

Wichtiger Hinweis:

Die in diesem Buch enthaltenen Informationen, Hinweise und Übungen wurden nach bestem Wissen des Autors erstellt und sorgfältig geprüft. Sie ersetzen jedoch nicht den persönlich eingeholten (psycho-)therapeutischen oder medizinischen Rat. Verlag und Autor können für Irrtümer oder etwaige Schäden, die aus der Anwendung der dargestellten Informationen, Hinweise oder Übungen resultieren, keine Haftung übernehmen. Deren Nutzung bzw. Durchführung erfolgt auf eigene Verantwortung der Leserinnen und Leser.

Für die Schwabenverlag AG ist Nachhaltigkeit ein wichtiger Maßstab ihres Handelns. Wir achten daher auf den Einsatz umweltschonender Ressourcen und Materialien.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten

© 2017 Patmos Verlag der Schwabenverlag AG, Ostfildern
www.patmos.de

Umschlaggestaltung: Finken & Bumiller, Stuttgart
Druck: CPI – Ebner & Spiegel, Ulm
Hergestellt in Deutschland
ISBN 978-3-8436-0912-8 (Print)
ISBN 978-3-8436-0913-5 (eBook)

Inhalt

Vorwort	9
Teil I	
Agoraphobie – was sie ist und wohin sie führt	13
Die Furcht vor draußen oder drinnen – eine phobische Angststörung	15
<i>Von der Furcht zur Phobie</i>	15
<i>Agoraphobie – eine multiple Situationsphobie</i>	20
<i>Agoraphobie hat viele Gesichter</i>	23
Zwei Grundformen von Agoraphobie: der Einfluss von Panikattacken	27
<i>Agoraphobie mit Panikstörung</i>	27
<i>Agoraphobie ohne Panikstörung</i>	29
Was eine Agoraphobie schlimmer macht – wenn falsche Strategien das Problem verschärfen	35
<i>Sicherheitsstrategien statt Selbstvertrauen</i>	35
<i>Abhängigkeit von Vertrauenspersonen statt Autonomie</i>	37
<i>Agoraphobie als falscher Problemlösungsversuch</i>	38
Was unterscheidet eine Agoraphobie von anderen psychischen Störungen?	41
<i>Sozialphobie – Vermeidung aus Angst vor sozialer Kritik</i>	41
<i>Generalisierte Angststörung – Vermeidung wegen ständiger Sorgen über alles Mögliche</i>	41
<i>Zwangsstörung – Vermeidung aus Angst vor schuldhaftem Verhalten</i> ..	42
<i>Depressionen – Vermeidung aus Antriebs- und Lustlosigkeit</i>	42
<i>Posttraumatische Belastungsstörung – Vermeidung aus Angst vor Wiedererinnerung an ein Trauma</i>	42
<i>Körperliche Erkrankungen – Vermeidung aus Angst vor neuerlicher Krankheit</i>	43

Welche Störungen treten häufig zusammen mit einer Agoraphobie auf?	44
<i>Depression – wenn Antriebs- und Lustlosigkeit das Vermeidungsverhalten verstärken</i>	44
<i>Soziale Phobie – wenn Beurteilungängste eine Agoraphobie verschlimmern</i>	45
<i>Generalisierte Angststörung – wenn ständige Sorgen das Leben immer mehr einengen</i>	45
<i>Posttraumatische Belastungsstörung – wenn ein Trauma zur Agoraphobie führt</i>	46
<i>Trennungsangststörung – wenn jede Reise Trennungsängste aktiviert</i>	46
<i>Persönlichkeitsstörung – wenn Probleme mit sich selbst den Aktionsradius einschränken</i>	47
<i>Somatoforme Störungen – wenn anhaltende körperliche Symptome ein Vermeidungsverhalten begünstigen</i>	47
<i>Schädlicher Gebrauch von Alkohol und Beruhigungsmitteln – wenn Reisen nur unter Substanzeinfluss möglich ist</i>	48
Wie verbreitet ist Agoraphobie?	49
Teil 2	
Agoraphobie – wie sie entsteht und immer mehr ausfert	51
Welche biologischen Ursachen sind bedeutsam?	53
<i>Die Angst- und Kontrollzentren im Gehirn</i>	53
<i>Vier körperliche Reaktionsmöglichkeiten bei Bedrohung</i>	55
Welche lebensgeschichtlichen Ursachen sind typisch?	58
<i>Stress durch nachwirkende Sozialisationsbedingungen aus der Kindheit oder Jugendzeit</i>	58
<i>Stress durch traumatisierende Lebenserfahrungen</i>	59
<i>Stress in Partnerschaft und Familie</i>	61
<i>Stress im Beruf</i>	62
Welche personenspezifischen Ursachen sind bekannt?	64
<i>Zentrale Problembereiche von Menschen mit Agoraphobie</i>	64
<i>Das Bedürfnis nach Kontrolle als Hauptproblem bei Agoraphobie</i>	72
Typische Auslöser und Verstärker einer Agoraphobie	75
<i>Häufige Auslöser einer Agoraphobie</i>	75
<i>Häufige Verstärker einer Agoraphobie</i>	78

