass er unter Angst leidet, müssen folgende Fragen beantwortet werden:

Ist die Angst

- eine physiologische Stressreaktion?
- ein Begleitsymptom einer somatischen Erkrankung?
- ein Begleitsymptom einer psychischen Erkrankung?
- eine spezifische Angststörung ?
- pharmakologisch/toxisch bedingt?
- Folge einer Interaktion zwischen dem Patienten und den Angehörigen, zwischen dem Patienten und dem Palliative Care-Team?

Angstgefühle in der Palliative Care unterscheiden sich nicht von Angstgefühlen anderer Patienten. Bei Patienten liegen sehr häufig mehrere Ursachen für Angst gleichzeitig vor. Ein Patient, der zum Beispiel Angst wegen der existentiellen Bedrohung seiner Krankheit empfindet, wird seine Schmerzen als Ausdruck dieser Erkrankung stärker gewichten und intensiver erleben, was wiederum seine Angst nährt.

3. Was sind häufige Ursachen von Angst bei einem Patienten in einer palliativen Situation?

3.1 Existentielle Bedrohungen

Angstgefühle bei einer existentiellen Bedrohung sind physiologisch. Wenn allen klar wird, dass ein Patient sterben muss, bedeutet dies für den Patienten, seine Familie und das ihn betreuende Team einen Wendepunkt, bei welchem die existentielle Bedrohung und die damit verbundene Angst spürbar werden. Neben der existentiellen Bedrohung sind verschiedene Symptome ebenfalls wichtige Stimuli, die physiologischerweise Stress und Angst auslösen, worauf sorgfältig geachtet werden muss.

Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz – Expertengruppe von «palliative.ch»

Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

3.2 Somatische Krankheiten

Somatische Erkrankungen, bei welchen Angst oft ein Begleitsymptom ist, sind zum Beispiel:

- Verallgemeinernd gesagt, alle Erkrankungen, welche mit Dyspnoe, Schmerzen und Schwindel einhergehen,
- im speziellen kardiovaskuläre Erkrankungen (zum Beispiel Herzinsuffizienz, Arrhythmien, koronare Herzkrankheit, Myokardinfarkt),
- pulmonale Erkrankungen (zum Beispiel Lungentumoren, ausgedehnte pulmonale Metastasierung, Asthma, COPD, Lungenembolien),
- endokrinologische Erkrankungen (zum Beispiel Hypothyreose, Hyperthyreose, Phäochromozytom),
- metabolische Erkrankungen (zum Beispiel Hypoglykämien, Hyperkaliämien und Hyponatriämien),
- Neurologische Erkrankungen (chronisch degenerativ, Tumoren),
- Ängste im Rahmen eines paraneoplastischen Syndroms.

3.3 Psychiatrische Erkrankungen

Für Patienten in einer palliativen Situation sind Depressionen und Anpassungsstörungen sowie akute Belastungsstörungen die häufigsten Diagnosen, die mit Angst verbunden sind.

Patienten können aber auch vorbestehend unter Angststörungen gelitten haben. Zu den wichtigsten spezifischen Angststörungen gehören phobische Störungen, Panikstörungen und generalisierte Angststörungen, Zwangsstörungen sowie posttraumatische Belastungsstörungen. Ängste sind auch im Rahmen eines Deliriums möglich, das ganz verschiedene Gründe haben kann und bei Schwerkranken häufig ist.

Spezielles zu Depression und Angst

Da die Depression als Ursache der Angst in der Palliative Care oft nicht erfasst wird, soll diese Thematik noch kurz besprochen werden [Bar, Del, Llo, Sig, Wil]. Angst ist eine sehr häufige Begleiterscheinung bei Depressionen. In der Palliative Care werden Depressionen oft nicht genügend behandelt, wie Stiefel [Stf] ausführt, einerseits weil Ärzte möglicherweise erwarten, dass schwerkranke Patienten grundsätzlich depressiv sind, was nicht richtig ist, und andererseits weil eine Depression bei Schwerkranken manchmal schwierig zu diagnostizieren ist. Schwerkranke Patienten sind als Folge ihrer Erkrankung und der damit verbundenen Therapie oft müde, antriebslos, traurig, inappetent, haben Schlafstörungen und Gewichtsverlust und können sich nicht konzentrieren, das heisst, die körperlichen und kognitiven Zeichen der Depression sind bei Schwerkranken nicht verlässlich, um die Diagnose Depression zu stellen. Wegweisend zur Diagnosestellung einer Depression sind die Gefühle des Patienten. Die Behandelnden müssen den Patienten auf seine Emotionen ansprechen, und ihm erklären, was das Ziel des Gespräches ist. Die Diagnose einer Depression beruht auf dem Nachweis folgender Symptome, welche

