

AGORAPHOBIE

WENN DIE ANGST VOR DRAUSSEN DAS LEBEN EINENGT

VON HANS MORSCHITZKY

HÄUFIGKEIT UND FOLGEN

4,0 Prozent der Deutschen litten innerhalb der letzten 12 Monate unter einer Agoraphobie. Sie kommt damit häufiger vor als die Panikstörung (2,0 Prozent), die Generalisierte Angststörung (2,2 Prozent) und die Soziale Phobie (2,7 Prozent). Unbewältigt entstehen daraus oft Depressionen, Übergebrauch oder gar Abhängigkeit von Alkohol oder Beruhigungsmitteln, bis hin zur Unfähigkeit, einer Arbeit nachzugehen oder auf Urlaub zu fahren; im schlimmsten Fall der psychischen Mehrfacherkrankung droht sogar die Berentung. Aus dem ursprünglichen Anspruch, in jeder Situation die Kontrolle über sich selbst und die Umwelt zu behalten, entwickelt sich im Laufe der Zeit eine totale Abhängigkeit von anderen Personen sowie von zahlreichen Hilfsmitteln und Tricks. Die unkontrollierbare Angst vor Draußen kann zu einem bedauernswerten Leben im unsichtbaren Käfig der eigenen Wohnung führen.

GESCHICHTLICHE ASPEKTE

Die Agoraphobie wurde erstmals im Jahr 1871 von dem Berliner Nervenarzt Carl F. O. Westphal beschrieben. In das amerikanische psychiatrische Diagnoseschema DSM-III aufgenommen wurde sie zum ersten Mal 1980 – allerdings nur als Folgestörung der Panikstörung, und zwar unter der Bezeichnung „Panikstörung mit Agoraphobie“. Als eigenständige Störung gilt sie erst seit dem internationalen Diagnoseschema ICD-10, das

1992 veröffentlicht wurde und das seit dem Jahr 2000 in Deutschland verbindlich ist. Schließlich wurde sie 2013 auch in dem neuen amerikanischen psychiatrischen Diagnoseschema DSM-5 als eigenständige Störung anerkannt.

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN NACH DEM ICD-10

Die Bezeichnung „Agoraphobie“ enthält das altgriechische Wort „agora“, das nicht nur einen Marktplatz, sondern alle öffentlichen Plätze bezeichnet, d.h. alle Orte, die von jedermann aufgesucht werden können. Eine Agoraphobie umfasst somit sowohl die Furcht vor der Weite als auch die Furcht vor der Enge.

Es werden alle Situationen gemieden, in denen Flucht nicht jederzeit möglich ist oder keine Hilfe zur Verfügung steht. Die Betroffenen fürchten meistens nicht äußere Situationen an sich, sondern vielmehr den Kontrollverlust über die eigene Person, soweit es ihre körperlichen Symptome, ihre Gefühle, Gedanken und Vorstellungen sowie ihre sichtbaren Verhaltensweisen betrifft.

Das ICD-10 definiert eine Agoraphobie als eine deutliche und anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von mindestens zwei von vier Situationen:

- » Menschenmengen,
- » öffentliche Plätze,
- » allein Reisen,
- » Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause.

Dabei treten mindestens einmal gleichzeitig mindestens zwei von 14 Angstsymptomen auf (siehe Kasten rechts).



MÖGLICHE SYMPTOME EINER AGORAPHOBIE

- » Herzrasen oder störendes Herzklopfen
- » Schweißausbrüche
- » Fein- oder grobschlägiges Zittern
- » Mundtrockenheit
- » Atembeschwerden
- » Beklemmungsgefühl
- » Schmerzen oder Missempfindungen in der Brust
- » Übelkeit oder sonstige Magenbeschwerden
- » Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit
- » Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation), oder man fühlt sich selbst weit entfernt oder „nicht wirklich hier“ (Depersonalisation)
- » Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder „auszuflippen“
- » Angst zu sterben (als Folge der als bedrohlich erlebten Symptome einer Panikattacke)
- » Hitzewallungen oder Kälteschauer
- » Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle

Das ICD-10 ermöglicht die Unterscheidung zwischen Agoraphobie ohne Panikstörung (F40.00) und Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01). Letztere ist meist eine Einschränkung des Aktionsradius als Folge von Panikattacken in bislang neutralen Situationen.

