

4 Affektive Störungen

Affektive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und umfassen vor allem depressive, manische und bipolare Episoden. Sie sind gekennzeichnet durch pathologische Veränderungen der Stimmungslage, entweder in Richtung Depression (Traurigkeit, Antriebslosigkeit) oder Manie (übersteigerte Hochstimmung, gesteigerter Antrieb).

Affektive Störungen haben nicht nur erhebliche Auswirkungen auf das subjektive Erleben und soziale Funktionieren der Betroffenen, sondern zählen auch zu den führenden Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und Suizidalität.

4.1 Definition

Affektive Störungen sind psychische Erkrankungen, deren **zentrales Merkmal eine krankhafte Veränderung der Stimmungslage (Affektivität)** darstellt.

Die Störung kann sich in **depressiver, gehobener oder gereizter Stimmung** äußern und geht in der Regel mit einer entsprechenden Veränderung des **Antriebs- und Aktivitätsniveaus einher**.

Stimmungslage	Aktivitätsniveau
Depressiv	Vermindert (Hypoaktivität)
Gehoben / Manisch	Gesteigert (Hyperaktivität)

4.2 Klassifikation affektiver Störungen

Die Klassifikation affektiver Störungen erfolgt in der medizinischen Praxis vorrangig anhand der Kriterien der ICD-10 bzw. ICD-11 sowie des DSM-5. Dabei werden u. a. Dauer, Intensität und Verlauf der Symptomatik systematisch erfasst, um zwischen unterschiedlichen Störungsbildern wie der Major Depression, Dysthymie oder bipolaren affektiven Störung differenzieren zu können.

Diese diagnostischen Kategorien sind Grundlage für die Auswahl geeigneter therapeutischer Maßnahmen.

4.2.1 Klassifikation affektiver Störungen nach dem Verlauf

Affektive Störungen lassen sich **klinisch und klassifikatorisch** nach ihrem **Verlauf** unterscheiden. Entscheidend ist dabei, ob ausschließlich depressive oder auch manische/hypomanische Episoden auftreten. Die Unterteilung folgt der ICD-10-Kodierung.

Monopolare affektive Störungen

Monopolare affektive Störungen sind durch **ausschließlich depressive Symptome** gekennzeichnet, das heisst. Es treten keine **manischen oder hypomanischen** Phasen auf.

Zu den monopolaren Störungen zählen:

Störung	ICD-10	Beschreibung
Depressive Episode	F32	Einmalige depressive Phase (leicht, mittelgradig oder schwer)
Rezidivierende depressive Störung	F33	Wiederkehrende depressive Episoden mit weitgehender Rückbildung zwischen den Phasen
Dysthymia (neurotische Depression)	F34.1	Chronische depressive Verstimmung mit weniger ausgeprägten, aber langanhaltenden Symptomen (mind. 2 Jahre)

Wichtig: Erkrankungen mit rein manischen Episoden zählen **nicht** zu den monopolaren Störungen, sie werden trotz fehlender depressiver Episoden **den bipolaren affektiven Störungen (F31)** zugeordnet.

Bipolare affektive Störungen (F31)

Die bipolare affektive Störung ist durch das **Auftreten von mindestens zwei Episoden gestörter Stimmungslage** charakterisiert, mindestens **eine davon mit gehobener Stimmung** (Manie oder Hypomanie). Typisch ist der Wechsel zwischen:

- **manischen / hypomanischen Phasen** (gehobene Stimmung, gesteigerter Antrieb) und
- **depressiven Phasen** (niedergeschlagene Stimmung, verminderter Antrieb).

Zwischen den Episoden kann eine vollständige Remission auftreten. Ein spezieller Verlaufsmodus stellt das Rapid Cycling dar.