für mindestens zwei Wochen vorliegen müssen: einer depressiven Stimmung, am ehesten im Sinne von Leere und Verzweiflung, Verlust an Interesse und Freude, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle, Suizidgedanken sowie die erwähnten Symptome, wie verminderter/vermehrter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und Gewichtsveränderungen, welche, wie erwähnt, bei Schwerkranken nicht verlässlich sind.

3.4 Medikamentös bedingte Ängste

Angst kann durch viele Medikamente [Akt] ausgelöst werden, zum Beispiel durch Kortikosteroide, Anticholinergika, Sympathomimetika. Genussmittel wie Alkohol, Nikotin und Koffein können Angst begünstigen. Das abrupte Absetzen von Medikamenten, vor allem von Benzodiazepinen wie auch von Genussmitteln bei Spitaleintritt kann zu Angst führen. Wegen der individuellen Unterschiede der Patienten bei der Metabolisierung und beim Abbau von Medikamenten ist es wichtig, genau auf Dosierung und Interaktionen der Medikamente zu achten.

3.5 Die übertragene Angst

Erlebt ein Patient, wie seine Angehörigen sich aus verschiedenen Gründen ängstigen, wird seine eigene Angst auch zunehmen. Angst ist ansteckend. Ist ein Palliative Care-Team zum Beispiel mit der Schmerzbehandlung eines Patienten überfordert und beginnt es die Begegnung mit dem Patienten zu fürchten, wird dieser Patient auch vermehrt Angst empfinden.

4. Wie kann Angst in der Palliative – Care erfasst werden?

Auf diese Frage ist eine Antwort aus folgenden Gründen schwierig:

- Angst bei einem Patienten in einer palliativen Situation kann sowohl adaptiv wie maladaptiv sein, wobei eine Grauzone dazwischen liegt und der Wechsel vom adaptiven Bereich in den maladaptiven Bereich jederzeit möglich ist.
- Angst als Emotion kann im zeitlichen Verlauf und aufgrund der vielfältigen Ursachen, rasch wechseln, zum Beispiel je nach Ressourcen des Patienten, klinischem Verlauf einer Erkrankung, unerwarteten Ereignissen im Umfeld und Unterstützung durch die Familie und das Care -Team. Die körperlichen Erscheinungen der Angst, Ausdruck einer gesteigerten Aktivität des vegetativen Nervensystems, können auch durch die Erkrankung des Patienten bedingt sein und nicht nur durch die Angst. Auch das Gegenteil ist möglich: scheinbare Ruhe und Entspannung können Angst kaschieren (bspw. beim hypoaktiven Delir). Von den Symptomen eines

Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz – Expertengruppe von «palliative.ch»

Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

Patienten darf also nicht unkritisch auf sein subjektives Empfinden geschlossen werden.

- Verleugnung und Scham können das Erfassen der Angst erschweren.

Welche Möglichkeiten gibt es, Angst zu erfassen?

4.1 Die Beobachtung des Patienten

Wie schläft der Patient nachts? Wie verhält er sich während des Tages? Wie tritt er in Kontakt mit seinen Angehörigen und dem Team? Kann er leicht Kontakte knüpfen oder zieht er sich zurück? Ist er ruhig oder agitiert? Welche nonverbalen Signale sendet er aus?

4.2 Das Gespräch mit dem Patienten

Die hier aufgeführten Vorschläge sollen als Hinweise verstanden werden, die dem jeweiligen Patienten, der jeweiligen Situation und dem jeweiligen Untersucher angepasst werden müssen.

Bei jedem Gespräch wird Beziehungsarbeit geleistet. Neben dem Erheben einer umfassenden, bio-psycho-sozialen-spirituellen Anamnese, zu welcher auch eine Medikamentenanamnese gehört und die Feststellung der Einschränkungen in den Aktivitäten des Alltages, wird der Befragende auf folgende Punkte achten:

- Welche Gefühle löst der Patient in mir aus?
Angst, Besorgnis, Fürsorge?
- Was weiss der Patient über seine Krankheitssituation und wie beurteilt er sie?
- Mit welchen Emotionen spricht er darüber? Distanziert, überwältigt, beklommen, ängstlich?
- Was sind seine Ziele, Hoffnungen und seine Ängste?
- Welche eigenen «Rezepte» zur Angstbewältigung kennt er aus seiner bisherigen Erfahrung?

