

Expositionsbehandlung von Angststörungen bei Jugendlichen – inkl. VR-Therapie



Pixabay/mohamed_hassan

Mag. Auer-Mackinger Claudia

Schön Klinik Roseneck

Inhalt

1. Übersicht Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

2. Grundlegendes zu Expositionsverfahren

3. Phasen der Expositionsbehandlung

1. Motivation & Psychoedukation
2. *Expositionsphase – Verhaltensexperimente*
3. *Stabilisierung – Neubewertung - Rückfallprophylaxe*

4. Spezifische Aspekte bei der Exposition unterschiedlicher Angststörungen

1. Exposition mittels virtueller Realität (VRET)
2. Exposition bei sozialen Ängsten – Prüfungsängsten
3. Exposition bei Spezifischen Phobien (Tierphobien, Blut-Verletzungs-Spritzen-Phobie, Emetophobie) - Agoraphobie
4. Expositionen bei Trennungsangst
5. Expositionen bei körperbezogenen Ängsten (Panikstörung, hypochondrische Ängste)
6. Exposition bei (generalisierten) Sorgen - GAS

Typische Ängste in verschiedenen Altersstufen

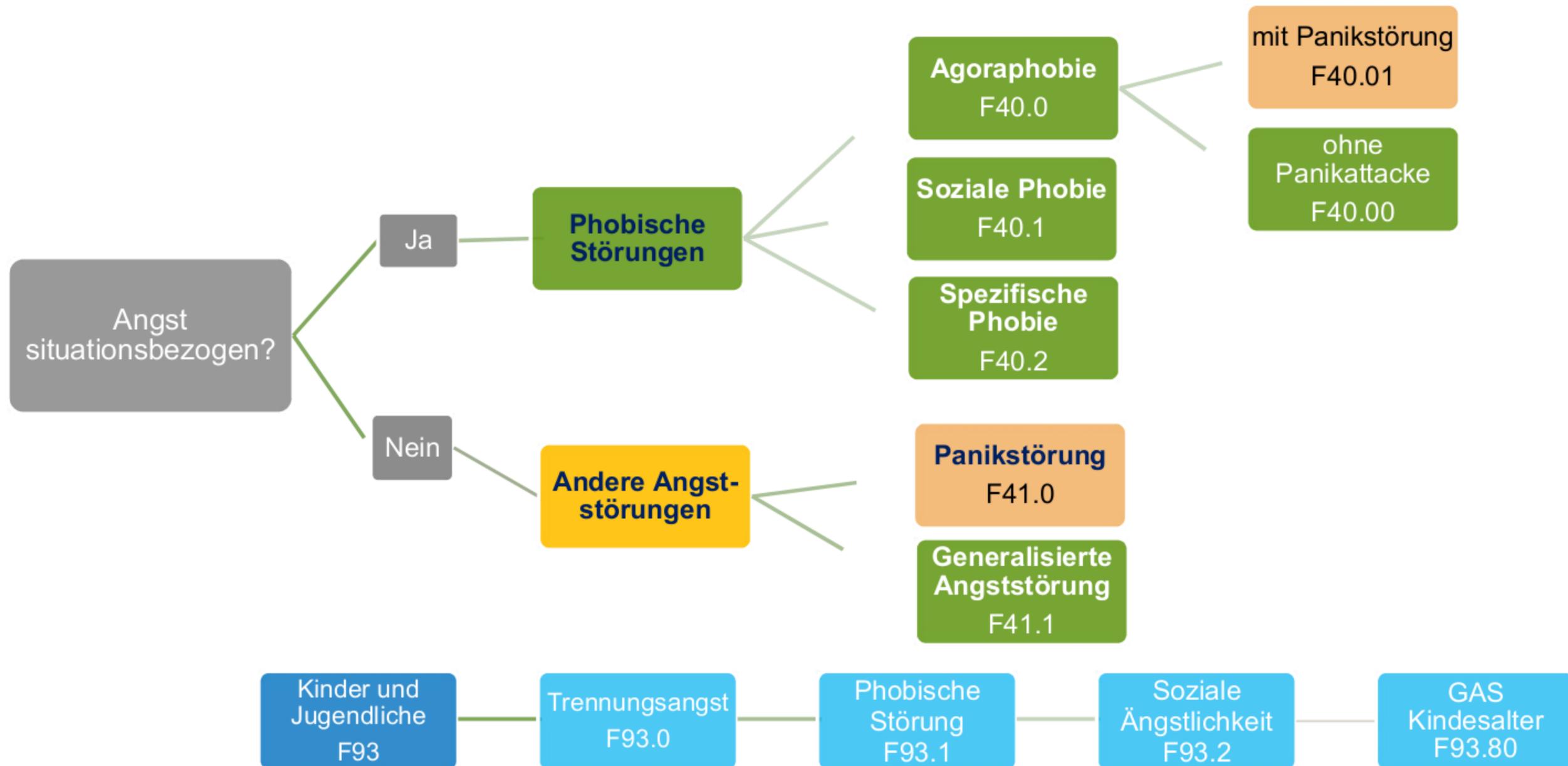
- **Fremdenangst:** Viele Kinder haben gegen Ende des ersten Lebensjahres besonders häufig Angst vor fremden Menschen, vor fremden Gegenständen, vor lauten Geräuschen, vor Höhen.
- Im Kleinkindalter ängstigen sich Kinder oft vor **Tieren, vor der Dunkelheit, vor dem Alleinsein.**
- **Magische Ängste:** Vier- bis Sechsjährige haben oft Angst vor Fantasiegestalten wie Monster, Geister, Gespenster, Figuren, Puppen und vor Naturgewalten wie Gewitter mit Blitz und Donner.
- **Angst vor Spritzen – med. Behandlung:** entwicklungsbedingt vermehrt bei fünf- bis siebenjährigen Kinder zu beobachten.
- Im Grundschulalter nehmen die bis dahin vorherrschenden Ängste (Fantasiegestalten, Tiere, Dunkelheit) in der Regel ab.
- Schul- und Jugendalter: Es treten nun vermehrt **schulbezogene** (Schulangst, Prüfungsangst, soziale Ängste) **und gesundheitsbezogene Ängste** (Angst vor Krankheiten - Unfällen - Verletzungen – Tod - Sexualität) auf.

Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

- Stellen im Mittel mit ca. 10% die häufigste psychische Störung dar
 - Vorschulalter (2 – 5 Jahre): Prävalenzrate 19,4 %
 - Jugendalter (13 – 18 Jahre): Prävalenzrate 10 – 31,9 %
 - Höchste Rate bei Spezifischen Phobien: Lebenszeitprävalenz 19,3 %
- Hohe Kontinuität in Bezug auf Alter & Verlauf – mit Ausnahme spezifischer Phobien
- Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen (Angst primär – sekundär?)
- Trennungsangststörung im Kindesalter = Risikofaktor für Angsterkrankungen im Erwachsenenalter
- Geringe spontane Remission bei Angststörungen
- Risikofaktor für weitere psychische Erkrankungen - (Depression, Störungen im Substanzgebrauch / Substanzabhängigkeiten, Suizidalität, Somatoforme Störungen) im Jugend- und Erwachsenenalter



Angststörungen – Diagnostischer Überblick ICD 10



Panikattacken bei anderen psychischen Störungen



Zentrale
Befürchtungen
der Angst?

Testverfahren Angst allgemein (Kinder & Jugend)

Fragebogen	Alters	Info-Quelle	Bereiche
BAK - Bereichsspezifischer Angstfragebogen für Kinder & Jugendliche (Mack und Petermann 2016) - Hogrefe	9 – 18 J	Selbst Eltern (BAK-E)	Spezifische Phobie, Trennungsangst, phobische Störung des Kindesalters, Soziale Phobie, Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
SCARED-D - Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (Essau et al. 2002)	7 – 18 J	Eltern	Trennungsangst, generalisierte Angst, Soziale Phobie, Schulangst, Panikstörung
DISYPS-III Diagnostik-System für psych. Störungen nach ICD10 u. DSM5 für Kinder & Jugendliche III (Döpfner und Görtz-Dorten 2017) Elternversion 2018 – Open Access	11 – 18 J 4 – 18 J	Selbst Fremd	Trennungsangst, Panikattacke/Panikstörung, Agoraphobie, generalisierte Angststörung, Soziale Phobie, Spezifische Phobie https://www.kli.psy.ruhr-uni-bochum.de/dips-interv/kkjp/kinder-dips/index-de.html

S2e-Leitlinienentwurf Angststörungen des Kindes- & Jugendalters

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-022> - Abruf
03/2025

The screenshot displays the 'AWMF Leitlinien-Register' interface. At the top, there are navigation links for 'AWMF-Webseite' and 'Interessenerklärung'. The main header features the 'AWMF online' logo with the tagline 'Portal der wissenschaftlichen Medizin'. The central content area is titled 'ANMELDUNG' and lists the following registration details:

- Angemeldet: S2e-Leitlinie Prävention, Diagnostik und Therapie von Angststörungen des Kindes- und Jugendalters
- Art der Anmeldung: Klassen-Upgrade
- Angemeldete Klasse: S2e
- Anmeldedatum: 01.06.2020
- Geplante Fertigstellung: 31.05.2025** (circled in red)
- Gründe für die Themenwahl: Angststörungen sind mit einer Prävalenz von > 5% die häufigsten psychische Störung des Kindes- und Jugendalters. Zudem zeigen sie unbehandelt ein hohes Risiko für Chronifizierung und erhöhen das Risiko von komorbiden psychischen Störungen (z.B. depressiven Episoden, Suchterkrankungen) im weiteren Lebensverlauf. Die Versorgungssituation

The bottom of the page contains a navigation bar with icons for Home, Menu, User, Functions, AWMF-Druckwerk, and Search.