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN NACH DEM AMERIKANISCHEN DSM-5

Das DSM-5 definiert eine Agoraphobie etwas umfassender – neben der Angst vor Panikattacken, panikähnlichen Symptomen oder sonstigen Formen von körperlichem Kontrollverlust – als eine ausgeprägte Furcht vor mindestens zwei von fünf Situationen:

- » Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (z.B. Autos, Busse, Züge, Schiffe, Flugzeuge),

- » Aufenthalt auf offenen Plätzen (z.B. Parkplätze, Marktplätze, Brücken),
- » Aufenthalt in geschlossenen Räumen (z.B. Geschäfte, Theater, Kino),
- » Stehen in einer Schlange oder Menschenmenge,
- » Aufenthalt allein außer Haus.

ABGRENZUNGSMERKMALE ZU ANDEREN STÖRUNGEN

Eine Agoraphobie ist eine multiple Situationsphobie und daher abzugrenzen gegenüber einer Spezifischen Phobie, Situativer Typ, d.h. vor einer einzigen Situation im Sinne einer Furcht vor Fahrstühlen, Tunneln, Flugzeugen oder anderen engen, geschlossenen Räumen. Diese Spezifische Phobie wurde früher als Klaustrophobie bezeichnet.

Eine Agoraphobie bedeutet eine Vermeidung von gefürchteten Orten und Situationen, die die Betroffenen ohne Angst gerne aufsuchen würden. Bei einer Depression dominieren dagegen völlig andere Gefühle, und zwar alle „Losigkeiten“: Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, Interesselosigkeit, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Wertlosigkeit, in Verbindung mit sozialem Rückzug, körperlicher und geistiger Leistungsstörung.

Eine Agoraphobie lässt sich durch die Anwesenheit vertrauter Menschen oft relativ leicht überwinden, während eine Soziale Phobie gerade darin besteht, dass man sich in Anwesenheit vertrauter oder auch unbekannter Personen aufgrund des sichtbaren Verhaltens blamieren könnte.



Foto: pexels / freestocks.org

Das Stehen in einer Schlange oder Menschenmenge ist für Agoraphobiker äußerst unangenehm.

PSYCHOTHERAPIE UND SELBSTHILFE BEI AGORAPHOBIE

VON HANS MORSCHITZKY

Im Gegensatz zu anderen Auffassungen muss nach meiner jahrzehntelangen therapeutischen Erfahrung bei Agoraphobie mit oder ohne Panikstörung keinesfalls immer eine Konfrontationstherapie stattfinden. Völlig unterschiedliche Vorgangsweisen können gleichermaßen erfolgreich sein, wie z.B.:

- » Bewältigung interaktioneller Probleme in den Bereichen Partnerschaft, Familie und Beruf;
- » Bewältigung intrapsychischer Probleme angesichts unklarer oder widersprüchlicher Werte, Bedürfnisse und Ziele (z.B. Nähe-Distanz-Konflikt);
- » Bewältigung gefürchteter körperlicher und/oder psychischer Symptome auf dem Hintergrund von unbewältigten Panikattacken, panikähnlichen Symptomen oder einzelnen Symptomen wie Ohnmachtsgefühlen, somatoformem Schwindel, phobischem Attackenschwindel, Harn- oder Stuhldrang, mentalem Kontrollverlust, Derealisations- oder Depersonalisationsgefühlen;
- » Bewältigung einer Mehrfacherkrankung bei gleichzeitig vorhandener Trennungsangststörung, sozialer Phobie, Depression, somatoformer Störung, posttraumatischer Belastungsstörung oder Alkohol- bzw. Tranquilizerabhängigkeit;
- » Bewältigung gefürchteter Situationen durch verschiedene Formen von Konfrontationstherapie (heutzutage oft Expositionstherapie genannt).