Das Ansprechen der Angst macht den Betreuenden oft Mühe, da sie Sorge haben, die Angst dadurch erst zu provozieren und dadurch den Patienten zu verletzen. Man weiss aber, dass das sorgfältige Ansprechen von Gefühlen für Patienten entlastend ist. Angst kann auf verschiedene Art angesprochen werden. Man kann zum Beispiel erwähnen, dass das Empfinden von Angst in dieser Situation normal sei, oder man kann anfügen, dass man sich vorstellen könne, dass die vorliegende Situation beängstigend sei, so dass der Patient die Möglichkeit, hat, die Frage zu bejahen oder zu verneinen. Bejaht der Patient die Frage nach Angst, wird man zu klären suchen, wovon er Angst hat. Das Sterben und die damit verbundene Vorstellung von Leiden machen Patienten oft mehr Angst als der Tod. Dazu zählt auch die Sorgen/Ängste um die Angehörigen. Zeigt der Patient, dass er bereit ist, über sein Sterben zu sprechen, wird der Befragende dem Patienten helfen, die damit verbundenen Ängste zu thematisieren. Wichtig ist,

dass wir uns Rechenschaft geben, dass ein Patient in einer palliativen Situation auch unter ganz anderen Ängsten leiden kann – Angst hat viele Ursachen – und dass wir nicht unsere Angst vor dem Sterben an ihn herantragen, sondern ihn zu verstehen suchen und gewillt sind, seine Gefühle auszuhalten [Sri].

4.3 Das Gespräch mit den Angehörigen

Im Einverständnis mit dem Patienten wird der Befragende den Informationsstand der Angehörigen zu klären versuchen, er wird fragen, wie sie den Patienten erleben, und sich nach ihren Hoffnungen, Zielen eigenen Ängsten und bisher günstigen Bewältigungsmechanismen erkundigen.

4.4 Das Team

Die Nutzung der unterschiedlichen Perspektiven und Beziehungserlebnisse im interprofessionellen Team ist von besonderer Bedeutung. Wie erlebt das Team den Patienten? Ist der Patient häufig ein Thema im Team oder wird vermieden über den Patienten zu sprechen? Ist das Team vielleicht verunsichert, weil die Symptome des Patienten unerwarteterweise nicht auf die Therapie ansprechen, zum Beispiel weil der Patient trotz adäquater Gabe von Schmerzmitteln weiterhin starke Schmerzen hat oder trotz der Gabe von Antiemetika weiterhin erbricht? Der Austausch und das Gespräch im Team können wichtige Hinweise auf die Angst eines Patienten geben. Auch Supervision kann möglicherweise weiterhelfen.

4.5 Standardisierte Instrumente

In der Literatur werden verschiedene Instrumente zum Erfassen von Angst und Distress, vor allem bei onkologischen Patienten, diskutiert, aber auch für das palliative Setting, so zum Beispiel die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), das Hornheider Screening Instrument, das Distress Thermometer und weitere. Über Stärken und Schwächen von HADS in verschiedenen Situationen gibt es aus zwei Jahrzehnten hunderte von Studien. [Büch, Cos, Eyc, Her, Mit-a, Mit-b].

Eine Auswahl nach Kriterien der methodischen Strenge wurde von Mitchell et. al. [Mit-b] in einer Meta Analyse untersucht. Sie kommen ganz allgemein im Hinblick auf die Identifikation von Depression oder Angst oder psychischen Störungen zum Schluss, «...the HADS (including subscales) is not recommended as a case-finding instrument but it may, subject to concerns about its length, be a suitable addition to screening programme.» Im Vergleich der Subskalen der Auswertung beurteilen die Autoren die Subskalen HADS-T und HADS-A als die günstigsten zur Erfassung von Angst. Vier der einbezogenen Studien bezogen sich auf die Identifikation von Angst in palliativer Situation. Als Hinweis auf die Stärken und Schwächen von HADS seien hier die dabei erzielten Sensitivitäten und Spezifitäten für die Entdeckung von Angst erwähnt [Mit-b, Table 4]: (1) 0.34, 0.71; (2) 0.64, 0.84; (3) 0.83, 0.82; (4) 0.91, 0.57. Es ist also unvermeidlich, dass lange nicht alle Fälle erfasst

Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz – Expertengruppe von «palliative.ch»

Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

werden und dass andererseits auch mit recht erheblichen Anteilen von falschen Positiven gerechnet werden muss. Der Nutzen des Instrumentes im Einzelfall scheint fraglich, obschon HADS auf einem Umfang von 14 Fragen beruht, welche der Patient/die Patientin selber beantwortet. Von einem noch kürzeren Fragebogen ist vermutlich noch weniger zu erwarten.

HADS kann vielleicht beitragen, die Angst des Patienten zu objektivieren oder den Verlauf zu beurteilen, qualifiziert aber nicht als Screening Instrument. Nach Angst und Distress muss bei einem Patienten gezielt gesucht werden, zu Beginn einer Behandlung, aber auch immer wieder im Verlauf und bei Veränderungen jeder Art.

Gemäss F. Stiefel muss es demnach primär darum gehen, das Erleben des Patienten zu verstehen, das heisst, seine Angst klinisch zu erfassen.

Eine neueste Review von Cosco et al. [Cos] kommt u.a. zum Schluss «While the HADS has been shown to be an effective measure of emotional distress, its inability to consistently differentiate between the constructs of anxiety and depression means that its use needs to be targeted to more general measurement of distress.» Leichter lesbar ist der Kommentar von Coyne und van Sonderen [Coy] zur Arbeit von Cosco et al.

5. Wie kann Angst in der Palliative – Care behandelt werden?

Je nach Ursache der Angst wird man verschiedene Vorgehensweisen wählen. Ist die Angst zum Beispiel vor allem durch Schmerz oder Atemnot bedingt, wird man die diesbezügliche Behandlung zu verbessern suchen. Oft ist aber die Angst bei einem schwerkranken Menschen durch verschiedene Ursachen gleichzeitig bedingt, was die Wahl der Therapie erschwert. Es kann nicht Ziel sein, den Patienten angstfrei zu machen, sondern die Angst soweit zu verändern, dass sie für den Patienten erträglich ist und ihm und seiner Familie erlaubt, die anstehenden Entwicklungsschritte im Hinblick auf sein Sterben so gut wie möglich zu bewältigen.

Grundsätzlich kann Angst, unter welcher ein Patient leidet, durch nichtmedikamentöse Massnahmen sowie durch Medikamente angegangen werden. Leider gibt es in der Literatur [Jac] keine verbindlichen Richtlinien, wie Angst am Lebensende behandelt werden soll. Wichtig ist sicher das Gespräch mit dem Patienten über die Angst. Das Zuhören und Benennen der Angst kann schon zu einer Linderung führen, ebenso die Thematisierung und Einordnung der Angst im interprofessionellen Team. Hilfreich kann es hierbei auch sein, weitere Fachpersonen und Spezialisten beizuziehen, wie Seelsorger, Psychiater, Physiotherapeuten oder auch Freiwillige, die den Patienten zusätzlich stützen. Vorher muss aber sorgfältig geklärt werden, ob das Beiziehen einer weiteren Unterstützung dem Patienten dient oder Ausdruck der Überforderung des behandelnden Teams ist.

5.1 Nichtmedikamentöse Therapie

Neben der Psychotherapie stehen folgende supportive Techniken zur Verfügung, deren Auswahl sich an den bisher erfolgreichen Bewältigungsstrategien des Betroffenen orientieren soll:

- Entspannungstechniken
- Körperliche Aktivität
- Massagen
- Musik(therapie)
- Kunst- Mal(therapie)
- Meditation
- Aroma- Anwendung/-therapie.