Merke

Monopolar: Nur Depression, keine manischen Episoden

Bipolar: Wechsel zwischen Depression und (Hypo)Manie

Rapid Cycling: ≥ 4 Phasen pro Jahr, oft mit eingeschränkter Behandlungsstabilität

4.2.2 Klassifikatorische Einordnung nach ICD-10

ICD-10 Code	Bezeichnung
F30	Manische Episode
F31	Bipolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störung
F34	Anhaltende affektive Störungen (z. B. Dysthymie, Zylothymie)
F38/F39	Andere/unspezifische affektive Störungen

Sonderfall: Depressive Anpassungsstörung

Die **depressive Anpassungsstörung** ist **keine affektive Störung im engeren Sinne**, da sie **reaktiv auf belastende Lebensereignisse** auftritt. Sie wird daher im ICD-10 unter **F43 (Belastungs- und Anpassungsstörungen)** klassifiziert. Aufgrund der häufig **depressiv getönten Symptomatik** wird sie in der klinischen Praxis dennoch häufig **unter den affektiven Störungen mitdiskutiert**, insbesondere in der Differenzialdiagnostik.

Merke

Affektive Störungen betreffen weit mehr als nur das Gefühlsleben, sie verändern auch **Denken, Verhalten und körperliche Empfindungen**.

Oft schwanken Betroffene im Spannungsfeld zwischen **emotionaler Übersteigerung und tiefer Niedergeschlagenheit** (von „himmelhoch jauchzend“ bis „zu Tode betrübt“).

4.3 Manie

4.3.1 Definition

Die **Manie** ist eine affektive Störung, die durch eine **krankhaft gehobene oder gereizte Stimmung, gesteigerten Antrieb** und oft **Enthemmung** gekennzeichnet ist. Sie tritt meist **episodenhaft** auf und kann sich sehr unterschiedlich äußern, sowohl zwischen verschiedenen Personen als auch bei derselben Person in verschiedenen Phasen.

Begriffsherkunft: Altgriechisch *μανία* (*mania*) = „Raserei, Wahnsinn, Leidenschaft“

4.3.2 Leitsymptome der Manie (F30)

- **Euphorische, übersteigerte Stimmung** oder gereizte Grundstimmung
- **Gesteigerte Aktivität** und motorische Unruhe
- **Ideenflucht**, Rededrang, übermäßige Gesprächigkeit
- **Selbstüberschätzung**, Größenideen
- **Vermindertes Schlafbedürfnis**
- **Enthemmung** (sexuell, sozial, finanziell)
- **Fehlende Krankheitseinsicht**

In schwereren Fällen kann die Manie mit psychotischen Symptomen (z. B. Größenwahn) einhergehen → „**Manie mit psychotischen Symptomen**“ (F30.2)

Klinisches Erscheinungsbild

Das Erscheinungsbild einer manischen Episode kann **massiv von der Norm abweichen**:

- **Distanzloses Verhalten** gegenüber Fremden
- **Verminderte Kritikfähigkeit**
- **Unkontrolliertes Geldausgeben**, großzügiges Verschenken von Wertgegenständen
- **Unrealistische Zukunftspläne** oder berufliche Selbstüberschätzung

Die Patienten erleben sich in dieser Phase meist **nicht als krank**, sondern fühlen sich **ausgezeichnet, leistungsfähig, berufen und besonders**, teils sogar „erleuchtet“.

Achtung: In manischen und besonders in gemischten Episoden kann das **Suizidrisiko** erhöht sein.

Beispiel aus der Praxis: Manische Episode im Arbeitsumfeld

Herr K., 41 Jahre, Buchhalter in einem mittelständischen Unternehmen, kehrt nach einem Wochenende unerwartet euphorisch zur Arbeit zurück. Er trägt ein auffälliges, hoch modisches Jackett, spricht ungewöhnlich laut und unterbricht Gespräche, um alle seine „revolutionären Ideen“ für das Unternehmen zu präsentieren. Innerhalb weniger Stunden verfasst er ein 20-seitiges Strategiepapier zur „Umwandlung des Unternehmens in eine globale Innovationsplattform“. Seine Sprache ist druckhaft, mit schnellen Themenwechseln. Er schläft seit drei Tagen kaum noch, wirkt extrem energiegeladener und verteilt ungefragt selbstgebrannte CDs mit seiner „neu entdeckten Musik“, die „bald Spotify ersetzen werde“.

