

Panikstörung & Agoraphobie

Teil I Symptomatik & Ätiologie

Der Angstbegriff

- **Angst**
 - *anxietas* (lat.): ängstlich, unruhig
 - *anx* (indogerm.), *anxo* (griech.): zusammendrücken, umarmen oder würgen, niedergedrückt von Trauer, Last und Schwierigkeiten
- **Panik**
 - *Pan* (griech. Gott)
- **Phobie**
 - *Phobos* (griech. Gott)

Charakteristika von Ängsten

- emotionaler Zustand mit subjektivem Erleben von Furcht oder einem verwandten Gefühl (Schrecken, Terror)
- wird (meist) als unangenehm empfunden und von subjektiv wahrgenommenen körperlichem Unwohlsein begleitet
- richtet sich auf Zukunft (antizipatorisch)
- geht mit manifesten körperlichen Funktionsveränderungen einher.

Primäremotion Angst

- Angst ist ein ganz normales Gefühl
- Angst sichert unser Überleben.
- Angst ist eine Alarmreaktion in Situationen, in denen wir Gefahr wahrnehmen.
- Die Angstreaktion unseres Körpers bereitet uns darauf vor, der Gefahr durch Flucht oder Kampf zu entkommen.
- Angst ist lebenswichtig!

Normale Angst

- Entsteht in „fight-or-flight“-Situationen
- bringt den Organismus auf eine höhere Aktivierungsebene → Erhöhung der autonomen Erregung des sympathischen Nervensystems mit in folgenden Ebenen:
 - Herz-Kreislaufsystem
 - Atmung
 - Schweißdrüsen
 - Pupillen,
 - Verdauungssystem,

- Muskeln
- Wahrnehmung

Pathologische Angst

- Angstreaktionen sind
 - der Situation nicht angemessen und/oder unbegründet
 - überdauernd
 - führen zu einer massiven Beeinträchtigung des Betroffenen
- keine Möglichkeit zur Erklärung, Reduktion oder Bewältigung der Angst

Eine Angststörung ist ...

... eine unangepasste, zu starke Angstreaktion mit Beeinträchtigung

... im Auftreten häufig. Jeder kann eine Angststörung entwickeln!

... grundsätzlich behandelbar

Allgemeine Kriterien

klinisch relevanter Angststörungen

- Allen Angststörungen gemein ist das Vorliegen von Angstreaktionen.
- Neben den jeweiligen charakteristischen Hauptsymptomen und den jeweiligen Zeit- und Intensitätskriterien sind dabei erforderlich:
 - Subjektives Leiden
 - Klinisch bedeutsame Einschränkungen in Arbeit und Lebensführung
 - Unbegründet stark oder exzessiv
 - Persistierend (*konsistent mit Angstreaktionen oder Vermeidung assoziiert*)

Angststörungen im DSM-IV

- APH
- PAN mit bzw. ohne APH
- SPSH
- APH ohne PAN in der Vorgeschichte
- SOPH
- Generalisierte Angststörung
- Zwangsstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Akute Belastungsstörung
- Angststörung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors
- Substanzinduzierte Angststörung
- Nicht Näher Bezeichnete Angststörung

Angststörungen im ICD-10

- Fallen unter F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- Unterschieden werden
 - Phobische Störungen (F40.0):
 - APH mit/ohne PAN
 - SOPH
 - SPSHn
 - Sonstige Angststörungen (F41)
 - PAN
 - Generalisierte Angststörung
 - Angst und depressive Störung gemischt

Weitere Störungen unter F4:

- Zwangsstörungen (F42)
- Reaktionen auf Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43; Bspw. PTSD)
- Dissoziative Störungen (F44; Bspw. Amnesie)
- Somatoforme Störungen (F45)
- Sonstige Neurotische Störungen (F48; Bspw. Neurasthenie)