Diese supportiven Techniken werden bei Patienten empfohlen, deren Angst mässig ist, bzw. als komplementäre Massnahmen bei stärkerer Ausprägung. Es ist jedoch nicht klar, welche Patienten am besten mit welchen Techniken behandelt werden sollen. [Mag]

5.2 Medikamentöse Therapien

In der Palliative Care wird man bei multimorbiden Patienten, welche meist mehrere Medikamente einnehmen, auf folgende Punkte achten:

- Möglichst wenige Medikamente und Beachten der Interaktionen, der Abbauwege und der Halbwertszeiten insbesondere bei Organinsuffizienzen (bspw. bei Leberinsuffizienz für Medikamente mit ausgeprägtem First- Pass- Effekt)
- Niedrige Anfangsdosis
- Langsame Dosissteigerung
- Oft niedrigere Erhaltungsdosis
- Grössere Pausen bei der Umstellung
- Klar definierte Reevaluation mit praxisnahen Messgrössen.

5.2.1 Benzodiazepine

In der Palliative Care werden Benzodiazepine sehr häufig gebraucht, 70 bis 80 % aller Patienten erhalten kurzfristig oder längerfristig Benzodiazepine [Akt, Cle, Stf, Stiel, vDe]. Sie wirken bei Angstzuständen, trotzdem sollte die Indikation, sie zu verabreichen, aus folgenden Gründen sorgfältig überlegt werden.

- Müdigkeit, Schläferigkeit, Konzentrationsschwäche sowie Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und des Reaktionsvermögens stehen im Vordergrund, und können die Angstbewältigung einschränken;
- Muskelschwäche und Gangunsicherheit können bei ohnehin geschwächten Menschen zu Stürzen führen. In höheren Dosierungen können auch ataktische Störungen auftreten;
- mnestiche Störungen sowie paradoxe Wirkungen wie Schlaflosigkeit, Erregung, Angst und Reizbarkeit, aber auch akute Verwirrtheit;

Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz – Expertengruppe von «palliative.ch»

Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

- Akutes Absetzen der Benzodiazepine (auch bspw. im Rahmen einer neu aufgetretenen Schluckstörung!) bewirkt bei ungefähr 50 % der Patienten, welche das Medikament während mehrerer Wochen regelmässig erhielten, eine Entzugssymptomatik, welche nach 2 bis 10 Tagen auftreten kann und sich mit Delir und Krämpfen zeigen kann, gefolgt von einer Absetzsymptomatik, welche sich in Ruhelosigkeit, Schlafstörungen, und Angst äussert und oft schwer von der ursprünglichen Symptomatik zu unterscheiden ist.
- Längere Einnahme von Benzodiazepinen führt zu Toleranz. Ursache sind Adaptionsvorgänge im Gehirn.

In der Klinik werden die Benzodiazepine in Substanzen mit kurzer (2 – 5 h), zum Beispiel Triazolam, Midazolam, mittlerer (6 – 24 h) zum Beispiel Oxazepam und Lorazepam, und langer (über 24h), zum Beispiel Diazepam, Wirkungs-dauer eingeteilt. In der Palliative Care sollten vor allem Benzodiazepine von mittlerer Wirkungs-dauer verabreicht werden, welche keine aktiven Metaboliten aufweisen.

Beispiele:

Lorazepam (Temesta ®): Hinweis: die Verwendung von Temesta expidet ® wird oft gleichgesetzt mit einer sublingualen Applikation dieses Medikaments. Temesta expidet ® ist jedoch eine Schmelztablette, deren Bestandteile geschluckt werden müssen, d.h. sie werden NICHT sublingual resorbiert!

Oxazepam (Seresta ®)

Alprazolam (Xanax®)

Wie Stiefel schreibt [Stf], ist eine sorgfältige Abwägung von Risiko und Nutzen vor der Verschreibung wichtig und die klinische Erfahrung des Arztes entscheidend. Bei einer sorgfältigen Indikation sind Benzodiazepine von mittlerer Wirkungs-dauer, sichere, wirkungsvolle und hilfreiche Medikamente bei Angst in der Palliative Care.

5.2.2 Antidepressiva

Angst, Depression und Schmerz bilden häufig eine «Leidenstrias» [Egl]. Antidepressiva sind daher die wichtigsten Mittel zur Behandlung affektiver Störungen. [Akt] und damit bei Angst. Sie heben eine pathologisch gesenkte Grundstimmung, mehrere können auch angstvermindernd wirken. Man weiss, dass langdauernde Schmerzen mit Depression korreliert sind [Ber], beides, wie erwähnt, Ursachen für Angst.