Er spricht Kollegen mit Kosenamen an, umarmt Vorgesetzte und besteht darauf, künftig „alle Prozesse zu automatisieren, inklusive menschlicher Emotionen“. Die Inhalte sind **größenwahnsinnig**, das Verhalten **enthemmt**, seine **Stimmung übersteigert und instabil**.

Klinische Einschätzung

Die Symptomatik entspricht einer **manischen Episode** mit psychotischen Merkmalen, insbesondere **Größenideen, Affektentgleisung, beeinträchtigte Realitätsprüfung** und **sozial inadäquatem Verhalten**. Ohne adäquate Behandlung besteht die Gefahr beruflicher und sozialer Eskalation.

4.3.3 Epidemiologie

Merkmal	Daten
Lebenszeitprävalenz	Ca. 1-2% der Bevölkerung
Anteil rein manischer Verläufe	Ca. 5% der affektiven Störungen (die Mehrheit verläuft bipolar)
Erstmanifestation	Meist zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr , vereinzelt auch später
Geschlechterverhältnis	Ausgeglichen , keine signifikanten Unterschiede

4.3.4. Ätiologie der Manie

Wie bei allen affektiven Störungen wird von einer **multifaktoriellen Genese** ausgegangen:

1. Biologische Faktoren

- **Genetische Prädisposition** (familiäre Häufung von bipolaren Störungen)
- **Neurotransmitter-Dysbalance:**
 - **Dopaminerhöhung** (Belohnung, Motivation)
 - **Noradrenalerhöhung** (Erregung, Energie)
 - Teils auch: **Serotoninmodulation** verändert
 - GABA-Dysregulation
 - Circadiane Rhythmusstörungen

2. Psychosoziale Auslöser

- **Belastende oder bedeutsame Lebensereignisse** wie Heirat, Geburt, Karriereveränderung, Trennung
- Stressverarbeitung bei vulnerablen Personen
- Schlafentzug oder Medikamentenveränderungen (z. B. Antidepressiva)
- Substanzmissbrauch (z.B. Kokain, Amphetamine)

Eine Manie kann auch **ohne klar identifizierbaren Auslöser** auftreten, dies ist häufig bei genetisch stark vorbelasteten Personen der Fall.

4.3.5 Dauer und Verlauf

- **Beginn** meist **plötzlich**, oft mit subtilen Prodromalsymptomen wie erhöhter Energie oder Reizbarkeit
- Ohne schleichende Prodromalphase
- **Dauer**: typischerweise zwischen **2 Wochen und 4-6 Monaten**
- Die manische Episode kann:
 - **vollständig remittieren**,
 - in eine **depressive Episode übergehen**,
 - in **rezidivierende bipolare Verläufe** münden.

Merke

Die Manie ist ein Rausch der Gefühle, für Betroffene oft euphorisch und grenzenlos, für das Umfeld jedoch häufig belastend, irritierend und mit zerstörerischen Konsequenzen verbunden.

4.3.6 Symptome der Manie

1. Allgemeine Hinweise zur Beurteilung

Die **Diagnose einer manischen Episode** setzt stets den **Vergleich mit dem individuellen Ausgangszustand** des Betroffenen voraus: Wie ist dessen übliche Stimmung, sein Aktivitätsniveau, seine Affektregulation, Konzentration oder soziale Interaktion?

2. Leitsymptom: Gehobene oder gereizte Stimmung

Die Stimmung ist entweder:

Typ	Beschreibung
Euphorisch	Übersteigertes Wohlbefinden, gesteigerte Heiterkeit, Optimismus, Vitalgefühl
Dysphorisch	Gereizte, ärgerliche Grundstimmung, missmutig, feindselig, nörgelnd

Entsprechend wird unterschieden zwischen:

- **Euphorischer Manie**
- **Dysphorischer Manie**

3. Diagnosekriterien für eine Manie ohne psychotische Symptome

Neben der gehobenen oder gereizten Stimmung müssen weitere Symptome auftreten:

Stimmung	Benötigte Zusatzsymptome	Gesamtzahl
Euphorisch	Mindestens 3 weitere Symptome	≥ 4
Gereizt	Mindestens 4 weitere Symptome	≥ 5

Zusätzlich muss eine deutliche Einschränkung der sozialen, beruflichen oder schulischen Funktionsfähigkeit vorliegen.

