

# Agoraphobie („Platzangst“)

## Was ist eine Agoraphobie?

Als **Agoraphobie** werden Angsterkrankungen bezeichnet, die mit einer ausgeprägten Angst vor öffentlichen Räumen oder dem Verlassen des Hauses einhergehen. Ursprünglich wurde unter dem Begriff Agoraphobie (von griechisch αγορά (agora) „Markt(-platz)“ und φόβος (phobos) „Furcht“) die „**Platzangst**“, also die Angst vor großen öffentlichen Plätzen, verstanden.

Da die meisten Betroffenen nicht nur unter Ängsten vor Plätzen leiden, sondern auch diverse öffentliche Situationen wie Menschenansammlungen, Kaufhäuser, Supermärkte, öffentliche Verkehrsmittel, Theater- und Restaurantbesuche usw. angstbesetzt sind, wird der Begriff der „Agoraphobie“ heutzutage weiter gefasst und bezeichnet allgemein Ängste vor öffentlichen Orten, vor Reisen und/oder vor dem Verlassen des Hauses.

Bei den meisten Betroffenen besteht neben der Agoraphobie auch eine **Panikstörung**, in deren Rahmen schwere Angstattacken mit diversen körperlichen Symptomen wie Herzrasen, Schwindel, Atemnot usw. auftreten können.

In der Therapie der Agoraphobie ist es sehr wichtig zu beachten, dass die Angst der Betroffenen zumeist gar nicht alleine auf das oben beschriebene Objekt („Kaufhaus“, „Platz“) bzw. eine bestimmte Situation bezogen ist. Dies erklärt den großen Unterschied der Agoraphobie zu den spezifischen Phobien, wie z.B. der Angst vor Spinnen, bei denen häufig eine eng objekt- oder situationsbezogene Angst besteht. In der Agoraphobie besteht zwar vordergründig auch eine Angst „vor dem Kaufhaus...“ oder „vor dem Platz...“, das wirkliche Geschehen ist aber zumeist viel komplexer.

Bei den meisten Betroffenen besteht neben der vordergründigen Angst vor dem Verlassen des Hauses eine viel schwerwiegendere **Angst vor dem Alleinsein** oder vor **Hilflosigkeit**. Diese tiefer liegenden Ängste verursachen zumeist den wirklichen Leidensdruck der Betroffenen. Die Agoraphobie wird in Fachkreisen deswegen auch als eine sogenannte **„Pseudophobie“** bezeichnet. Für die Therapie ist deswegen vorrangig, nicht nur die „oberflächlichen“ Ängste zu behandeln, sondern auch die dahinter stehenden Sorgen und Befürchtungen der Betroffenen adäquat zu beachten.

---

## Welche Symptome treten auf?

### Ängste an öffentlichen Orten oder vor dem Reisen

Die Agoraphobie ist durch **situative Ängste an öffentlichen Orten** außerhalb des eigenen Hauses gekennzeichnet. Dies können Ängste vor Menschenansammlungen, Kaufhäusern, öffentlichen Verkehrsmitteln, Theater- oder Restaurantbesuchen usw. sein. Zusätzlich werden auch Ängste vor dem alleine Reisen oder vor Reisen mit weiter Entfernung von zu Hause zur Agoraphobie gezählt. Wie oben schon beschrieben besteht im Hintergrund zumeist eine tiefe **Angst vor dem Alleinsein**, die sich letztendlich durch die situativen Ängste äußert.

Die meisten Betroffenen haben dabei nicht nur vor einer Situation Angst sondern kennen ein breites Spektrum an angstausslösenden Situationen. Häufig erleben die Betroffenen auch ein Ausweiten ihrer Ängste, die vielleicht „nur“ als Ängste vor einer bestimmten Situation begonnen haben und die sich im

Verlauf auf immer mehr öffentliche Räume ausgeweitet haben, so dass sich die Lebensqualität und das soziale Wirkungsfeld der Betroffenen immer mehr verschlechtern.

### **Erwartungsangst und Vermeidungsverhalten**

Viele Betroffene kennen eine ausgeprägte **Erwartungsangst**, die sie schon vor dem Betreten der öffentlichen Orte außerordentlich belastet. Diese Erwartungsangst führt sehr häufig zu einem **Vermeidungsverhalten** mit dem die Betroffenen (bewusst oder unbewusst) versuchen, die aversiven Angstsymptome zu vermindern oder zu umgehen.

