

Agoraphobie



Wir müssen immerfort Deiche des Mutes bauen gegen die Flut der Furcht.

(Martin Luther King)

Historische Aspekte der Agoraphobie

Agoraphobie (vom Griechischen "agora" = Marktplatz und "phobos" = Angst) heißt auf Deutsch "Platzangst". Der Begriff "Agoraphobie" wurde 1871 erstmals von dem deutschen Psychiater Westphal verwendet und verstanden als "Unmöglichkeit, durch bestimmte Straßen oder über bestimmte Plätze zu gehen oder die Gewissheit, dies nur unter Angst tun zu können".

Schon Westphal betonte folgende Aspekte der Agoraphobie:

- Die "Angst vor der Angst", d.h. die Erwartungsangst, stellt das zentrale Merkmal der Agoraphobie dar. Von einem der drei geschilderten Patienten heißt es: "Was ihm Angst mache, davon hat er selbst keine Vorstellung, es ist gleichsam die Angst vor der Angst."
- Bei agoraphobischen Zuständen handelt es sich oft um plötzlich auftretende Angstzustände mit Herzklopfen, Schwindel, Ohnmachtsgefühlen, Todesangst, "Furcht vor dem Irrewerden" und der Angst, die Kontrolle zu verlieren. Es wird somit bereits die Agoraphobie mit Panikstörung beschrieben ("Die Angst ist da, von selbst, ein plötzlich auftretendes Etwas").
- Die Angstgefühle verschwinden in Begleitung einer bekannten Person.

Westphal liefert die erste Falldarstellung einer Agoraphobie:

"Der Patient beklagt sich, dass es ihm unmöglich sei, über freie Plätze zu gehen. Es überfällt ihn bei dem Versuch dazu sofort ein Angstgefühl, dessen Sitz er auf Befragen mehr im Kopfe als in der Herzgegend angibt, indes ist auch oft Herzklopfen dabei. In Berlin ist ihm der Dönhofsplatz mit am unangenehmsten; versucht er, denselben zu überschreiten, so hat er das Gefühl, als ob die Entfernung sehr groß, meilenweit sei, er nie hinüber kommen könne, und damit verbindet sich das erwähnte, oft von allgemeinem Zittern begleitete Angstgefühl... Dasselbe Angstgefühl überfällt ihn, wenn er genötigt ist, an Mauern und langgestreckten Gebäuden entlang oder durch Straßen zu gehen, wenn die Verkaufsläden - wie an Sonn- und Feiertagen oder in später Abend- und Nachtstunde - geschlossen sind. In später Abendstunde - er ißt gewöhnlich abends in Restaurationen - hilft er sich in Berlin in eigentümlicher Weise; entweder wartet er, bis er eine andere Person die Richtung nach seiner Wohnung einschlagen sieht und folgt dicht hinter derselben, oder er macht sich an eine Dame der ‚Halbwelt‘, lässt sich in ein Gespräch mit ihr ein und nimmt sie so eine Strecke mit, bis er eine andere ähnliche

Gelegenheit findet und so allmählich seine Wohnung erreicht."

Die Agoraphobie wurde unter der Bezeichnung "Platzangst" 1887 von Kraepelin, dem damals bedeutendsten deutschen Psychiater, in die psychiatrische Krankheitslehre eingeführt.

Bereits Freud wies auf die Agoraphobie-Entstehung als Folge von Panikattacken hin:

"In Wirklichkeit ist das, was der Kranke befürchtet, das Ereignis eines solchen Anfalls unter solchen speziellen Bedingungen, dass er glaubt, ihm nicht entkommen zu können."

Symptomatik der Agoraphobie

Als Agoraphobie bezeichnet man nicht nur alle Ängste vor offenen Plätzen, sondern auch alle Ängste vor öffentlichen Orten, Situationen und Menschenansammlungen, wo beim plötzlichen Auftreten einer unerwarteten oder durch die Situation ausgelösten Panikattacke oder ähnlichen, mildereren Symptomen (Schwindel, Ohnmachtsangst, Herzrasen, Schwitzen, Verlust der Blasen-/Darmkontrolle usw.) eine Flucht schwierig oder peinlich wäre oder aber keine Hilfe verfügbar wäre. Besonders angstmachend ist die Vorstellung, die Kontrolle über sich und die Körperreaktionen zu verlieren, in der Öffentlichkeit umzufallen und hilflos liegen zu bleiben oder der Reaktion der Umwelt ausgeliefert zu sein bzw. "durchzudrehen und verrückt zu werden".

Phobische Situationen werden konsequent gemieden, wenn kein Fluchtweg in Aussicht ist, oder können nur unter großer Angst und Belastung durchgestanden werden. Manche Agoraphobiker erleben aktuell wenig Angst, weil es ihnen gelingt, den gefürchteten Situationen auszuweichen. Als Folge der Angst bestehen entweder Einschränkungen der Bewegungsfreiheit, vor allem beim Reisen, die Notwendigkeit einer Begleitperson außerhalb der Wohnung, oder die phobischen Situationen können nur unter intensiver Angst durchgestanden werden.

Das ausgeprägte Vermeidungsverhalten führt oft zu einem totalen Rückzug in die eigene Wohnung und damit zur sozialen Isolierung. Doch auch zu Hause kann das Gefühl der Sicherheit verloren gehen durch die Angst vor dem Alleinsein, wo die beschützende Wirkung vertrauter Personen fehlt.

Nach dem internationalen Diagnoseschema (ICD-10) ist eine Agoraphobie eine deutliche und anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von mindestens zwei von vier Symptomen:

- 1. Menschenmengen,*
- 2. öffentliche Plätze,*
- 3. allein Reisen,*
- 4. Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause.*

Dabei treten mindestens zwei der 14 für eine Panikattacke relevanten Angstsymptome auf (siehe Definition der Panikattacke im Kapitel "Panikattacken-Panikstörung").

Das Fehlen eines nutzbaren Fluchtweges ist ein Schlüsselsymptom.

Das amerikanische psychiatrische Diagnoseschema DSM-IV erstellt folgende diagnostische Kriterien für eine Agoraphobie:

A. Angst, an Orten zu sein, von denen eine Flucht schwierig (oder peinlich) sein könnte oder wo im Falle einer unerwarteten oder durch die Situation begünstigten Panikattacke oder panikartiger Symptome Hilfe nicht erreichbar sein könnte. Agoraphobische Ängste beziehen sich typischerweise auf charakteristische Muster von Situationen: z.B. alleine außer Haus zu sein, in einer Menschenmenge zu sein, in einer Schlange zu stehen, auf einer Brücke zu sein, Reisen im Bus, Zug oder Auto...

B. Die Situationen werden vermieden (z.B. das Reisen wird eingeschränkt), oder sie werden nur mit deutlichem Unbehagen oder mit Angst vor dem Auftreten einer Panikattacke oder panikähnlicher Symptome durchgestanden bzw. können nur in Begleitung aufgesucht werden.

C. Die Angst oder das phobische Vermeidungsverhalten werden nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt, wie Soziale Phobie (z.B. die Vermeidung ist aus Angst vor Peinlichkeit auf soziale Situationen beschränkt), Spezifische Phobie (z.B. die Vermeidung ist beschränkt auf einzelne Situationen, wie z.B. Fahrstuhl), Zwangsstörung (z.B. Vermeidung von Schmutz aus zwanghafter Angst vor Kontamination), Posttraumatische Belastungsstörung (z.B. Vermeidung von Reizen, die mit einer schweren belastenden Situation assoziiert sind), oder Störung mit Trennungsangst (z.B. es wird vermieden, das Zuhause oder die Angehörigen zu verlassen). Im Gegensatz zum ICD-10 ist im DSM-IV eine Agoraphobie allein keine codierbare Störung. Es muss stets Bezug genommen werden zum Fehlen oder Vorhandensein von Panikattacken. Es handelt sich entweder um eine Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte oder um eine Panikstörung mit Agoraphobie.