Antidepressiva hemmen im weitesten Sinn die Monoaminaufnahme im Gehirn und führen so zu einer Erhöhung der Monoamine. Da die Hemmung der Monoaminaufnahme bei der Gabe von Antidepressiva sofort einsetzt, die antidepressive Wirkung jedoch erst nach zwei bis drei Wochen, nimmt man an, dass den neurochemischen Folge-wirkungen der Transporthemmung eine wesentliche Rolle zukommt, die für das verzögerte Auftreten der Wirksamkeit der Antidepressiva verantwortlich ist. Antidepressiva besitzen vier Hauptwirkungskomponenten [Ber]:

- Stimmungsaufhellung
- Psychomotorische Dämpfung oder Antriebssteigerung je nach Medikament
- Verminderung der Angst, je nach Medikament verschieden
- Antisuzidale Wirkung vor allem bei den sedierenden trizyklischen Antidepressiva und einigen SSRI.

Antidepressiva können eingeteilt werden in

- nicht-selektive-Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (zum Beispiel die trizyklischen Antidepressiva),
- selektive-Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (zum Beispiel Citalopram)
- selektive-Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (zum Beispiel Reboxetin)
- selektive-Serotonin-Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (zum Beispiel Venlafaxin)
- alpha 2-Adrenozeptor-Antagonisten (zum Beispiel Mianserin, Mirtazepin).

Aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils sind die SSRI und die alpha 2- Adrenozeptor-Antagonisten bei Patienten in der Palliative Care vorzuziehen, da sie fast keine anticholinergen oder kardiovaskulären Effekte haben, nicht sedierend wirken und selten Krampfanfälle auslösen. Zu Therapiebeginn sind Übelkeit und andere gastrointestinale Störungen, zum Beispiel Diarrhoe, sowie Kopfschmerzen häufig. Selten kommt es zu Schwindel, Schlafstörungen oder Agitiertheit. In der neueren Literatur wird berichtet, dass bei hoher Dosierung auch auf eine Verlängerung der Erregungsüberleitung im EKG geachtet werden muss und dass sie in Kombination mit Thrombozytenaggregationshemmern das Blutungsrisiko, zum Beispiel im Magen-Darmtrakt, erhöhen können [And]. Wichtig ist sicher, auch bei den SSRI auf die Halbwertszeit des Medikamentes zu achten, da der Abbau des Medikamentes durch Interaktionen oder durch eine Beeinträchtigung der Leberfunktion vermindert sein kann.

Die häufigsten Nebenwirkungen von Mianserin und Mirtazepin sind Sedation und Schläferigkeit sowie Gewichtszunahme, seltener sind orthostatische Veränderungen und Blutbildveränderungen. Die trizyklischen Antidepressiva haben bei der Schmerzbehandlung und bei Schlafstörungen ihren Platz.

Johanniskraut bessert das Befinden von Patienten mit einer leichten bis mittelschweren Depression auch, es hat aber eine photosensibilisierende Wirkung, was ungünstig ist bei Patienten mit Radiotherapie, und es ist ein starker Induktor der Cytochrom - P450- Enzyme, woraus sich verminderte Plasmaspiegel verschiedener Medikamente ergeben können.

Antidepressiva haben keine Toleranzentwicklung und machen nicht abhängig, aber auch sie dürfen nicht abrupt abgesetzt werden.

Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz – Expertengruppe von «palliative.ch»

Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

5.2.3 Neuroleptika

Das kardinale pharmakologische Merkmal der Neuroleptika ist ihre antagonistische Wirkung oder partialagonistische Wirkung an Dopaminrezeptoren. [Akt, Maz] Die Dopaminblockade hat zahlreiche klinische Effekte, erwünschte, wie Reduktion der Agitation, der psychotischen Symptome, des Deliriums, der Angst sowie der Übelkeit, und unerwünschte, wie die extrapyramidalen Symptome und die vermehrte Prolactinausschüttung.

Hinsichtlich ihres Wirkungsprofils unterscheiden sich Neuroleptika qualitativ und quantitativ sehr. Man unterscheidet vier Gruppen,

- die Butyrophenone, dazu gehört zum Beispiel das Haloperidol,
- die Phenothiazine, zum Beispiel Olanzapin, Quetiapin,
- die Benzamide, zum Beispiel Amisulprid
- und die restlichen sog. atypischen Neuroleptika, zum Beispiel Risperidon.