Teil 3

Agoraphobie überwinden – ein Selbsthilfeprogramm in sieben Schritten	81
---	----

Schritt 1

Selbstdiagnostik: Erfassen und analysieren Sie Ihre Agoraphobie	83
<i>Diagnostizieren Sie die Art Ihrer Agoraphobie.</i>	83
<i>Analysieren Sie die Auslöser und Verstärker Ihrer Agoraphobie.</i>	92
<i>Analysieren Sie die tieferen Ursachen Ihrer Agoraphobie</i>	93
<i>Erfassen Sie alle bisherigen Folgen Ihrer Agoraphobie.</i>	93

Schritt 2

Ziel- und Wertklärung: Planen Sie Ihr Leben jenseits von Ängsten und Körperbeschwerden	95
<i>Entwickeln Sie aufgrund Ihrer Werte motivierende Ziele trotz Ihrer Agoraphobie.</i>	95
<i>Entwickeln Sie motivierende Ziele jenseits Ihrer Agoraphobie</i>	97
<i>Erstellen Sie einen schrittweisen Plan zur Überwindung Ihrer Agoraphobie.</i>	98

Schritt 3

Absenkung der Grundanspannung: Verbessern Sie Ihr Allgemeinbefinden	100
<i>Stressreduktion: Vermindern Sie psychosoziale Belastungssituationen</i> ...	100
<i>Psychisches Wohlbefinden: Finden Sie einen besseren Umgang mit Ihren Gefühlen</i>	103
<i>Körperliches Wohlbefinden: Fördern Sie Ihre körperliche Fitness</i>	104
<i>Entspannungstechniken: Finden Sie die passende Methode</i>	105
<i>Achtsamkeit: Nehmen Sie den Augenblick wahr ohne ängstliche Bewertung</i>	109

Schritt 4

Mentales Training: Bereiten Sie sich auf agoraphobische Situationen vor wie Spitzensportler auf den Wettkampf.	114
<i>Stellen Sie sich mental allen gefürchteten Situationen</i>	114
<i>Nutzen Sie die Strategie des mentalen Kontrastierens.</i>	116
<i>Nutzen Sie die bekannten Techniken des mentalen Trainings</i>	118
<i>Nutzen Sie die Bildschirmtechnik als mentale Konfrontationstherapie</i> ..	124

Schritt 5	
Verhaltensexperimente: Trainieren Sie den Umgang mit gefürchteten körperlichen und psychischen Symptomen außerhalb von agoraphobischen Situationen	127
<i>Provozieren Sie bewusst die am meisten gefürchteten Symptome</i>	127
<i>Provozieren Sie Panikattacken in unterschiedlichen Situationen</i>	131
<i>Paradoxe Wirkung: das Geheimnis hinter Provokationsstrategien</i>	136
Schritt 6	
Konfrontationstherapie: Stellen Sie sich erfolgreich allen gefürchteten Orten und Situationen	138
<i>Vier Formen von Konfrontationstherapie – nicht alles passt für jeden</i>	138
<i>Konfrontationstherapie nach dem klassischen Konzept: für viele Betroffene weiterhin ausreichend</i>	140
<i>Neuere Formen der Konfrontationstherapie: So erhöhen Sie Ihre Erfolgschancen</i>	171
<i>Optimierung der Konfrontationstherapie aus neurowissenschaftlicher Sicht</i>	195
Schritt 7	
Erfolgreich trotz verschiedener Probleme: Was Sie bei einer Konfrontationstherapie berücksichtigen sollten	202
<i>So gehen Sie bei einer Mehrfacherkrankung vor</i>	202
<i>Wenn die Konfrontationstherapie keine Wirkung zeigt</i>	203
<i>Wenn erst nach einer erfolgreichen Konfrontationstherapie die wahren Probleme sichtbar werden</i>	207
Schluss	209
Anmerkungen	211
Literatur	212