Panikattacken

- Die Panikattacke ist an sich ein häufiges Phänomen und nicht immer und unbedingt ein sicheres Anzeichen einer PAN.
- Panikattacken können als:
 - intensive prototypische Angstreaktion bei allen Angststörungen
 - auf der Höhe depressiver Episoden
 - auch bei psychotischen Erkrankungen auftreten.
- Ferner sind Panikattacken auch häufig bei endokrinen und kardiovaskulären Erkrankungen.
- **Beachte: Eine Panikattacke ist keine codierbare Störung. Codiert wird die spezifische Diagnose, innerhalb der die Panikattacken auftreten.**

Symptomatik – PAN

- Hauptmerkmal Panikattacken, d.h. zeitlich umgrenzte Episoden akuter Angst
- Charakteristisch dabei: plötzliches (d.h. spontan erlebtes) Einsetzen unangenehmer Symptome.
- Betroffene können zwischen externen Stimuli (bspw. Kaufhaus, Höhe) und dem Einsetzen der körperlichen Symptome keine Verbindung herstellen
- Häufige körperliche Symptome sind Herzklopfen, Herzrasen, Atemnot, Schwindel, Benommenheit, Schwitzen und Brustschmerzen; Engegefühl in der Brust.
- Neben körperlichen auch kognitive Symptome wie
 - „Angst zu sterben“ g,
 - „Angst, verrückt zu werden“ g

- „Angst, die Kontrolle zu verlieren“
- Häufig auch ausgeprägtes, Hilfe suchendes Verhalten während einer Panikattacke (Notarzt, Angehörige, Medikamente)
- Durchschnittliche Dauer einer Panikattacke ca. 30min
- Retrospektive Verzerrung: je länger der Anfall her, desto mehr gewinnt er in der Erinnerung an Schwere und Intensität (ab 1 Woche)
- Große Diskrepanz zwischen geringer physiologischer Erregung und der subjektiven Bewertung als Bedrohung:
Meist während des Panikanfalls keine drastischen Anstiege der Herzfrequenz (durchschnittl. 11 Schläge pro Minute bei spontanen Anfällen; 8 Schläge pro Minute bei situativen)

Kriterien der Panikattacke (DSM-IV)

Beachte: Eine Panikattacke ist keine kodierbare Störung. Kodiert wird die spezifische Störung, innerhalb der die Panikattacken auftreten, z.B. PAN mit APH

Eine klar abgrenzbare Episode intensiver Angst und Unbehagens, bei der mindestens 4 der nachfolgend ge-nannten Symptome abrupt auftreten und innerhalb von 10 Minuten einen Höhepunkt erreichen.

1. Palpitationen, Herzklopfen oder beschleunigter Herzschlag
2. Schwitzen
3. Zittern oder Beben
4. Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot
5. Erstickungsgefühle
6. Schmerzen oder Beklemmungs-gefühle in der Brust
7. Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden
8. Schwindel, Unsicherheit, Benom-menheit oder der Ohnmacht nahe sein
9. Derealisation (Gefühl der Unwirk-lichkeit) oder Depersonalisation (sich losgelöst fühlen)
13. Hitzewallungen oder Kälteschauer
10. Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden
11. Angst zu sterben
12. Parästhesien (Taubheit oder Kribbelgefühle)

Kriterien der PAN (DSM-IV)

A. Sowohl (1) als auch (2):

- (1) wiederkehrende unerwartete Panikattacken
- (2) bei mindestens einer der Attacken folgte mindestens ein Monat mit mind. einem der nachfolgenden Symptome:
 - (a) anhaltende Besorgnis über das Auftreten weiterer Panikattacken,
 - (b) Sorgen über die Bedeutung der Attacke oder ihrer Konsequenzen (z.B. die

