

Frühzeitig erkennen – konsequent behandeln

# Akute Angststörungen nicht bagatellisieren

H. Berzewski

Psychologisches Institut der Universität Potsdam und Chefarzt der Fliedner Klinik Berlin

NOTFALLMEDIZIN 28 (2002) 304–310



*Patienten mit Angstzuständen nehmen häufig und in steigendem Maß Notfallärzte und -Ambulanzen in Anspruch. Oft hat sich der Zustand bei Eintreffen des Arztes schon gebessert. Hierdurch kann es zu Problemen der Arzt-Patienten-Beziehung kommen, da sich der Arzt „zu Unrecht“ gerufen fühlt. Angst kann jedoch Vorläufer oder ein Leitsymptom einer vital-bedrohenden Erkrankung sein. Deshalb ist auch bei einem zunächst als „Bagatellfall“ erscheinenden Angstsyndrom eine sorgfältige körperlich-neurologische Untersuchung, einschließlich ergänzender Laborkontrollen erforderlich. Die Behandlung von Angstzuständen in der Notfallsituation besteht in entlastenden, ermutigenden Gesprächen und psychopharmakologischen Interventionen. Zu berücksichtigen sind mögliche Wechselwirkungen mit missbräuchlich oder indizierten anderen Medikamenten oder Noxen, die nicht selten verschwiegen werden.*

Angstsyndrome gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Nach vorsichtigen Schätzungen kann davon ausgegangen werden, dass ca. 15–25% der Bevölkerung im Laufe des Lebens an einer Angststörung im engeren Sinne erkranken (2, 16). Nicht berücksichtigt sind hier Angststörungen, die durch toxische Substanzen oder durch internistische Leiden bedingt sind. Frauen sind etwa 2–3 mal so häufig betroffen wie Männer. Angsterkrankungen können oft mit anderen psychiatrischen Störungen im Sinne einer Komorbidität verbunden sein – in erster Linie mit Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen oder Psychosen. Patienten mit akuten Ängsten rufen häufig den Notarzt oder suchen Notfallambulanzen auf. Als vorherrschende Symptome werden somatische Beschwerden wie Herzschmerzen, Schwindel und Atemnot angegeben. Wird durch die Untersuchung keine organische Ursache festgestellt, wird der Patient wieder entlassen – im ungünstigsten Fall mit dem Hinweis, dass er „nichts hat“ oder „nicht ernsthaft krank“ sei.

## Störung wird als solche oft nicht erkannt

Obwohl ein beträchtlicher Teil der Angstpatienten regelmäßig ärztliche Praxen aufsucht, wird die Störung als solche oft nicht erkannt. Wegen der beeinträchtigend erlebten somatischen Symptome lehnen auch viele Patienten eine psychiatrische Ursache ihrer Störung ab. Angstzustände engen den individuellen Spielraum des Menschen ein und führen zu Hilflosigkeit, Abhängigkeit, Schonverhalten, subjektiver Bedrohung und zum sozialen Rückzug. Viele Angststörungen neigen

unbehandelt zu einer Chronifizierung. Patienten mit anfallsartigen Angstzuständen gehören zu den regelmäßigen Besuchern von Erste-Hilfe-Stationen und fordern häufig Hausbesuche an. Die Diskrepanz zwischen der Dramatik ihrer Symptomschilderung – die meist zum Zeitpunkt der Untersuchung schon abgeklungen ist – und dem somatischen Untersuchungsbefund führt zu ambivalenten bis negativen Einstellungen des herbeigerufenen Arztes. In der Notfallsituation können Patienten mit vorbestehender Angstsymptomatik durch mangelnde Kooperation oder panikartige Verhaltensweisen den Erfolg notwendiger diagnostischer oder therapeutischer Sofortmaßnahmen gefährden (z.B. raptusartiges Herausreißen zentraler Zugänge, Infusionen oder Katheter).

### Psychologische Differenzierung

Psychologisch werden Furcht, Angst, Phobie und Panik unterschieden (14, 15).

#### Furcht

Furcht kann als eine universelle Reaktion auf eine deutlich erkennbare und allgemein akzeptierte Bedrohung interpretiert werden. Psychologisch und vegetativ werden Verhaltensweisen bereitgestellt, die es möglich machen, einer Gefahr willentlich durch Flucht, Vermeiden, Bewegungslosigkeit oder Angriff zu begegnen.

#### Angst

Angst kann als ein Affektzustand beschrieben werden, der durch die Wahrnehmung von Gefahr oder Bedrohung in der Umwelt oder im Individuum ausgelöst wird. Zu unterscheiden ist zwischen „normaler“ und „pathologischer“ Angst. Die pathologische Angst ist charakterisiert durch eine der Situation unangemessene und überdauernde Angstreaktion, für die der Patient keine Möglichkeit der Erklärung, der Reduktion und der Bewältigung hat und die zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität führt. Ängste können auch ohne äußeren Anlass, ohne eine Belastungssituation und

ohne einen Stimulus auftreten: „frei flottierende Angst“.