Vorwort

Die Angst vor bestimmten Orten und Situationen kann den Aktionsradius und damit das ganze Leben in sehr belastender Weise einschränken. Viele Menschen haben Angst vor großen, weiten Plätzen, vor allem unter vielen Leuten, oder vor engen und geschlossenen Räumen, wie etwa einem Aufzug oder einer Saunakabine. Derart konkrete, situationsbezogene Ängste werden im Normalfall als Furcht und im krankheitswertigen Zustand als Phobie bezeichnet. Bis vor einiger Zeit war im allgemeinen Sprachgebrauch, aber auch bei Fachleuten völlig klar: Die Furcht vor weiten Plätzen ist eine Agoraphobie, die Furcht vor engen Räumen eine Klaustrophobie – und so finden Sie diese Unterscheidung oft auch noch in zahlreichen Büchern und Artikeln sowie im Internet.

In der modernen Diagnostik gilt dagegen der Fachausdruck *Agoraphobie* als Überbegriff für beides: für die Angst vor der Weite und für die Angst vor der Enge. In diesem Sinne werden die Bezeichnungen »Agoraphobie« und »Platzangst« auch im vorliegenden Buch als Überbegriff für beide Formen der krankheitswertigen Einschränkung des Aktionsradius verwendet und Hilfestellungen im Umgang damit angeboten.

Eine Agoraphobie besteht in der krankhaften Furcht vor bestimmten Orten oder Situationen, in denen eine Flucht nur schwer möglich erscheint oder keine Hilfe zur Verfügung steht. In agoraphobischen Situationen dominiert das Gefühl des Ausgeliefertseins, der Eindruck, in der Falle zu sitzen, egal, ob es sich dabei um weite Plätze mit Tausenden von Menschen handelt wie bei einem Open-Air-Konzert oder um enge Räume, die man allein oder nur mit wenig anderen Menschen aufsucht, wie etwa bei einem Aufzug.

Die Angst vor der Angst, konkret in Form der Furcht vor einer Panikattacke oder einzelnen unkontrollierbaren Symptomen – etwa Herzklopfen, Schwitzen, Atemnot, Schwindel, Ohnmachtsneigung, Übelkeit, Harn- oder Stuhldrang – bestimmt das ganze Leben. Alles dreht sich um das Bedürfnis nach verlässlicher Kontrolle. Das Vertrauen in den eigenen Körper sowie in unbekannte oder subjektiv unsichere Orte und Situationen ist erschüttert.

Hinter der Furcht vor äußeren Gegebenheiten steht die Angst vor sich selbst – vor den eigenen Körperempfindungen, Gefühlen und Gedan-

ken. Was nicht sicher genug erscheint, wird vermieden oder nur mit diversen Tricks und Sicherheitsstrategien zu bewältigen versucht. Bei einem solchen Verhalten bleibt eine Agoraphobie – unabhängig von den Ursachen – vor allem auch deshalb weiterhin bestehen, weil durch ständige Flucht- und Vermeidungstendenzen positive Erfahrungen mit dem eigenen Körper und der Umwelt ausbleiben.

Eine ausgeprägte Agoraphobie mit oder ohne Panikstörung bewirkt unbehandelt, zumindest im Laufe von mehreren Jahren, eine zunehmende Einschränkung der Bewegungsfreiheit, eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität sowie der schulischen, beruflichen, sozialen und sonstigen Funktionsfähigkeit. Sie führt zu weiteren psychischen Störungen, vor allem zu Depressionen oder schädlichem Gebrauch von Alkohol oder Beruhigungsmitteln.

Eine Agoraphobie tritt bei etwa vier Prozent der Bevölkerung auf. Sie geht mit einem großen individuellen Leidensdruck einher, aber auch mit hohen volkswirtschaftlichen Kosten in Form von Langzeitkrankenständen, Langzeitarbeitslosigkeit und Frühberentungen, vor allem, wenn die genannten Begleit- und Folgestörungen vorliegen.