Das DSM-IV nennt folgende Kriterien für eine Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte:

A. Es liegt eine Agoraphobie ... vor, die sich auf die Angst vor dem Auftreten panikähnlicher Symptome bezieht (z.B. Benommenheit oder Durchfall).

B. Die Kriterien für eine Panikstörung ... waren nie erfüllt...Agoraphobie bezeichnet eine Gruppe von Ängsten ("multiple Situationsphobien"), die dann auftreten, wenn man die gewohnte oder schützende Umgebung verlässt (eigene Wohnung, bekannte und sichere Gegend, Zusammensein mit Personen des besonderen Vertrauens). Die frühere Gegenüberstellung von Agoraphobie (Angst vor offenen Plätzen) und Klaustrophobie (Angst vor geschlossenen Räumen) ist als überholt anzusehen.

Gemieden oder nur mit Unbehagen ertragen werden folgende Situationen, vor allem wenn diese ohne beschützende Begleitperson aufgesucht werden müssen:

- Aufenthalt im Freien unter vielen Menschen oder bei fehlender Fluchtmöglichkeit: öffentliche Plätze überqueren, unbekannte Stadtteile aufsuchen, in überfüllten Fußgängerzonen bummeln, Gartenfeste, Volksfeste oder Messen besuchen, in einem Verkehrsstau stecken, mit dem Fahrrad in freier Landschaft fahren, mit dem Auto bei Nebel (d.h. ohne Sicht) fahren, durch einen längeren Tunnel fahren, mit dem Boot einen tiefen See überqueren, durch einen Badensee schwimmen, über eine Brücke gehen, einen Berg besteigen, durch einen Wald gehen.
- Außerhäusliche Aktivitäten jeder Art, insbesondere berufliche oder private Reisen über die Stadt-, Bezirks-, Landes- oder Staatsgrenzen hinaus, Reisen in unbekannte Gegenden, und zwar je weiter die Entfernung von zu Hause ist.
- Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Züge, Busse, Straßenbahnen, U-Bahnen, Flugzeuge, Schiffe, Sessellifte, Aufzüge, Rolltreppen) oder des eigenen Autos, besonders über längere Strecken.
- Aufenthalt in öffentlichen bzw. halb öffentlichen Räumen, besonders wenn diese überfüllt sind: Geschäfte, Kirchen, Kinos, Museen, Theater, Konzertsaal, Banken, Behörden, Krankenhäuser, Wartezimmer bei Ärzten, Gaststätten, Cafés, Diskotheken, Kantine, Mensa, öffentliche Toiletten, Friedhöfe, Friseursalons, Umkleieräume in Kleidergeschäften, Schlange stehen in Geschäften und bei Behörden, Sauna, Hallen- oder Freiluftbäder, Arbeit in großen Büros, Hörsäle auf der Universität, Besuch von Elternsprechtagen in der Schule, Teilnahme bei Betriebsversammlungen, Sportveranstaltungen oder großen Feiern.
- Aufenthalt in engen, hohen, geschlossenen oder dunklen Räumen: Lifte, Räume ohne Fenster, geschlossene Toiletten oder Badezimmer, Diskotheken, Turnsäle, Kellerräume, Höhlen, unterirdische Gänge, Tunnelgänge, Bogengänge (Arkaden), Durchgänge und Passagen, Hochhausräume, Kirchtürme, Fernsehtürme, Treibhäuser, Ringelspielgeräte, dunkle Schlafzimmer, Einmannzelt, Aufenthalt allein mitten in einem großen Raum.
- Vereinbarung und Einhaltung von Treffen mit anderen Leuten unter "unsicheren" Bedingungen.

Viele Agoraphobiker können zahlreiche der genannten Situationen aufsuchen, wenn sie dies plötzlich und vorher nicht lange geplant tun müssen. Wenn die betreffenden Aktivitäten jedoch bereits seit Tagen feststehen, werden die Erwartungsängste oft derart groß, dass eine Bewältigung unmöglich wird. Dennoch zwingt die Angst vor der Angst viele Betroffene dazu, zahlreiche Aktivitäten (Ausflug, Theaterbesuch usw.) schon lange im voraus detailliert zu planen. Gefährvolle Vorstellungen, Grübeleien und Nervosität (Aufgeregtheit und körperliche Angespanntheit) bestimmen die Zeit bis zum geplanten Ereignis. Die Erwartungsangst ist meistens viel schwerer zu bewältigen als das tatsächliche Ereignis, das dann durchaus als angenehm erlebt werden kann. Diese Erfahrung verhindert jedoch nicht, dass die Betroffenen vor der nächsten ähnlichen Situation wiederum beunruhigt und besorgt sind.

Wichtigste Auslöser für agoraphobische Ängste sind die Entfernung von "sicheren" Orten und das Fehlen eines Fluchtwegs. Es besteht ein subjektives Gefühl der Einengung der Bewegungsfreiheit ("in der Falle sitzen") sowie eine starke Angst, anderen Menschen

ausgeliefert zu sein. Dies erklärt folgende Verhaltensweisen:

- Verkehrsmittel, Lokale, Kinos und verschiedene Säle können betreten werden, jedoch nur dann, wenn der Aufenthalt in der Nähe der Tür möglich ist, um jederzeit fliehen zu können.
- Fahrten mit dem Regionalzug können durchgeführt werden, nicht jedoch mit dem Schnellzug, der nur selten stehen bleibt.
- Fahrten in Zügen mit Abteils sind möglich, nicht jedoch in Großraumwaggons unter vielen Leuten.
Öffentliche Verkehrsmittel können nicht benutzt werden, sehr wohl jedoch das eigene Auto, das Schutz und Freiheit gewährt.
- Beim Autofahren ist das Sitzen vorne problemlos möglich, nicht jedoch hinten, wenn es sich um ein zweitüriges Auto handelt.
- Selbst mit dem Auto zu fahren, ist leicht möglich, als Beifahrer mitzufahren, dagegen nur erschwert möglich (wegen des Gefühls, dem anderen ausgeliefert zu sein, bzw. wegen der ständigen Gedanken an mögliche Gefahren statt der Beobachtung des aktuellen Verkehrsgeschehens, wie dies bei Fahrten als Lenker der Fall ist).
- Autofahren ist grundsätzlich möglich, nicht jedoch in folgenden Situationen: auf der Autobahn, wo Stehen bleiben, Umdrehen und rasches Abfahren ausgeschlossen ist; durch einen Tunnel, der bei Gefahr kein Entkommen erlaubt; in einer Autokolonne, wo die hilflose Eingeengtetheit gefürchtet wird (insbesondere bei einem Stau).
- Weite Reisen können trotz Beschwerlichkeit mit dem Auto oder mit der Bahn durchgeführt werden, nicht jedoch mit dem Flugzeug, das keinen Ausstieg erlaubt.
- Die Reise in die Ferne ist aufgrund von Erwartungsängsten belastender als die Rückkehr in die Sicherheit gebende Heimat.
- Man kann wohl Räume und Geschäfte betreten, nicht jedoch beim Friseur oder beim Zahnarzt Platz nehmen, weil Flucht nicht jederzeit möglich ist.
- Man kann wohl in Geschäfte einkaufen gehen, jedoch nur dann, wenn wenig Leute drinnen sind und keine Schlange bei der Kasse zu erwarten ist.
- Man kann wohl in ein Selbstbedienungsrestaurant gehen, wo das Essen sofort eingenommen werden kann, nicht jedoch in ein exklusives Restaurant, wo man vielleicht lange auf das bestellte Essen warten muss.
- Man kann wohl ein Restaurant zu ebener Erde besuchen, nicht jedoch unter der Erde oder in einem höheren Stockwerk.
- Man kann wohl in einem Wohnblock unter vielen Menschen wohnen, jedoch nur im Erdgeschoss, weil man bei Gefahr keinen Lift benötigt und rasch das Haus verlassen kann.
- Man fürchtet einerseits den Aufenthalt unter fremden Menschen, spricht jedoch andererseits bei beginnender Panik dieselben Menschen an, um sich entweder abzulenken, sich nicht allein zu fühlen oder sich deren Hilfe für den Notfall zu sichern.
- Man kann zu Hause nur mit der Badehose baden oder duschen, damit man im Falle einer Panikattacke nicht nackt aus dem Bad oder aus der Wohnung laufen muss.

