



Angst und Ohnmacht

A. Roman, H. Weiß, Stuttgart

1. Einleitung

Angst ist ein ubiquitäres psychisches Phänomen. Ein Leben ohne Angst wäre ebenso wenig vorstellbar, wie umgekehrt Angst und Panik jede psychische Entwicklung blockieren, lähmen und ohnmächtig machen können. Klinisch haben wir die Grenze zu ziehen zwischen einer Angst, die zu leben hilft, und einer Angst, die einengt, terrorisiert, hilf- und schutzlos macht. Dieser Unterscheidung trug bereits Freud (1923; 1926) Rechnung, indem er zwischen Angst aus verdrängten (libidinösen und aggressiven) Regungen, Schuld- und Gewissensangst sowie Realangst unterschied. Von Freud (1916/17 S. 390) stammt auch die schöne Formulierung, nach der die Angst im Seelenleben die "allgemein gangbare Münze" darstellt, gegen welche alle anderen Regungen eingetauscht werden können, unter der Bedingung, dass sie der Verdrängung unterliegen. Umgekehrt – und auch das hat Freud gezeigt – kann Angst selbst zum Ausgangspunkt von Abwehrvorgängen werden: Zwänge, Wahnbildungen und pathologische Persönlichkeitsorganisationen können als Versuche verstanden werden, sonst unerträgliche Angst zu binden und zu neutralisieren. Kommt es durch innere oder äußere Veränderungen zu einer Labilisierung der Abwehrorganisation, so kann erneut akute Angst klinisch im Vordergrund stehen.

Deshalb überrascht es nicht, dass es kaum ein Krankheitsbild gibt, in dem Angst nicht eine wichtige Rolle spielt. Angst kann vorherrschendes klinisches Symptom bei akuten Psychosen, bei psychosomatischen Erkrankungen wie dem Herzangst-Syndrom, aber auch bei zahlreichen neurotischen und reaktiven Störungen sein. Hier gilt es nicht nur deskriptiv zwischen einzelnen Krankheitsbildern, sondern auch phänomenologisch hinsichtlich der Qualität der vorherrschenden Ängste zu unterscheiden. Wir werden deshalb zunächst einen Überblick über klinische Erscheinungsformen akuter Angstsyndrome geben und werden dann zwischen psychotischen und nicht-psychotischen Ängsten differenzieren. Im Anschluss daran werden wir auf die Angst des Borderlinepatienten, auf Ängste in akuten Belastungsreaktionen sowie bei der posttraumatischen Belastungsstörung, und schließlich auf die Angst bei schweren körperlichen Erkrankungen eingehen. Abschließend sollen therapeutische Ansätze und Vorgehensweisen aufgezeigt werden.

2. Klinische Erscheinungsformen akuter Angstsyndrome

Bei einer Reihe von neurotischen Bildern wird die Angst zum Leitsymptom. Ein Grossteil der Symptome bei Angst sind körperlich-physiologischer Art, wie zum Beispiel Herzklopfen, A-

temnot, Schwindel, Schweißausbrüche. Auf motorischer Ebene kann es zur Anspannung, Zittern der Hände, der Stimme oder des gesamten Körpers kommen. Eine große Gruppe der Betroffenen nimmt die Angst zunächst nur körperlich wahr, ohne das begleitende Angstgefühl zu erleben.

Die wichtigsten klassischen Krankheitsbilder die mit Angstsymptomen einhergehen, sind die **Angstneurose**, die **Phobien**, die **Herzangstneurose** und die **Hypochondrie**. Außerdem sind als neuere im ICD-10 klassifizierte Syndrome die **Panikstörung** und die **Generalisierte Angststörung**, außerdem die **gemischte Angst und depressive Störung** zu nennen. Die Panikstörung überschneidet sich in vielerlei Hinsicht mit den klassischen Krankheitsbildern und reicht weit in den Bereich der Angstneurose und Phobien, insbesondere der Agoraphobie hinein.