Dieses Buch möchte Betroffenen und ihren Angehörigen helfen, die Symptomatik einer Agoraphobie besser zu verstehen, um sie im Anschluss daran leichter bewältigen zu können. Es kann aber auch Personen mit medizinischen, psychologischen, psychotherapeutischen, sozialen und pädagogischen Berufen bei einem besseren Umgang mit den Betroffenen unterstützen.

Als Klinischer Psychologe und Psychotherapeut in freier Praxis handle ich in Linz, Österreich, seit mehr als 30 Jahren Menschen mit Agoraphobie mit und ohne Panikstörung, zusätzlich viele Jahre lang auch in stationär-psychiatrischem Kontext. Auf der Basis der Verhaltenstherapie vertrete ich ein integratives Behandlungskonzept, das neben der Behandlung der Symptome auch auf die Förderung der Persönlichkeit und die Bewältigung familiärer und beruflicher Stressfaktoren abzielt.

Es ist meine Hoffnung, dass dieses Buch bei leichter bis mittelschwerer Agoraphobie eine Psychotherapie unnötig macht und bei dringender Behandlungsbedürftigkeit die erforderliche Psychotherapie hilfreich unterstützt und möglicherweise verkürzt.

Teil 1 beschreibt die Symptomatik der Agoraphobie in allen möglichen Details und Folgen.

Teil 2 erläutert die tieferen Ursachen, typischen Auslöser und problemverschlimmernden Verstärker einer Agoraphobie.

Teil 3 bietet eine Anleitung zur erfolgreichen Selbstbehandlung für Betroffene, die aber auch Angehörigen zur Orientierung und bestmöglichen Unterstützung dienen kann.

Ich bedanke mich bei Frau Dr. Christiane Neuen vom Patmos Verlag für die Einladung zu diesem Buch, für zahlreiche stilistische Verbesserungen, vor allem jedoch für ihre sehr engagierte Auseinandersetzung mit dem Inhalt und der daraus resultierenden Optimierung und besseren Verständlichkeit meiner Ausführungen.

Für einen Selbsthilfe-Ratgeber ist dieses Buch phasenweise sicherlich auf relativ hohem Niveau geschrieben. Mir ist es jedoch sehr wichtig, Betroffene und Angehörige von den neuesten theoretischen und therapeutischen Entwicklungen in Bezug auf Agoraphobie mit und ohne Panikstörung möglichst fundiert zu informieren – Entwicklungen, die noch nicht einmal allen Fachleuten bekannt sind.

Stellen Sie an sich selbst nicht den Anspruch, dass Sie alles gleich beim erstmaligen Lesen verstehen müssen. Nach einem ersten Überblick kann das spätere gründliche Durcharbeiten mehr bringen, als wenn Sie gleich zu Anfang schon bei einem bestimmten Thema oder Gedankengang hängen bleiben.

Nutzen Sie die Chance, durch die Überwindung Ihrer Agoraphobie mehr aus Ihrem Leben zu machen, als dies zuletzt möglich war, und lassen Sie nicht zu, dass Platzangst Ihr Leben auch in Zukunft weiterhin so einengt wie in der Vergangenheit.

Mit diesem Buch setze ich die langjährige Zusammenarbeit mit dem Patmos Verlag fort, aus der bisher bereits fünf Bücher entstanden sind, und zwar zu Angststörungen ganz allgemein sowie zu speziellen Ängsten, namentlich Versagensängsten, sozialen Ängsten und Krankheitsängsten, aber auch zu psychosomatischen Störungen. Die erfolgreiche Zusammenarbeit geht weiter: Ein Ratgeber zur generalisierten Angststörung wird folgen.

Für Rückmeldungen zu diesem Buch bin ich Ihnen dankbar. Meine Kontaktdaten finden Sie auf meiner Homepage www.panikattacken.at.