Kontrolle zu verlieren, einen Herzinfarkt zu erleiden, verrückt zu werden),

(c) deutliche Verhaltensänderung infolge der Attacken

B. Falls APH c PAN mit APH

Falls keine APH c PAN ohne APH

C. Die Panikattacken gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hyperthyreose) zurück

D. Die Panikattacken werden nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt .. wie z.B.

- *durch SOPH (Panikattacken nur bei Konfrontation mit gefürchteten sozialen Situationen),*
- *SPSH (Panikattacken nur bei Konfrontation mit spezifischer phobischer Situation),*
- *Zwangsstörung (Panikattacken nur bei Konfrontation mit Schmutz bei zwanghafter Angst vor Kontamination),*
- *Posttraumatische Belastungsstörung (Panikattacken nur als Reaktion auf Reize, die mit einer schweren, belastenden Situation assoziiert sind) oder*
- *Störung mit Trennungsangst (Panikattacken als Reaktion auf die Abwesenheit von zu Hause oder engen Angehörigen)*

ICD-10 Diagnose

- Wiederholte Panikanfälle, die oft spontan auftreten und nicht ausschließlich auf eine spezifische Situation, ein spezifisches Objekt, eine reale Gefahr oder besondere Anstrengung bezogen sind
- Eine Panikattacke ist eine einzelne Episode intensiver Angst oder Unbehagens. Sie beginnt abrupt und erreicht innerhalb weniger Minuten ein Maximum und dauert mind. einige Minuten. Es müssen mind. vier Symptome aus der folgenden Liste vorhanden sein. Ein Symptom muss dabei aus der Gruppe der ersten vier Symptome stammen:
 - Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz
 - Schweissausbrüche
 - Fein- oder grobschlägiger Tremor
 - Mundtrockenheit
 - Atembeschwerden
 - Beklemmungsgefühl
 - Thoraxschmerzen und -missempfindungen
 - Nausea oder abdominale Missempfindungen (Unruhegefühle im Magen)
 - Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit
 - Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation) oder man selbst ist

weit entfernt oder nicht wirklich hier (Depersonalisation)

- Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder „auszuflippen“
- Angst zu sterben

C: Ausschlusskriterium: Panikattacken dürfen nicht Folge einer körperlichen, organischen psychischen Störung oder anderen psychischen Störung sein.

Unterscheidung in zwei Schweregrade:

- vier Panikanfälle in 4 Wochen: mittelgradige PAN
- Vier Panikanfälle pro Woche über 4 Wochen:
Schwere PAN

Unterschied DSM und ICD

- Im DSM werden Kriterien eines Panikanfalls nicht unter der PAN aufgeführt, sondern separat
- Grund: Panikanfälle können auch bei anderen Angststörungen auftreten.
- Unterscheidung in 3 Situationstypen (nächste Folie)

Drei Typen von Panikattacken

- Unerwartete (nicht ausgelöste) Panikattacken: „wie aus heiterem Himmel“ → notwendig für die Diagnose einer PAN (allerdings gibt es meist körperinterne Auslöser wie Wahrnehmung von Herzklopfen oder Atembeschwerden)
- Situationsgebundene (ausgelöste) Panikattacken, die fast immer direkt bei der Konfrontation mit dem situativen Reiz bzw. Auslöser oder dessen Vorstellung auftreten
→ charakteristisch für Spezifische und SOPH
- Situationsbegünstigte Panikattacken (Auftreten einer Panikattacke ist in bestimmten Situationen wahrscheinlicher)
- Im DSM werden Kriterien eines Panikanfalls nicht unter der PAN aufgeführt, sondern separat
- Grund: Panikanfälle können auch bei anderen Angststörungen auftreten.
- Unterscheidung in 3 Situationstypen (nächste Folie)
- Bei Auftreten von Vermeidungsverhalten wird eine PAN mit APH diagnostiziert

Symptomatik APH

- Viele Panikpatienten entwickeln Vermeidungsverhalten
- Vermeidung von Orten, an denen Panikanfälle aufgetreten sind oder aus denen Flucht bei Auftreten eines Panikanfalls schwierig oder peinlich wäre
- Vermeidungsverhalten meist umgrenzt, selten generalisiert (Haus kann nicht mehr verlassen werden)
- In seltenen Fällen kein offenes Vermeidungsverhalten, sondern Ertragen der gefürchteten Situation unter großer Angst
- Unter APH werden die Vielzahl der Situationen zusammengefasst, die

Panikpatienten fürchten oder vermeiden

- Beziehen sich meist auf öffentliche Orte und Menschenansammlungen wie
 - Kaufhäuser, Kinos, Restaurants,
 - öffentliche Verkehrsmittel, Autofahren
 - Fahrstühle und Höhen
- Gemeinsam ist allen, dass sie eine Entfernung von sicheren Orten (meist zu hause) darstellen

DSM-IV Kriterien APH

Beachte: Agoraphobie ist keine codierbare Störung. Codiert wird die spezifische Störung, bei der Agoraphobie auftritt.