Im Folgenden werden wir etwas näher auf die oben erwähnten klinischen Erscheinungsformen akuter Angstsyndrome eingehen:

Panikattacken (oder Angstanfälle) sind nosologisch unspezifisch und kommen bei zahlreichen psychogenen und somatisch begründeten Krankheitsbildern vor, sie bilden ein wesentliches Element aller Angstneurosen sowie der Mehrzahl der Phobien. Häufig kommt es zu einer Kombination von Angstanfällen mit Hyperventilationsabläufen. Das klinische Bild der **Hyperventilationstetanie** entsteht durch eine massiv verstärkte Atmung, welche dann über die sekundäre Alkalose des Blutes tetaniforme Krämpfe insbesondere der Hände bewirkt.

Die **Panikstörung (F41.0)** und die **Generalisierte Angststörung (F41.1)** sind charakterisiert durch diffuse Angstzustände wechselnder Intensität, welche sich bis zu Angstanfällen steigern können. Die Ängste sind nicht gebunden, sondern „frei flottierend“ (Freud) und zeigen eine ausgeprägte Tendenz zur Somatisierung. Während bei der **Panikstörung** vermehrt Angstattacken auftreten, für die ein unmittelbarer Anlass für den Betroffenen erst einmal nicht erkennbar ist, kommt es dazwischen im Prinzip zur Angstfreiheit. Die **Generalisierte Angststörung** dagegen ist charakterisiert durch einen durchgehend erhöhten Angstpegel („ängstliche Erwartung“), ohne Angstanfälle.

Phobische Störungen sind Neurosen mit gerichteten, an einem Gegenstand oder einer Situation gebundenen Ängsten. Diese Ängste sind in bezug auf den Angstauslöser (die reale Situation oder das Objekt) unrealistisch, sie können nicht durch den Willen beseitigt werden. Durch Vermeidung der furchterregenden Situation können die Patienten in der Regel Angstfreiheit erreichen. Allerdings führt dieses vermeidende Verhalten zu einer nennenswerten Einschränkung des täglichen Lebens und somit zum Leiden. Die **Agoraphobie (F 40.0)** ist die häufigste, oft schwerste und deswegen klinisch wichtigste Form der gebundenen Ängste. Die Agoraphobie wird als irrationale Furcht vor, oder als intensiven Wunsch nach Vermeidung von Situationen beschrieben, bei welchen das Haus verlassen und öffentliche Orte aufgesucht werden. Während früher der Begriff „Platzangst“ (griechisch: agora = Marktplatz) im Sinne der Angst vor weiten Flächen und Plätzen verwendet wurde, meint es heute eher klaustrophobe Ängste, zum Beispiel solche in Menschenmassen, dicht bevölkerten Straßen, Läden und Verkehrsmitteln. Das ICD-10 unterscheidet eine Unterform der **Agoraphobie ohne Panikstörung (F40.00)** und eine **mit Panikstörung (40.01)**. Kaum unterscheidbar von dem agoraphoben Bereich schließt sich der Bereich der sozialen Ängste an. **Soziale Phobien (F 40.1)** beginnen oft in der Jugend, zentrieren sich um die Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen und führen schließlich dazu, dass soziale Situationen gemieden werden. Außerdem sind die **spezifischen isolierten Phobien (F 40.2)** zu nennen, die ein Sammeltopf für alle klar strukturierten Phobien, wie Zoophobie (phobische Angst vor Tieren), Akrophobie (Höhenangst), Ängste vor Gewitter, vor Feuer usw. bilden. Die Intensität der Symptome variiert stark von zum Beispiel subklinischer Angst vor Spinnen bis hin zu Zuständen schwerster Behinderung. Auch die Varianz der Symptomqualität ist sehr groß und reicht von den isolierten stabilen Phobien bis hin zu den schweren, progredienten und chronifizierten Formen.