Agoraphobien können mit oder ohne Panikstörung auftreten. Eine Panikattacke in einer eindeutig phobischen Situation macht noch keine Panikstörung aus, sondern zeigt den Schweregrad einer Phobie an. Im klinischen Bereich weisen die meisten Agoraphobiker auch Panikattacken auf, während diese Kombination in großen Untersuchungen der Durchschnittsbevölkerung nur bei etwa der Hälfte der Agoraphobiker gegeben war (ein Teil davon hat jedoch laut Nachuntersuchungen eher eine spezifische Phobie als eine Agoraphobie). Rückfälle bei Agoraphobie hängen häufig mit dem Auftreten von einer oder mehreren erneuten Panikattacken zusammen.

Belastend ist auch der Umstand, dass die agoraphobische Symptomatik oft schwankend ist, ohne dass die Betroffenen einen roten Faden erkennen können. Einmal sind dieselben Situationen leichter, einmal schwerer zu bewältigen, je nachdem, ob es sich um einen "guten" oder "schlechten" Tag handelt. Diese Schwankungen sind eine Quelle der Unsicherheit, Unvorhersagbarkeit und Hilflosigkeit vieler agoraphobischer Patienten.

Die Diagnose einer phobischen Störung kann selbst Fachleuten dann schwer fallen, wenn z.B. Agoraphobiker primär von Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch oder von depressiven Symptomen berichten (besonders nach langer primär phobischer Symptomatik), weil sie wenig Angst erleben infolge der Vermeidung der phobischen Situationen und der Überlagerung durch die genannten Symptome. Das Erleben verstärkter Ängste im Rahmen einer Konfrontationstherapie ist in diesem Sinn positiv zu bewerten.

Mit vielen Tricks durch den Alltag

Agoraphobiker wenden eine Fülle von Tricks an, die der Umwelt gar nicht auffallen, um das Leben bewältigen zu können. Auf diese Weise können Agoraphobiker ihre Beeinträchtigung oft jahrelang verbergen.

Heiße oder schwüle Witterungsbedingungen sind für viele agoraphobische Patienten belastender als für andere Menschen. Mit der Begründung körperlicher Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen, Kreislaufprobleme, Übelkeit) wird daher zu diesen Zeiten das Haus oft gar nicht verlassen.

Die erste Panikattacke tritt viel eher im Sommer als im Winter auf, wie eine Untersuchung in Australien ergab (bei 57% im Sommer, nur bei 11% im Winter). Nach einer englischen Studie verschlechterte sich bei 35% der Patienten die Agoraphobie, wenn es draußen heiß war. Viele Agoraphobiker vermeiden daher überhitzte Räume und Einkaufszentren und bevorzugen lieber kühlere Temperaturen. Helles Sonnenlicht, Neonlicht und flackernde Leuchtreklamen stellen oft belastende Reizsituationen dar, weshalb manche Angstpatienten gerne Sonnenbrillen oder dunkle Gläser tragen.

Als Folge der Atemnot bei einer Panikattacke bzw. einer erhöhten CO₂-Sensibilität achten viele Patienten darauf, zur Sicherung der Zufuhr frischer Luft stets das Fenster im Büro sowie im Wohn- und Schlafzimmer geöffnet zu haben. Verschiedene Agoraphobiker schlafen selbst im Winter bei offenem Fenster in einem eiskalten Zimmer. Das Verlassen eines Raumes bei agoraphobischer Angst dient oft nur dem "Luftschnappen", obwohl es vielleicht mit dem Besuch der Toilette oder mit dem Rauchen auf dem Gang begründet wird. Es kann auch sein, dass der Bedarf an Frischluft offen zugegeben wird, jedoch mit einer asthmatischen Reaktionsbereitschaft begründet wird. Aus Angst vor zuwenig frischer Luft bzw. aus Angst vor

geschlossenen Fenstern und Türen kann oft auch kein vollbesetzter Kino-, Konzert- oder Gasthaussaal betreten werden.

Agoraphobische Frauen können sehr gastfreundlich wirken, während sie nur deshalb immer wieder Leute einladen, weil sie nicht allein sein können. Wenn der Partner aus beruflichen Gründen einen Auslandsaufenthalt antreten muss, werden z.B. Kinder aus der Verwandtschaft zum Übernachten eingeladen, ohne dass die Betroffenen etwas von ihrer Beschützerfunktion erkennen. Eine agoraphobische Mutter kann ihr Kind unter verschiedenen Vorwänden sogar von der Schulpflicht abhalten, um der Einsamkeit zu entkommen, oder könnte ihr Kind wohl in die Schule bringen, danach aber nicht mehr alleine nach Hause fahren, so dass jemand anderer diese Aufgabe übernehmen muss.

Bestimmte Sicherheitssignale reduzieren die Angst, ihr Fehlen kann bereits Angst auslösen. Sicherheit gibt die Anwesenheit anderer Personen: der Partner oder ein Elternteil an der Seite, das Kind an der Hand, Bekannte in erreichbarer Nähe. Selbst der Hund an der Leine vermittelt schon das Gefühl, im Ernstfall nicht ganz alleine zu sein. Angstabbauend wirkt auch die Mitnahme eines Beruhigungsmittels, eines Handys oder eines Wasserfläschchens (Trinken beseitigt Mundtrockenheit, Übelkeit oder ein Engegefühl in der Kehle), etwas zum Festhalten (Spazierstock, Regenschirm, Kinderwagen, Fahrrad), die räumliche Nähe eines Krankenhauses oder einer Arztpraxis, die Telefonnummer des nächsten diensthabenden Arztes am Wochenende oder das Wissen um die ständige Erreichbarkeit bestimmter Angehöriger zumindest über das Telefon. Das Wissen, dass der Hausarzt auf Urlaub gehen wird, kann so beunruhigend wirken, dass umfangreiche Vorsorgemaßnahmen getroffen werden müssen.

Die häufige Angst, beim Gehen umzufallen, wird schon reduziert durch die Nähe einer Hausmauer, die bei Bedarf einen Halt gewährt. Dies ist der Grund, warum enge Gassen oft eher gemocht werden als weite Straßen und offene Plätze. Menschen mit Agoraphobie fühlen sich oft schwindlig und unsicher auf den Beinen, der Boden scheint zu wanken und nicht ausreichend stabil zu sein. Man hat den Eindruck, auf Wolle zu gehen oder zu schweben, ohne sichere Bodenhaftung. Viele Betroffene haben die Befürchtung, nach dem Umfallen hilflos auf dem Boden liegen bleiben zu müssen, nicht selbst aufstehen zu können und auf die Hilfe anderer angewiesen zu sein, die im Bedarfsfall vielleicht nicht einmal erfolgt.

Besonders demütigend und erniedrigend wirkt die Vorstellung, den Blicken einer gaffenden Menge ausgesetzt zu sein, während man regungslos auf dem Boden liegt.

Agoraphobiker befinden sich häufig in einem Dilemma: einerseits leben sie in starker Abhängigkeit von anderen, andererseits fürchten sie nichts so sehr wie gerade dies.