4. Typische Symptome der Manie

Symptom	Beschreibung	SF
Antriebssteigerung	Gesteigerte innere Energie mit übermäßiger Aktivität, häufige Themenwechsel, ruheloser Drang zum Handeln, oft verbunden mit unrealistischen Vorhaben und fehlendem Durchhaltevermögen.	S
Logorrhoe	Übermäßiger, kaum zu unterbrechender Redefluss mit schnellem Sprechtempo, häufigem Themenwechsel und Verlust des Gesprächsfokus.	F

Ideenflucht / Gedankendrängen	Schneller, assoziativer Gedankenstrom mit ständig neuen Einfällen, die das Denken überfluten. Der Gesprächsfaden springt, bleibt aber formal verständlich. Zielgerichtetes Denken wird erschwert oder unterbrochen, im Gegensatz zur Denkzerfahrenheit bleibt die Äußerung logisch nachvollziehbar.	S
Verlust sozialer Hemmungen	Ungehemmtes, distanzloses Verhalten wie lautstarkes Reden in unpassenden Situationen, unangemessene Vertraulichkeit gegenüber Fremden, taktloses oder übergriffiges Flirten, häufig ohne Bewusstsein für soziale Normen oder Konsequenzen.	F
Vermindertes Schlafbedürfnis	Trotz deutlich reduzierter Schlafdauer (z. B. 2–4 Stunden oder gar keiner Nachtruhe) zeigt der Patient keine Erschöpfung, sondern fühlt sich übermäßig wach, aktiv und leistungsfähig, typisch in manischen Episoden.	S
Selbstüberschätzung / Größenideen	Überhöhte Selbsteinschätzung mit unrealistischen Aussagen wie „Ich revolutioniere die Wirtschaft“ oder „Ich bin ein Genie, das die Welt verändern wird“. In schweren Fällen Übergang zu „Größenwahn“, z. B. fester Glaube, eine göttliche oder historisch bedeutsame Mission zu erfüllen.	S
Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung	Auffällige Zerstreuung, Schwierigkeiten beim Fokussieren auf ein Thema oder eine Aufgabe, rasches Abschweifen in Gesprächen, häufige Themenwechsel, das Denken bleibt oberflächlich und wenig zielgerichtet.	S
Tollkühnes, risikoreiches Verhalten	Impulsives Handeln ohne Gefahreinschätzung, z. B. hohe Geldsummen ausgeben, riskante Autofahrten, ungeschützter Geschlechtsverkehr oder spontane Kündigung des Arbeitsplatzes, typisch für manische Episoden, oft mit Realitätsverkenning.	S
Gesteigerte Libido	Sexuelle Enthemmung, wechselnde Partner, sexuelles Ansprechen in sozialen Kontexten, Gefährdung durch ungeschützten Verkehr.	S

(S = Symptom; F = Fremdbeobachtung)

4.3.7 Zeitkriterium

Die Symptome müssen:

- **mindestens eine Woche** durchgehend bestehen,
- zu einer **deutlichen Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen Funktionsfähigkeit** führen,
- nicht durch Substanzen (z. B. Drogen, Medikamente) oder organische Ursachen erklärbar sein.