#### Phobie

Unter Phobie wird eine irrationale Furcht vor bestimmten Objekten, Situationen und Orten mit Vermeidungsverhalten verstanden (z.B. Angst vor Menschenansammlungen, Alleinreisen, vor dem Fliegen, Tieren etc.).

#### Panik

Die Panik ist charakterisiert durch abrupt beginnende Episoden intensiver Angst, die innerhalb weniger Minuten ihr Maximum erreicht, mit vielfältigen vegetativen und Körpersymptomen einhergeht und von Ängsten, zu sterben, verrückt zu werden oder vor Kontrollverlust begleitet werden. Das anfallsartig auftretende Syndrom („Panikattacke“) dauert durchschnittlich 10–15 Minuten und kann sich bis maximal einer Stunde ausdehnen.

### Einschätzung der Angstsymptomatik erfordert Erfahrung

Die Einschätzung einer Angstsymptomatik und die sich hieraus ergebenden diagnostischen und therapeutischen Konsequenzen hängen ganz wesentlich von eigenen Angsterfahrungen, der Einstellung und der Persönlichkeit des Notarztes ab. Entsprechend können Behandlungsempfehlungen von Bagatellisierungen („Es ist nicht so schlimm“) bis zu therapeutischen Überangeboten reichen („Sie können mich jederzeit rufen“). Beides ist wenig hilfreich und führt eher zu einer Verstärkung der Ängste.

Bei Unfallopfern besteht die Möglichkeit, dass Furcht, Angst und Panik gleichzeitig vorhanden sein können: Furcht vor weiteren Belastungen durch das Unfallereignis, Entwicklung von Angst durch erlebte Hilflosigkeit und das Angewiesensein auf die Hilfe Dritter und Panik durch das Unvermögen, sich aus dem Unfallbereich entfernen zu können.

### Diagnostik

Für die Bewertung einer Angstsymptomatik ist zu berücksichtigen,

**Tab. 1 Symptome der Angst (Auswahl)**

#### Vegetative Symptome

- Schwitzen
- Mundtrockenheit
- Tachykardie
- Tachypneu
- Tremor
- Harndrang
- Diarrhoe
- Hitzewallungen
- Kälteschauer
- Schwindel

#### Andere körperliche Symptome

- Körperliche Schwäche
- Brustschmerzen
- Globusgefühl
- Beklemmungsgefühl
- Abdominalkrämpfe
- Übelkeit
- Anorexie
- erhöhte Muskelspannung
- Paraesthesien
- Kopfschmerzen

#### Psychische Symptome

- leichte Ermüdbarkeit
- Nervosität
- Unsicherheit
- Benommenheit
- Ungeduld
- Unruhe
- Reizbarkeit
- Konzentrationsstörungen
- Grübeln
- Spannung

#### Kognitive und Verhaltensstörungen

- Angst, wahnsinnig zu werden
- Derealisation
- Depersonalisation
- Angst vor Kontrollverlust
- Angst vor der Angst
- Ohnmachtsgefühl
- Angst zu sterben
- Sorge um zukünftiges Unglück
- Vermeidungsverhalten

dass diese immer auf der physiologischen Ebene durch eine Hyperaktivität des sympathischen Nervensystems begleitet ist. Dementsprechend finden sich zahlreiche – und auch wechselnde – vegetative und körperliche Symptome. Intensität und Umfang der Angst können nur richtig eingeschätzt werden, wenn auch die Ebene des subjektiven Erlebens und des sich hieraus erbe-

nen Verhaltens bewertet werden (Tab. 1).

Je nach Umfang, Dramatik und vitaler Bedrohung kann die Angstsymptomatik eine Intensität erreichen, in der der Patient für ihn unkorrigierbar das Gefühl eines Kontrollverlustes hat („verrückt werden“), der Überzeugung ist, lebensbedrohend erkrankt oder verletzt zu sein („Herzinfarkt, Verbluten“) oder hilflos Anderen ausgeliefert zu sein („Ohnmacht“). In der Notfallsituation ist es wichtig zu wissen, dass sich der psychische Zustand eines solchen Patienten über psychomotorische Unruhe zu schwerer Erregung mit panikartigen Verhaltensweisen steigern kann. In Zuständen starker Angst sind die Patienten in ihrer Wahrnehmung und in der Bewusstseinslage eingeengt. Auf Ansprache reagieren sie nicht, inadäquat oder gegensätzlich und gefährden sich durch mangelnde Kooperation, Selbstverletzungen, „kopfloses“ Weglaufen oder unerwartet auftretende Suizidalität.