Beruhigungsmittel (Tranquilizer) werden oft wie ein magischer Talisman mitgeführt, obwohl man aus Angst vor Abhängigkeit derartige Medikamente überhaupt nicht einnehmen möchte. Dabei reichen häufig nicht 1-3 Tabletten, sondern es muss gleich die halbe Packung in einer Tasche griffbereit sein, vielleicht auch noch ein anderes Medikament. Bei Einnahme von Tranquilizern wirken diese nach Meinung der Betroffenen oft sofort, obwohl die volle Wirksamkeit erst nach 30-60 Minuten erreicht wird.

Die Medikamentenwirkung beruht häufig auf einem Placeboeffekt, so dass es für viele Agoraphobiker eigentlich egal ist, was sie einnehmen. Hauptsache ist, dass bei Bedarf etwas geschluckt werden kann, und wenn es sich dabei nur um Kreislauftropfen, Baldrianpillen oder ein stärkendes Getränk handelt.

In Zeiten des Misstrauens gegen Psychopharmaka erfüllen sog. "natürliche" Mittel oft denselben Effekt. Beliebt sind auch Kaugummi-Kauen und Bonbon-Lutschen, um einen trockenen Mund und damit Schluckbeschwerden zu verhindern. Vertrauen in unsicheren Situationen schaffen jedenfalls nur fremde Mittel und nicht die eigenen Bemühungen. Die Entdeckung, die hilfreichen Tabletten vergessen zu haben, kann bereits Panik auslösen, obwohl vorher kein Grund dazu bestand. Auch Jahre nach der Überwindung der lebenseneingenden Agoraphobie gehen viele Betroffene sicherheitshalber nur mit Tabletten in der Hand- oder Aktentasche von zu Hause fort.

Eine 19jährige Patientin mit Panikstörung und Agoraphobie ließ sich von ihrem Freund zur ersten Therapiestunde bei mir begleiten, ohne dass er selbst an der Therapie teilnehmen sollte - eine vielen Psychotherapeuten recht bekannte Situation. Die Patientin erklärte, sie leide schon seit 4 Jahren unter Panikattacken. Diese hätten begonnen, als sie mit 15 Jahren in eine familieneigene Garçonniere gezogen sei, weil sie die ständigen Streitereien der Eltern satt gehabt habe. Es wurde deutlich, dass sie, die recht Vater-bezogen gelebt hatte, das Alleinsein nicht ertragen konnte. Eine frühere Familientherapie sowie das Erlernen des autogenen Trainings hatten nicht den gewünschten Erfolg gebracht. Eigentlich konnte sie sich nicht vorstellen, wie eine im Vergleich zu einer Psychoanalyse von ihr als recht oberflächlich beurteilte Verhaltenstherapie ihre mehrjährige Störung wirksam beseitigen könnte. Ich schätzte die Patientin in der ersten Stunde so ein, dass sie zu keiner längeren Therapie kommen würde, und unternahm daher ein etwas gewagtes Experiment. Ich erzählte ihr, dass ich ein Geheimnis von ihr wüsste, das nicht einmal ihrem Freund bekannt sei. Die Patientin war sehr verwundert und wollte es wissen. Ich gab ihr zu verstehen, dass ich es ihr erst in der zweiten Therapiestunde mitteilen könnte, wenn sie dazu allein, ohne Freund, komme. Die Patientin wies darauf hin, dass sie nicht allein mit Straßenbahn und Bus unterwegs sein könne und daher in diesem Fall nicht zur Therapiestunde erscheinen könnte. Ich bestand auf meinem Vorgehen, die Patientin war derart neugierig, dass sie zur nächsten Stunde tatsächlich allein kam. Sie war darüber selbst sehr verwundert und meinte, dass es wohl das Geheimnis sei, man müsse sich nur anstrengen, dann könne man auch die größten Ängste überwinden. Ich bestärkte sie in dieser Erkenntnis, gab ihr allerdings zu verstehen, dass dies nicht das gemeinte Geheimnis sei. Ich fragte sie, ob sie bereit sei, ihre Handtasche auf der Stelle umzudrehen und zu öffnen, so dass alles herausfalle, was drinnen sei. Die Patientin wollte dies anfangs nicht tun, war dann aber doch dazu bereit. Auf dem Tisch lagen neben den üblichen Utensilien Tablettenpackungen mit insgesamt 136 Stück von 8 verschiedenen Sorten (mehrheitlich Tranquilizer). Das war das Geheimnis: so viele Tabletten benötigte sie, um ohne Freund zu mir zu kommen, d.h. in bestimmten Situationen ist der Freund durch Medikamente ersetzbar. Ich bat sie, bis zum nächsten Mal nur so viele Medikamente nach Hause mitzunehmen, wie sie benötigte. Sie nahm 40 Stück von 4 verschiedenen Sorten mit. Und dies, obwohl sie aus Angst vor Abhängigkeit keine Beruhigungsmittel einnahm.

Auslösefaktoren einer Agoraphobie

Auslöser von Agoraphobien sind in der Regel länger dauernde belastende oder traumatische Stresszustände, die oft zur ersten Panikattacke führen, in deren Folge häufig eine Agoraphobie auftritt. Agoraphobiker unterscheiden sich von anderen Personen weniger durch die Art der ersten Reaktion auf eine real belastende Lebenssituation als vielmehr durch den Umstand, dass diese Reaktion beibehalten bzw. situationsunangemessen generalisiert wird.

Bei näherer Betrachtung ist zumindest für einen Psychotherapeuten oft bald erkennbar, dass das Schicksal einer Panikattacke mit einer daraus resultierenden Agoraphobie trotz der Belastung einem sinnvollen Zweck dienen kann, nämlich einem ersten, wenngleich auf Dauer ungenügenden Lösungsversuch einer vorhandenen Konfliktsituation.

Einige Beispiele sollen die Entwicklung einer Agoraphobie verdeutlichen, die meistens mit einer Panikattacke oder panikähnlichen Erfahrung beginnt und im Laufe der Zeit durch die Erwartungsängste zu einer immer größeren Einschränkung des Bewegungsspielraums führt.

Ein Mann ist durch einen relativ harmlosen Autounfall während eines Außendienstes schwer geschockt. Innerhalb von zwei Wochen entwickelt er eine typisch agoraphobische Vermeidungshaltung. Er kann über Monate kein Auto oder öffentliches Verkehrsmittel benutzen und damit auch seinen Beruf nicht ausüben. Im Freizeitbereich kann er seine Funktion als Fußballtrainer nicht mehr wahrnehmen, weil er weder zum Training noch zu den Spielen in verschiedene Städte fahren kann. Seinen Bekannten erzählt er nichts von seinen Ängsten, sondern gibt als Grund für sein Verhalten Kopf- und Rückenschmerzen infolge des Unfalls an. Rückblickend gesehen war er schon seit langem durch seine zahlreichen Aktivitäten überfordert.

Ein höherer Angestellter, der früher jahrelang Alkoholmissbrauch betrieben und in diesem Zusammenhang auch die Gattin durch Scheidung verloren hatte, bekommt nach anfänglich gutem Verlauf seiner neuen Partnerschaft die Angst, seine Freundin könnte ihn verlassen, weil er beruflich ständig im Ausland unterwegs ist. Bei einem Flug nach Asien erlebt er eine Panikattacke, so dass er nach der Landung sofort nach Hause zurückkehrt, um sich stationär durchuntersuchen zu lassen. Aufgrund seiner Erwartungsängste vor einer weiteren Panikattacke kann er keine Auslandstätigkeiten mehr übernehmen, was der Freundin anfangs durchaus recht ist. Als er aus gleichem Grund auch keine Urlaubsreisen mehr antreten kann und ein bereits gebuchter Flug deshalb kostspielig storniert werden muss, gerät die Partnerschaft neuerlich in die Krise, weil er zu wenig mit seiner Partnerin unternehmen kann. Innerhalb eines Monats entwickelt er eine ausgeprägte Agoraphobie, so dass er im Gegensatz zu früher vieles nicht mehr allein unternehmen kann. Er ist nur beruhigt, wenn er seine Freundin in der Nähe weiß. Die Trennungsgefahr ist vorläufig gebannt, weil ihn die Partnerin als krank akzeptiert.

