

Agoraphobie – die Angst vor Kontrollverlust

Agoraphobie – im Volksmunde auch bekannt unter „Platzangst“ – ist eine weit verbreitete psychische Störung, die oft mit Panikattacken einhergeht. Dieser Artikel soll einen Überblick über die Symptome der Agoraphobie in Zusammenhang mit Panikattacken darstellen und wichtige allgemeine Informationen liefern.

Die Agoraphobie ist eine Unterform der Angststörungen und schließt die Angst vor großen offenen Plätzen ein – der sogenannten Platzangst. Diese Störung wird häufig verwechselt mit der Klaustrophobie, bei der Betroffene Panik in engen Räumen entwickeln. Zu Grunde liegt beiden Störungsbildern die Angst die Kontrolle zu verlieren, während Hilfe für Betroffene nicht schnell genug realisierbar scheint. Dies resultiert häufig in einer Panikattacke.

Geschichte

Diagnostiziert und beschrieben wurde das Störungsbild bereits 1870 durch den deutschen Psychiater O. Westphal bei einem seiner Patienten. Für diesen war es nicht möglich angstfrei über einen großen (Markt-) Platz zu gehen. Noch vor dreißig Jahren zählten die Agoraphobie und Panikstörung zu den schwer behandelbaren Störungen. Die Entwicklung und systematische Überprüfung von Konfrontationstherapien ist eine der größten Erfolgsgeschichten im Bereich der psychischen Gesundheit.

Panikstörung? Agoraphobie? Was ist das?

Wenn eine Person wiederholt Panikattacken erlebt und befürchtet, dass solche Panikattacken erneut auftreten könnten, spricht man von einer Panikstörung. Wenn eine Person zusätzlich beginnt, spezifische Situationen wie z. B. Kaufhäuser zu vermeiden, da sie befürchtet, dort eine Panikattacke zu bekommen, spricht man von einer Panikstörung mit Agoraphobie. Bei einer Panikattacke erreichen die wahrgenommenen Symptome innerhalb weniger Minuten ihren Höhepunkt.

Aus dem Griechischen bedeutet Agoraphobie soviel wie "Angst (*phobie*) vor offenen Plätzen (*agora*)". **Im gegenwärtig professionellen Rahmen ist mit Agoraphobie die Angst vor einer Vielzahl von Situationen, welche zu Vermeidungsverhalten führt.** Diese Situationen kennzeichnen sich besonders dadurch, dass eine Flucht schwierig scheint und/oder aber dass Hilfe im Notfall nicht rechtzeitig zu erwarten ist. Häufig handelt es sich um Situationen, in denen schon einmal – spontan – ein Panikanfall aufgetreten ist.

Typische Situationen sind:

- öffentliche Orte und Menschenansammlungen (z.B. Kinos, Kaufhäuser, Restaurants, öffentliche Verkehrsmittel)
- Auto-, Zug- oder Busfahrten
- Autobahnen, Brücken, Tunnels, Fahrstühle oder ähnliches
- aber auch Orte, wo keine anderen Personen sind, wie einsame Wälder (wo wiederum Hilfe nicht schnell realisierbar zu sein scheint)

Symptome

Panikstörung:

- **Todesangst**
- wiederkehrende unerwartete **Panikattacken** (mit typischen physischen Reaktionen, wie Zittern, Luftnot, Herzrasen..., welche jedoch subjektiv stärker wahrgenommen werden als sie tatsächlich messbar sind)
- anhaltende Besorgnis über das Auftreten weiterer Attacken
- **Sorgen über die Folgen** (z. B. Herzinfarkt)
- häufig hypochondrische Symptome (Angst, unter einer Krankheit zu leiden, ohne objektive Befunde in diese Richtung)

Agoraphobie:

- Angst sich an bestimmten Orten oder Situationen zu befinden, bei welchen **Paniksymptome** auftreten könnten (durch vorherige Erfahrung) oder die eine **Flucht schwierig oder peinlich** machen oder Betroffene in eine Lage kommen, in der sie **Kontrollverlust** erleben und Hilfe nicht erreichbar scheint
- **Rückzug & Isolation:** Angst führt üblicherweise zum **Vermeiden** solcher Situationen (z.B. nicht alleine aus dem Haus gehen, Vermeidung von Menschenmengen)

- Das Vermeidungsverhalten führt zu **Beeinträchtigung der Lebensführung** (z.B. Angst, zur Arbeit fahren)

Somit haben Personen mit Agoraphobie mit vielen Einschränkungen zu kämpfen und leiden sehr stark unter ihrer Störung. Verzweiflung und Hilflosigkeit kommen hinzu, da den Meisten klar ist, dass die Angst unbegründet und nicht erklärbar ist, sie dennoch keine Lösung für ihr Problem finden.

Auftreten, Häufigkeit, Fakten

Etwa 2% der Bevölkerung erkranken jährlich an einer Panikstörung mit und ohne Agoraphobie. In Bevölkerungsstudien weisen etwa 1/3 zusätzlich Entwicklung einer Agoraphobie auf. Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer. Dies ist aber kritisch zu betrachten, da man sich die Frage stellen muss, ob es auch daran liegen könnte, dass Frauen sich und anderen gegenüber die Angst eher gestehen und zugeben können. Schließlich ist eine Angststörung stigmatisiert und wird von Außenstehenden möglicherweise mit Schwäche assoziiert.