Wenn durch eine Psychotherapie oder durch persönliche Maßnahmen die zuerst genannten vier Punkte erfolgreich bewältigt sind und der innere und äußere Druck dadurch erheblich nach-

gelassen hat, kann die Agoraphobie möglicherweise allein schon dadurch mehr oder weniger schnell verschwinden. Sollte dieser glückliche Umstand jedoch nicht eintreten, ist – vor allem in chronifizierten Fällen – unbedingt eine Konfrontationstherapie mit gefürchteten agoraphobischen Situationen als zentrale Behandlungsmaßnahme angezeigt.

KONFRONTATIONSTHERAPIE – VIER VERSCHIEDENE METHODEN

Im Laufe der Zeit wurden in der Verhaltenstherapie vier verschiedene Methoden der Konfrontation mit gefürchteten Situationen entwickelt, die in meinem neuesten Patienten-Ratgeber „Wenn Platzangst das Leben einengt. Agoraphobie überwinden. Ein Selbsthilfeprogramm“ ausführlich dargestellt werden. (Darin sind auch unterschiedliche Erklärungsmodelle für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Agoraphobie dargestellt, die hier aus Platzgründen nicht beschrieben werden können):

1. GESTUFTE KONFRONTATION DER WEG KLEINER SCHRITTE ZUM ERFOLG

Aufgrund konkreter Ziele wird ein detaillierter Behandlungsplan erstellt, wie die Agoraphobie eigenständig, ohne Begleitung durch einen Psychotherapeuten, überwunden werden kann. Bewährt haben sich dabei folgende Ratschläge:

- » Machen Sie alle Konfrontationsübungen nach ansteigendem Schwierigkeitsgrad.
- » Gestalten Sie jede Konfrontation so, dass sie ein Erfolg wird. Wenn die Aufgabenstellung zu schwierig war, wählen Sie eine leichtere.
- » Üben Sie regelmäßig und wiederholen Sie alle Übungen mehrfach am Tag bzw. in der Woche, zuerst in ähnlichen, später in unterschiedlichen Situationen, um Ihre Erfolgserlebnisse zu festigen.
- » Üben Sie unabhängig von Ihrer Befindlichkeit und stellen Sie sich auf mögliche Rückschläge ein, lassen Sie sich dadurch jedoch nicht entmutigen.
- » Bleiben Sie so lange in der Angstsituation ohne Flucht und Vermeidung, bis die Angst deutlich nachgelassen hat. Wenn Sie Ihrem Fluchtimpuls nachgegeben haben, suchen Sie die Situation so bald wie möglich wieder auf.
- » Verzichten Sie möglichst von Anfang an auf alle Hilfsmittel bzw. schleichen Sie diese im Laufe der Zeit aus. Es kommt darauf an, dass Sie jeden Erfolg sich selbst und nicht den dabei eingesetzten „Krücken“ zuschreiben.
- » Nutzen Sie bei schweren Aufgabenstellungen anfangs die Unterstützung durch eine Vertrauensperson, anstatt bestimmte für Sie bedeutsame Situationen zu vermeiden.
- » Bleiben Sie geistig mit allen Sinnen in der momentanen Situation, im Hier und Jetzt, ohne ständig Horror-szenarien zu entwickeln, was im schlimmsten Fall passieren könnte.
- » Lenken Sie bei großer Panik Ihre Aufmerksamkeit auf die Umwelt – auf das, was Sie tun und erleben möchten, und nicht auf das, was Sie gerade in Ihrem Inneren erleben.
- » Seien Sie stolz auf jeden kleinen Fortschritt und halten Sie sich immer wieder Ihre bisherigen Erfolgserlebnisse vor Augen.
- » Coachen Sie sich durch aufbauende Selbstgespräche und Selbstinstruktionen.