Die Vermeidung hat zur Konsequenz, dass die Betroffenen zumindest **kurzfristig** eine **Spannungsreduktion** erleben. Langfristig führt das Vermeidungsverhalten jedoch dazu, dass der Lebensraum der Betroffenen immer weiter eingeschränkt wird und sich die Angsterkrankung immer weiter verstärkt.

Bei der Vermeidung kann in ein **Vermeidungsverhalten** (also dem Nichtaufsuchen oder Verlassen der angstbesetzten Situation) und ein **gedankliches (kognitives) Vermeiden** unterschieden werden. Beim gedanklichen Vermeiden versuchen die Betroffenen (unbewusst) ihre Ängste z.B. durch Ablenkung, ständige Rückversicherungen oder besondere Eile („Augen zu und durch...“) zu mindern.

### **Körperliche Symptome**

In der angstbesetzten Situation oder bei dem Gedanken an diese Situation können verschiedene **vegetative Symptome** wie Herzklopfen, erhöhte Herzfrequenz, Schweißausbrüche, Schwindel, Zittern und/oder Mundtrockenheit auftreten. Viele Betroffene kennen auch **Beschwerden im Brustkorb oder im Bauch** wie Atembeschwerden, Beklemmungsgefühl, Brustschmerzen, Übelkeit, Durchfall oder Bauchschmerzen.

### **Psychische Symptome**

Auch **psychische Symptome** wie das Gefühl von Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit treten häufig auf. Zusätzlich kann es auch zu einer sogenannten **“Derealisation”** kommen, d.h. dem Gefühl, dass Objekte unwirklich sind, oder zu einer **“Depersonalisation”**, also dem Gefühl, man selbst sei „nicht wirklich hier“.

### **Allgemeinsymptome**

Daneben könne diverse unspezifische **Allgemeinsymptome** wie Hitzewallungen, Kälteschauer, Gefühllosigkeit, Kribbelgefühle usw. auftreten.

---

# Wie kann die Agoraphobie behandelt werden?

## Einleitung

In der **Angsttherapie** wird versucht, die Ursachen für die Ängste zu ergründen und den Betroffenen wieder Lebensmut zu vermitteln. Ziel ist es, die Ängste abzubauen und die Selbstwirksamkeit der Betroffenen wieder zu steigern. Bei den Phobien kann zusätzlich eine sogenannte Expositionsbehandlung durchgeführt werden.

Gegebenenfalls kann es vorübergehend notwendig sein, dass die Betroffenen Medikamente gegen ihre Ängste einnehmen. Diese sollten jedoch eher unterstützend eingesetzt werden und eine Psychotherapie nicht ersetzen.

## Kognitive Verhaltenstherapie

### Psychoedukation

Zu Beginn der Behandlung ist es wichtig, dass die Betroffenen zusammen mit ihren Therapeutinnen bzw. Therapeuten ein adäquates Krankheitsmodell entwickeln. Das Krankheitsmodell soll den Betroffenen erklären, welche Gedanken und Verhaltensweisen ihre Ängste aufrecht erhalten oder verstärken können und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt.

### Expositionstherapie

Die **Expositionstherapie**, auch Konfrontationstherapie genannt, ist eine sehr wirksame Behandlungsmethode in der Therapie der Agoraphobie. Die Betroffenen erarbeiten bei dieser Behandlungsmethode zunächst zusammen mit ihren Therapeuten, welche Situationen die Ängste auslösen und welches Vermeidungsverhalten eventuell eingesetzt wird. Nach einer ausführlichen Vorbereitungsphase, in der z.B. Übungen wie die Hyperventilation durchgeführt werden, können die Betroffenen in den Expositionen - unterstützt durch ihre Therapeuten - lernen, wie sie die angstbesetzten Situationen wieder aufsuchen können.

Im weiteren Verlauf erlernen die Betroffenen, wie sie auch eigenständig ohne Begleitung des Therapeuten Expositionen wirksam durchführen können. Hierdurch können sie ihre Selbstwirksamkeit wieder erheblich verbessern und ihr Selbstwertgefühl wesentlich steigern.