Inhalt

1. Übersicht Angststörungen im Kindes- und Jugendalter
2. **Grundlegendes zu Expositionsverfahren**
3. Phasen der Expositionsbehandlung
 1. Motivation & Psychoedukation
 2. *Expositionsphase – Verhaltensexperimente*
 3. *Stabilisierung – Neubewertung - Rückfallprophylaxe*
4. Spezifische Aspekte bei der Exposition unterschiedlicher Angststörungen
 1. Exposition mittels virtueller Realität (VRET)
 2. Exposition bei sozialen Ängsten – Prüfungsängsten
 3. Exposition bei Spezifischen Phobien (Tierphobien, Blut-Verletzungs-Spritzen-Phobie, Emetophobie) - Agoraphobie
 4. Expositionen bei Trennungsangst
 5. Expositionen bei körperbezogenen Ängsten (Panikstörung, hypochondrische Ängste)
 6. Exposition bei (generalisierten) Sorgen - GAS

Therapieelemente Angststörungen bei Kindern & Jugendlichen

- Diagnostik & Exploration (Komorbidität – biographische Themen)
- Motivationsklärung – Elterneinbindung – Veränderungsziele
- Psychoedukation
- Ressourcenaktivierung und Stärkearbeit
- **Verhaltensexperimente & Expositionen**
- Kognitive Arbeit
- Förderung der emotionalen Kompetenzen
- Förderung der Sozialen Kompetenzen - Stressbewältigung
- Förderung der Entspannungsfähigkeit
- Rückfallprophylaxe
- Zusammenarbeit mit Kindergarten, Schule, Ausbildungsstellen



Definition Expositionstherapie – Umgang mit der Angst

„Expositionstherapie ist weniger eine einheitliche Therapieform, als eine Vielzahl von Verfahren und ihren Varianten.“

siehe Neudeck, P., 2015, S. 13



„The best way out – is always trough!“

Robert Frost

Expositionsarten



	graduert	massiert
In sensu	Systematische Desensibilisierung	Implosionsverfahren
In vivo	Angstbewältigung graduert	Flooding Angst-Management-Training
In virtuo		

Vgl. Neudeck, 2015, S. 20 & Erweiterung



Habituation - Inhibition – was wirkt?



© pixabay

Angstbehandlung

Habituation

Selbstwirksamkeit

Emotionale
Verarbeitung



© pixabay – Gordon Jonson

Inhibitionslernen - Extinktionslernen

Lerntheorien

Fazit: Kein entweder oder – sondern individualisierte Behandlung mit Schwerpunkt auf vorliegende Angststörung und den individuellen Patienten – individualisiertes Therapierational

Inhibitionslernen in der praktischen Anwendung

- **Erwartungen** bestmöglich widerlegen (Angstverläufe aufzeigen eher sekundär) – korrigierende Lernerfahrung
- Generalisierung fördern (Variabilität in **Kontext, Dauer, Häufigkeit und Intensität**)
- Reduktion bzw. Aufgabe Sicherheitsverhalten
- Vertiefte Extinktion anwenden
- Ausschleichen der Intensität
- Einsatz von **Abruf- /Erinnerungshilfen** (**Cave!** Motivationshilfen versus Vermeidung)
- „**Positive Valence Training**“ (Angstreiz einen positiveren Wert zuordnen) →
„dritte Welle“ KVT

Inhibitionslernen – Vertiefte Extinktion Aufzüge



Bei Kindern und Jugendlichen nur nach individueller Abwägung nutzen!



Therapeutische Grundhaltung



- ✓ **Empathie und Akzeptanz** – Patient erlebt die Situationen als existentiell bedrohlich
- ✓ **Positive Einstellungen zu Exposition und Konfrontation** – Metabotschaft
- ✓ **Kernelement = Exposition** – Entscheidung dafür muss von Patienten und Eltern getroffen werden → Prinzip **Freiwilligkeit** („Übungsvertrag“)
- ✓ **Psychoedukation & Behandlungsrational** (Angst zulassen) soll wiederholt vermittelt werden
- ✓ **Verständnis für Sicherheitsverhalten** - kein Widerstand gegen Therapie, sondern nachvollziehbare Reaktion
- ✓ Individueller Grad Einbezug der Eltern (Psychoedukation – Exposition)

Do's - Therapeutenverhalten

- ✓ Wertschätzendes, empathisches, **ermutigendes** Verhalten
- ✓ Patienten mit Befürchtungen und Sichtweisen **ernstnehmen**, auch wenn diese verzerrt sind – Symptomtoleranz fördern
- ✓ **Informationen** über Störung und Veränderungsmöglichkeiten **bereitstellen** – Schlüsse (Lernerfahrung) sollen Angstbetroffene selbst ziehen
- ✓ Wahrscheinlichkeitsaussagen verwenden – Akzeptanz **Restrisiko & Unsicherheit**
- ✓ **Expositionen zu Beginn mit therapeutischer Begleitung** – Übergang ins Selbstmanagement ermöglichen
- ✓ Patienten (Eltern) auf Therapeutenverhalten während der **Expositionen vorbereiten** – Stil eher direktiv und möglichst klar, wirkt im ersten Moment „weniger“ empathisch

Don'ts – Therapeutenverhalten bei Expositionen

- zu hohen Druck aufbauen (= müssen) - Patienten zwingen – Weg versperren
- hektisch, unruhig oder ungehalten werden
- lange Diskussionen vor Beginn einer Exposition – beruhigendes Einwirken
- Dramatisierung eines Abbruches der Übungssituation
- Expositionen nur in Begleitung durchzuführen – fehlendes Selbstmanagement
- zu viele Situationen einplanen – lieber weniger und ausreichend lange
- gleiche Übungssituationen wiederholt üben – ohne Varianten
- nach intensiver Übungsphase nicht mehr üben, nach Monaten noch täglich üben (langsames Ausschleichen der Frequenz)
- Erfahrungen in selbständigen Expositionen nicht nachbesprechen oder
- Erwartungsverletzungen & Lernerfahrungen nicht aufzeigen

Kontraindikation & Einschränkungen - Expositionstherapie

- Real gefährlichen Situationen (u. a. Straßenverkehr bei Kindern unter 12 J oder schwimmen in tiefem Gewässer)
- Akute Suizidalität - massive NSSV in den letzten 2 Wochen
- Fehlende Therapiemotivation – Prinzip Freiwilligkeit
- Intensive – wenig kontrollierbare dissoziative Zustände (Skills & Reizdiskrimination)
- (Akute) Schizophrenie – psychotische Erkrankungen
- Autismusspektrumsstörungen (ASS) & ADHS – gestuftes Vorgehen – kürzere Expositionsphasen
- Körperliche Erkrankungen, die gegen eine **starke** physiologische Erregung sprechen/einschränken
 - somatische Erkrankungen
 - Asthma bronchiale
 - Formen der Epilepsie
 - Essstörung und/oder sehr niedriger BMI



Med.
Abklärung!

Ziele von Exposition bei Kindern- & Jugendlichen mit Angststörungen

- Angst zulassen und erleben (spürbare Erfahrung) – **Angstanstieg notwendig**
- **Angst zulassen wird verstärkt** – nicht das Vermeiden
- Angstreduktion sollte abgewartet werden (Ausnahmen beachten!)
- Überprüfung der Befürchtungen in der Realität
- **Erwartungsverletzung herbeiführen**
- Neue Lernerfahrungen → neue Bewertungsmuster etablieren
(**Erwartungsveränderung**)

Allgemeine Struktur von Expositionssitzungen (1)

1. Planung der Sitzung

- ▶ Auswahl einer geeigneten Situation(en) - mit ausreichender Verweilmöglichkeit bei ersten Übungen - für Angstanstieg & dem Erreichen von Erwartungsverletzung; Therapeut sollte Örtlichkeiten kennen
- ▶ Einverständnis Patient & Eltern – Prinzip Freiwilligkeit - Übungsvertrag
- ▶ Wiederholung Behandlungsrational, Klärung von Unklarheiten

2. Gestaltung des Settings

- ▶ ausreichendes Zeitfenster einplanen ca. 100 – besser 150 – Minuten – später geblockt
- ▶ Klärung Datenschutz bei In-vivo-Expositionen, Störungen möglichst verhindern
- ▶ Form Expositionen festlegen (massiert/graduiert, variabler Kontext & Schweregrad)

3. Vorbesprechung

- ▶ aktuelle Angst (**Kinder & Jugendliche: 0 – 10**), aktuelle Symptome, Sicherheitsverhalten reflektieren, Befürchtung & Erwartungsangst formulieren lassen, evtl. an Ziel(e) erinnern

Allgemeine Struktur von Expositionssitzungen (2)

Expositionsprotokolle
nutzen

4. Durchführung

- ▶ Exposition therapeutisch begleitet, später selbständig (Selbstwirksamkeitserfahrung)
- ▶ Fokus auf Symptome und Angst lenken (4 Ebenen = „Ankern in der Angst“)
- ▶ auf Sicherheitsverhalten achten, wenn ja – identifizieren, reduzieren, weglassen
- ▶ Angstintensität (0 -10) wiederholt erfragen
- ▶ Situation nicht zu früh verlassen (je nach Angststörung, Angstreduktion erleben) – passende Einstiegsübungen