Die ersten Symptome manifestieren sich meist zwischen der Adoleszenz und dem 35. Lebensjahr. Typischerweise verläuft die Störung chronisch. Gegebenenfalls können die Symptome auch nachlassen und zum Teil bis zu einem anderen Punkt im Leben auch ganz ausbleiben bis wieder Ängste auftreten. Durch die Isolation und Vermeidung vieler Aktivitäten und Situationen, die eine Panikattacke hervorrufen können, **leiden viele Erkrankte zusätzlich zu 50-65% unter einer Depression**. Zu etwa 1/3 geht die Depression voraus und zu etwa 2/3 beginnt sie gleichzeitig oder folgt der Panikstörung.

Ursachen und Entstehung

Es gibt verschiedene Theorien zur Entstehung der Agoraphobie. Ein mögliches Erklärungsmodell, welches leicht zu übermitteln ist, ist dabei die **2-Faktoren-Theorie** (Mowrer, 1960). Diese hat einen lerntheoretischen Hintergrund und geht davon aus, dass die Angstreaktion lediglich erlerntes Verhalten darstellt. Somit kann dieses auch wieder verlernt oder durch neu Gelerntes ersetzt werden:

1. Klassische Konditionierung

Ein ursprünglich neutraler Reiz wird aufgrund von traumatischen Erlebnissen (oder auch spontanem Auftreten eines Panikanfalls) mit einem Angstzustand assoziiert.

2. Operante Konditionierung

Diese (gelernte) Angstreaktion wird nun durch das Vermeiden jener Situationen umso mehr verstärkt. In der Psychologie auch bekannt unter negativer Verstärkung.

Die Vermeidung bewirkt somit ein Gefühl der Erleichterung, da eine befürchtete negative Konsequenz verhindert wird. Dadurch ist es den Betroffenen nicht möglich das Verhalten wieder anzupassen und umzulernen. Sie generalisieren von einer Erfahrung auf alle ähnlichen Situationen, wodurch es ihnen verwehrt ist eine neutrale oder positive Erfahrung mit jener Gegebenheit zu verknüpfen

Behandlung

"... man wird kaum einer Phobie Herr, wenn man abwartet, bis sich der Kranke durch die Analyse bewegen läßt, sie aufzugeben."

Freud, 1917

Oppenheim empfahl 1911 im Lehrbuch der Nervenkrankheiten: *"mit den agoraphobischen Patienten die gefürchteten Plätze zu überqueren"*. Das Grundprinzip der Behandlung ist die Konfrontation mit den angstauslösenden Situationen. Dieses Konzept baut auf dem Prinzip der Habituation (= Gewöhnung) auf. Dabei geht man davon aus, dass bei wiederholter Präsentation eines identischen Reizes – in diesem Fall eines angstauslösenden Reizes – die Reaktion auf diesen abklingt. Dadurch verringert sich nicht nur die Reaktionen auf den Reiz, die Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens wird geringer und die Zeit zwischen Reiz und Reaktion verlängert sich zunehmend.

Eine andere Theorie besagt, dass die Behandlung das Selbstkonzept des Phobikers verbessert. Die Patienten erwerben in diesem Fall eine größere Selbstsicherheit, und haben zunehmend das Gefühl auch in Zukunft ähnliche Situationen bewältigen zu können. Dadurch steigt die eigene Erwartung gewünschte Handlungen aufgrund eigener Kompetenzen selbst ausführen zu können (Selbstwirksamkeit) und steht den Betroffenen in weiteren Situationen als Ressource zur Verfügung. **Die Wirksamkeit der Konfrontationsbehandlung ist in zahlreichen Studien belegt worden.**

Es gibt verschiedene Arten der Gestaltung der Konfrontationstherapie. Der Therapeut entscheidet letztlich gemeinsam mit dem Patienten und je nach Diagnose(-grad) für ein für ihn individuelles Behandlungskonzept. Beispielsweise kann die Konfrontationstherapie in vivo (direkter, realer Konfrontation mit dem angstausslösendem Reiz) geschehen oder in sensu (Konfrontation in der Vorstellung) durchgeführt werden. Des Weiteren ist abzuschätzen, ob die Maßnahme graduell (in Abstufung) oder auf einmal realisiert werden soll.

Fazit

Die Agoraphobie ist eine mit hohem Leidensdruck verbundene Erkrankung. Die Betroffenen wissen sich oft nicht zu helfen und ziehen sich immer mehr zurück, wodurch sie in vielen Fällen zusätzlich eine Depression entwickeln. Dass die Angst unbegründet und irrational ist, ist ihnen oft bewusst. Erkrankte vermeiden angstausslösende Situationen, wodurch sie keine funktionalen Bewältigungsstrategien erwerben und dies zu einem Teufelskreis führt. Die therapeutische Intervention ist sehr wirksam; den Erkrankten kann geholfen werden ihre Ängste zu überwinden, sodass ihnen die soziale Teilhabe wieder ermöglicht wird.

Autor: Azime Arslan (Impulsdialog)

Quellen:

Vorlesung "Klinische Psychologie I", Prof. Dr. Wolfgang H. R. Miltner, Lehrstuhl für Biologische und Klinische Psychologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena

Vorlesung "Psychologische Intervention", Prof. Dr. G. Wilz, Institut für Psychologie, Abteilung Klinisch-Psychologische Intervention, Friedrich-Schiller-Universität Jena

Margraf, J. (2005). Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd.2, Berlin: Springer Verlag.

Wittchen, H.U. & Hoyer, J. (2006). Klinische Psychologie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer. Kapitel 1 und 4.

Butcher, J. N., Hooley, J& Mineka, S., Schneider, K. (2009). Klinische Psychologie. Berlin: Pearson Studium; 13., aktualisierte Auflage

Wittchen, H. U., & Hoyer, J. H. (2011). Klinische Psychologie und Psychotherapie. Berlin: Springer.