Besonders bei Großschadensereignissen (Massenunfällen, Brandkatastrophen) ist es sinnvoll, massiv von Angst und Panik Getriebene schnell zu identifizieren und sie bevorzugt aus dem bedrohenden Umfeld herauszunehmen. Durch ihr agitiertes, dramatisches und suggestibles Verhalten beeinflussen und gefährden sie hierdurch andere Unfallopfer bis hin zur Stimulation einer Massenpanik.

#### **Schnelle Intervention und systematisches Vorgehen**

Trotz der Notwendigkeit einer schnellen Intervention ist ein systematisches Vorgehen bei der weiteren Diagnostik unverzichtbar (8, 9). Hinter einer scheinbar situativ bedingten Angstsymptomatik können sich lebensbedrohende internistische Komplikationen (z.B. kardiale Rhythmusstörungen, abdominale Blutungen, Intoxikationen) verbergen. Die Patienten sollten in eine ruhige, reizarme Umgebung gebracht werden – wenn möglich, in Abwesenheit von Zuschauern und Angehörigen, da ihr positiver oder negativer Einfluss auf das Verhalten des Patienten nicht umgehend zu

klären sind. Angst wird immer von Nervosität, hektischem Verhalten, Unruhe und Agitation begleitet. Das klammernde Verhalten, die Suggestibilität und die vielfältigen Befürchtungen des Patienten vermindern sich erfahrungsgemäß durch diese einfache Maßnahme. Ermutigung und Vermittlung von Verlässlichkeit führen im Rahmen einer gezielten Kurzanamnese zu einer weiteren Stabilisierung des Angstpatienten.

#### **Angstanamnese durchführen**

Im Bereich der Angstanamnese sind folgende Fragen zu klären (4):

- Ist die bestehende Angst „normal“ oder „pathologisch“ vor dem Hintergrund einer bestehenden körperlichen Erkrankung oder einer erlebten Traumatisierung?
- Ist sie zum ersten Mal aufgetreten?
- Ging der Angst ein belastendes Ereignis voraus?
- Oder bestanden früher schon behandlungsbedürftige Angstzustände?
- Entwickelt oder verstärkt sich die Angst im Zusammenhang mit bestimmten Situationen, beispielsweise Anblick von Blut, bevorstehende Injektionen, Zusammenhang mit Schmerzen, Konfrontation mit Unfallereignissen?
- Bestand eine objektiv – unter Umständen vital bedrohende – angsterzeugende Situation?
- Ist eine Angstsymptomatik Leit- oder Begleitsymptom einer internistischen oder neurologischen Erkrankung?
- Finden sich Hinweise für eine Intoxikation, wie Alkohol, Medikamente, Drogen?
- Bestehen weitere psychiatrischen Erkrankungen, etwa Depression, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörung?

#### **Unmittelbare körperlich-neurologische Untersuchung**

Bei jedem Angstpatienten ist die Notwendigkeit einer unmittelbaren körperlich-neurologischen Untersuchung unverzichtbar, um differenzialdiagnostisch eine somatische oder substanzinduzierte Genese der

Angst auszuschließen. Die Gabe eines anxiolytisch-sedierenden Medikaments vor Abschluss der Diagnostik ist wegen der Gefahr der Verschleierung vital-bedrohlicher Komplikationen obsolet. Der Umfang notwendiger ergänzender Labor- und Zusatzuntersuchungen hängt von den Ressourcen ab, die in der Praxis, der Erste-Hilfe-Station oder im Rettungswagen zur Verfügung stehen.

#### **Differenzialdiagnose**

Patienten mit akuten Angstzuständen müssen immer differenzialdiagnostisch abgeklärt werden. Die wichtigsten Ursachen der Entwicklung von Angstzuständen sind in Tabelle 2 wiedergegeben.

#### **Akute Belastungsreaktion und posttraumatische Belastungsstörung**

Die akute Belastungsreaktion und die posttraumatische Belastungsstörung entwickeln sich im Zusammenhang mit einer außergewöhnlichen körperlichen und/oder seelischen Belastung. Das auslösende Ereignis liegt außerhalb der allgemeinen menschlichen Erfahrung. Die Anpassungsfähigkeit des Einzelnen – aber auch der direkt und indirekt Beteiligten – wird durch die überwältigenden katastrophalen Ereignisse über das normale Maß beansprucht. Typische Beispiele sind hier ernsthafte Bedrohungen des eigenen Lebens durch Raubüberfall, Vergewaltigung, Geiselnahme, Verkehrsunfälle, Eisenbahnunglück, Feuer, Folterung. Auch das Miterleben der Tötung oder schweren Verletzung eigener Kinder, des Ehepartners oder anderer Personen – z.B. bei Massenunfällen – führen zu diesen Reaktionen (13). Die Realangst durch die erlebte Katastrophe führt bei zuvor ängstlichen Menschen hier schnell zu Unruhe, Erregung, Einnengung von Wahrnehmung und Aufmerksamkeit und panikartigen Angstzuständen. Diese Patienten sind im akuten Zustand wenig kooperativ und gefährden hierdurch notwendige Rettungsmaßnahmen. Bei Katastrophen, von denen viele Menschen betroffen sind, ist es wichtig, diese Opfer schnell zu iden-

tifizieren und sie als erste aus dem Unfallbereich herauszunehmen. Hierdurch kann ein Übergreifen der ängstlichen und panikartigen Verhaltensmuster auf andere Beteiligte verhindert werden. Die akute Belastungsreaktion entwickelt sich in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem Trauma und klingt meist während der ersten acht Stunden – in seltenen Fällen nach 2–3 Tagen – ab. Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) tritt bis zu sechs Monate nach dem Belastungsereignis auf. Sie spielt in der Notfalltherapie eine eher untergeordnete Rolle.