Ein Jugendlicher im Alter von 17 Jahren lebt in ständigem Streit mit den Eltern, weil er nach mehreren selbstverschuldeten Arbeitsplatzverlusten noch immer keiner geregelten Arbeit nachgeht und auch im Haushalt nicht mithilft. Nach einer heftigen Auseinandersetzung muss er schließlich ausziehen und in einem Untermietzimmer wohnen, das vorläufig seine Eltern bezahlen. Er geht dann abends oft fort und nimmt an Rave-Partys teil, wo er mehrfach die aufputschende Droge Ecstasy einnimmt. Nach dem dritten Gebrauch bekommt er auf dem

Heimweg plötzlich eine Panikattacke, so dass er nicht mehr alleine in seinem Zimmer leben kann und auch nicht mehr fähig ist, eine Arbeit zu suchen. Er zieht sich bald auch von seinem früheren Bekanntenkreis zurück, weil er wegen seiner Erwartungsängste keine Lokale mehr aufsuchen kann und auch an den üblichen Aktivitäten Jugendlicher nicht mehr teilnehmen kann. Wohl oder übel nehmen ihn seine Eltern in ihrem Haus wieder auf unter der Bedingung, dass er sich behandeln lässt.

Eine hochschwangere Frau mit einer konfliktreichen Partnerschaft fällt bei sommerlicher Hitze auf der Straße beinahe ohnmächtig um, er fängt sich jedoch gerade noch rechtzeitig. Einige Monate später fährt diese Frau mit dem Kinderwagen an derselben Stelle vorbei, erinnert sich an das frühere Ereignis und kann plötzlich aus Angst umzufallen nicht mehr allein mit dem Kind unterwegs sein.

Eine junge Mutter geht an einem heißen Sommertag mit ihrem fünfjährigen Sohn, der schon recht unruhig und lästig wird, eine dichtbevölkerte Einkaufsstraße entlang, als ihr plötzlich schwindlig und übel wird. Sie bekommt Herzrasen und Ohnmachtsangst, was sich einige Zeit später, als sie in derselben Straße allein unterwegs ist, in ähnlicher Weise wiederholt, so dass sie ohne Begleitung einer anderen Person nicht mehr das Haus zu verlassen wagt.

Eine Frau möchte die ungeliebten Schwiegereltern nicht jedes Wochenende zusammen mit dem noch recht mutterabhängigen Gatten besuchen, was zu ständigen Ehestreitigkeiten führt. Dieser unlösbare Konflikt findet nach einem Monat ein plötzliches Ende, weil die Frau nach einer Panikattacke in einem überfüllten Restaurant, die sich einige Zeit später beim Friseur wiederholt, das Haus überhaupt nicht mehr verlassen kann (und damit auch nicht mehr die Schwiegereltern zu besuchen braucht, was vorerst von keinem der beiden Partner bewusst wahrgenommen wird).

Eine 20jährige, ehrgeizige Studentin möchte eine Prüfung bestehen, bei der erfahrungsgemäß zwei Drittel durchfallen. Sie hat die letzte Nacht wenig geschlafen und am Morgen wegen der Aufregung nichts gegessen. Auf dem Weg zur Universität bekommt sie plötzlich in einer überfüllten Straßenbahn eine Panikattacke, so dass sie unverzüglich zum Arzt geht, der sie zur Durchuntersuchung in ein Krankenhaus einweist. Außer dem ohnehin bereits bekannten niedrigen Blutdruck wird dort nichts Auffälliges gefunden, so dass sie nach drei Tagen wieder entlassen wird. Zwei Monate später bekommt sie während einer Vorlesung eine neuerliche Panikattacke, die dazu führt, dass sie das Studium für einige Monate unterbricht, weil sie weder eine Straßenbahn benutzen noch in einem Hörsaal sitzen kann.

Eine Frau denkt nach siebenjähriger Ehe an Scheidung, weil sie sich von ihrem Gatten vernachlässigt fühlt. Sie erlebt, dass sie mit anderen Menschen besser über persönliche Dinge reden kann als mit ihrem Partner, und geht daher öfter als früher zusammen mit Freundinnen abends fort, weil der Partner aus beruflichen Gründen abends ebenfalls oft nicht zu Hause ist. Nach einiger Zeit bekommt sie plötzlich in einem Lokal eine Panikattacke, wodurch sie so verängstigt ist, dass sie ohne ihren Gatten nicht mehr fortzugehen wagt und ihre Scheidungsgedanken aufgibt, weil sie nicht allein leben kann. Sie ist innerhalb der nächsten Wochen wegen einer sich entwickelnden Agoraphobie nicht einmal fähig, den Arbeitsplatz aufzusuchen, was die Voraussetzung dafür wäre, sich allein erhalten zu können.

Eine früher beruflich recht erfolgreiche Frau hat zugunsten der optimalen Erziehung ihrer beiden Kinder (5 und 7 Jahre alt) auf die weitere Berufstätigkeit verzichtet. Dennoch fühlt sie sich zu Hause in zunehmendem Ausmaß unerfüllt und überlegt, eine Halbtagsarbeit anzunehmen. Der Gatte ist dagegen, sie hat auch Bedenken, ob sie Beruf, Haushalt und Kindererziehung erfolgreich verbinden kann. Die Sache ist entschieden, als sie nach einer Panikattacke in einem Bus, die sich drei Wochen später in einer überfüllten Straßenbahn wiederholt, kein öffentliches Verkehrsmittel mehr besteigen und infolgedessen auch zu keinem Arbeitsplatz in der 10 km entfernten Stadt fahren kann. Sie hat sogar Schwierigkeiten, ihre Kinder mit einem öffentlichen Verkehrsmittel in den Kindergarten bzw. in die 1. Klasse der Volksschule zu bringen.

Eine geschiedene Frau, die ihre drei Kinder ohne Unterstützung durch einen Partner erziehen muss, steht nach einem anstrengenden Arbeitstag noch unter dem Druck, vor Geschäftsschluss die nötigen Einkäufe zu erledigen. Im Supermarkt bekommt sie in der Warteschlange bei der Kassa plötzlich eine Panikattacke, die von den Umstehenden registriert wird. Sie möchte am liebsten davonlaufen, kann aber nicht, weil sie die Lebensmittel im Einkaufswagen für das Abendessen benötigt. Von da an kann sie nicht mehr einkaufen gehen, so dass ihr die größere Tochter diese Arbeit abnehmen muss.

Eine Frau entwickelt nach einer längeren familiären Belastungssituation zuerst eine Panikattacke im Bus zur Arbeit und anschließend eine ausgeprägte Agoraphobie. Sie ist betroffen durch die Krebserkrankung ihrer Mutter vor einem Jahr, überfordert durch die Betreuung eines leicht behinderten Kindes und verärgert über die häufige Abwesenheit ihres Gatten aus sportlichen Gründen (im Sommer Fußballtrainer, im Winter extreme Schitouren mit Arbeitskollegen, was ihr zusätzlich Angst und Unruhe bereitet). Im Laufe der Zeit kann sie bald nichts mehr allein unternehmen aus Angst vor einer Panikattacke. Die Berufstätigkeit kann nur mehr aufrechterhalten werden, indem sie der Gatte mit dem Auto zur Arbeitsstelle bringt und von dort auch wieder abholt. Ihr fünfjähriger Sohn muss von der Mutter eines anderen Kindes in den Kindergarten mitgenommen werden, weil sie sich nicht mehr mit der Straßenbahn zu fahren wagt.