Die **Herzangstneurose**, im ICD-10 als somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems klassifiziert, ist eine umschriebene Phobie, die sich auf den eigenen Körper bezieht. Im Zentrum der herzneurotischen Ängsten steht die Angst vor dem Herzinfarkt oder einer unerkannten Herzkrankheit, letztlich die Befürchtung am Herztod zu sterben. Die Symptomatik setzt sich aus vegetativen und subjektiv überbewerteten Begleiterscheinungen der Angst, wie Herzrasen, Druck- und Schmerzgefühl über dem Herzen, Beklemmungsgefühl in der Brust, Schweißausbrüche, Schwindel, Benommenheit. Es besteht eine ängstliche Überbewertung aller herzbezogenen Körpererscheinungen und eine anhaltende Sorge um das Herz.

Die **hypochondrische Störung (F 45.2)** ist durch eine ausgeprägte Beobachtung des eigenen Körpers und starker Krankheitsfurcht gekennzeichnet. Folgende Verhaltensweisen sind charakteristisch, ein übersteigertes Interesse an Fragen der Gesundheit, eine rezidivierende oder chronische Befürchtung an einer Krankheit zu leiden oder an dieser noch zu erkranken, eine unbewusste Neigung aus Krankheit inneren oder äußeren Gewinn zu ziehen.

Differentialdiagnostisch ist vor allem auf die Abgrenzung zur normalen Angst, zu organischen psychischen Störungen (z.B. organische Psychosen) und internistischen Erkrankungen zu achten. Angstsymptome können ferner bei Drogenintoxikationen (insbesondere Amphetamine, LSD, Marihuana), bei depressiven- und Zwangsstörungen, sowie bei Psychosen des schizophrenen Formenkreises auftreten.

3. Zur Differenzierung psychotischer und nicht-psychotischer Angst

Eine wichtige klinische Entscheidung, die wir bei der Abgrenzung akuter Angstsyndrome treffen müssen, betrifft die Differenzierung zwischen psychotischer und nicht-psychotischer Angst. Die akute Angst des Schizophrenen, die Angst vor dem Welt- bzw. Selbstuntergang, die unheimliche Angst der Wahnstimmung, die dem Patienten die vertraute Welt entrückt, die Verfolgungsangst des paranoiden Patienten, haben eine andere Qualität als die phobische Angst des Neurotikers oder die diffuse Verunsicherung und Angst in einer akuten Belastungssituation. Es ist deshalb sinnvoll, psychotische und nicht-psychotische Angst voneinander zu unterscheiden, wobei die erstere ein sehr viel umfassenderes Gefühl der Vernichtung des gesamten Identitätsgefühls und des Realitätsbezugs umfasst. Versucht man, diese unterschiedlichen Angstqualitäten in einem Spektrum darzustellen (Abb. 2), so stünden am einen Ende die Fragmentierungs- und Vernichtungsangst des Schizophrenen, am anderen Ende die allen Menschen vertraute Angst vor Gefahr und Verlust. Dazwischen ist eine Vielzahl von Ängsten lokalisiert, die wir dem neurotischen oder Borderline-Spektrum zuordnen können. Vor allem letztgenannte Störungen verursachen immer wieder differenzialdiagnostische Probleme, so dass wir kurz auf einige typische Ängste des Borderline-Patienten eingehen möchten.

4. Die Angst des Borderline-Patienten

Auch für den Borderline-Patienten sind Angst und Ohnmacht ein gravierendes Problem, ist er doch geradezu verzweifelt bemüht, in seinem Inneren und in seinen zwischenmenschlichen Beziehungen Kontrolle herzustellen. In gewisser Weise lässt sich die Borderline-Pathologie gerade durch dieses verzweifelte Bemühen um Kontrolle charakterisieren. Zu diesem Zweck werden die unterschiedlichsten Mechanismen zum Einsatz gebracht, was den manipulativen Charakter der zwischenmenschlichen Beziehungen erklärt. Entsprechend ist der Borderline-Patient massiven Ängsten ausgesetzt, wenn seine gewohnten Mechanismen