5. Nachbesprechung (Expositionsheft)

- ▶ Angstverlauf wiederholen
- ▶ tatsächliche Ereignisse & Erfahrungen abfragen
- ▶ **Erwartungsverletzung aufzeigen** – Schlussfolgerungen & neue Lernerfahrung erarbeiten
- ▶ Loben und verstärken für das Zulassen von Angst – Expositionsprotokoll schriftlich
- ▶ weitere Übungen (in Variationen) – Hausaufgabe: verdichtetes Üben in Varianten
- ▶ Expositionsheft anfertigen (Erfolge festhalten)

Motto:
Prepare
Expose & Test
Summarize

Planung von Expositionen - Verhaltensanalyse

Wichtige zu erarbeitende Faktoren – was möchte ich wissen?	Individualisiert auf den jeweiligen „Patienten X“ – A.
Angstauslösende interne Stimuli	Individuelle, <u>körperliche Symptome</u> (Herzklopfen, Atemnot, Unwohlsein, Zittern, Gefühl der Unwirklichkeit - Derealisation) Gedanken – Erinnerungen – Bilder → frühere Panikattacken
Angstauslösende externe Stimuli	spezielle Situationen, Orte, oder Objekte: soziale Situation – sprechen mit oder vor anderen, Menschenmengen, Orte ohne Fluchtmöglichkeit (Öffis, Aufzug), Kino, Shopping
Befürchtete Konsequenzen – Erwartungen	Ersticken, umfallen, hilflos sein, sterben, Kontrolle verlieren Negativ auffallen & bewertet werden, sich blamieren, Unsinn reden
Sicherheitsstrategien und Vermeidungsverhalten	Vermeiden, flüchten, sich anklammern, sich verweigern, wütend werden, weinen, erstarren, Begleitung, Handy, Ablenkung,

Umgang mit Panikattacken

- Zum Bleiben ermutigen („Wollen wir uns Ihre Angst gemeinsam anschauen?“), verstärken und Mut machen.
- Nicht in die Enge treiben – Argumentationsoverkill vermeiden
- Mutmachersätze nutzen - möglichst keine Beruhigung oder Rückversicherung geben.
- Normalerweise keine Atemtechniken während PA vermitteln (Bauchatmung, Tüte, hohle Handatmung, Lippenbremse etc.) – Ausnahmen: Emetophobie – BSV-Phobien - Flugphobie
- Kommunikation mit kurzen & klaren Sätzen.
- Bei starken Hyperventilationssymptomen (evtl. Pfötchenstellung) → Patient unterhaken und gemeinsam gehen (Unbedingt vorher Fragen, ob in Ordnung!)
- Abfrage der Realitätskontrolle (innere und äußere) – im Hier & Jetzt bleiben
- In speziellen Situationen (Selbstverletzung, Trauma, emotional.-instabile PS) → Skills einsetzen
- Auf Schamgefühle achten – Patienten fühlen sich manchmal bloßgestellt!

Hilfreiche Fragen während Panikattacken

Fragen?

- Wie fühlen Sie sich? – Wie fühlst du dich gerade?
- Was geht Ihnen durch den Kopf? Was denkst du – hast du Bilder vor Augen – was stellst du dir gerade vor?
- Was nehmen Sie in der Umgebung wahr? Was kannst du sehen, hören, riechen?
- Was spüren Sie körperlich? Was spürst du an oder in deinem Körper?
- Gibt es etwas, dass du / Sie gerade vermeiden (Gedanken, Gefühle, körperliche Symptome, in der Situation)?
- Darf die Angst da sein? Nutzt du gerade etwas, um die Angst kleiner zu machen?
- Was befürchtest du genau? Was passiert schlimmstenfalls?
- Wie stark ist die Angst auf einer Skala von 0 bis 10?

Inhalt

1. Übersicht Angststörungen im Kindes- und Jugendalter
2. Grundlegendes zu Expositionsverfahren
- 3. Phasen der Expositionsbehandlung**
 1. Motivation & Psychoedukation
 2. Expositionsphase – Verhaltensexperimente
 3. *Stabilisierung – Neubewertung - Rückfallprophylaxe*
4. Spezifische Aspekte bei der Exposition unterschiedlicher Angststörungen
 1. Exposition mittels virtueller Realität (VRET)
 2. Exposition bei sozialen Ängsten – Prüfungsängsten
 3. Exposition bei Spezifischen Phobien (Tierphobien, Blut-Verletzungs-Spritzen-Phobie, Emetophobie) - Agoraphobie
 4. Expositionen bei Trennungsangst
 5. Expositionen bei körperbezogenen Ängsten (Panikstörung, hypochondrische Ängste)
 6. Exposition bei (generalisierten) Sorgen - GAS

Phasen der Behandlung

Diagnostik & Motivationsaufbau

**Psychoedukation – Störungsmodell –
Ableitung Expositionsrational**

Expositionsphase

**Kognitive Neubewertung – Stabilisierung –
Rückfallprophylaxe – Evaluation Therapie**

Winfried Rief, 1993,
Klinik Roseneck, 2008

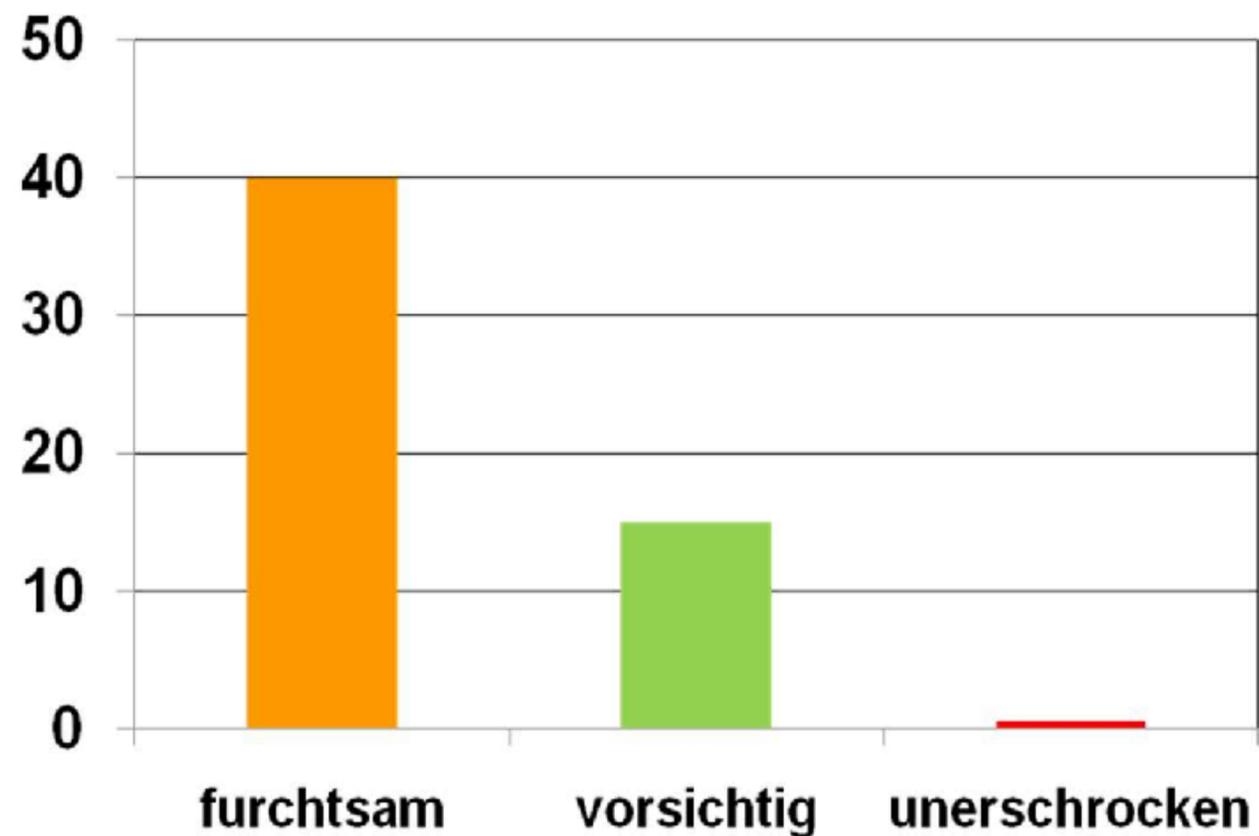
Psychoedukation – Kind/Jugendlicher & Erziehungsberechtigte(r)

- Emotion Angst – Schutz- & Überlebensfunktion
- Angsterkrankungen – allgemeines & individuelles Störungsmodell
- Arten von Angsterkrankungen
- Bestandteile von Angst (Gedanken, Körper, Gefühl(e), Verhalten) – „normale“ körperliche Veränderungen während Angst- & Panik - Angsttagebuch
- Angstkreislauf (Rolle von Gedanken & Selbstaufmerksamkeit)
- Stress & Angst
- Rolle von Sicherheits- und Vermeidungsstrategien
- Behandlungsmöglichkeiten inkl. Erläuterung Expositionstherapie → Ziel: „Zu-viel-Angst“ loszuwerden – nicht gar keine Angst
- Zustimmung Patientinnen & Erziehungsberechtigte – mit oder ohne direkte Einbindung während Expositionen



Angst – ein wichtiges Gefühl im Leben

Überlebensrate von Guppies in % nach 60-stündiger Konfrontation mit einem Schwarzbarsch



Dugatkin, Behavioral Ecology 1992 3(2): 124-127

Wo hilft die Angst im Leben?

Störungsmodell Angsterkrankung - allgemein

Multifaktoriell

Prädisposition - Veranlagung

- Temperament: ängstlich & schüchtern
- (Neuro-)Biologie - Genetik
- Lernen durch beobachten (Familie / Freunde)
- Schlimme oder schwierige Erlebnisse
- Eltern (evtl. übervorsichtig - ängstlich)

Elternfrage:
Was sind ihre
Überlegungen?