#### **Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie**

Angstsyndrome im engeren Sinn – also Angsterkrankungen, die nicht Leit- oder Begleitsymptom einer organischen Erkrankung, einer Intoxikation, einer anderen psychiatrischen Erkrankung oder einer akuten Belastung sind, können durch Unfälle oder Katastrophen aktiviert und/oder intensiviert werden. Diese Patienten neigen zu einer starken Überbewertung beeinträchtigender Erlebnisse oder Hilfen mit der Folge unzureichender Kooperation. Für die Notfalltherapie sind in erster Linie die Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie relevant.

Panikattacken werden überwiegend nicht durch eine spezifische Situation oder ein spezifisches Objekt ausgelöst und sind auch nicht mit besonderer Anstrengung oder einer gefährlichen oder lebensbedrohenden Situation verbunden. In der Regel entwickeln sie sich unerwartet aus einem Zustand der Ruhe („wie aus heiterem Himmel“). Es handelt sich um plötzlich auftretende intensive und schnell sich steigernde Attacken von Angst, die oft durch plötzliches Herzklopfen und -jagen, Brustschmerz, Beklemmungsgefühl, Schwindel, Benommenheit und weitere vegetative und körperliche Symptome eingeleitet werden. Sekundär entsteht Angst vor Kontrollverlust, zu sterben, einen Herzinfarkt zu haben oder verrückt zu werden. Die Umgebung wird als unwirklich wahrgenommen (Derealisation) und der Patient hat das Gefühl,

**Tab. 2 Differenzialdiagnose der Angst (1, 17)**

Ursache	ICD 10	DSM IV
<b>Belastungs- und Anpassungsstörungen</b>		
Akute Belastungsreaktion	F 43.0	309.24
Posttraumatische Belastungsstörung	F 43.1	309.81
Ängstliche Reaktion	F 43.22	309.24
<b>Angststörungen im engeren Sinn</b>		
Agoraphobie mit Panikstörung	F 40.00	300.21
Agoraphobie ohne Panikstörung	F 40.01	300.22
Panikstörung	F 41.0	300.01
Generalisierte Angststörung	F 41.1	300.02
<b>Psychotische Angst</b>		
Schizophrenie, schizoaffektive Störung, psychotische Episoden	F 20, 22, 23	295, 297, 298
<b>Organische Angststörungen</b>		
Erkrankungen des ZNS, internistische Erkrankung	F 06.4	293.89
<b>Substanzinduzierte Angststörungen</b>		
Intoxikation	F 1x.0	292.89
(Koffein, Amphetamine, Exstasy, Kokain, LSD, PCP)	F 1x.2	291.8
Entzug	F 1x.3	292.8
(Alkohol, Benzodiazepine)		292.89

„nicht wirklich hier“ zu sein (Depersonalisation). Eine anhaltende Angst und Sorge vor erneuten Attacken führen zu einschneidenden Veränderungen der Lebensführung (2, 3). Der Zustand wird als so bedrohend erlebt, dass die Patienten umgehend den Notarzt rufen oder sich gleich mit der Feuerwehr in ein Krankenhaus fahren lassen. Unsachgemäß behandelt werden sie zu regelmäßigen Besuchern von Notfallambulanz. In einem Panikanfall gefährden sich die Patienten selbst („kopfloses“ Weglaufen, erhöhte Suizidalität) und die Umgebung (Fehlhandlungen im Straßenverkehr).

#### **Agoraphobie**

Unter Agoraphobie wird die Angst vor dem Alleinsein oder vor Situationen verstanden, in denen sich der Patient außerhalb der gewohnten Umgebung befindet und der er nicht entkommen kann. Typische Situationen sind Angst vor Menschenansammlungen, alleine reisen, Fahrstuhl fahren, sich auf einer Brücke befinden, Schlange stehen, öffentliche Plätze überqueren oder Kaufhäuser aufsuchen. In diesen Situationen treten neben Angstsymptomen (zu sterben, „auszuflippen“, Angst vor Kontrollverlust, Be-