4.3.8 Differentialdiagnose zur Hypomanie

Merkmal	Manie	Hypomanie
Stimmungslage	deutlich gehoben / gereizt	leicht gehoben / gereizt
Funktionsfähigkeit	deutlich beeinträchtigt	meist erhalten
Psychotische Symptome	möglich	nicht vorhanden
Dauer	≥ 1 Woche	≥ 4 Tage
Hospitalisierung	häufig erforderlich	selten notwendig

4.3.9 Klinisch relevante Besonderheiten

- **Nach dem Abklingen** der manischen Episode leiden viele Betroffene unter **Scham und Schuldgefühlen**
- Dies kann zu **depressiven Episoden oder suizidalen Krisen** führen
- Manien mit psychotischen Symptomen (F30.2) bedürfen **sofortiger psychiatrischer Behandlung** (meist stationär)

Merke

Die Manie ist ein psychopathologischer Ausnahmezustand, geprägt von euphorischem Höhenflug, Enthemmung und impulsivem Risikoverhalten. Dem Erwachen folgt oft einer Depression, mit Scham, Schuld und schwerer Rückkehr in die Realität.

8 Phobische Störungen und Angststörungen

8.1 Definition und Grundverständnis

Angst ist ein biologisch tief verankertes Grundgefühl und eine der wichtigsten Schutzfunktionen des Menschen. Sie dient der *Gefahrenvermeidung* und aktiviert blitzschnell körperliche und psychische Reaktionen, die das Überleben sichern sollen („Fight-or-Flight“-Reaktion).

Angst schützt – aber sie kann auch krank machen.

8.1.1 Evolutionäre Funktion der Angst

Die Funktion der Angst ist **adaptiv** und überlebenswichtig:

- Sie **warn**t vor Gefahr,
- **mobilisiert Energie** (z. B. durch Adrenalinausschüttung),
- **fokussiert die Aufmerksamkeit** auf relevante Reize und
- **ermöglicht schnelle Flucht- oder Abwehrreaktionen.**

8.1.2 Manifestation der Angst auf mehreren Ebenen

Bereich	Typische Angstreaktionen
Emotional-affektiv	Gefühl von Bedrohung, Panik, Ohnmacht, Enge, Kontrollverlust
Vegetativ-körperlich	Zittern, Herzrasen, Schwitzen, Atemnot, Mundtrockenheit, Übelkeit, Verspannungen
Kognitiv	„Blackout“, Konzentrationsstörungen, Katastrophengedanken
Psychomotorisch	Erstarren, Unruhe, Fluchtimpuls („gelähmt vor Angst“)

8.1.3 Was ist eine Angststörung?

Von einer **Angststörung** im klinischen Sinn spricht man, wenn:

- die Angst **unverhältnismäßig stark oder situationsunangemessen** ist,
- **keine reale äußere Bedrohung** besteht,
- die Angst **nicht mehr kontrollierbar** erscheint,
- die Angstreaktion zu **deutlicher Beeinträchtigung im Alltag** führt.

8.1.4 Somatische Komponente und Verwechslungspotenzial

Viele Betroffene äußern **nicht primär emotionale Angst**, sondern klagen über:

- Herzbeschwerden
- Atemprobleme
- Schwindel
- Magen-Darm-Beschwerden
- Allgemeine Schwäche, Erschöpfung

Diese somatischen Beschwerden führen oft zuerst zum Hausarzt. Die eigentliche **Angsterkrankung wird häufig übersehen oder somatisch fehldiagnostiziert**.

8.1.5 Begriffsherkunft

Die Begriffsherkunft von „Angst“ verweist tief in die menschliche Erfahrung körperlicher und seelischer Bedrängnis. Die etymologischen Wurzeln im Lateinischen sind dabei besonders aufschlussreich:

- **„Angustia“** bedeutet *Enge, Beengung, Not* oder *Bedrängnis*.
Es beschreibt die Erfahrung eines Raummangels oder einer Einschränkung, die oft mit Hilflosigkeit einhergeht.
- **„Angor“** stammt vom lateinischen Verb *angere*, „würgen“, „einengen“ oder „beengen“.
Es bezeichnet ein Gefühl von Beklemmung oder Würgegefühl, das eng mit der vegetativen Komponente der Angst verbunden ist.