Auslösende Faktoren

- Erhöhter **Stress** wie
 - Belastende Ereignisse
 - Veränderungen
 - Konflikte
 - Erkrankung
 - Überlastung
 - Schulstress

Aufrechter- haltende Faktoren

- Sicherheitsverhalten
- Flucht
- Vermeidung
- Erwartungsangst
- Aufmerksamkeitsfokus
- Fehlinterpretationen
- Steigender Druck
- Unterstützung von Vermeidung - durch Freunde und Familie

Bestandteile der Angst



- Was spüre ich in meinem Körper?
- Welche Gedanken – Bilder – Fantasien habe ich?
 - Zu-Ende-Denken unterstützen!
- Verhalten – Was tue ich?
 - Kinder: Vermeiden, flüchten, sich anklammern, sich verweigern, wütend werden, weinen, erstarren,
- Gefühle – was kann ich alles fühlen?

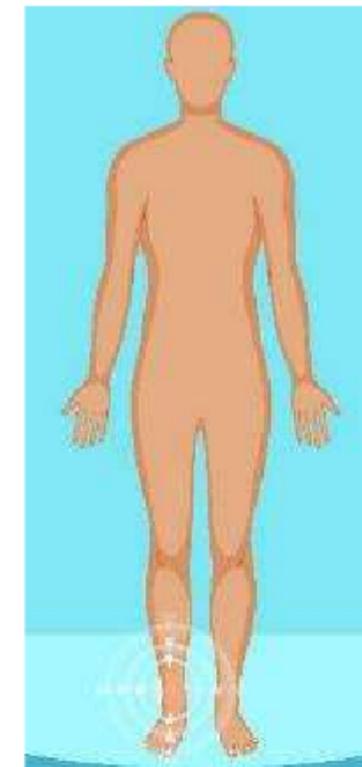
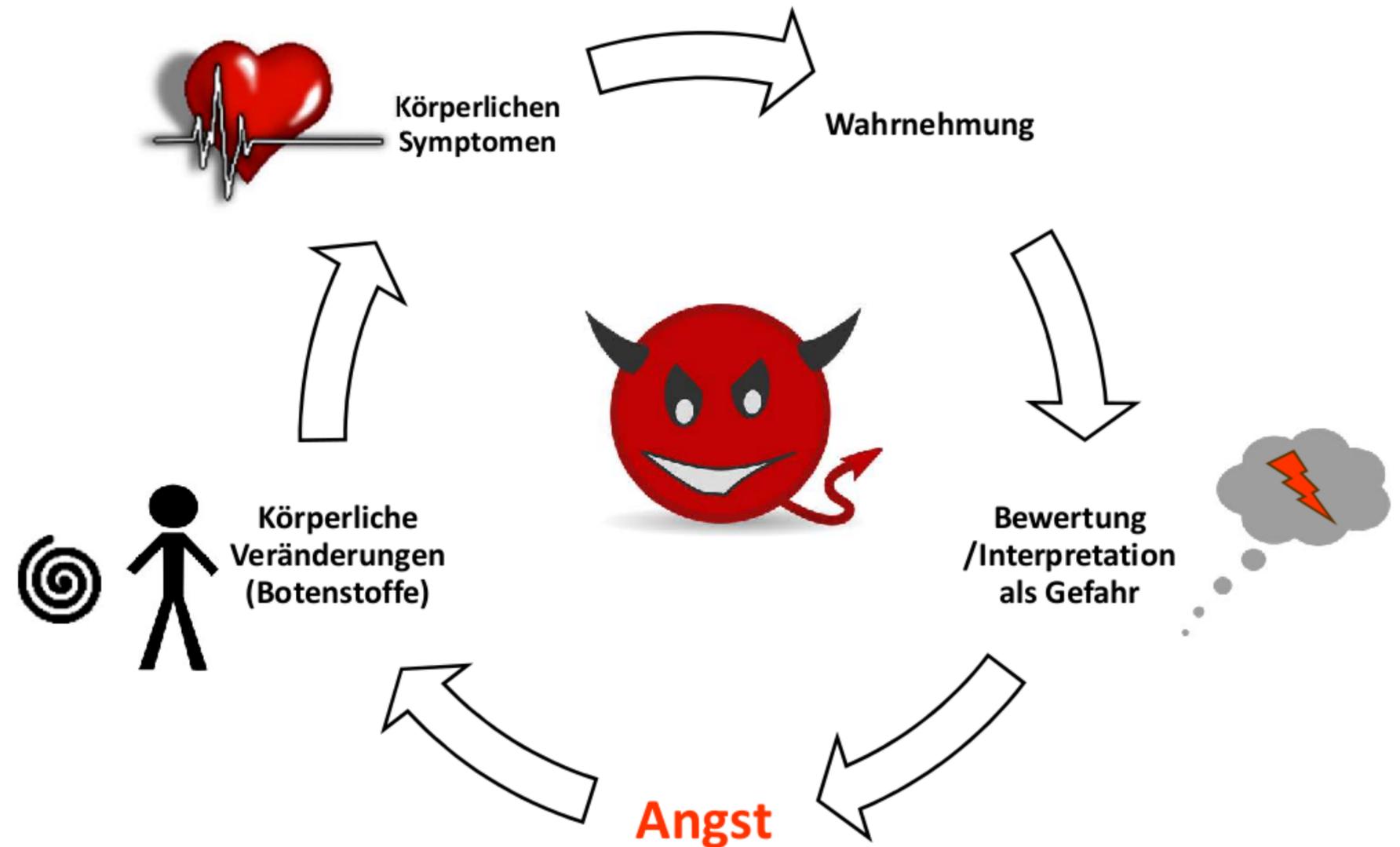


Bild von brgfx auf Freepik

Angstkreislauf – warum wird die Angst stärker?

Geleitetes Entdecken
nach Margraf &
Schneider 1992

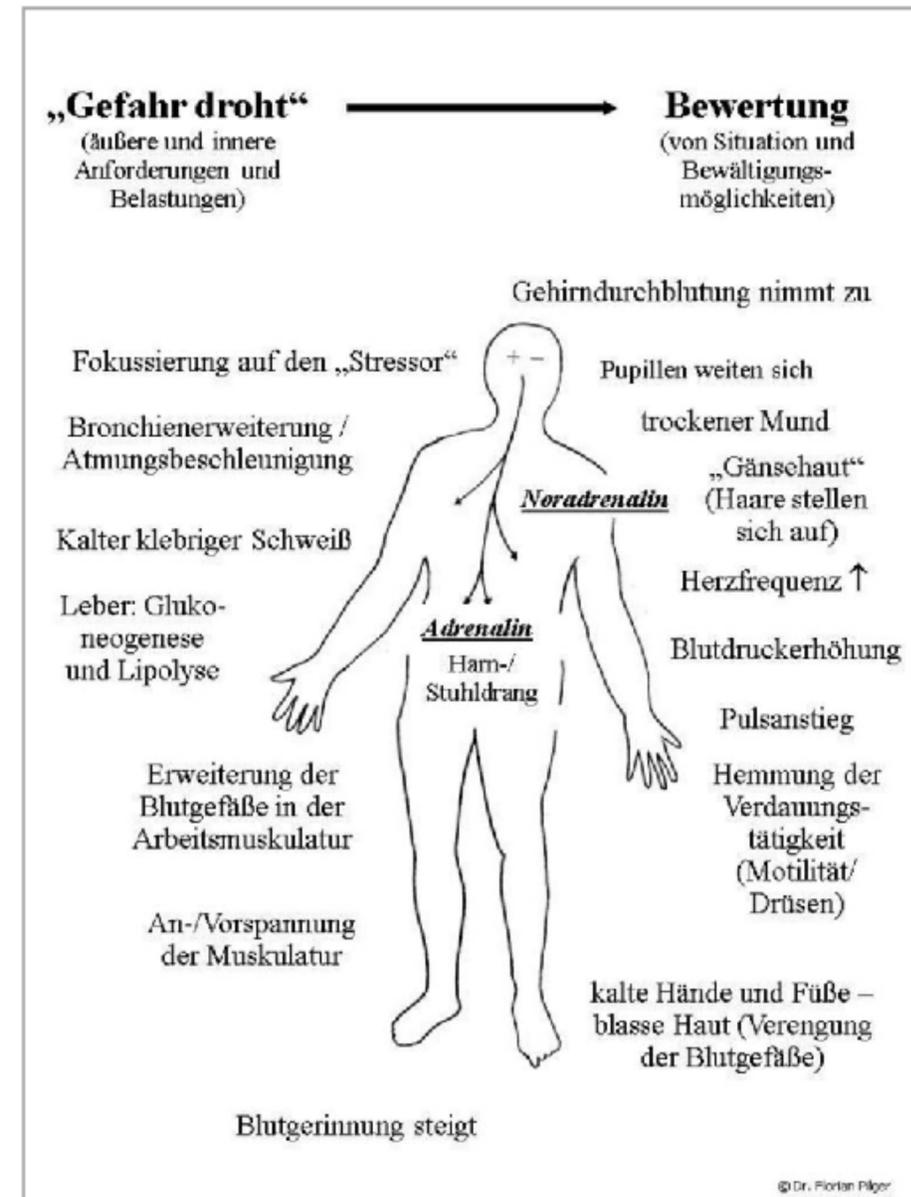
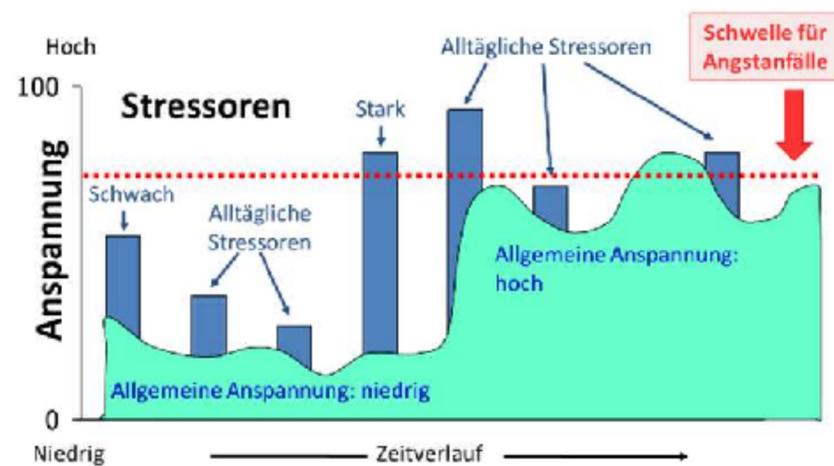