Eine 45jährige Frau leidet schon seit längerem unter der ehelichen Untreue ihres Gatten und der übermäßigen Belastung am Arbeitsplatz. Die Firma, in der sie seit 15 Jahren arbeitet, steht wirtschaftlich schlecht da, kündigt verschiedene ältere Arbeitnehmer und fordert von den verbleibenden Arbeitskräften großen Einsatz bei relativ schlechter Bezahlung. Nach einem Streit mit der Vorarbeiterin, der die durchaus selbstbewusste Patientin Unfähigkeit und Ungerechtigkeit vorwarf, tritt plötzlich in der Kantine eine Panikattacke auf, so dass die Patientin sofort den Arzt aufsucht und für einen Monat wegen einer Erschöpfungsdepression krank geschrieben wird. Der Krankenstand bringt keine Erleichterung, vielmehr entwickelt die Patientin im Laufe der Zeit eine ausgeprägte Agoraphobie, so dass sie nicht einmal einkaufen gehen und damit auch nicht mehr kochen kann. Ihre geschiedene und seither allein lebende Schwester zieht zu ihr in das Haus (in das leerstehende Kinderzimmer) und hilft ihr bei der Haushaltsführung, nimmt ihr gutgemeint alles ab und verstärkt damit die Agoraphobie der Patientin.

Epidemiologie, Verlauf und Folgen der Agoraphobie

In der BRD kommt eine Agoraphobie lebenszeitbezogen bei 5,7%, innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten bei 3,6% und innerhalb des letzten Monats bei 2,9% der Bevölkerung vor.

Nach der jüngsten Erhebung in den USA zeigt sich eine Agoraphobie mit und ohne Panikstörung lebenszeitbezogen bei 6,7% und innerhalb des letzten Monats bei 2,3% der Befragten. Geschlechtsbezogen tritt die Symptomatik im Laufe des Lebens bei 9,0% der Frauen und 4,1% der Männer und innerhalb des letzten Monats bei 3,1% der Frauen und 1,4% der Männer auf.

Bei 55,4% der Betroffenen ist die Agoraphobie sekundär in dem Sinn, dass vorher bereits eine andere psychische Störung bestand, ohne dass allerdings Aussagen über einen kausalen Zusammenhang gemacht werden können.

Ohne Panikstörung tritt eine Agoraphobie lebenszeitbezogen bei 5,3% und innerhalb der letzten 12 Monate bei 2,8% der Bevölkerung auf. 21,6% der befragten Agoraphobiker nehmen lebenslanglich Medikamente gegen ihre Angst.

In klinischen Behandlungseinrichtungen weisen fast alle Personen mit Agoraphobie (95%) aktuell oder in der Vorgeschichte auch die Diagnose einer Panikstörung auf. Dies weist darauf hin, dass die Behandlungsbedürftigkeit der Agoraphobie aus den nicht bewältigbar erscheinenden Panikattacken resultiert.

In der Durchschnittsbevölkerung findet man eine größere Zahl von Personen mit einer Agoraphobie ohne Panikstörung. Die Mehrzahl dieser Personen weist jedoch eine spezifische Phobie und keine Agoraphobie auf, wie eine genauere Nachuntersuchung der amerikanischen Bevölkerungserhebung durch Experten ergab.

Eine Agoraphobie beginnt bei rund 90% der Patienten mit einer Panikattacke außer Haus. Plötzlich, unerwartet und unerklärlich kommt es zu massiven vegetativen Beschwerden: Herzrasen, Atemnot, Schwindelgefühle, Ohnmachtsangst, Übelkeit, Schwächegefühl in den Beinen usw. Wenn nach der ersten Panikattacke längere Zeit keine zweite folgt, kommt es trotz der Dramatik des Erlebten meist zu keiner Einschränkung des Bewegungsspielraums. Oft schon nach dem zweiten oder dritten Angstanfall beginnt sich der Aktionsradius zunehmend einzuengen, obwohl die durchgeführten Untersuchungen keinen organischen Befund ergaben. Der Schweregrad einer Agoraphobie lässt sich weder durch die Intensität noch durch die Häufigkeit von Panikattacken ausreichend vorhersagen, viel besser dagegen durch die Angst vor bestimmten agoraphobischen Situationen. Nach einer Wiener Studie lässt sich aus dem Auftreten von Gefühlen der Peinlichkeit bei der ersten Panikattacke eine spätere Agoraphobie vorhersagen.

Verschiedene Betroffene versuchen anfangs ihre Ängste durch gezieltes Aufsuchen der gefürchteten Situationen zu bewältigen, die auftretenden Symptome werden dabei jedoch so stark, dass sie glauben, diesen nur durch Flucht entkommen zu können. Das plötzliche Nachlassen der vegetativen Beschwerden bei Verlassen der angstmachenden Situation verstärkt die weitere Fluchtbereitschaft, bis schließlich aus Resignation vor der nicht möglichen Kontrolle der Symptome entsprechende Situationen überhaupt nicht mehr aufgesucht werden. Die Betroffenen fürchten sich eigentlich nicht vor verschiedenen Orten und Situationen, sondern davor, dass unter diesen Umständen die ihnen gut bekannten Symptome in unkontrollierbarer Weise auftreten könnten, d.h. sie fürchten sich letztlich vor ihrem Körper. Die Angst vor einer erneuten Panikattacke ohne Aussicht auf Kontrolle führt zur Vermeidung von immer mehr Alltagsaktivitäten.

Unbehandelt bleiben Agoraphobien oft für immer oder zumindest über viele Jahre bestehen. Eine spontane Heilung (Remission) tritt nur bei 38% auf. Nach über einjähriger Dauer der Angststörung sind Spontanheilungen sehr selten, wie die Münchner Verlaufsstudie für die BRD ergeben hat. Patienten mit gemischten Angst- und Depressionssyndromen haben unbehandelt eine schlechtere Prognose als solche mit reinen Angststörungen oder reinen Depressionen.

Der typische Problemlösungsmechanismus von Menschen mit Agoraphobie besteht im Vermeiden angstmachender Situationen. Das Ausweichen vor der Angst verhindert die Erfahrung, dass die gefürchtete Situation gar nicht gefährlich und relativ leicht bewältigbar ist. Mangelnde positive Erfahrungen im Umgang mit anfangs unbekanntem oder unberechenbaren Situationen führen zu immer größerem Meidungsverhalten. Es erfolgt eine Generalisierung, d.h. eine Ausweitung der Angst auf ähnliche Situationen bis hin zur lebenseinengenden Behinderung.

Selbstbewusstsein und Zukunftshoffnung schwinden derart, dass Betroffene, Außenstehende und auch Ärzte schließlich nicht mehr wissen, ob aus hemmender Angst, antriebslähmender Depression oder beidem die schützende Wohnung nicht mehr verlassen werden kann. Es kommt zu einem Teufelskreis: eine nicht bewältigbare Agoraphobie führt zu einer Depression, die wiederum die Phobie verstärkt, so dass ein chronischer Verlauf wahrscheinlich wird.

Im Querschnitt, d.h. aktuell, erscheinen Menschen mit ausgeprägter Agoraphobie oft als Patienten mit schwerer Depression, im Längsschnitt, d.h. im Lebensverlauf, besteht dagegen eine chronische Angstsymptomatik, angesichts der die Betroffenen resigniert haben. Den aufgesuchten Ärzten bietet sich meist das Bild einer reinen Depression, so dass Antidepressiva verabreicht werden.

Die Einnahme von Antidepressiva ist oft sinnvoll, auch dann, wenn sich die depressive Symptomatik als Folge einer unbewältigbaren Angstsymptomatik herausstellen sollte. Die Verbesserung des Antriebs ermöglicht erst ein Angstbewältigungstraining. Sollten die Antidepressiva nicht nur die Depression, sondern auch die Ängste beseitigen, dann ist eher anzunehmen, dass die Ängste auf einer depressiven Episode beruhen.