Hans Morschitzky

Teil I

Agoraphobie – was sie ist und wohin sie führt

Die Furcht vor draußen oder drinnen – eine phobische Angststörung

Von der Furcht zur Phobie

Unser Leben ist ständig Gefahren ausgesetzt, wie es Erich Kästner treffend formuliert hat: »Das Leben ist immer lebensgefährlich.« Angst und Furcht sind angeborene und personenspezifisch geformte, normale körperliche und psychische Reaktionen auf Ereignisse, Situationen und Vorstellungen, die als bedrohlich, ungewiss oder unkontrollierbar erlebt werden.

Angst und Furcht aktivieren Körper und Geist – heutzutage in gleicher Weise wie bei unseren Vorfahren, die in früheren Jahrtausenden vielen realen Gefahren ausgesetzt waren und daher entsprechend rasch reagieren mussten. In der heutigen Zeit bestehen viele Bedrohungen nur mehr in unseren Köpfen, sodass unser Körper ständig überaktiviert und anhaltend verspannt ist.

Was unterscheidet Furcht von Angst und Panik?

Angst ist eine auf die Zukunft bezogene, unbestimmt-diffuse Bedrohungserwartung, wie sie sich krankheitswertig vor allem in der *generalisierten Angststörung* widerspiegelt. Es handelt sich dabei um ein allgemeines Bedrohungsgefühl, oft ohne konkrete Auslöser. Angst bezeichnet die gefühlsmäßige Befindlichkeit in Verbindung mit einer körperlichen Anspannung angesichts einer ungewissen Zukunft.

Sich-Sorgen ist die gedankliche Komponente der Angst, ausgelöst durch ständige »Was wäre, wenn ...?«-Fragen. Die Besorgtheit gilt nicht der Gegenwart, sondern der Zukunft und was in ihr schlimmstenfalls geschehen könnte. Angst lebt von ständigem Nachdenken über Horror-szenarien und führt zu chronischer Verspannung, weil der Körper mangels konkreter Gefahr, vor der man z. B. weglaufen könnte, im Moment nichts unternehmen kann. Furcht dagegen ist wenig mit Nachdenken verbunden, weil sofortiges Handeln im Sinne einer Kampf-Flucht-Reaktion gefordert ist.

Furcht ist eine auf die Gegenwart bezogene, ganz konkrete Bedrohungserwartung, wie sie sich krankheitswertig in einer Vielzahl von *Phobien* äußert. Es handelt sich um eine gerichtete Angst und subjektive Bedrohung durch ganz bestimmte äußere Gefahren. Eine erhöhte Angstbereitschaft erleichtert die Auslösung von Furcht. Angst schlägt sofort in Furcht um und bewirkt eine plötzliche Aktivierung des Körpers, wenn eine vermeintliche Bedrohung in der Zukunft als unmittelbare Gefahr erlebt wird. Bei Furcht lassen die körperlichen Begleitreaktionen bald nach, wenn die subjektive Bedrohung vorüber ist, während die Anspannung bei Angst aufgrund der nach wie vor gegebenen potenziellen Gefährdung bestehen bleibt. Furcht wird zur Panik im Fall der vermeintlichen Bedrohung von Leib und Leben.

Panik ist eine intensive Furcht, wie sie krankheitswertig typisch ist für eine *Panikstörung*, die aus wiederholten Panikattacken und großer Angst davor besteht. Es handelt sich dabei um eine extreme Furcht vor dem eigenen Körper, ein Gefühl massiver körperlicher und/oder geistiger Überwältigung im Sinne eines totalen Kontrollverlusts, mit dem die Betroffenen nicht umgehen können.

Zusammenfassend noch einmal die wichtigsten *Unterscheidungsmerkmale*: Die subjektive Bedrohung geht bei Angst von der Zukunft, bei Furcht von der aktuellen Umwelt und bei Panikattacken vom eigenen Körper aus.

Die drei Ebenen von Angst und Furcht

Normale und krankheitswertige Angst und Furcht zeigen sich auf dreifache Weise: im Körper, im Denken und im Verhalten. Diese drei Ebenen beeinflussen sich wechselseitig, sowohl positiv als auch negativ:

1. Körperliche Ebene

Angst und Furcht sind Stressreaktionen, die auf körperlicher Ebene durch das vegetative Nervensystem gesteuert werden. Dieses besteht aus dem *sympathischen Nervensystem*, das für Aktivität und Leistung zuständig ist, und dem *parasympathischen Nervensystem*, das für Erholung, Entspannung und Energieaufbau sorgt. Sobald das Gehirn eine akute Bedrohung wahrnimmt, egal, ob real oder nur vermeintlich, wird der Körper mithilfe der Stresshormone Adrenalin und Noradrenalin zur Sicherung des Überlebens in eine Kampf-Flucht-Reaktion versetzt, bald auch zusätzlich unterstützt durch das Dauerstresshormon Cortisol. Bei gesunden Menschen spricht man von einer *Furchtreaktion*, bei angstkranken Personen von einer *Phobie*.