nommenheit, Schwindel) vegetative Störungen wie Schwitzen, Herzklopfen, Beklemmungsgefühl auf. Die Agoraphobie kann von Panikattacken begleitet sein. Schon die Vorstellung, sich in eine der erwähnten Situationen begeben zu müssen, kann zu intensiver Angst mit vegetativer Begleitsymptomatik führen. Obwohl die Patienten einsehen, dass ihre Ängste übertrieben und unvernünftig sind, kommt es zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten. Sie verlassen die Wohnung immer seltener und dann in der Regel nur in Begleitung (12). Typische auslösende Situationen werden nur mit intensiver Angst durchgestanden. Diese Patienten können in schwere Angstsituation kommen mit panikartigen Verhaltensmustern, wenn sie zum Beispiel in einem verunfallten PKW eingeklemmt sind, in einem Krankenwagen angeschnallt werden oder sich einer Computertomographie-Untersuchung unterziehen sollen.

#### **Spezifische oder isolierte Phobien**

Spezifische oder isolierte Phobien sind durch eine intensive und anhaltende Angst vor einem bestimmten Objekt oder einer be-

**Tab. 3 Differenzialdiagnose organischer Angststörungen (2, 5, 8, 9)****Kardiovaskuläre Erkrankungen**

- Mitralklappenprolaps
- Arrhythmien
- Herzinfarkt
- Angina pectoris
- Myocarditis
- Kardiomyopathien
- Arterielle Hypertension

**Neurologische Erkrankungen**

- Temporallappenepilepsie
- Hirnkontusion
- Enzephalitis
- Multiinfarktdemenz
- Multiple Sklerose
- Tumor
- Transitorische ischämische Attacke (TIA)
- Zerebrale Manifestation von AIDS
- Periphere Vestibularisstörung

**Pulmonale Erkrankungen**

- Lungenembolie
- Pneumothorax
- Asthma bronchiale
- Emphysem
- spastische Bronchitis
- Lungenödem

**Endokrine und metabolische Störungen**

- Hyperthyreose
- Phäochromozytom
- Hypoglykämie
- Hypokalzämie
- Hypokaliämie
- Morbus Cushing
- Nebenniereninsuffizienz
- Insulinom
- Carcinoid-Syndrom

**Gastrointestinale Erkrankungen**

- Colitis ulzerosa
- Kolon irritabile
- Morbus Crohn

**Andere Erkrankungen**

- Porphyrie
- Erythematodes und andere Autoimmunerkrankungen
- Innere Blutungen
- Akutes Fieber
- Paroxysmaler Lagerungsschwindel

stimmten Situation mit deutlichem Vermeidungsverhalten gekennzeichnet: Angst vor Tieren (beispielsweise Hunden, Spinnen, Mäusen), Injektionen, geschlossenen kleinen Räumen, Zahnarzt- oder Krankenhausbesuche. Ferner: Höhenangst, Flugzeugangst, Anblick von Blut oder schweren Unfällen. In der

Notfallsituation kann es zu Schwierigkeiten kommen, da die Patienten sich weigern, unter Umständen lebensrettende Behandlungen an sich durchführen zu lassen.

**Psychotisch bedingte Angst**

Psychotisch bedingte Angst ist fast immer mit anderen psychotischen Denk-, Wahrnehmungs- oder Verhaltensstörungen verbunden: Wahngedanken (Verfolgungs- oder Vergiftungswahn u.a.), Halluzinationen (Stimmenhören mit beschimpfendem oder befehlendem Charakter), inadäquater Affekt, Manierismen, Misstrauen, Ablehnung. Psychotische Angst kann zu unvermuteten heftigen Erregungszuständen und Fehlhandlungen führen.

Bei Patienten im höheren Lebensalter kann es sich um ein organisch bedingtes Angstsyndrom handeln, wenn die psychiatrische Anamnese unauffällig ist und keine akuten Belastungen vorliegen. Die Angst kann im Sinne eines Vorpostensymptoms der sich entwickelnden internistischen oder neurologischen Erkrankung vorausgehen oder – auch vorherrschendes – Begleitsymptom sein. Starke diffuse Angstzustände können auf eine unfallbedingte Komplikation, wie eine gastrointestinale Blutung oder eine kardiale Rhythmusstörung hinweisen – nicht selten erst nach einem Zeitintervall zwischen Unfall und Angst. Angst findet sich bei einer großen Zahl körperlicher Erkrankungen (Tab. 3).

**Toxisch bedingte Angstzustände**

Toxisch bedingte Angstzustände gewinnen wegen der zunehmenden Zahl von Menschen, die missbräuchlich oder suchtbedingt Alkohol, Medikamente oder illegale Drogen konsumieren, vermehrt an Bedeutung. Angstzustände können Symptom einer Intoxikation oder eines Entzugs sein. Besonders die im letzten Jahrzehnt zu Modedrogen gekommenen Amphetamine, einschließlich der „Designer-Drogen“ wie Extasy, Eve oder Kokain, können schon nach einmaliger Einnahme zu schweren Angstzuständen oder Panikattacken führen (5). In der Notfallversorgung muss deshalb immer damit gerech-

net werden, dass Patienten zuvor Alkohol oder Drogen zu sich genommen haben.