versagen und ihm diese Kontrolle zu entgleiten droht. Gerade Situationen der Trennung und des Verlustes können so zu massiven Ängsten Anlass geben. Aber auch die Erfahrung von Abhängigkeit und Nähe kann als bedrohlich erlebt und paranoid verarbeitet werden. Was die Qualität der Ängste anbelangt, können sowohl paranoid-schizoide Ängste wie auch depressive Ängste (Verlustangst) im Vordergrund stehen, so dass der Borderline-Patient ebenso psychotischer wie auch nicht-psychotischer Angst ausgesetzt ist. Um sich vor dem überwältigenden Charakter dieser Ängste zu schützen, zieht er sich oft innerlich zurück. Wir sprechen dann von einem seelischen Rückzugszustand (*Psychic retreat*) oder auch von einer Borderline-Position, die zwar eine gewisse (Pseudo)Stabilität ermöglicht, aber keinen wirklichen Kontakt zulässt und keine psychische Entwicklung ermöglicht (vgl. Abb. 3, nach Steiner 1993).

Einige der Ängste, denen der Borderline-Patient ausgesetzt ist, haben mit seiner Angst vor Nähe und Abhängigkeit sowie mit seiner Angst vor Verlust zu tun. Sobald er dem Anderen zu nahe kommt, fühlt er sich schnell eingeschlossen und muss häufig verzweifelte Anstrengungen unternehmen, um aus der bedrohlichen Abhängigkeit zu fliehen. Sobald jedoch zu viel Abstand entsteht, verliert er den Kontakt mit Teilen seines Selbst und hat panische Angst vor dem Verlassenwerden. Der englische Psychoanalytiker H. Rey (1978, 1993) spricht deshalb vom „*agora-klaustrophoben Dilemma*“ des Borderline-Patienten. Oft gibt es für ihn in dieser Situation nur ein verzweifelt Hin und Her, aber keinen wirklichen Ausweg mehr. Es handelt sich z.B. um Patienten, die voller Panik die Aufnahme in eine psychiatrische Station verlangen, wenn sie mit ihrem Leben nicht mehr fertig werden. Sobald sie jedoch dort eine gewisse Entlastung erfahren, drängen sie auf baldige Entlassung, weil sie Angst haben, durch den Aufenthalt in der Klinik verrückt zu werden. Oft können diese Patienten überhaupt nur in einem Grenzbereich mit sehr eingeschränkten zwischenmenschlichen Beziehungen existieren. Ausgeprägte agora-klaustrophobe Ängste mit instabilen Beziehungsmustern sind deshalb häufig ein Leitsymptom für das Vorliegen einer Borderline-Pathologie (vgl. Steiner 1993, Weiß 1999, 2000).

5. Angst bei Belastungsreaktionen und bei der posttraumatischen Belastungsstörung

Ganz anders stellen sich Angst und Ohnmacht in akuten Belastungssituationen dar. Hier sind es äußerst belastende Ereignisse, die als psychische Traumen erlebt werden und mit Gefühlen von intensiver Angst, Schrecken und Hilflosigkeit verbunden sind. Die resultierenden Störungsbilder können einerseits von Ausmaß und Schwere des vorangehenden Traumas, andererseits von der individuellen Vulnerabilität und der zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen abhängig sein. Laut ICD-10 entstehen die hier aufgeführten Störungsbilder (die Akute Belastungsreaktion, die Anpassungsstörung und die Posttraumatische Belastungsstörung) immer als direkte Folge der akuten schweren Belastung, oder des kontinuierlichen Traumas. Das belastende Ereignis ist der primäre und ausschlaggebende Kausalfaktor und die Störung wäre ohne seine Einwirkung nicht entstanden. Prämorbid Persönlichkeitsfaktoren oder neurotische Erkrankungen in der Vorgeschichte können jedoch die Schwelle für die Entwicklung dieser Störungen senken und deren Verlauf verstärken, aber die letztgenannten Faktoren sind weder nötig, noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären.

Bei der **Akuten Belastungsreaktion (F43.0)** handelt es sich um eine vorübergehende Störung, bei einem psychisch sonst stabilen Menschen, nach einer außergewöhnlichen körperlichen oder seelischen Belastung, die nach Stunden oder Tagen wieder abklingt. Die Symptome sind verschieden, die Störung beginnt typischerweise mit einem Zustand von Betäubung, das in Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität oder Rückzug übergehen kann.