Das Herz arbeitet schneller, der Blutdruck steigt an und die Atmung wird intensiver. Das Blut wird in Richtung der arbeitenden Muskulatur in Arme, Beine, Brust und Nacken umverteilt, um die Kampf-Flucht-Reaktion zu unterstützen. Alle im Moment nicht benötigten Körperfunktionen werden gehemmt: Speichelfluss, Verdauung, Ausscheidung, sexuelle Reaktion, sogar das Immunsystem. Der Körper beginnt im Sinne eines Überhitzungsschutzes zu schwitzen. Der Stoffwechsel wird beschleunigt, es werden vermehrt Zucker und Fettsäuren ausgeschüttet, während die Insulinproduktion gehemmt wird, um den Zuckerspiegel hoch zu halten. Sobald die Gefahr vorüber ist, setzen über das parasympathische Nervensystem die Erholung und der Energieaufbau ein.

2. *Gedankliche (kognitive) Ebene*

Bei Angst und Furcht richten wir unsere ganze Aufmerksamkeit auf die reale oder vermeintliche Bedrohung. Unser Denken dreht sich um die Abwehr der objektiven oder subjektiven Gefährdung. Unsere spontanen Gedanken und tiefsitzenden Denkmuster veranlassen uns – bei krankheitswertiger Angst vorschnell – zur Wahrnehmung einer Bedrohung, sodass wir in der Folge davon auf der emotionalen Ebene Angst und Furcht und auf der körperlichen Ebene eine erhöhte Anspannung erleben. Die Angst machenden Muster der Wahrnehmung und des Denkens von Menschen mit einer Agoraphobie werden später noch ausführlich besprochen.

3. *Verhaltensebene*

Angst und Furcht drücken sich in bestimmten, beobachtbaren Verhaltensweisen aus, wie etwa Starrwerden vor Schreck, Zittern oder Beben, panikartigem oder unruhigem Verhalten, Flucht- und Vermeidungsreaktionen.

Was unterscheidet normale von krankheitswertiger Angst und Furcht?

Krankhafte Angst und Furcht im Sinne einer *Angststörung*

- treten ohne reale Bedrohung auf,
- dauern auch nach der Beseitigung einer realen Gefahr an,
- treten unangemessen, zu stark und zu häufig auf,
- dauern zu lange an,
- gehen mit starken körperlichen Symptomen einher,
- sind mit belastenden Erwartungsängsten (»Angst vor der Angst«) verbunden,

- können hinsichtlich Auftreten und Dauer nicht kontrolliert werden,
- lassen sich auch durch bestimmte Erklärungs- und Bewältigungsstrategien nicht bedeutsam lindern,
- führen zu Flucht und Vermeidung von objektiv ungefährlichen Situationen,
- beeinträchtigen die allgemeine Lebensqualität und bewirken einen großen Leidenszustand,
- gefährden die Ausübung wichtiger Tätigkeiten in Beruf und Freizeit,
- schränken die schulische, berufliche, soziale und sonstige Funktionsfähigkeit erheblich ein.

Angst und Furcht, aber auch einzelne Panikattacken, wie sie bei jedem Gesunden auftreten können, machen erst dann krank, wenn man nicht mit ihnen umgehen kann. Panikattacken werden nur deshalb zu einer krankheitswertigen Störung, weil die Betroffenen die an sich harmlosen körperlichen Symptome als bedrohlich bewerten und falsche Problemlösungsversuche entwickeln.

Welche Arten von Phobien gibt es?

Das internationale Diagnoseschema ICD-10 unterscheidet zwei große Gruppen von krankhaften Ängsten: Phobien und sonstige Angststörungen. Die *sonstigen Angststörungen* bestehen aus der Panikstörung und der generalisierten Angststörung. Die *Phobien* umfassen drei Arten: soziale Phobie, Agoraphobie und spezifische Phobien.