**Therapie in Notfallsituationen**

Unabhängig von speziellen therapeutischen Interventionen – je nach zugrunde liegender Ursache – sollten in der Notfallsituation einige allgemeine Voraussetzungen zur erfolgreichen Durchbrechung der Angst beachtet werden (4):

- Patienten in großer Angst sind sehr schreckhaft und unaufmerksam. Sie hören teilweise nur selektiv zu. Sie lassen sich schnell durch nicht überschaubare Situationen irritieren, wodurch Angst und Unruhe zunehmen. Sie sind zunächst nicht zu einer geordneten Exploration fähig. Die orientierende Anamnese sollte deshalb in einer ruhigen, reizarmen Atmosphäre erfolgen – eine Voraussetzung, die in der Unfallsituation oft nur unzureichend zu realisieren ist.
- Es ist zu prüfen, ob Familienangehörige oder andere Begleitpersonen einen eher günstigen oder ungünstigen Einfluss auf das Verhalten des Patienten haben.
- Es empfiehlt sich, den Patienten zunächst frei und ohne ihn zu unterbrechen über seine vielfältigen Ängste berichten zu lassen – dies allein wirkt schon entlastend und angstreduzierend. Strukturierte Anamnesenerhebungen, „Abfragen“ oder Interviews sind in der Notfallsituation eher kontraproduktiv.
- Der Patient muss das Gefühl haben, dass das Interesse des Untersuchers ausschließlich ihm und seinen Ängsten gilt. Ablenkungen durch Gespräche mit Dritten wirken sich grundsätzlich nachteilig aus und führen zu mangelnder Compliance.
- Eine unmittelbare orientierende körperlich-neurologische Untersuchung führt zu einer weiteren Beruhigung, da der Patient das Gefühl hat, dass seine zahlreichen körperlichen Beeinträchtigungen ernst genommen werden.

- Nachfolgend kann im Gespräch vermittelt werden, dass er an einem Angstsyndrom leide, das durchaus häufig und bekannt sei und welches man erfolgreich behandeln könne.
- Äußerst nachteilig sind Bagatelisierungen durch den Untersucher („Ist nicht so schlimm“, „keine ernsthafte Krankheit“, „Sie haben nichts“ etc.). Sie verstärken eher die Angst und führen zur Ablehnung weiterer Therapieangebote.
- Gerade in der Notfallsituation kann der Hinweis auf die Notwendigkeit einer anschließenden spezifischen Therapie, wie Langzeitmedikation, Entspannungstechniken, Verhaltenstherapie oder Entwöhnung, sehr wirksam sein.
- Sorgfältige Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen einer pharmakologischen Behandlung, da Angstpatienten auch auf Nebenwirkungen phobisch reagieren.

#### **Akute Angstzustände durchbrechen**

Um einen akuten Angstzustand zu durchbrechen, sind in der Notfallsituation Gaben von anxiolytischen Medikamenten erforderlich (Tab. 4). Substanzen der ersten Wahl sind hier die Benzodiazepine wegen ihrer großen therapeutischen Breite und ihrer durch umfangreiche Studien gesicherten anxiolytischen Wirksamkeit (6, 10).

Die Therapie sollte nur kurzfristig durchgeführt werden, um einer Entwicklung zur Abhängigkeit vorzubeugen. Besonders gefährdet sind Patienten mit einer Suchtanamnese oder mit einer chronischen Angstsymptomatik. Die Behandlung mit Anxiolytika ist lediglich als vorübergehende Maßnahme zu verstehen. Wesentlicher ist die Einleitung einer weitergehenden Therapie, für die Patienten gerade aus einer Notfallsituation heraus zu motivieren sind.