- 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.

Beachte: Alternativ müssen die Diagnosen Spezifische Phobie, wenn das Vermeidungs-verhalten nur auf eine oder wenige spezifische Situationen begrenzt ist, oder Soziale Phobie, wenn die Vermeidung auf soziale Situationen beschränkt ist, in Betracht gezogen werden.

- 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, Spezifische Phobie, Zwangsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung oder Störung mit Trennungsangst.

ICD-10 Kriterien APH

- Eine deutliche und anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von mindestens zwei der folgenden Situationen:
 - Menschenmengen
 - Öffentliche Plätze
 - Alleine Reisen
 - Reisen, mit weiterer Entfernung von Zuhause
- B Mindestens einmal nach dem Beginn der Störung ,müssen mind. zwei Angst
- C. Die Angst oder das phobische Vermeidungsverhalten werden nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt

- ... wie *SOPH* (z.B. die Vermeidung ist aus Angst vor Peinlichkeiten auf soziale Situationen beschränkt),
- SPSH*, (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)

Unterschiede zwischen DSM und ICD

- Im DSM-IV kein festgelegtes Cluster von agoraphobischen Situationen gefordert → stattdessen allgemeine Charakterisierung agoraphobischer Situationen
- DMS-IV verweist außerdem Alternativdiagnosen (SPSH)
- IM DSM-IV kein Kriterium zur Belastung und Einschränkung durch APH
- Im DSM-IV PAN der APH übergeordnet („PAN mit/ohne APH, falls keine PAN vorliegt, dann APH ohne Panik in der Vorgeschichte (s. nächste Folie)

Diagnostische Kriterien

APH ohne PAN in der Vorgeschichte

- A. Es liegt eine APH vor, die sich auf die Angst vor dem Auftreten panikähnlicher Symptome bezieht (z.B. Benommenheit, Durchfall).
- B. Die Kriterien für eine PAN waren nie erfüllt.
- C. Die Störung geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.
- D. Falls ein medizinischer Krankheitsfaktor (z.B. Morbus Crohn) vorliegt, so ist die unter Kriterium A beschriebene Angst deutlich ausgeprägter, als dies normalerweise bei diesem medizinischen Krankheitsfaktor zu erwarten wäre.

Differentialdiagnostik psychiatrischer Erkrankungen

Zentraler Unterschied über die Befürchtung bei einem Angstanfall möglich:

- **SOPH** (Angst vor Bewertung, Peinlichkeit, Blamage, bezieht sich ausschließlich auf sozialen Situationen wie öffentliches Sprechen, fremde Menschen etc.)
- **SPSH** (Unterscheidung über Art d. gefürchteten Situation bzw. über Inhalt der Ängste – bei einer spezifischen Phobie Inhalt immer auf gefürchtete Aspekte der Situation gebunden wie „Ich könnte mit dem Fahrstuhl abstürzen g)
- **Zwangsstörung** (Angst vor Konfrontation mit dem Objekt der Zwangsvorstellung im Mittelpunkt)

- **PTSD** (Angst oder Vermeidung durch Traumabezogene Reize ausgelöst)
- **Schwere depressive Erkrankungen** (Vermeidung von Situationen vorrangig aufgrund der Angst vor Überforderung, Gefühl von Hoffnungslosigkeit anstatt Angst)
- **Hypochondrie und Somatisierungssyndrom** (Keine ausschließlich abrupten und anfallsweise auftretenden körperlichen Angstsymptome)
- Körperliche Symptome der Panikattacken können durch folgende medizinische Erkrankungen bedingt sein (bspw. Hyper- und Hypothyreose, Tumore des Nebennierenmarks)
- Falls zusätzlich zur körperlichen Erkrankung eine PAN vorliegt, kann im DSM-IV „Angststörung aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktors mit Panikattacken“ vergeben werden.