Lizenzfreie Bilder von
Pixabay & svgsilh.com

Psychoedukation: Stressmodell & körperliche Vorgänge



Pixabay /geralt



© Dr. Florian Pilger

AB ABT - Klinik Roseneck

Sicherheits- und Vermeidungsverhalten

- **Flucht**
- **Passives Vermeiden**
 - Keinen Sport treiben, körperliches Schonverhalten
 - Information zu Themen vermeiden
 - Orte oder Situationen nicht mehr aufsuchen
 - Bestimmte Lebensmittel meiden
 - Rückzug – nicht oder leise sprechen
- **Sicherheitssignale / -strategien**
 - Begleitung
 - Bachblüten - Homöopathie
 - Handy
 - Traubenzucker, Kaugummi, Bonbons
 - Glücksbringer
 - Tüte oder Wasser dabei haben
 - Augen schließen – Haare im Gesicht – Kapuze
 - Blickrichtung - Sitzplatzwahl
 - Frische Luft
 - Kleidung (unauffällig – knallig als Schutzschild)

- **Kognitive Strategien**
 - gedankliche Ablenkung – an bestimmte Situation denken
 - Selbstberuhigung
 - Gedankenunterdrückung
 - Zählen
- **Ablenkung**
 - Handy, Podcast, Musik hören, Gespräch suchen, mit Fingern spielen
- **Checken und Rückversichern**
 - Untersuchungen, Arzttermine
 - Body Checking
 - Telefonate mit Angehörigen
 - Bewegung (zappeln, herumlaufen)
- **Neutralisierende Handlungen**
- **Einsetzen von Entspannungsübungen**
 - Aktive Entspannung
 - Atemtechniken (Ausnahme Emetophobie)
 - uvm.



pixabay /truthseeker08



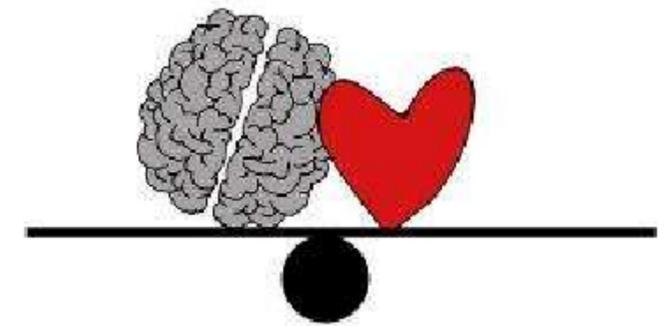
openclipart.org



pixabay /stocksnaps

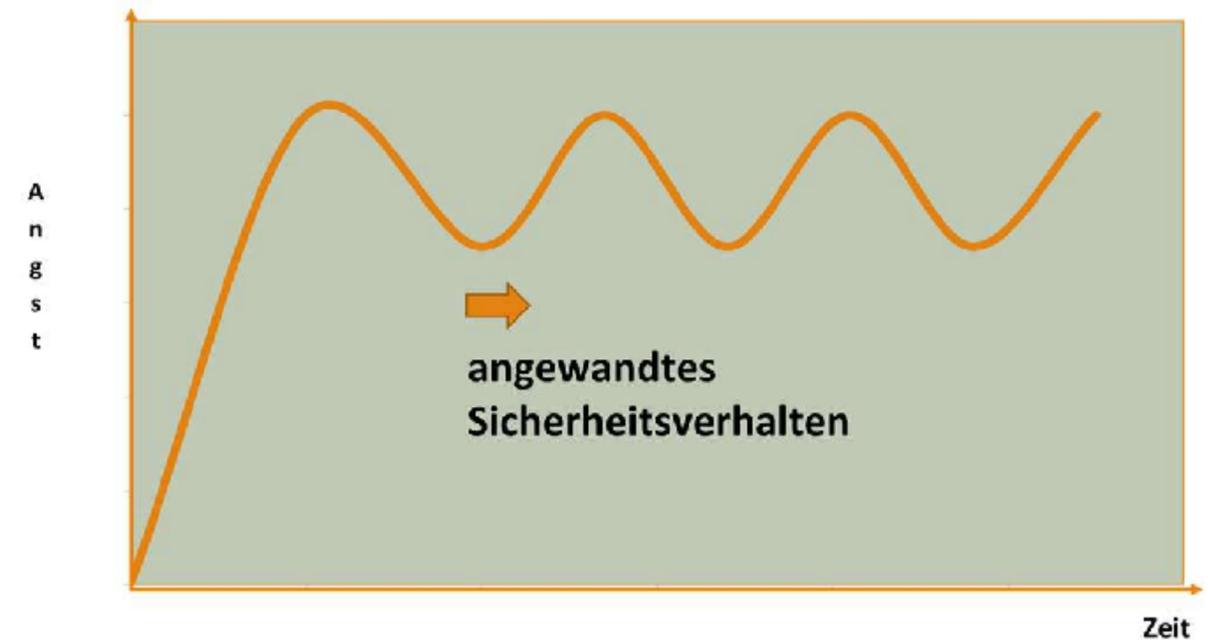
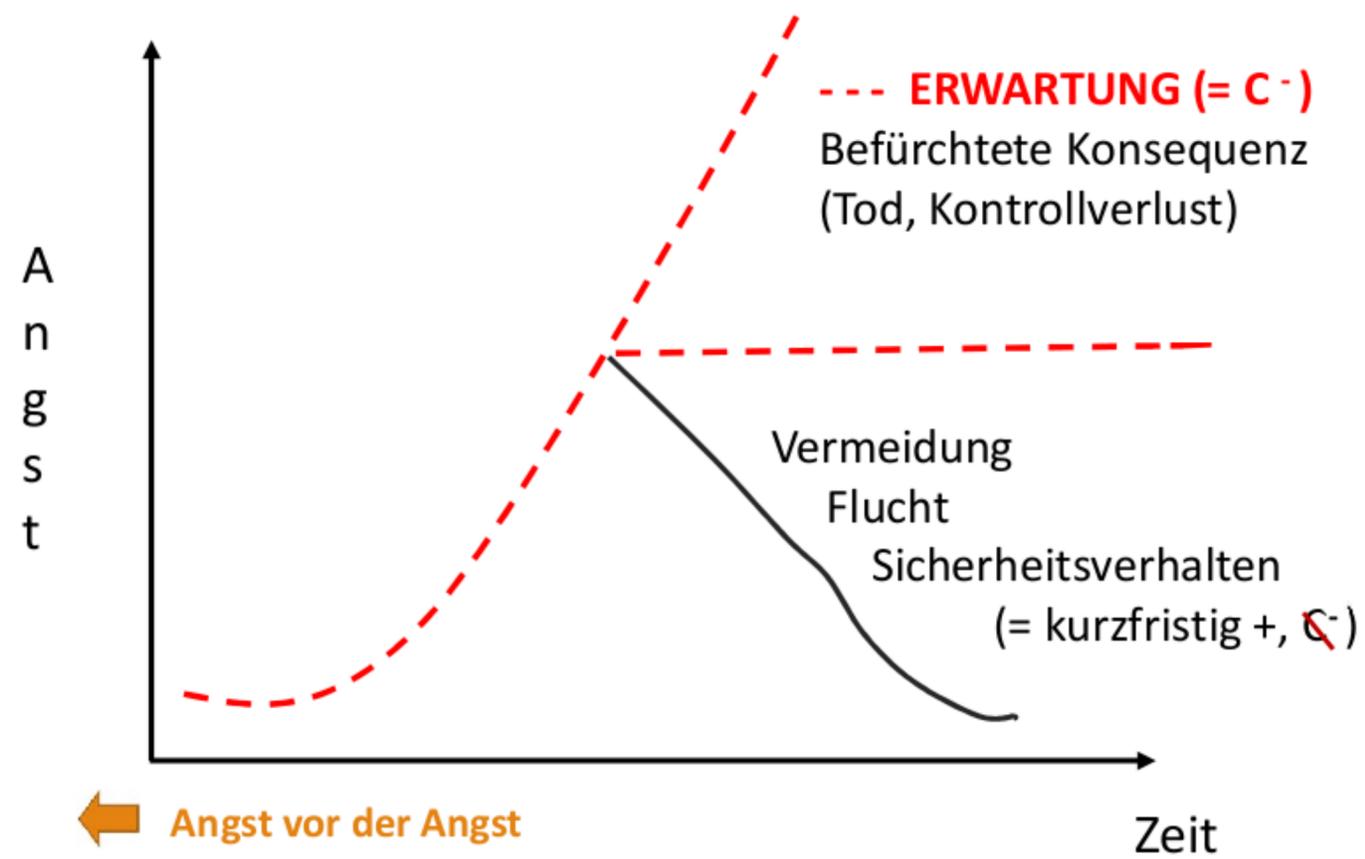
Warum sollte ich mich meiner Angst stellen?