Agoraphobikern erscheint ihr Verhalten selbst als unsinnig und peinlich, so dass sie die wahren Gründe anfangs auch vor Bekannten und Verwandten verbergen, indem sie Ausreden für ihr Vermeidungsverhalten gebrauchen (Kreislaufbeschwerden, Übelkeit, Kopfschmerzen u.a.). Wenn die Störung im Angehörigenkreis bekannt wird, erleben die Betroffenen anfangs oft erstaunlich viel Nachsicht und Unterstützung.

Durch eine ausufernde Agoraphobie wird im Laufe der Zeit die ganze Familie in Mitleidenschaft gezogen. Längerfristige familiäre Urlaubsplanungen sind kaum oder nur bedingt möglich. Während der Partner ein Ferienziel buchen möchte, fragt der agoraphobische Patient nach den Stornobedingungen für den Fall, dass er sich vor der Abreise unwohl fühlen sollte. Auch bei kleineren Ausflügen muss dieser Umstand berücksichtigt werden.

Verschiedene Agoraphobiker können nur mit dem Partner zusammen in die Arbeit gehen und nur in seiner Begleitung an verschiedenen sozialen Aktivitäten teilnehmen. Oft müssen

Partner und Kinder von agoraphobischen Frauen die Einkäufe erledigen. Manchmal nimmt sich der Gatte sogar Urlaub, um an der Seite seiner furchtsamen Frau bleiben zu können. Ein Drittel der Agoraphobiker ist so behindert, dass die Erfüllung der beruflichen und familiären Verpflichtungen nicht mehr möglich ist.

Die Agoraphobie kann im Extremfall so ausgeprägt werden, dass der Partner seinen Beruf aufgibt, um ganz für den kranken Angehörigen da sein zu können, der weder allein in der Wohnung verbleiben noch allein das Haus verlassen kann. Wenn die Angehörigen die Agoraphobie des Familienmitglieds nicht mehr länger unterstützen möchten und sich heftig dagegen wehren, sind ständige Streitereien wahrscheinlich.

Die übrige soziale Umwelt erfährt oft auch weiterhin nichts oder nur wenig von der agoraphobischen Beeinträchtigung. Im Laufe der Zeit entwickelt sich ein immer stärkerer Rückzug vom früheren Bekanntenkreis, eine Einschränkung der Freizeitaktivitäten, ein zunehmender Leidensdruck, zeitweise auch eine Arbeitsunfähigkeit.

Nach jahrelangem Verbergen der Agoraphobie können plötzlich Situationen entstehen, die dazu führen, dass sich die Betroffenen in Behandlung begeben müssen:

- zunehmende Unfähigkeit, alle Tätigkeiten im Außendienst wahrzunehmen;
- notwendige berufliche Weiterbildung in einer fremden Stadt, in der man nicht allein in einem Hotelzimmer übernachten kann;
- beruflicher Aufstieg durch Versetzung an einen anderen Ort;
- plötzlich erforderliche Aktivitäten im Freizeitbereich (Einladungen, Reisen, Einkaufsfahrten), die ohne das Vorhandensein von Sicherheitsgarantien (Anwesenheit des Partners, Beruhigungsmittel) nicht möglich sind;
- massiver Druck durch den Partner, der gemeinsame Urlaubsreisen in ferne Länder unternehmen möchte oder zunehmend eigene Aktivitäten entfaltet und damit aus der bisher für sicher gehaltenen Ehe auszusteigen droht;
- plötzlicher Ausstieg des Partners aus der Rolle des Symptomverstärkers;
- Trennungsdrohung durch den Partner, wenn die Symptomatik bestehen bleibt.

Eine englische Untersuchung an 1000 agoraphobischen Frauen ergab, dass sich drei Viertel davon in ihrem Berufsleben durch die Phobie behindert fühlten. 48% hätten sich gerne beruflich verändert und verbessert, fürchteten jedoch, die Bewerbungs- und Vorstellungsprozedur nicht durchstehen zu können. Der Anteil der Berufstätigen (nur 23%) war im Vergleich zur weiblichen Durchschnittsbevölkerung reduziert. 83% der Nichtberufstätigen wollten nach Überwindung der Agoraphobie berufstätig werden.

In großer Not und bei hoher Motivation kann eine Agoraphobie schlagartig überwunden werden, um bei Nachlassen des äußeren und inneren Drucks wieder in der ursprünglichen Form aufzutreten:

"Eine in Wien lebende Jüdin konnte sich von ihrer Wohnung nie weiter als ein paar Straßenlängen entfernen; als dann die Nazis an die Macht kamen, sah sie sich vor die Wahl gestellt, entweder zu fliehen oder in einem Konzentrationslager zu landen. Sie begab sich auf die Flucht und reiste zwei Jahre lang in der Welt umher, bis sie schließlich in den Vereinigten Staaten eintraf. Sobald sie nun in New York City wieder sesshaft geworden war, entwickelte

sie die gleiche Reisephobie, die sie schon in Wien gehabt hatte."In den deutschen Konzentrationslagern verschwanden (agora-)phobische Symptome entweder völlig oder besserten sich so sehr, dass die Häftlinge arbeitsfähig waren, weil sie ansonsten auf der Stelle in die Vernichtungslager geschickt worden wären. Nach der Befreiung traten bei einem Teil der Lagerinsassen die alten Symptome wieder auf.

In Notsituationen des alltäglichen Lebens (z.B. bei einem Unfall mit Verletzten oder bei schwerer Erkrankung des Kindes) können agoraphobische Patienten ebenfalls plötzlich ihre Agoraphobie überwinden. Das Fluktuieren der Symptomatik kann bei Verwandten und Bekannten zur Auffassung führen, der Betroffene sei einfach nur unwillig, bequem und wolle sich vor schwierigen Situationen drücken. Demgegenüber ist festzuhalten, dass Höchstleistungen nicht dauernd erbracht werden können.

Die angeführten Beispiele weisen auf die Bedeutung der Motivation hin. Die Aussicht, bei Überwindung der Angst positive Situationen zu erleben (z.B. Urlaub, Arbeitsaufnahme), oder die Angst, bei übermäßiger Agoraphobie als wichtig eingeschätzte Befriedigungen des Lebens zu verlieren (z.B. Arbeit als Mittel des Selbsterhalts), macht die Agoraphobie in bestimmten Situationen leichter bewältigbar als in anderen Situationen, die keinen Motivations- und Energieschub auslösen.

Schwankungen der agoraphobischen Symptomatik lassen sich oft auch durch "gute" und "schlechte" Tage erklären, nicht selten durch depressive Stimmungsschwankungen, die den Antrieb zur Bewältigung der Agoraphobie vermindern, so dass diese nicht selten ausufert wie in früheren Zeiten. Ohne Vorliegen einer Erschöpfungsdepression bringen längere Krankenstände zur Erholung und Entspannung meist keine Besserung, sondern häufig sogar eine Verschlechterung der Agoraphobie, weil die Symptomatik ohne den Zwang zur Einhaltung eines bestimmten Tagesablaufs erst richtig ausufern kann. Die scheinbare Erholung im Krankenstand wird oft nur bewirkt durch die Reduktion der Erwartungsangst vor dem Auftreten der Symptome am Arbeitsplatz.

Das Fehlen einer fix vorgegebenen Tagesstruktur ist der Grund, warum eine Agoraphobie bei Hausfrauen, Studenten und Selbständigen leichter ausufert als bei unselbständig Beschäftigten. Dies erklärt auch, warum viele früher recht selbständige und beruflich erfolgreiche Frauen eine lebenseinengende Agoraphobie erst dann entwickeln, wenn sie wegen der Heirat und der Kindererziehung ihren Beruf aufgegeben haben.