Komorbidität

- Nur 14,2% der Panikpatienten weisen keine komorbide Störung auf (Wittchen, 1991).
- Häufigste komorbide Störung:
 - Affektive Störungen (72,8% bei unbehandelter PA)
 - Substanzabusus (Medikamente ca. 28,6%; Alkohol ca. 50%; Wittchen, 1991)
- zu etwa 1/3 geht die MD voraus, zu etwa 2/3 beginnt sie gleichzeitig oder folgt der PAN
- Komorbiditätsmuster von Panikpatienten mit anderen Angststörungen:
 - APH bei 30–50%
 - SOPH bei 15–30%,
 - SPSH bei 10–20%,
 - Generalisierte Angststörung bei etwa 25%
 - Zwangsstörung bei 8–10%
- 25–50% auch mit Störungen durch Einnahme psychotroper Substanzen (v. a. Alkohol, Tranquilizer)

Epidemiologie

- Insgesamt hohe Prävalenzraten für PA und AP (Schwankungen zwischen Studien aufgrund von unterschiedlichen Methoden)
- Unterschiedliche Prävalenz in Ost- und Westdeutschland: v. a. bei Frauen im Osten Deutschlands bis zu 3x höhere Prävalenzraten
- Bei Männern zweiter Gipfel jenseits des 40. Lbjh.
- Generell: erster Panikanfall sowohl in früher Kindheit als auch im späten Erwachsenenalter möglich

Verlauf

- Eher ungünstig – nach 7 Jahren nur 14,3% Spontanremission

- Häufige Folgeprobleme sind affektive Störungen, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch
- Vor Beginn der PAN gehäuft schwerwiegende Lebensereignisse wie Tod oder plötzliche schwere Erkrankung von Angehörigen, Erkrankung bzw. akute Gefahr für den Pat. selbst, Schwangerschaft, Geburt, etc. (bei 80% der Patienten mehr als eins)

Epidemiologie - Schlussfolgerungen

- Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer.
- Inzidenz deutlich nach 45. Lj. verringert.
- Einfache Phobien sehr häufig; verursachen i.d.R. jedoch kein signifikantes Unbehagen.
- Komorbide Alkoholabhängigkeit bei Männern fünf mal häufiger als bei Frauen.
- Keine Unterschiede hinsichtlich Rasse, Einkommen, Beschäftigungsverhältnis, Bildung oder ländlichem vs. städtischem Lebensraum.

Suizidrisiko

- PTSD: 6 fach erhöht
- PAN und GAD: 5.6 fach erhöht
- SOPH: 2.1 fach erhöht

Risikofaktoren

Bestätigt:

- Geschlecht
- Alter
- Familienstand (häufiger nach Verlust durch Trennung, Scheidung, Tod)
- Negative Lebensereignisse

Keine Konsistenten Befunde zu:

- Stadt/Land,
- beruflichem Status,
- sozialer Schicht

Ätiologische Modelle

- Allen Modell zur PAN ist gemein, dass
 - Panikanfälle durch positive Rückkopplung zwischen körperlichen Symptomen, deren Assoziation mit Gefahr und daraus resultierenden Angstreaktion entstehen