Eine *soziale Phobie* ist eine krankheitswertige Angst, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer Menschen zu stehen, von diesen kritisiert und im schlimmsten Fall gar abgelehnt zu werden.

Die krankheitswertige Furcht vor bestimmten Orten und Umweltsituationen wird im ICD-10 durch zwei verschiedene Diagnosekategorien erfasst: Agoraphobie und spezifische Phobien.

Eine *Agoraphobie* ist eine krankheitswertige Furcht und Vermeidung in Bezug auf mehrere, mindestens jedoch zwei bestimmte Orte bzw. Situationen.

Eine *spezifische Phobie* ist eine krankheitswertige Furcht und Vermeidung in Bezug auf eine einzelne, spezifische Situation, die trotz Einsicht in die relative Gefährlosigkeit nicht überwindbar erscheint. Man unterscheidet *fünf Subtypen*:

- *Tier-Typ*: Furcht vor bestimmten Tieren, wie etwa Hunden, Pferden, Schlangen, Mäusen, Ratten, Schnecken, Spinnen, Käfern, Bienen oder Wespen (ohne allergische Reaktionsneigung der Betroffenen).

Entwicklungsgeschichtliche Komponenten (manche Tiere waren früher giftig oder gefährliche Krankheitsüberträger) sowie Ekelgefühle vor bestimmten Tieren, wie etwa Spinnen oder Ratten, können dabei eine Rolle spielen.

- *Umwelt- oder Naturgewalten-Typ*: Furcht vor Höhen, Tiefen, Stürmen, Donner, Blitz, Wasser, Feuer, Dunkelheit. Oft wirkt dabei eine entwicklungsgeschichtliche Komponente nach, die durch rationale Überlegungen und positive Erfahrungen mit der realen Welt nicht kompensierbar erscheint.
- *Blut-Spritzen-Verletzungs-Typ*: Furcht vor Blut, medizinischen Behandlungen und Umwelteinwirkungen, die buchstäblich »unter die Haut« gehen. Drei Viertel der Betroffenen haben in Zusammenhang mit derartigen Erfahrungen schon einmal eine Ohnmacht erlitten und vermeiden derartige Situationen aus Angst vor einer neuerlichen Ohnmacht.
- *Situativer Typ*: Furcht vor Fahrstühlen, Tunneln, Flugzeugen oder anderen engen, geschlossenen Räumen, wie etwa einem MRT-Gerät bei einem Radiologen oder einer Bräunungsliege in einem Solarium. Diese spezifische Phobie wurde früher als *Klaustrophobie* bezeichnet.
- *Anderer Typ*: die Furcht vor Ersticken, Erbrechen (Emetophobie) oder lauten Geräuschen.

Bei den meisten spezifischen Phobien führt die Furcht zur Vermeidung bestimmter Orte oder Situationen. So vermeiden Hundephobiker Orte mit Hunden und Spritzenphobiker medizinische Behandlungseinrichtungen, ähnlich wie Menschen mit der Furcht vor Dunkelheit die Wohnung in der Nacht nicht verlassen.

Die Unterscheidung zwischen *Agoraphobie* als Angst vor weiten Plätzen und *Klaustrophobie* als Angst vor engen Räumen ist wie gesagt überholt. Man unterscheidet heute zwischen multiplen und singulären situativen Phobien. Viele Menschen haben mehr als eine situationsbezogene Phobie und somit eine Agoraphobie. Schließlich geht es immer wieder um das gleiche Thema: »in der Falle sitzen«, nicht jederzeit fliehen können, wenn man sich unwohl fühlen sollte, auch wenn man vom Verstand her weiß, dass man keiner realen Gefahr ausgesetzt ist. Wer jedoch tatsächlich nur eine einzige situationsbezogene Phobie hat, etwa Flugangst oder eine Fahrstuhlphobie, leidet unter einer spezifischen Phobie, situativer Typ.