Eine **Anpassungsstörung (F43.2)** kann nach einem belastenden Ereignis oder einer schweren körperlichen Krankheit auftreten und ist Ausdruck eines gestörten Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung. Die individuelle Vulnerabilität spielt bei dem möglichen Auftreten der Anpassungsstörung und der Ausprägung der Störung eine größere Rolle, als für die anderen Störungen dieser Gruppe. Trotzdem ist davon auszugehen, dass die Anpassungsstörung ohne die Belastung nicht aufgetreten wäre. Die Symptome sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst, Besorgnis und eine Einschränkung bei der Bewältigung der alltäglichen Routine. Die Störung dauert in der Regel nicht länger als sechs Monate.

Bei der **Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1)** handelt es sich um eine protraumatisierte Reaktion auf eine extreme Bedrohungssituation oder auf Veränderungen katastrophalen Ausmaßes (wie zum Beispiel schwere Naturkatastrophen, Kampfhandlungen, schwere Unfälle oder die Tatsache Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Terrorismus, Vergewaltigung oder anderer schwerer Verbrechen zu sein). Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz von Wochen bis Monaten. Die wichtigsten Symptome sind ein wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen oder Träumen, ein emotionaler und sozialer Rückzug mit Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Verlust der Lebensfreude und ausgeprägtem Vermeidungsverhalten Situationen gegenüber, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten, außerdem ein Zustand gesteigerter Vigilanz, erhöhter Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit. Schwerwiegende Folgen können übermäßiger Alkoholkonsum, Drogeneinnahme und plötzliche Suizidhandlungen sein.

6. Angst bei körperlichen Erkrankungen

Angst begegnet aber nicht nur im Zusammenhang mit äußeren Belastungen, sondern auch bei körperlichen Erkrankungen und psychosomatischen Syndromen. Wir kennen zahlreiche körperliche Symptome, wie z.B. Zittern, Übelkeit, Schwindel usw. als Angstäquivalente oder Angstkorrelate bei den funktionellen bzw. somatoformen Störungen. Wir alle kennen aber auch die Angst des Herzinfarktpatienten, des Krebskranken oder die Angst des Patienten auf der Intensivstation. Gerade diesen Ängsten bei schwer körperlich erkrankten Patienten ist von psychosomatischer Seite bislang zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. Sie stellen oft den Ausdruck von Überforderung und misslingenden Krankheitsbewältigungsprozessen dar. Werden sie nicht rechtzeitig erkannt und psychotherapeutisch mitbehandelt, so können sie den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen. Angst kann sich nachteilig auf die Vertrauensbeziehung zum Arzt und auf die Patientencompliance auswirken. Im Extremfall kann sie dazu führen, dass lebenswichtige Behandlungsmaßnahmen vom Patienten nicht akzeptiert werden. Wir versuchen heute, die Angst z. B. im Rahmen des sogenannten "Diagnoseschocks" möglichst frühzeitig mitzubehandeln. Nach neueren Ergebnissen zeigen 5 – 20 % der Krebspatienten irgendwann im Krankheitsverlauf Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Angst und Depressivität stellen die wichtigsten komorbiden psychischen Symptome bei körperlichen Erkrankungen dar. Ausmaß und Verlauf der Ängste wird dabei von zahlreichen Faktoren wie Erkrankungsschwere, Prognose, Qualität der Arzt-Patient-Beziehung, Persönlichkeits- und situativen Faktoren, Krankheitsbewältigung und psychosozialer Integration des Patienten mitbestimmt. Herrmann u. Mitarbeiter (1999) fanden in einer unselektierten Stichprobe stationärer internistischer Patienten, dass Angst bei cardiopulmonalen Erkrankungen mit einer deutlich längeren Verweildauer und Depressivität mit einer höheren Mortalität einhergeht. Letzterer Befund ist insbesondere auch für Patienten mit akutem Myocardinfarkt nachgewiesen (Creed 1999).