#### **Angstsyndrome als Folge von Traumatisierung oder Unfall**

Frühere Angststörungen, die durch einen Unfall aktiviert werden,

**Tab. 4 Therapie der Angststörungen in der Notfallsituation (4, 6, 7, 10, 11)**

<b>Ursache</b>	<b>Therapie</b>
Akute Belastungsangst	1,0–2,5 mg Lorazepam oral oder i.v.; ggf. Wiederholung nach 20–30 Min. oder 15–30 mg Oxazepam oral; aktives, zugehendes Gespräch i.S. der Entlastung; psychologische Katastrophenhilfe
Agoraphobie Generalisierte Angsterkrankung Phobien	1,0–2,5 mg Lorazepam oder 15–30 mg Oxazepam oder 0,5–1 mg Alprazolam
Panikattacken	0,5–1 mg Alprazolam; ggf. Wiederholung nach jeweils 15–20 Min. Maximaldosis: 6 mg/d
Psychotische Angst	Haloperidol 5–10 mg oral, i.m. oder i.v.; ggf. Wiederholung nach 30 Min.; ggf. Kombination mit Lorazepam oder Diazepam; Alternativ: Olanzapin 5–10 mg oral oder 5 mg i.m. Ggf. Wiederholung nach 30–60 Min.
Organische Angststörungen	Benzodiazepine ohne aktive Metaboliten in niedriger Dosierung (Alprazolam, Lorazepam, Oxazepam); Haloperidol 1–5 mg, ggf. Wiederholung; Risperidon 0,5–2 mg, ggf. Wiederholung
Angst bei Amphetamin-, Exstasy-, Kokain-Intoxikation	10 mg Diazepam oral oder i.v.; bei Rhythmusstörungen: 20–40 mg Propranolol RR-Kontrollen in kurzen Abständen; ggf. Eispackungen bei Temperaturanstieg; ggf. Intensivmedizinische Überwachung bei exzessivem RR- oder Temperaturanstieg
Halluzinogene, Cannabis	10 mg Diazepam oral oder i.v.
Alkohol	Haloperidol: 2,5–5 mg oral, i.m. oder i.v. ggf. Wiederholung
Angst bei erhöhtem Anfallsrisiko	10 mg Diazepam oder 1–2 mg Clonazepam oder 20 mg Clobazam

und Angstsyndrome in Folge von Traumatisierungen sprechen zuverlässig und gut auf kurzfristige – oft einmalige – Gaben eines Benzodiazepins mit kurz- bis mittellanger Halbwertszeit, guter Steuerbarkeit und fehlenden aktiven Metaboliten an: 1–2,5 mg Lorazepam (z.B. Tavor®) oral, als Espedit oder i.v. oder 15–30 mg Oxazepam (z.B. Adumbran®) oral. Eine Wiederholung der Gabe kann nach 20–30 Minuten bei schweren Angstzuständen erforderlich sein.

Es muss immer mit unzureichenden Informationen über zuvor eingenommene Medikamente, Drogen oder Alkohol gerechnet werden. Benzodiazepine ohne aktive Metaboliten minimieren die Gefahr von Komplikationen (Atemsuppression!). Zu jeder medikamentösen Therapie gehört – auch unter Zeitdruck – ein entlastendes therapeutisches Gespräch.

#### **Hilfe bei Panikattacken**

Bei Panikattacken hilft 0,5–1 mg Alprazolam (z.B. Tafil®) oral, gegebenenfalls mit einer Wiederholung nach 15–30 Minuten mit der Maximaldosis von 6 mg/d. Die während der ersten 24 Stunden benötigte Dosis sollte mehrere Tage beibehalten und dann langsam reduziert werden. Alternativ können 1–2,5 mg Lorazepam als Espedit-Plättchen oder i.v. verabreicht werden.

#### **Psychotische Angst**

Bei Psychotischer Angst gibt man 5–10 mg Haloperidol oral, i.m. oder i.v. Die Dosis kann bei unzureichender Wirkung nach 30 Minuten wiederholt werden. Die Höhe der Dosis hängt davon ab, inwieweit die Angst durch weitere psychotische Erlebnisse (Stimmenhören, Wahn) aktiviert wird. Um die Entwicklung von extrapyramidal-motorischen Be-

gleitwirkungen zu minimieren, kann alternativ Olanzapin (Zyprexa®) eingesetzt werden: 5–10 mg oral oder 5 mg i.m.; gegebenenfalls mit einer Wiederholung nach 30 Minuten (11).

#### Organisch bedingte Angstzustände

Organisch bedingte Angstzustände werden wegen der notwendigen Therapie durch zusätzliche Medikamente mit Benzodiazepinen ohne aktive Metaboliten behandelt, die durch Konjugation über Glukuronsäure abgebaut werden. Hierdurch werden Interaktionen mit anderen Medikamenten vermieden: 1–2 mg Lorazepam oral oder i.v., oder: 15–30 mg Oxazepam oral, eventuelle Wiederholung der Gabe nach 30 Minuten. Bestehen Hinweise auf erhöhte Krampfbereitschaft, hilft 10 mg Diazepam (z.B. Valium®) oral oder i.v. oder 20 mg Clobazam (Frisium®) oral oder 1–2 mg Clonazepam (z.B. Rivotril®) i.v. oder oral.

Bestehen instabile Herz-Kreislauf-Verhältnisse, kann alternativ Haloperidol (1–5 mg) oder Risperidon (0,5–2 mg) gegeben werden.

#### Angstzustände durch Intoxikation

Angstzustände durch Intoxikation mit Psychostimulantien oder Halluzinogenen sprechen zuverlässig an auf 10 mg Diazepam oral oder i.v., gegebenenfalls mit Wiederholung der Dosis nach jeweils 30 Minuten. Bei einer Temperatur- und RR-Kontrolle ist ein schneller Fieber- oder RR-Anstieg möglich! I.m.-Injektionen von Diazepam sollten vermieden werden, da wegen der lipophilen Eigenschaften der Substanz eine orale Applikation schneller wirkt. Bei Rhythmusstörungen gibt man 20–40 mg Propranolol (z.B. Dociton®), gegebenenfalls mit Wiederholung.