Stationäre Aufenthalte können bei allgemeinen Überlastungssituationen, depressiven Erschöpfungszuständen und gezielten symptombezogenen Therapiemaßnahmen einen heilenden Effekt haben, sie können jedoch auch die Gefahr einer überlangen Aufenthaltsdauer in sich bergen. Verschiedene Patienten möchten das Krankenhaus am liebsten erst dann verlassen, wenn ihre Erwartungsängste bezüglich des Auftretens von Panikattacken in agoraphobischen Situationen völlig verschwunden sind.

Wenn bei einer stationären Besserung aufgrund der bevorstehenden Entlassung eine plötzliche Verschlechterung der agoraphobischen Symptomatik einsetzt, muss auf die Wirkung von Erwartungsängsten geschlossen werden, oft auch auf Realängste bezüglich einer stationär zuwenig angesprochenen und bearbeiteten familiären, partnerschaftlichen oder beruflichen Problematik, angesichts der das Krankenhaus nur eine momentane

Entlastungssituation darstellte.

Unterscheidung zwischen Agoraphobie und anderen Angststörungen

Im Gegensatz zu einer Agoraphobie werden bei einer spezifischen Phobie nur bestimmte Objekte und Situationen gefürchtet, z.B. Fliegen, Liftfahren, Spinnen, Hunde.

Bei einer sozialen Phobie werden Situationen nicht wegen der körperlichen Bedrohlichkeit gefürchtet und gemieden, sondern wegen möglicher negativer Beurteilung durch andere Menschen, d.h. es werden soziale und Leistungssituationen vermieden.

Bei Agoraphobikern sind oft zwei Arten von Ängsten anzutreffen:

1. Angst vor Panikattacken oder einer panikähnlichen Symptomatik. Die fehlende Garantie für die Sicherheit und Unversehrtheit der Person führt bei Panikpatienten oft zur Einschränkung des Aktionsradius und zur Abhängigkeit von bestimmten Sicherheitsgarantien (andere Personen, Medikamente usw.).

2. Angst vor sozialer Auffälligkeit ("Was werden die anderen Menschen von mir denken, wenn sie mich während einer Panikattacke sehen?"). Hinter der Angst vor dem Sichtbarwerden körperlicher Symptome steht oft eine soziale Unsicherheit und soziale Ängstlichkeit. Sozialphobische Agoraphobiker fürchten den "sozialen Tod", den Verlust des Sozialprestiges als Folge der sozialen Auffälligkeit, was durch bestimmte sichtbare, als an sich ungefährlich erkannte Symptome (Rotwerden, Zittern, Schwitzen, Ausbleiben oder Veränderungen der Stimme) verstärkt wird. Bei verschiedenen Personen ist nur scheinbar eine Agoraphobie gegeben, tatsächlich liegt eine soziale Phobie vor. Eine Unterscheidung zwischen Agoraphobie und sozialer Phobie kann anhand folgender Umstände relativ zuverlässig erfolgen:

- Die Angst vor Menschenansammlungen tritt nicht nur bei einer Agoraphobie, sondern öfters auch bei einer sozialen Phobie auf. Bei einer Agoraphobie ist jedoch die zentrale Befürchtung, die jeweiligen Situationen nicht jederzeit rechtzeitig verlassen zu können bzw. keine Hilfe von Fremden bekommen zu können, bei der sozialen Phobie dagegen sind eher bekannte Menschen der angstauslösende Faktor, die als potentielle Kritiker gefürchtet werden. In einem Lokal sitzen Panikpatienten lieber bei der Tür, Sozialphobiker eher versteckt in einer Ecke. Panikpatienten gehen lieber in kleinere, überschaubare Geschäfte, Sozialphobiker eher in Supermärkte.
- Bei einer Agoraphobie (vor allem bei gleichzeitiger Panikstörung) kreisen die Befürchtungen um das eigene körperliche und psychische Wohlbefinden (Angst verrückt zu werden, die Kontrolle zu verlieren, zu sterben, in Ohnmacht zu fallen) ohne Sorgen um die Bewertung des Verhaltens durch andere. Bei typischen Agoraphobikern ohne Sozialphobie ist die Angst unabhängig vom sozial relevanten Verhalten. Sie haben einfach Angst, ohnmächtig umzufallen und vielleicht nicht mehr aufzuwachen, auch wenn die umstehenden Leute wohlwollende Bekannte sind.
- Bei der sozialen Phobie beziehen sich die Befürchtungen auf die negative Bewertung des eigenen Handelns oder der eigenen Person durch andere. Selbst bei einer typisch agoraphobischen Symptomatik wie der Angst umzufallen kann

über die Frage nach den Konsequenzen des Umfallens rasch erkannt werden, ob anstelle der Todesangst eine Sozialphobie im Sinne der Angst aufzufallen gegeben ist.

- Eine Agoraphobie in der Folge einer Panikattacke setzt relativ plötzlich ein, während die Meidung von sozialen Situationen aufgrund einer sozialen Phobie sich über einen langen Zeitraum entwickelt hat.
- Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zwischen Agoraphobie und sozialer Phobie ist die Anwesenheit oder Abwesenheit anderer Menschen als auslösende oder aufrechterhaltende Bedingung der Angst. Agoraphobiker können auch in menschenleeren Bussen oder Kinos Angst erleben (d.h. ohne das Gefühl der Beobachtung) und suchen daher die Sicherheit gebende Nähe anderer Menschen (wenn sie nicht überhaupt mit einem nahen Angehörigen oder gutem Bekannten unterwegs sind), während Sozialphobiker Angst nur in Anwesenheit anderer Menschen erleben.
- Agoraphobiker haben primär Angst, allein zu sein und nicht rechtzeitig Hilfe zu bekommen, Sozialphobiker fürchten vor allem, beobachtet und bewertet zu werden. Panikpatienten gehen z.B. aus Sicherheitsgründen lieber mit Bekannten einkaufen, Sozialphobiker aus Angst vor Blamage vor den Begleitpersonen lieber allein.
- Auch die Art der Symptome lässt sich zur Unterscheidung der beiden Gruppen gut heranziehen. Sozialphobiker fürchten eher für andere sichtbare körperliche Symptome wie Erröten, Schwitzen, Zittern, Weinen und Stimmveränderungen, Agoraphobiker fürchten dagegen bedrohlich erscheinende Symptome wie Herzrasen, Atembeschwerden, Schwindel, Ohnmacht, Schwäche in den Gliedern ("weiche Knie") oder Depersonalisation (sich selbst irgendwie fremd erleben mit einer daraus resultierenden Angst, "verrückt" zu werden). Wegen einer gleichzeitig gegebenen Sozialphobie lassen sich Agoraphobiker oft nicht auf eine Konfrontationstherapie ein. Sie fürchten neben den Paniksymptomen auch die soziale Auffälligkeit.

Bei Menschen mit medizinischen Krankheitsfaktoren hängen Vermeidungsreaktionen oft mit realistischen Befürchtungen zusammen (z.B. Schwindel bei hirnorganischen Störungen, Durchfall bei Morbus Crohn, Angst vor einem Sturz mit Beinbruch bei älteren und gebrechlichen Menschen).

Personen mit Zwangsstörungen vermeiden Situationen wegen möglicher Verunreinigungen (z.B. um sich dadurch vermehrtes Waschen und Reinigen zu ersparen).

Bei einer Depression erfolgt der Rückzug nicht aus körperlichen oder sozialen Ängsten, sondern aus Antriebsmangel und Lustlosigkeit. Oft verstärkt eine sekundäre Depression eine ursprüngliche Agoraphobie oder Sozialphobie. Die Beseitigung der Depression ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Angstbewältigung.

Autor: [Dr.Hans Morschitzky](#)