In einer eigenen Studie untersuchten wir Patienten mit akutem Guillain-Barré-Syndrom auf der neurologischen Intensivstation (Weiß 1997; Rastan 1997; Weiß et al. 2002). Für diese Patienten ist Ohnmacht eine besonders erdrückende Realität, denn oft sind sie aufgrund ihrer Lähmungen und maschineller Beatmung von jeder aktiven Kommunikation abgeschnit-

ten, während sie ihren hilflosen Zustand oft über Wochen hinweg bei vollem Bewusstsein miterleben (Abb. 5).

80 % dieser Patienten erlebten während des Aufenthaltes auf der Intensivstation schwere, z. T. psychotische Angst, über 60 % waren depressiv, jeder fünfte Patient hatte vorübergehend jede Hoffnung auf Besserung verloren. Fast jeder vierte Patient entwickelte vorübergehend psychotische Symptome, die von wahnhaften Ängsten bis hin zu komplexen oneroiden Szenarien reichten. Über die Hälfte der Patienten berichtete über ein Anfluten von Träumen, die in der Akutphase häufig Katastrophenszenarien enthielten, während in der Rückbildungsphase der Lähmungen kompensatorische Traum inhalte, wie die Wiedergewinnung motorischer Fähigkeiten und die Rückkehr in die vertraute Umgebung, im Vordergrund standen.

Therapeutisch erwies es sich bei diesen Patienten als überaus wichtig, den Zusammenbruch der Kommunikation zu vermeiden und den Kontakt mit ihnen auch dann aufrecht zu erhalten, wenn sie sich selbst nicht mehr aktiv mitteilen konnten und von Ängsten oder Hoffnungslosigkeit überwältigt waren. Der enge Kontakt mit vertrauten Angehörigen wurde von diesen Patienten als besonders wichtig genannt, um Phasen der Angst und der Hoffnungslosigkeit zu überstehen.

7. Therapeutische Ansätze

Wie das zuletzt erwähnte Beispiel zeigt, müssen die therapeutischen Bemühungen bei Angstsyndromen immer auf die individuelle Situation des Patienten Rücksicht nehmen. Dies kann im Einzelfall, je nach Qualität und Intensität der vorherrschenden Ängste, vorübergehend psychopharmakologische Maßnahmen (Anxiolytika, Antidepressiva, Neuroleptika) erfordern. Mittel- und längerfristig wird die Behandlung aber immer psychotherapeutisch ausgerichtet sein.

Dabei kann es nicht alleine darum gehen, das Symptom "Angst" zu bekämpfen und zu reduzieren. Oft wird nämlich eine rein symptomorientierte Therapie zu kurz greifen, wenn es nicht gelingt, die Bedeutung der zugrundeliegenden Konflikte zu verstehen. Der Angst kommt deshalb in der Psychotherapie auch eine wichtige erschließende Funktion zu. Sie kann als Ausdruck eines abgewehrten Konfliktes, einer zusammengebrochenen Symbolisierungsfähigkeit (vgl. Weiß 2000), oder auch einer bestimmten Form von Beziehungsgestaltung sein, wie sie uns vor allem bei Patienten mit Borderline-Problemen und Persönlichkeitsstörungen begegnet.

Die Indikationsstellung zu einem bestimmten psychotherapeutischen Verfahren richtet sich dabei weniger nach der Diagnose als nach den individuellen Gegebenheiten und Voraussetzungen des einzelnen Patienten. Prinzipiell kommen sowohl psychoanalytisch-psychodynamische Ansätze wie auch Verfahren, die aus der kognitiven- und Lerntheorie abgeleitet sind, in Betracht. Sie werden ergänzt durch supportive Strategien, welche auf eine Verbesserung der Bewältigungsmöglichkeiten zielen sowie durch körperorientierte- und kreativitätsfördernde Verfahren, wie sie heute in der stationären- und teilstationären Psychotherapie wichtige Bestandteile der neuesten integrativen Therapieansätze sind. Tragendes Element jeder Form von Psychotherapie ist jedoch die Qualität der therapeutischen Beziehung, die letztlich darüber entscheidet, ob die Angst des Patienten vom Therapeuten aufgenommen, verstanden und schließlich so modifiziert werden kann, dass der Patient dem, was ihn ängstigt, nicht mehr so hilflos und ohnmächtig gegenüber steht.