Agoraphobie – eine multiple Situationsphobie

Das Erscheinungsbild der Agoraphobie wurde erstmals im Jahr 1871 vom Berliner Nervenarzt Carl F. O. Westphal beschrieben, und zwar als Folge von Panikattacken und damit einhergehenden Erwartungsängsten (»Angst vor der Angst«). Als eigenständige Krankheitskategorie wurde die Agoraphobie erstmals im internationalen Diagnoseschema ICD-10 definiert, das 1992 auf Englisch veröffentlicht wurde und in Deutschland seit dem Jahr 2000 und in Österreich seit 2001 verbindlich ist. Bis dahin unterschied man nur sehr grob zwei Arten von Angsterkrankungen: Angstneurosen und Phobien (ohne nähere Differenzierung).

In den USA wurde die Agoraphobie erstmals im Jahr 1980 im amerikanischen psychiatrischen Diagnoseschema DSM-III beschrieben, und zwar nicht als eigenständige Störung, sondern als »Panikstörung mit Agoraphobie«. Seit den 1970er-Jahren wurde in den USA aufgrund bestimmter Forschungsbefunde (fälschlich) angenommen, dass es sich bei spontanen Panikattacken um eine psychologisch nicht beeinflussbare Störung im Hirnstoffwechsel handle, ähnlich wie bei der damals sogenannten »endogenen« Depression. Als Beweis wurde angeführt: Ein bestimmtes Antidepressivum zeigte bei Panikattacken eine positive Wirkung, während diese bei phobischen Erwartungsängsten ausblieb. Die Agoraphobie galt aufgrund dieser Sichtweise als sekundäre Störung und die Panikstörung als primäre psychische Störung.

Erst im neuesten amerikanischen psychiatrischen Diagnoseschema DSM-5, das im Jahr 2013 erschienen ist, haben sich die Amerikaner der internationalen Auffassung angeschlossen, dass eine Agoraphobie eine eigenständige Störung ist und nicht einfach nur eine reine Folgestörung einer Panikstörung. Schließlich gibt es auch zahlreiche Menschen mit einer ausgeprägten Agoraphobie, die vorher niemals Panikattacken gehabt haben. Während das ICD-10 zwischen zwei Subgruppen von Agoraphobie unterscheidet (mit und ohne Panikstörung), ist dies im DSM-5 nicht der Fall. Wenn die Kriterien für eine Agoraphobie und eine Panikstörung gegeben sind, müssen nach dem DSM-5 daher beide Diagnosen vergeben werden.

Der Fachausdruck *Agoraphobie* (auf Deutsch »Platzangst«) enthält das altgriechische Wort »agora«, das wörtlich übersetzt »Marktplatz« heißt, aber auch jeden anderen öffentlichen Platz bezeichnet. Eine Agoraphobie ist demnach nicht nur eine krankheitswertige Furcht vor großen, weiten Plätzen, sondern auch vor anderen allgemein zugänglichen Orten, somit auch vor Autobahnen, einsamen Waldwegen, öffentlichen Verkehrsmitteln

teln und Räumlichkeiten wie Kirchen, Kinos, Geschäften oder Veranstaltungssälen, die von allen Menschen betreten werden können. Agoraphobie kann man als *lebenseinschränkende Furcht vor draußen und drinnen* bezeichnen.

Agoraphobie aus internationaler Sicht

Nach dem *internationalen Diagnoseschema ICD-10* ist eine Agoraphobie definiert als deutliche und anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von mindestens zwei von vier Situationen:

- Menschenmengen,
- öffentliche Plätze,
- allein Reisen,
- Reisen, mit weiter Entfernung von zu Hause.

In diesen Situationen müssen mindestens einmal gleichzeitig mindestens zwei der folgenden Angstsymptome aufgetreten sein (davon eines der vegetativen Symptome 1.–4.):

Vegetative Symptome:

1. Herzrasen oder störendes Herzklopfen
2. Schweißausbrüche
3. fein- oder grobschlägiges Zittern
4. Mundtrockenheit

Symptome, die den Bereich von Brust und Oberbauch betreffen:

5. Atembeschwerden
6. Beklemmungsgefühl
7. Schmerzen oder Missempfindungen in der Brust
8. Übelkeit oder sonstige Magenbeschwerden

Psychische Symptome:

9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit
10. Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation), oder man fühlt sich selbst weit entfernt oder »nicht wirklich hier« (Depersonalisation)
11. Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder »auszufliegen«
12. Angst zu sterben (als Folge der als bedrohlich erlebten Symptome einer Panikattacke)