Im Vergleich zur reinen Gesprächstherapie ist die Expositionstherapie ein wirksameres, jedoch auch sehr aufwendiges Therapieverfahren, das möglichst nur von Therapeuten mit großen Erfahrungen in der Angsttherapie eingesetzt werden sollte.

Neben der Expositionstherapie ist es wichtig, dass die Betroffenen Strategien zum Unterbrechen ihrer belastenden Gedanken kennen lernen und erfahren, wie sie diese Gedanken in hilfreiche Kognitionen verändern können. Hierzu gibt es verschiedene Techniken, wie z.B. das sogenannte **kognitive Umstrukturieren**, die im Rahmen der Therapie erarbeitet werden können.

Daneben ist es wichtig, in der Therapie nach Auslösern und aufrechterhaltenden Bedingungen für die Ängste zu suchen und alternative Bewältigungsstrategien für belastende, angstbesetzte Situationen zu finden.

## Medikamente

Gegebenenfalls kann in Rücksprache mit dem behandelnden Arzt eine unterstützende medikamentöse Behandlung durchgeführt werden. Zur Behandlung der Agoraphobie können zum Beispiel die sogenannten Trizyklischen Antidepressiva oder die Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) eingesetzt werden.

## **Trizyklische Antidepressiva**

Die Agoraphobie kann ergänzend mit trizyklischen Antidepressiva (TZA) behandelt werden. Das trizyklische Antidepressivum **Imipramin**, dem 1962 als erstem Medikament die Wirksamkeit bei Panikattacken nachgewiesen wurde, wird weiterhin bevorzugt in der Behandlung der Panikstörung bzw. der Agoraphobie mit Panikstörung eingesetzt. Die Patienten sollten unbedingt vor Behandlungsbeginn darüber informiert werden, dass die Wirkung des Imipramins erst nach ca. 2 bis 6 Wochen einsetzt, da sonst vorzeitige Therapieabbrüche drohen. Da Imipramin insbesondere zu Behandlungsbeginn unerwünschte Wirkungen wie Unruhe, Ängste, Schlafstörungen etc. hervorrufen kann, sollte die Medikation einschleichend erfolgen.

Auch das Absetzen des Imipramins sollte schrittweise über mehrere Wochen erfolgen um mögliche Absetzsymptome zu vermeiden. Die Behandlungsdauer sollte je nach Verträglichkeit und Symptomatik mindestens ein halbes bis eineinhalb Jahre betragen um Rückfälle durch zu frühes Absetzen zu vermeiden.

Das trizyklische Antidepressivum **Clomipramin** kann alternativ zur Behandlung der Panikstörung eingesetzt werden.

## **Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)**

Als Alternative zur Behandlung mit einem trizyklischen Antidepressivum können auch bestimmte SSRI (z.B. Fluvoxamin, Paroxetin, Fluoxetin, Citalopram) eingesetzt werden. Da letztere insgesamt weniger Nebenwirkungen zeigen als die Trizyklika besteht häufig eine bessere Compliance in der Medikamenteneinnahme. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass die SSRI insbesondere zu Behandlungsbeginn auch Unruhe und Erregungszustände hervorrufen können, weswegen eine einschleichende Dosierung erfolgen sollte.

## **Benzodiazepine**

Viele Patienten erhalten zu Beginn ihrer Erkrankung zunächst Benzodiazepine „zur Beruhigung“ verschrieben. Benzodiazepine bewirken zwar in der einzelnen Panikattacke eine kurzfristige Besserung, langfristig bestehen jedoch diverse Probleme wie Gewöhnungs- und Abhängigkeitseffekte. Viele Patienten entwickeln aufgrund der schnellen Wirkung der Benzodiazepine im Verlauf eine psychische Abhängigkeit und trauen sich nur noch aus dem Haus, wenn sie „ihre Tablette“ dabei haben. Dies läuft jedoch allen psychotherapeutischen Ansätzen welche die Selbstwirksamkeit der Patienten steigern wollen konträr. Der Einsatz von Benzodiazepinen sollte deswegen möglichst vermieden werden oder - wenn überhaupt - möglichst nur wenige Wochen andauern.