- Erfahrungen mit dem Erlernen von neuen Dingen -
Schnürsenkel binden, Schwimmen, Radfahren, Musikinstrument
„Was hast du / haben Sie schon alles gelernt?“
- Erlerntes - Skala mit Schwierigkeitsgrad erstellen
- Umgang mit Schwierigkeiten - z. B. Vgl. erster Sturz mit dem Fahrrad
- Vergleich zu Verlauf von angstbesetzten Situationen
- Werte & Ziele nutzen (ACT)



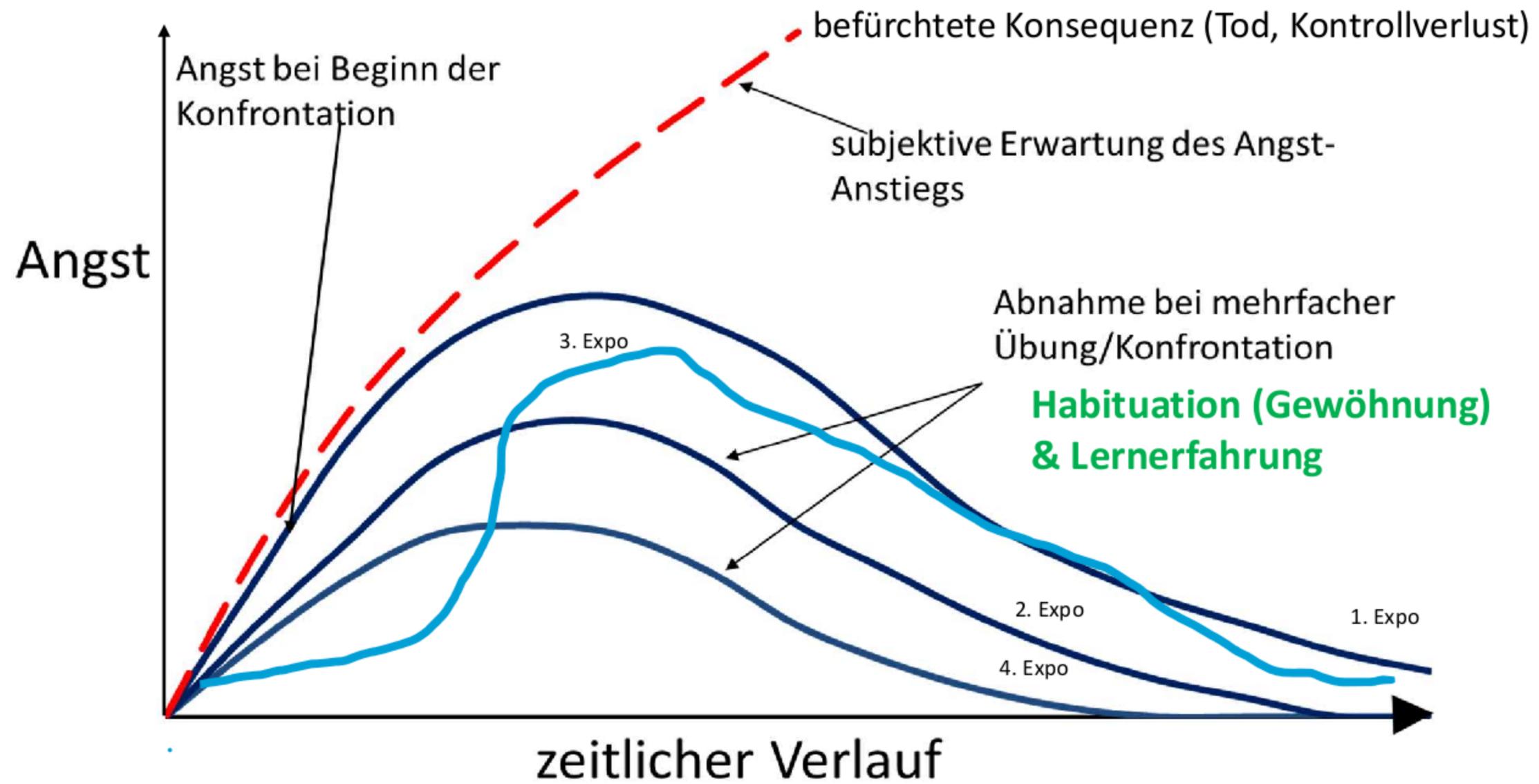
Pixabay / elisariva

Verlaufskurven Angst – Erwartung Patient

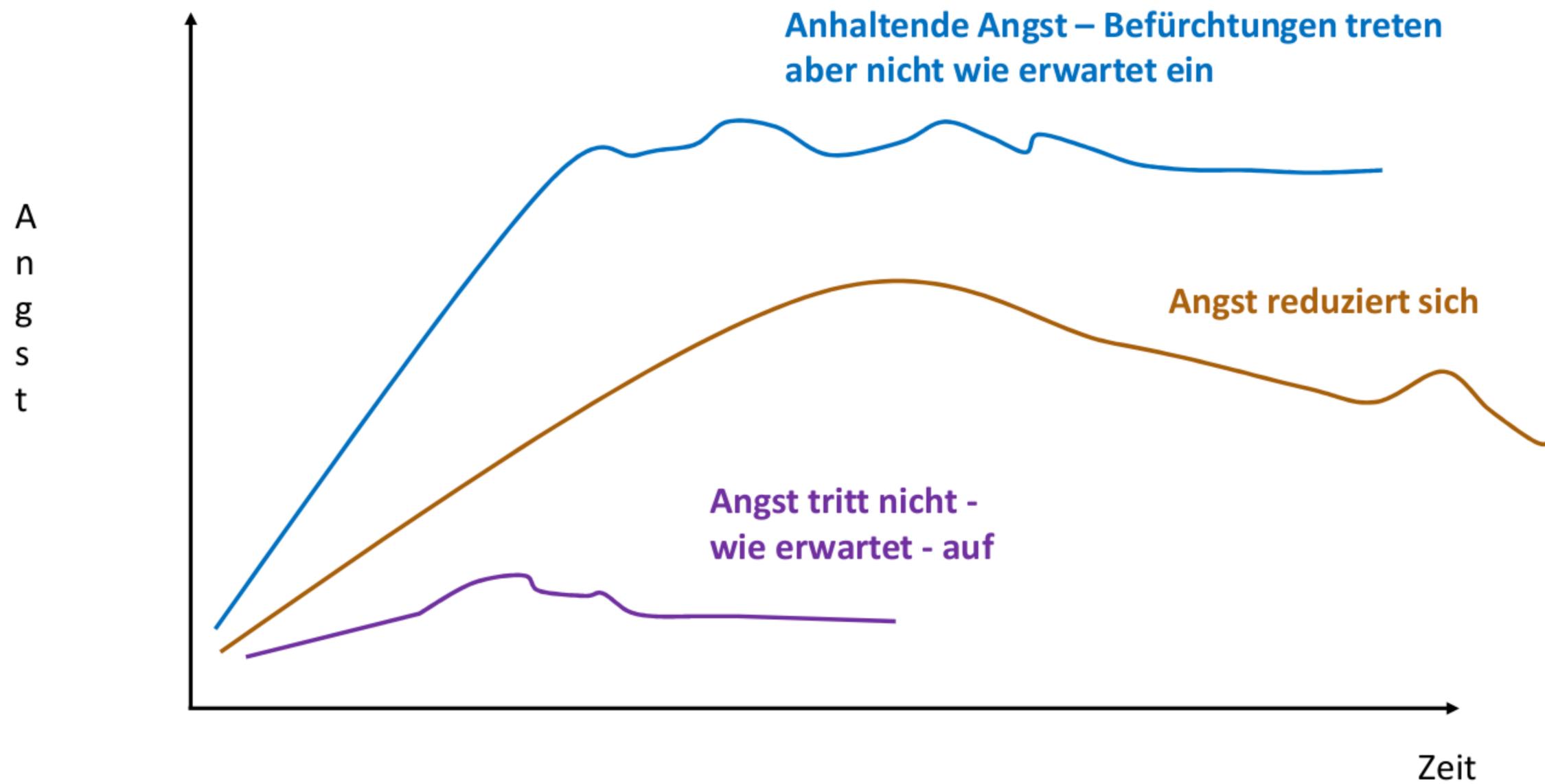


**Langfristige Effekte:
negativ – Angst bleibt
oder wird verstärkt**

Konzept Habituation: Expositionen - Angstverlauf



Verlaufskurve Angst bei Expositionen



Positive Selbstverstärker vorab erarbeiten

Motivationshilfe/Selbstverstärker

- Ich schaffe das. Ich bin mutig.
- Ich kann meine Angst aushalten.
- Ich bin auch mit Angst ok.
- Ich traue mir die Angst zu.
- Ich habe schon viele Schritte gemacht.
- Die Angst ist nicht mein Feind, sie ist unangenehm und nervt. Aber das kann ich lernen auszuhalten.
- Es lohnt sich, weil (Werte einsetzen).

Selbstberuhigung

- Die Angst geht sicher schnell vorbei.
- Ich muss nur noch kurz durchhalten.
- Ich kann jederzeit gehen.
- Ich kann mich auch ablenken.
- Ich muss das später nicht noch einmal machen.
- Der Therapeut(In) hat gesagt, es kann nichts Schlimmes passieren.