Diese Wurzeln machen deutlich, dass Angst historisch und semantisch als eine *einengende, bedrängende und existenziell bedrohliche* Erfahrung konzipiert ist.

Sie umfasst dabei sowohl **körperliche Reaktionen** wie Atemnot, Engegefühl in der Brust oder Übelkeit als auch **emotionale Komponenten** wie das Gefühl der Ausweglosigkeit oder inneren Bedrohung.

Die körpernahe Wortherkunft erklärt auch, warum sich Angstgefühle oft sehr konkret somatisch manifestieren, was für Diagnostik und Therapie (z. B. bei Angststörungen) eine große Rolle spielt.

8.1.6 Differenzierung

Normale Angst	Pathologische Angst (Angststörung)
Reaktion auf reale Bedrohung	Ohne reale äußere Gefahr
Zeitlich begrenzt	Anhaltend, wiederkehrend
Situativ erklärbar	Situativ nicht nachvollziehbar

Funktional	Dysfunktional, leidvoll
Bewältigbar	Kontrollverlust, Vermeidungsverhalten

8.2 Epidemiologie der Angststörungen

Angststörungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit. Sie stellen eine erhebliche Belastung für die Betroffenen dar und führen oft zu erheblicher Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen und familiären Funktionsbereichen.

8.2.1 Prävalenz

Epidemiologische Kennzahl	Wert
Lebenszeitprävalenz	Ca. 25-30 %
12-Monats-Prävalenz	Ca. 14-18 %
Punktprävalenz	Ca. 7 %
Beginn typischerweise	Zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr
Neuerkrankungen ab 45	Nehmen deutlich ab
Geschlechterverhältnis	2:1 (Frauen deutlich häufiger betroffen)

Frauen entwickeln insbesondere **phobische Störungen** (z. B. Agoraphobie, soziale Phobie) sowie **generalisierte Angststörungen** doppelt so häufig wie Männer. Bei Männern findet sich hingegen häufiger eine **komorbide Suchterkrankung** als Ausdruck von Bewältigungsstrategien.

8.2.2 Häufige Komorbiditäten bei Angststörungen

Angststörungen treten selten isoliert auf. Besonders häufig sind folgende Begleiterkrankungen:

- **Andere Angststörungen** (z. B. Generalisierte Angststörung + Panikstörung)
- **Affektive Störungen**, insbesondere **depressive Episoden** und **Dysthymia**
- **Somatoforme Störungen** (v. a. bei körperbezogener Angst und hypochondrischen Symptomen)
- **Suchterkrankungen** (Alkohol, Benzodiazepine, Cannabis) → oft als „Selbstmedikation“

- **Persönlichkeitsstörungen** (z. B. ängstlich-vermeidende oder abhängige PS)

8.2.3 Klinische Relevanz

- Angststörungen sind **oft chronisch**, wenn sie unbehandelt bleiben.
- **Frühzeitige Diagnose und Behandlung** verbessern die Langzeitprognose erheblich
- Es bestehen **hohe direkte und indirekte Krankheitskosten** für das Gesundheitssystem
- Viele Betroffene **suchen primär somatische Hilfe**, z. B. beim Hausarzt, wodurch Angststörungen **häufig unerkannt bleiben**

8.3 Ätiologie von Angststörungen

Die Ursachen von Angststörungen sind vielschichtig. Es besteht **Konsens über eine multifaktorielle Genese**, bei der genetische, neurobiologische, entwicklungspsychologische, lerntheoretische und psychodynamische Aspekte zusammenwirken. Je nach Störungstyp können einzelne Faktoren dominieren.