Psychophysiologischer Teufelskreis: Der Aufschaukelungsprozess bei Panikanfällen

Beginn des Panikanfalls mit

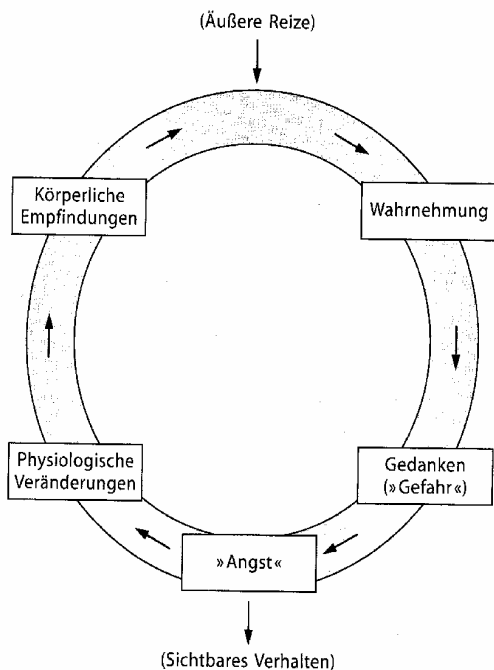
- physiologischen Veränderungen wie Herzklopfen, Schwitzen, Schwindel oder
- psychischen Veränderungen wie Gedankenrasen, Konzentrationsprobleme einher

- Diese Veränderungen können verschiedene Ursachen haben wie Erregung, körperliche Anstrengung, Koffeineinnahme, Hitze, etc.

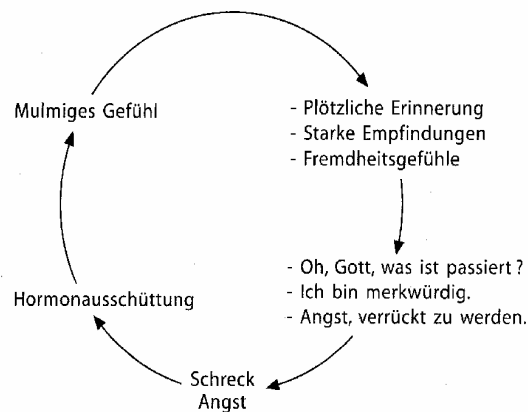
Der Aufschaukelungsprozess

- Physiologische und/oder psychologische Veränderungen werden wahrgenommen und als Gefahr bewertet
 - Auf wahrgenommene Bedrohung wird mit Angst bzw. Panik reagiert
 - Die entstandene Angst führt zu weiteren physiologischen Veränderungen und damit zu weiteren körperlichen/kognitiven Symptomen
 - Bei Wahrnehmung dieser neuen Symptome, kommt es zu einer Steigerung der Angst.
- Rückkopplungsprozess, der schnell und möglicherweise mehrfach hintereinander abläuft

Teufelskreis Modell



Der "Teufelskreis" bei Angstanfällen. Dargestellt ist der typische Aufschaukelungsprozeß, der während Panikanfällen auftritt und der für den raschen Angstanstieg verantwortlich ist (nach Margraf & Schneider 1990)



"Teufelskreis" für Frau B., ein individualisiertes Kreisschema für einen konkreten Einzelfall (nach Margraf 1995)

Reduktion der Angst

Gemäß psychophysiologischem Modell kann ein Panikanfall auf zwei Arten beendet werden:

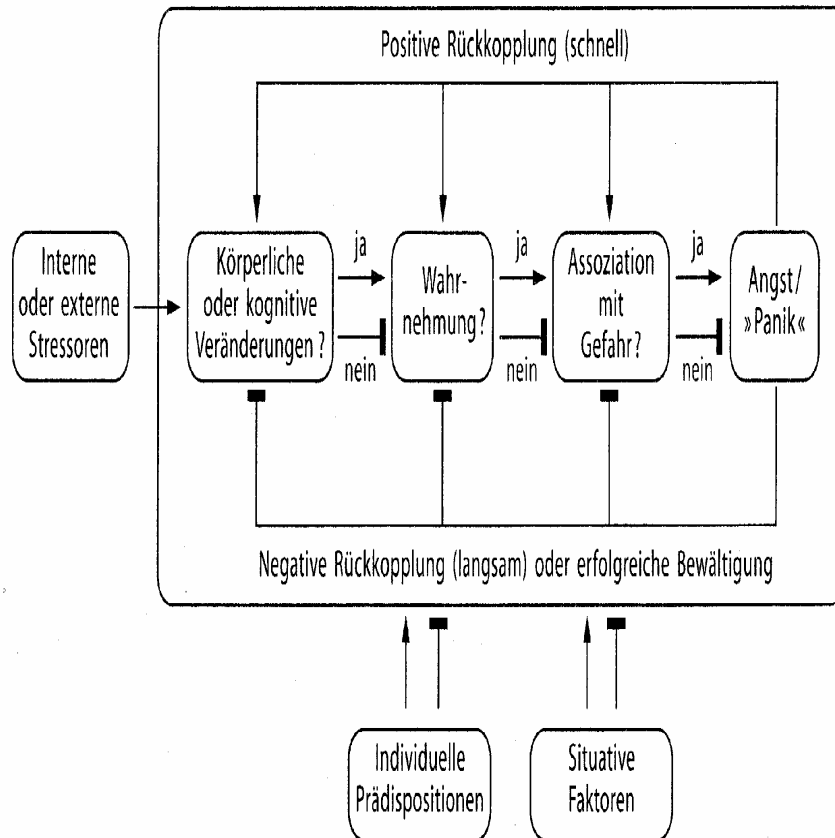
- Durch wahrgenommene Verfügbarkeit von Bewältigungsmöglichkeiten (Hilfesuchendes Verhalten, Vermeidungsverhalten oder Verhaltensweisen wie flaches Atmen, Ablenkung auf externe Reize, Reattribution von Körperempfindungen)

- Durch automatisch einsetzende negative Rückkoppelungsprozesse wie Habituation, Ermüdung, respiratorischer Reflex bei Hyperventilation (s. Modell 2)

Beide Arten wirken auf alle Komponenten des Modells.

Psychophysiologisches Modell (Ehlers & Margraf, 1989 in Schneider & Margraf, 1998)

Abb. 1.1. Graphische Darstellung des psychophysiologischen Modells. (Mod. nach Ehlers & Margraf 1989)



Einflussgrößen auf den Aufschaukelungsprozess – kurzfristige Zustände

- Auf Rückkoppelungsprozess können verschiedene kurzfristige und langfristig wirksame angstmodulierende Faktoren einwirken:
- **Kurzfristige**, d. h. momentane psychische und physiologische Zustände wie generelles Angstniveau, intensive positive und negative Affektzustände, körperliche Erschöpfung, hormonelle Schwankungen, etc. und **situative Zustände** wie Hitze, körperliche Aktivität, Veränderung der Körperposition, Rauchen, Einnahme von Koffein, Medikamenten oder Drogen, Anwesenheit von Sicherheitssignalen

Typische Fehlinterpretationen von Panikpatienten (nach Margraf & Schneider 1990)

<i>Symptome</i>	<i>Gedanken/ Interpretation</i>
-----------------	---------------------------------

Palpitationen, Herzrasen, Brustschmerzen, Schwitzen Atembeschwerden	Ich bekomme einen Herzinfarkt.
Schwindel, Schwächegefühl, Benommenheit, Visuelle Symptome, Zittern, Blässe,	Ich werde in Ohnmacht fallen. Ich habe einen Hirntumor. Ich bekomme einen Schlaganfall.
Atemnot, Würgegefühl, Kloß im Hals	Ich erstickte.
Kribbeln im Körper	Ich werde gelähmt, ich bin schwer krank.
Derealisations- und Depersonalisationsgefühle	Ich verliere die Kontrolle über mich.
Rasende Gedanken, Konzentrationsstörungen	Ich werde verrückt.
Alle intensiven Angstsymptome	Diese Angst bringt mich um.