#### Angst bei alkoholintoxikierten Unfallopfern

Angst bei alkoholintoxikierten Unfallopfern sollte mit Haloperidol (z.B. Haldol®) 5–10 mg oral, i.m. oder i.v. behandelt werden. Sedierende Substanzen mit atemdepressori-

schen Effekten sollten in jedem Fall nicht gegeben werden, da wegen der unzureichenden Kenntnis des Ausmaßes der Intoxikation mit Atemstillstand gerechnet werden muss. Dies trifft auch für Patienten zu, die unter Opiaten stehen.

#### Frühzeitige Erkennung und sachgerechte Bewertung

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass eine frühzeitige Erkennung, eine sachgerechte Bewertung und eine konsequente Behandlung von Angststörungen die ohnehin schwere Arbeit aller am Notfalldienst Beteiligten erheblich erleichtern kann.

#### Summary

*Patients suffering from anxiety of-ten, and increasingly, contact the emergency physician or emergency centre. In many cases, the patient's condition has already improved by the time the doctor arrives. As a result, problems with the doctor-patient relationship may arise, since the physician might consider the call unnecessary. However, anxiety can be a precursor or a cardinal symptom of a life-threatening condition. In view of this, even an apparently minor anxiety syndrome should prompt a careful physical examination aided by laboratory investigations. Treatment of anxiety states in an emergency situation involves providing relief by calming, and encouraging the patient, and appropriate use of psychopharmaceuticals. Consideration must be given to possible interactions with other, misused or prescribed, drugs or other noxae, the use of which is frequently denied.*

#### Literatur

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. American Psychiatric Press, Washington DC 1994
2. Bandelow B. Panik und Agoraphobie. Diagnose, Ursachen, Behandlung. Springer Wien New York, 2001

3. Bandelow, B., K. Sievert, M. Röthemeyer, G. Hajak, A. Broocks, E. Rütger: Panikstörung und Agoraphobie: Was wirkt? Fortschr Neurol Psychiatr 1995; 63: 451–464
4. Berzewski, H. Akute Angstzustände. In: Berzewski H, Nickel B (Hrsg.). Neurologische und Psychiatrische Notfälle. Die Erstversorgung. Urban&Fischer München Jena 2002: 393–410
5. Berzewski H. Der psychiatrische Notfall. 2. Auflage, Springer, Berlin Heidelberg New York, 1996
6. Davidson JRT. Use of benzodiazepines in panic disorder. J Clin Psychiatry 1997; 58 (suppl 2): 26–31
7. Frommberger U, Angenendt J, Berger M. Die Behandlung von Panikstörungen und Agoraphobien. Nervenarzt 66 (1995) 173–186
8. Hillard JR (Ed). Manual of clinical emergency psychiatry. American Psychiatric Press, Washington DC, 1990
9. Kaplan HI, Sadock BJ. Pocket handbook of emergency psychiatric medicine. Williams&Wilkins, Baltimore 1993
10. Kasper S. Neue psychopharmakologische Strategien bei der Behandlung von Angsterkrankungen. In: Kasper S, Möller H-J (Hrsg). Angst- und Panikerkrankungen. G. Fischer, Jena Stuttgart 1995:331–347
11. Karagianis JL, Dawe IC, Takur A, et al. Rapid tranquilisation with olanzapine in akute psychosis: a case series. J Clin Psychiatry 2001; 62(Suppl 2): 12–16
12. Krieg J-C, Bronisch T, Wittchen H-U, von Zerssen D. Anxiety disorders: a long-term prospective and retrospective follow-up study of former inpatients suffering from an anxiety neurosis or phobia. Acta Psychiatr Scand 1987; 76: 36–47
13. March, J.S.: Posttraumatic stress in the emergency setting. Emerg Care Qu 1991; 7: 74–81
14. Margraf JS, Schneider. Panik. Springer, Berlin Heidelberg New York, 2. Aufl. 1990
15. Marks IM. Fears and phobias. Academic Press, New York 1970
16. Wittchen H-U, Essau CA. Epidemiology of anxiety disorders. In Michels R (Ed.): Psychiatry. Lippincott, Philadelphia 1993: 1–25
17. World Health Organisation (WHO): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD 10, Kapitel V (F). Dilling H, Dilling K, Dittmann V, Freyberger H-J, Schulte-Markwort E (Hrsg.). Huber, Bern Göttingen Toronto 1993

#### Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. med. Horst Berzewski  
Psychologisches Institut der  
Universität Potsdam  
Charlottenstr. 65 (Am Gendarmenmarkt)  
10117 Berlin  
Tel.: 0 30/2 04 59 70  
Fax: 0 30/20 45 97 29  
berzewski@t-online.de