8.3.1 Neurobiologische Aspekte

Aktuelle Studien zeigen, dass bei Menschen mit Angststörungen häufig funktionelle und strukturelle Veränderungen in bestimmten Hirnarealen auftreten, insbesondere im **limbischen System**, das für emotionale Reaktionen verantwortlich ist:

- **Amygdala (Mandelkern)**: überaktiv bei Angstverarbeitung
- **Hippocampus**: beteiligt an der Kontextbewertung von Gefahren
- **Präfrontaler Cortex**: eingeschränkte hemmende Kontrolle über emotionale Zentren

Auch **Neurotransmittersysteme** sind beteiligt:

Neurotransmitter	Bedeutung bei Angst
Serotonin	Angstdämpfend → Wirkung von SSRIs bei Angsterkrankungen
Noradrenalin	Anstieg in Stresssituationen → erhöhte physiologische Erregung
GABA	Hemmende Wirkung → GABA-Mangel führt zu übersteigter Angst

8.3.2 Psychodynamische Theorien (nach Freud)

Die Psychoanalyse geht davon aus, dass pathologische Angst aus **unbewussten, ungelösten innerpsychischen Konflikten** resultiert.

- Das **ICH** ist überfordert, die Impulse aus dem **ES** mit den normativen Anforderungen des **ÜBER-ICH** in Einklang zu bringen
- Die **Angst** ist Ausdruck eines Versagens der Abwehrmechanismen
- Es handelt sich um eine **Signalangst**, die auf einen drohenden Kontrollverlust hinweist
- Die Angst wird auf äußere Situationen oder Objekte projiziert (Phobien) oder bleibt frei flottierend (Generalisierte Angststörung)

Beispiel: Eine tief verdrängte aggressive Impulslage wird nicht bewusst wahrgenommen, äußert sich aber in einer panischen Angst, die scheinbar keinen Auslöser hat.

8.3.3 Lerntheoretische Modelle (Zwei-Faktoren-Theorie nach Mowrer)

Die **Zwei-Faktoren-Theorie** erklärt die Entstehung und Aufrechterhaltung von Angststörungen durch folgende Mechanismen:

Klassische Konditionierung (Pawlowsches Prinzip)

Ein ursprünglich **neutraler Reiz** (z. B. ein Hund) wird durch ein aversives Erlebnis (Hundebiss) mit Angst gekoppelt → der Hund wird zum **Angstreiz**.

Generalisierung: Nicht nur der ursprüngliche Hund, sondern alle Hunde (oder vergleichbare Reize) lösen Angst aus.

Operante Konditionierung (Skinner)

Das **Vermeidungsverhalten** wird negativ verstärkt:

- Durch Vermeidung wird kurzfristig Angst reduziert
- Diese kurzfristige Angstminderung wirkt belohnend
→ das Vermeidungsverhalten **stabilisiert und verstärkt sich**

Beispiel: Ein Kind meidet nach einem Hundebiss konsequent alle Hunde. Die kurzfristige Erleichterung verstärkt die Vermeidung, langfristig jedoch auch die Angstsymptomatik.

Implikationen für die Verhaltenstherapie

Diese lerntheoretischen Erkenntnisse begründen, warum sich **Expositionsverfahren mit Reaktionsverhinderung (ERP)** als **Therapie der Wahl** bei vielen Angststörungen bewährt haben:

- Wiederholte Konfrontation mit dem Angstreiz
- Verhinderung der Sicherheits- oder Vermeidungsverhaltens
- Ziel: **Habituation** (Abschwächung der Angstreaktion) und **kognitive Neubewertung**

8.3.4 Weitere Erklärungsansätze (je nach Störungstyp)

- **Bindungstheorie:** Unsichere Bindungsmuster begünstigen die Entwicklung von Angststörungen
- **Kognitive Modelle:** Verzerrte Annahmen und Denkfehler (z. B. Katastrophisieren, Selektive Aufmerksamkeit) sind zentral bei Panikstörung, GAD und sozialer Phobie
- **Traumatische Erlebnisse:** Bei der Entwicklung von **PTBS** oder **Angst nach Verlusten** besonders relevant

8.4 Formen der Angststörungen

Im **ICD-10** werden Angststörungen im Kapitel **F40–F41** unter der Überschrift *„Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“* klassifiziert. Dabei unterscheidet man drei grundlegende Erscheinungsformen, je nachdem, wie **die Angst ausgelöst wird**, **wie lange sie andauert** und **ob sie objektbezogen ist**.