Einflussgrößen auf den Aufschaukelungsprozess – langfristige Einflüsse

- **Langfristig** sind **überdauernde situative Einflüsse** wie schwierige Lebenssituation, belastende Lebensereignisse, Reaktionen von nahestehenden Bezugspersonen auf die Symptome, etc. und individuelle Prädisposition (genetisch bedingt (Verwandte 1. Grades 4-7fach erhöhtes Risiko) oder erlernt) einer Person zu nennen (Aufmerksamkeitszuwendungen auf Gefahrenreize, bessere Interozeptionsfähigkeit)
- Zusätzlich können **individuelle Lerngeschichte** oder **kognitive Stile** Assoziation körperlicher oder kognitiver Veränderungen beeinflussen
- **Physiologische Disposition:** erhöhte Sensitivität der alpha2-adrenergen Rezeptoren, zentralen Chemorezeptoren oder mangelnde körperliche Fitness

Empirische Belege

Das psychophysiologische Panikmodell

- **Beginn:** PA beginnen oft mit körperlichen Symptomen
- **Kognitionen:** Assoziation von körperlichen Symptomen häufig mit Gefahr; Befürchtung von körperlichen Schädigungen durch physiologische Reaktionen
- **Aufmerksamkeit:** selektiv auf Reize, die mit evtl. körperlichen Gefahren zusammenhängen
- **Angstreaktionen:** bei falscher Rückmeldung der Herzfrequenz
→ intensivere Angstreaktionen bei Pat. mit PAN
- **Lernprozesse:** bei Kindern von Pat. mit PAN → panikrelevante Symptome werden als bedrohlicher erlebt, stärkere Aufmerksamkeitszuwendung auf diese

Symptome als bei Kindern von Tier-phobikern und von nicht psychisch gestörten Eltern (Schneider 1995)

Entstehung der APH

Zwei Faktoren-Modell nach Mowrer:

Klassische Konditionierung (Faktor 1) + Operante Konditionierung (Faktor 2)

Annahme:

Ursprünglich neutrale Reize (z.K. Kaufhaus) werden aufgrund traumatischer Ereignisse (z.B. Ohnmacht) mit einem zentralen motivationalen Angstzustand assoziiert (KK), die darauf folgende Vermeidung des Reizes geht mit dem Abbau des unangenehmen Zustandes einher (OK)

→ Bei Phobikern werden vergleichsweise harmlose Erfahrungen traumatisch verarbeitet

Entstehung der APH

- Reanalyse zur Ätiologie der APH nach Goldstein & Chambless (1978)
- Annahme: zwei Formen der APH (einfache vs. komplexe APH)
 - Bei **einfacher APH** fürchten Pat. phobische Situation selbst, es lassen sich traumatische Erlebnisse als Auslöser finden (seltener als 2. Form)
 - Bei **komplexer APH** fürchten Pat. die Konsequenzen der Angst („Angst vor der Angst“; Konditionierung von körperlichen Empfindungen wie schneller Herzschlag für Panikanfälle, an die wiederum externe Situationen durch Konditionierung höherer Ordnung gekoppelt werden)

Empirische Belege der Theorie einfacher vs. komplexer APH

- Empirische Forschung belegt Bedeutung des Konzepts „Angst vor der Angst“ bei Agoraphobikern
- Es konnten aber keine spezifischen Prädispositionen oder Auslöser nachgewiesen werden (weder Faktoren wie allgemeine Ängstlichkeit, Selbstunsicherheit noch situative Eigenschaften)

Unterscheiden sich Pat. mit primärer

PAN von Pat. mit primärer APH?

- bei 15–20% von Pat. mit PAN bereits vor der PAN agoraphobisches Vermeidungsverhalten
- **Risiko für nachfolgende APH:** früher Onset der Störung; hohe Symptomzahl in den Attacken; Derealisation/Depersonalisation; Angst vor Kontrollverlust; hypochondrische Befürchtungen; Angst vor möglichen sozialen Konsequenzen und erhöhte Sensibilität für die Meinung anderer
- **Risiko für nachfolgende APH:** Panikattacken mit ausgeprägten somatischen Beschwerden, aber ohne Angst
- **Daher:** PAN plus APH → am ehesten höherer Schweregrad der Störung (früherer Beginn, schwerer ausgeprägte Symptomatik, längere Störungsdauer)