Die Hauptindikation in der Palliative Care für Neuroleptika ist das Delirium, welches oft auch mit Angst verbunden ist. Zur Behandlung des Deliriums eignet sich meistens Haloperidol. Vorgängig muss aber die Ursache des Deliriums abgeklärt werden (vgl. Bigorio- Empfehlung Delir). Bei unruhigen, ängstlichen Patienten, die nicht auf Benzodiazepine ansprechen oder denen aus einem bestimmten Grund Benzodiazepine nicht gegeben werden dürfen, können manchmal Neuroleptika aus der Phenothiazine-Gruppe oder atypische Neuroleptika hilfreich sein – man

wird dafür wahrscheinlich die Gruppe der atypischen Neuroleptika vorziehen wegen des zum Teil besseren Nebenwirkungsprofils – und Risiko gegen Nutzen sorgfältig abwägen, vor allem bei älteren Patienten.

5.2.4 Andere Medikamente

Neben diesen drei Klassen von Medikamenten zur medikamentösen Behandlung der Angst gibt es noch weitere Medikamente, deren Nutzen aber in der Palliative-Care noch unklar ist. [Akt, Buc]. Es handelt sich um Antikonvulsiva, wie zum Beispiel Gabapentin, um Kalziumkanalmodulatoren, wie zum Beispiel das Pregabalin, und um Azapirone, wie zum Beispiel das Buspiron, dessen anxiolytische Wirkung aber erst nach Wochen einsetzt. Betablocker können zur Reduktion der somatischen Beschwerden eines Patienten, der unter Angst leidet, eingesetzt werden, auf ihre Nebenwirkungen muss geachtet werden.

5.2.5. Probleme der medikamentösen Therapie

Bei weit fortgeschrittenen Leiden stellt die Schluckstörung eine fast unüberwindliche Hürde für die medikamentöse Therapie dar insbesondere für Neuroleptika und Antidepressiva. Es gibt nur wenige Präparate, die parenteral verabreicht werden können. Zum weniger invasiven subkutanen Applikationsweg liegen für diese Medikamente nur wenige Erfahrungsberichte vor (bspw. für Levomepromazin). Grundsätzlich fehlen Daten, welche Psychopharmaka sich in der Palliative Care am besten bewähren. So ist es auch nicht möglich, schlüssige medikamentöse Empfehlungen zur Behandlung der Angst am Lebensende zu geben.

Konsens zur «best practice» für Palliative Care in der Schweiz – Expertengruppe von «palliative.ch»

Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

Literaturliste

- Akt** Aktories K, Förstermann U, Hofmann FB, Starke K (2009) *Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie*. Elsevier
- And** Andrade C, Sandarsh S, Chethan KB, Nagesh KS (2010) Serotonin reuptake inhibitor antidepressants and abnormal bleeding. *J Clin Psychiatry* 71(12): 1565-75
- Bar** Barraclough J (1997) ABC of palliative care: Depression, anxiety, and confusion. *BMJ* 315: 1365-74
- Ber** Berney A, Stiefel F, Mazzocato C, Buclin T (2000) *Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician*. III. Antidepressants. *Support Care Cancer* 8(4): 89-97
- Buc** Buclin T, Mazzocato C, Berney A, Stiefel F (2001) *Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician*. IV. Other psychotropic agents. *Support Care Cancer* 9(4): 213-22
- Büch** Büche DJ (2012) Assessment und Assessmentinstrument in der Palliative Care. *Therapeutische Umschau* 69(2): 81-86
- Cle** Clemens KE, Klaschik E (2011) Dyspnoea associated with anxiety-symptomatic therapy with opioids in combination with lorazepam and its effect on ventilation in palliative care patients. *Supportive Care Cancer* 19(12): 2027-33
- Cos** Cosco T et al. (2012) Latent structure of the Hospital Anxiety And Depression Scale: A 10-year systematic review. *J Psychosom Res* 72: 180-84
- Coy** Coyne J, van Sonderen E (2012) No further research needed: Abandoning the Hospital and Anxiety Depression Scale (HADS). *J Psychosom Res* 72: 173-74
- Dau** Dauchy S, Chaufour-Ader C (2002) Prise en charge de l'anxiété en soins palliatifs. *Med Pal* 1: 19-34
- Del** Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z, et al. (2009) Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Supportive Care in Cancer* 17(5): 573-79
- Egl** Egle UT, Hoffmann SO (Hrsg) (1993) *Der Schmerzkranken. Schattauer, Stuttgart-New York*
- Her** Herschbach P, Heussner P (2008) *Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis*. Klett-Cotta
- Jac** Jackson KC, Lipman AG (2009) *Drug therapy for anxiety in adult palliative care patients*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Lin** Lindner H, Modestin J, Hättenschwiler J (2011) Angststörungen: Klassifikation, Diagnostik und Therapie. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie* (5): 21-28
- Llo** Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F (2004) A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine* 18(6): 558-63
- Mag** Maguire P (1993) Managing the anxious patient with advancing disease – a flow diagram. *Palliative Medicine* 7(3): 239-44
- Mar** Margraf J, Schneider S (2012) *Panik*. Springer
- Maz** Mazzocato C, Stiefel F, Buclin T, Berney A (2000) *Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician*. II. Neuroleptics. *Support Care Cancer* 8(2): 89-97
- Mit-a** Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet oncol* 12(2): 160-74
- Mit-b** Mitchell AJ, Meader N, Symonds P (2010) Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: a meta-analysis. *Journal of affective disorders* 126(3): 335-48
- Mor** Morschitzky H (2009) *Angststörungen: Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*. Springer
- Pai** Paice JH, Faan RN (2002) Managing psychological conditions in palliative care: Dying need not mean enduring uncontrollable anxiety, depression, or delirium. *American Journal of Nursing* 102(11): 36-42
- Pan** Panksepp J (2004) *Affective Neuroscience*. Oxford University Press
- Pau** Pautex S, Bossert TP, Hilleret H, et al. (2006) Anxiété dans le cadre de soins palliatifs. *Revue Médicale Suisse*. Revue 85, article 31735
- Rup** Rupperecht R, Kellner M (2012) *Angststörungen. Klinik, Forschung, Therapie*. Kohlhammer
- Sig** Signer M (2012) Depression in Palliative Care. *Therapeutische Umschau* 69(2): 99-106
- Sri** Srivastava R. (2011) Dealing with uncertainty in a time of plenty. *N Engl J Med* 365:2252-53
- Sta** Stark D (2002). Anxiety disorders in cancer patients: Their nature, associations, and relation to quality of life. *Journal of Clinical Oncology* 20(14): 3137-48
- Stf** Stiefel F, Berney A, Mazzocato C (1999) *Psychopharmacology in supportive care in cancer: a review for the clinician*. I. Benzodiazepines. *Support Care Cancer* 7(6): 379-85
- Stiel** Stiel S, Krumm N, Schroers O, et al. (2008) Indications and use of benzodiazepines in a palliative care unit. *Schmerz* 22(6): 665-71
- Sto** Stoklosa J, Patterson K, Rosielle D, et al. (2011) Anxiety in palliative care: causes and diagnosis #186. *Journal of Palliative Medicine* 14(10): 1173-74
- vDe** Van Deijck, RH, Krijnsen PJ, Hasselaar, et al. (2010) The practice of continuous palliative sedation in elderly patients: a nationwide explorative study among Dutch nursing home physicians. *J Am Geriatr Soc* 58(9): 1671-78
- Wil** Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG et al. (2007). Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage* 33(2): 118-29

Bigorio – Team 2011

Organisation: Hans Neuenschwander

Moderatoren: Christian Bernet, Steffen Eychmüller, Michaela Forster, Thierry Currat

Experte: Fritz Stiefel

Autoren/Teilnehmer: Natacha Aymon, Eva Balmer, Christian Bernet, Heidi Brügger, Gian Domenico Borasio, Thierry Currat, Fatoumata Diawara, Steffen Eychmüller, Sonja Flotron, Michaela Forster, Claudia Gamondi, Andreas Gerber, Heike Gudat, Annina Hess-Cabalar, Therese Hofer, Roland Kunz, Sandrine Jeanneret-Brand, Marianne Lang, Luisella Manzambi, Bea Marx, Hans Neuenschwander, Antoinette Niggli, Josiane Pralong, Eveline Schönau, Sylvie Schorro, Larissa Sproll, Sylvie Wermeille, Rebekka Zwahlen

Redaktionsverantwortliche: Michaela Forster, Therese Hofer, Steffen Eychmüller

Protokoll deutsch: Olivia Blöchlinger

Protokoll französisch: Sophie Kasser

Übersetzung:

italienisch: Arnaldo Guidini

französisch: Emmanuelle Perey

© palliative.ch 2012