Angst- & Expositionstagebücher

- Ansatzpunkte für VH-Experimente und Expositionen
- Erwartungen werden erkennbar - erleichtert Erwartungsverletzung aufzuzeigen
- Vergleich zwischen Befürchtung und tatsächlichen Ereignissen wird ermöglicht
- Lernerfahrungen und Habituationsprozesse werden aufgezeigt
- Ansatzpunkte für kognitive Umstrukturierung
- Gedächtniseffekte werden minimiert

ABT-Expositionsprotokoll	
Vor der Exposition auszufüllen	
1. Welche Situation möchte ich üben – was möchte ich erreichen?	
A	WAS? Beschreibung der Situation – Konkretisierung (in Stichworten)
B	WANN und WO? Festlegung von Ort – Zeit – Datum
C	Wie viel Angst habe ich vor der Übung – Einschätzung der Angststärke _____ (0 – 100%)
2. Befürchtungen – Gedanken	
A	Formulierung der konkret erwarteten Befürchtung – Was denke ich, was passieren wird? (z. B. „Ich werde die Kontrolle verlieren und umkippen.“ oder „Die Angst geht nie mehr weg.“ – Denken Sie an alle Ebenen: Körperlich – Gedanklich – Was könnte/werde ich tun?)

Inhalt

1. Übersicht Angststörungen im Kindes- und Jugendalter
2. Grundlegendes zu Expositionsverfahren
3. Phasen der Expositionsbehandlung
 1. Motivation & Psychoedukation
 2. *Expositionsphase – Verhaltensexperimente*
 3. *Stabilisierung – Neubewertung - Rückfallprophylaxe*
4. **Spezifische Aspekte bei der Exposition unterschiedlicher Angststörungen**
 1. **Exposition mittels virtueller Realität (VRET)**
 2. Exposition bei sozialen Ängsten – Prüfungsängsten
 3. Exposition bei Spezifischen Phobien (Tierphobien, Blut-Verletzungs-Spritzen-Phobie, Emetophobie) - Agoraphobie
 4. Expositionen bei Trennungsangst
 5. Expositionen bei körperbezogenen Ängsten (Panikstörung, hypochondrische Ängste)
 6. Exposition bei (generalisierten) Sorgen - GAS

Exposition in virtuo (Virtuelle Realität - VR)

○ Formen von Exposition in der Virtuellen Realität (VRET)

- Künstlich generierte Umgebung mit interaktiven Dialogen (z. B. Neomento – Berlin) – ab 12 Jahren
- 3D-Videos mit Head-Mounted-Display (HMD) – z. B. VirtuallyThere
- DiGA - Invirto (Sympatient) mit therapeutischen Kontakten – ab 18 Jahren

<https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>

○ Wirksamkeit: Effekte bei Angststörungen – v. a. bei Spezifischen Phobien (Tiere, Höhe, Fliegen), Soz. Angststörung

○ Begriffe:

- **Immersion:** Zustand des „tiefen Eintauchens“ in eine virtuelle Realität durch die Fähigkeit des VR-Systems, eine „lebendige Erfahrung“ zu generieren, welche den Nutzer von der physischen Realität entfernt
- **Präsenz:** subjektives Gefühl, an dem Ort zu sein

○ Anwendungsbereiche im Haus:

- Soziale Ängste, Vortragsangst, Sprechangst – Selektiver Mutismus,
- Training von Fertigkeiten im Bereich der Sozialen Kompetenz
- Höhenangst (Akrophobie)
- Klaustrophobie (Aufzug)



Selektiver Mutismus – Sprech- & Kommunikationsstörung

- → Sprechhemmung
- Verstummen & Schweigen an bestimmten Orten oder gegenüber bestimmten Personen (soziale Situationen)
- **0,1 – 0,3 %** der Bevölkerung betroffen – Geschlechterverhältnis weiblich-männlich 2:1
- Beginn: meist im Vor- oder Grundschulalter
- Befürchtungen: beim Sprechen Fehler zu machen – von anderen für „dumm“ gehalten werden – ausgelacht zu werden – sich zu blamieren
- Erscheinungsform & Ausmaß sind sehr individuell – Betroffene wirken häufig wie erstarrt
- Risikofaktoren: fehlende Sprachkenntnisse und leichte Sprechstörungen

Selektiver Mutismus 6B06

....Selektiver Mutismus ist durch eine **durchgängige Selektivität des Sprechverhaltens** gekennzeichnet, bei der ein **Kind in bestimmten sozialen Situationen**, typischerweise zu Hause, eine angemessene Sprachkompetenz zeigt, in anderen Situationen, typischerweise in der Schule, aber **regelmäßig nicht spricht**. Die Störung hält mindestens einen Monat lang an, ist nicht auf den ersten Schulmonat beschränkt und ist so schwerwiegend, dass sie die ausbildungsbezogenen Leistungen oder die soziale Kommunikation beeinträchtigt. Die Unfähigkeit zu sprechen ist nicht darauf zurückzuführen, dass das Kind die in der sozialen Situation erforderliche Sprache nicht kennt oder nicht beherrscht (z. B. weil in der Schule eine andere Sprache gesprochen wird als zu Hause).

ICD-11 in Deutsch – Entwurfssfassung – Abruf 03/2025

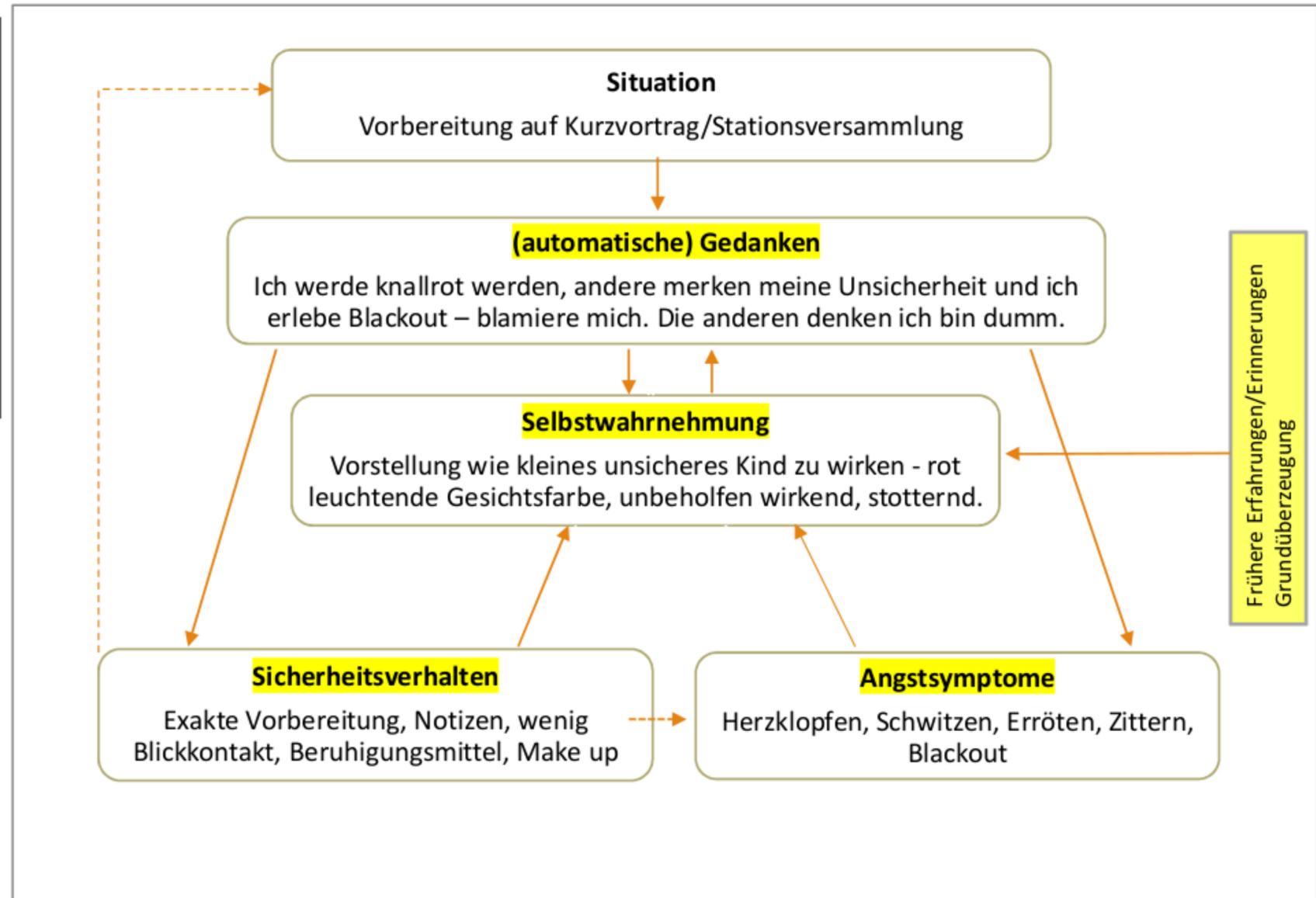
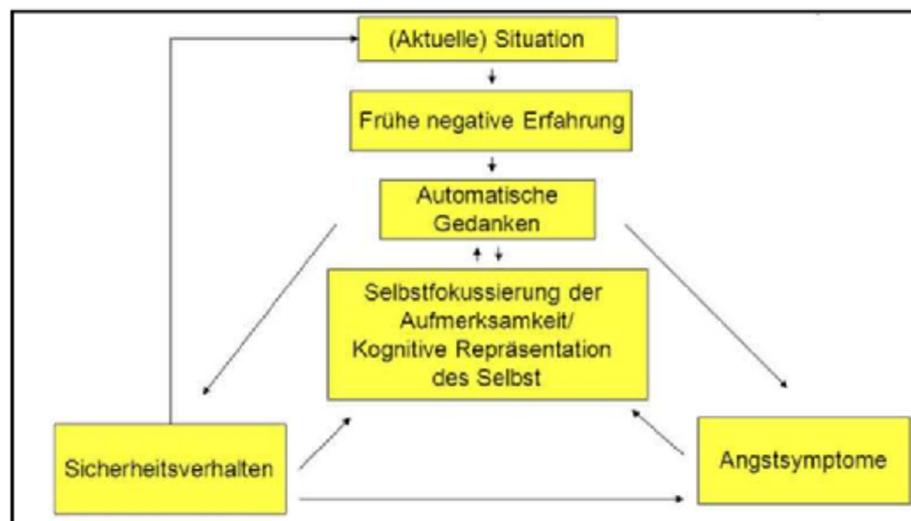
Ausschlusskriterien:

- Psychosen und Autismus
- Fehlende Sprachkenntnisse
- Sprachstörungen / org.-motorische Sprechstörungen
- Tiefgreifende Entwicklungsverzögerungen oder -störungen

Inhalt

1. Übersicht Angststörungen im Kindes- und Jugendalter
2. Grundlegendes zu Expositionsverfahren
3. Phasen der Expositionsbehandlung
 1. Motivation & Psychoedukation
 2. Expositionsphase – Verhaltensexperimente
 3. *Stabilisierung – Neubewertung - Rückfallprophylaxe*
4. Spezifische Aspekte bei der Exposition unterschiedlicher Angststörungen
 1. Exposition mittels virtueller Realität (VRET)
 2. **Exposition bei sozialen Ängsten – Prüfungsängsten**
 3. Exposition bei Spezifischen Phobien (Tierphobien, Blut-Verletzungs-Spritzen-Phobie, Emetophobie) - Agoraphobie
 4. Expositionen bei Trennungsangst
 5. Expositionen bei körperbezogenen Ängsten (Panikstörung, hypochondrische Ängste)
 6. Exposition bei (generalisierten) Sorgen - GAS

Modell von Clark & Wells, mod. Stangier et al. (1995; 2009)



Besonderheiten in der Therapie mit sozialängstlichen Jugendlichen

Pixabay /clker

- Rolle von Selbstaufmerksamkeit → Ziel: Flexibilisierung - Lenkung nach außen – WN durch andere?
- Kognitive Arbeit gleichrangig mit Exposition
 - Erwartungsangst - Befürchtungen konkretisieren („Zu-Ende-Denken“) – antizipatorische Verarbeitung
 - Soziale Situationen sind häufig wenig eindeutig → Interpretationsmöglichkeiten sammeln
 - Sokratischer Dialog – Schlussfolgerungen richtig? Denkfallen?
 - Wahrscheinlichkeiten?
 - Entkatastrophisieren
 - Nachträgliche Situationsbewertungen beachten
 - Ziel: Lernen, realistischer zu Denken
- Hilfreiche Gedanken: Mutmachersätze
- Graduiertes Vorgehen!
- Verhaltensexperimente & Expositionen nach dem Kognitiven Modell
- Umsetzung → in sensu, in virtuo, in vivo

Entkatastrophisieren

Was ist das Schlimmste, was passieren kann?
Was passiert, nachdem das Schlimmste eingetreten ist?
Was ist das Beste, was passieren kann?
Was ist das Wahrscheinlichste?

Exposition nach dem Kognitiven Modell

- = sogenannte „**Verhaltensexperimente**“
- systematische **Tests zur Überprüfung der relevanten Erwartungen** und Überzeugungen, **Angstreduktion ist nicht das explizite Ziel**
- Welche Reaktionen werden vom Interaktionspartner erwartet und wie wird das überprüft? (genaue Festlegung)
- Exposition in vivo & Videofeedback (Aufzeigen verzerrter Selbstwahrnehmung)
- Lenkung der **Aufmerksamkeit** nach außen (Experimente zur Verdeutlichung)
- Reduktion/Aufgabe von **Sicherheitsverhalten** (Experimente)
- Anwendung in Verbindung mit anderen **kognitiven Methoden** (Umstrukturierung, sokratischer Dialog, pos. Selbstinstruktion, antizipatorische Verarbeitung, Nachbearbeitung, Grübelschleifen, Imagery Rescripting – Cave: Gefahr der Emotionsvermeidung!)
- Bearbeitung dysfunktionaler Grundannahmen & Grundüberzeugungen

Verhaltensexperimente bei sozialen Ängsten

- Experimente zum Sicherheitsverhalten
- Experimente zur Selbstaufmerksamkeit
- Experimente zur Beobachtung von anderen
- Experimente zu Bewertungen anderer (z. B. Umfrage zum Thema Erröten oder sich versprechen)
- Rollenspiele
- Menschen ansprechen
- Fragen stellen
- Wunsch oder Bitte äußern
- Gespräch beginnen

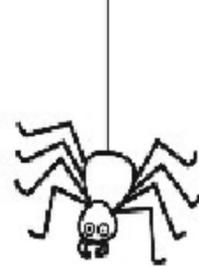
- Fragen beantworten - etwas Persönliches erzählen
- Dinge ablehnen – Nein-sagen
- Bewusst kleine Fehler einbauen (z. B. Zittern etwas fallen lassen oder Fehler beim Schreiben)
- Pausen beim Sprechen einlegen
- Sagen, dass man etwas nicht weiß oder vergessen hat
- Auffall-Übungen (lautes Begrüßen – jemanden nachrufen – nach Münzen beim Bezahlen suchen)
(Auffall-Übungen ≠ Shame-attack-Übung)

Inhalt

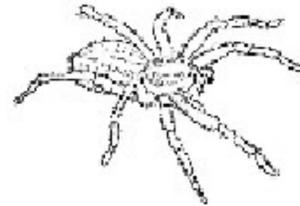
1. Übersicht Angststörungen im Kindes- und Jugendalter
2. Grundlegendes zu Expositionsverfahren
3. Phasen der Expositionsbehandlung
 1. Motivation & Psychoedukation
 2. Expositionsphase – Verhaltensexperimente
 3. *Stabilisierung – Neubewertung - Rückfallprophylaxe*
4. Spezifische Aspekte bei der Exposition unterschiedlicher Angststörungen
 1. Exposition mittels virtueller Realität (VR – VRET)
 2. Exposition bei sozialen Ängsten – Prüfungsängsten
 3. **Exposition bei Spezifischen Phobien (Tierphobien, Blut-Verletzungs-Spritzen-Phobie, Emetophobie) - Agoraphobie**
 4. Expositionen bei Trennungsangst
 5. Expositionen bei körperbezogenen Ängsten (Panikstörung, hypochondrische Ängste)
 6. Exposition bei (generalisierten) Sorgen - GAS

Spezifische Phobie (Spinne) In sensu – in vivo – in virtuo?

www.schule-und-familie.de



www.ausmalbilder.org



pixabay.classicallyprinted



Pixabay /krzysztofnewolny

- **In sensu:** Konfrontation durch Imagination der Situation
- **In vivo:** Konfrontation in der Realität (Zeichnungen, Fotos, Videos, Gummispinne, Spinne in der Natur beobachten, Spinne im Glas, *Spinne auf der Hand*)
 - ➔ wichtig: einzeln vorbereitete Zeichnungen, Bilder oder Videos, kein spontanes Suchen im Internet mit dem Patienten!
- **In virtuo:** Konfrontation mittels virtueller Realität (Ausstattung aufwändig, teuer in der Anschaffung – 3D-Videos evtl. auch über kostenfreie Plattformen)



Blut-Spritzen-Verletzungs-Phobie (BSV)

- Auffälligkeiten: früher Beginn (10 LJ) – familiäre Häufung – Angst & Ekel – negative Vorerfahrungen mit Blutabnahmen oder med. Behandlungen
- Unterschied ob Ohnmachtsneigung vorhanden ist → Applied Tension muss vor Exposition eingeübt werden (Psychoedukation Ohnmacht – Entkatastrophisieren von Ohnmachtsanfällen)
- Befürchtungen: Ohnmacht & Peinlichkeit – Schmerzerlebnis – Kontrollverlust – Schaden durch Impfstoff / Medikament – das ist etwas in mir, bin verunreinigt
- Angstverlauf – Erwartungsverletzung & Lernerfahrung besprechen
- Regelmäßiges üben – Intra- and Intersession-Effekte
- Einbezug Ärztin/Arzt des Vertrauens
- Cave: Blick abwenden – Augen schließen -> zu Beginn OK, im Verlauf Blick auf med. Vorgang wenden & sich stellen

Blut sehen

Blutdruck sinkt

Blut versackt in Beinen –
Gehirn unterversorgt

Ohnmacht – Gehirn wird
wieder versorgt

Applied Tension

- Anspannung Muskulatur 15 – 20 Sek. (Arme, Beine Rumpf)
- Anspannung loslassen
- Pause – 20 Sek.
- 5 Wiederholungen

Fallbeispiel – M. – Blut- & Spritzenphobie

M. – 18 Jahre – BSV seit Ende Grundschulalter -

-> Keine Ohnmachtsneigung – viele negative Vorerfahrungen (Zwang durch Eltern – festhalten)

- Exposition in sensu: Bericht von bisherigen Blutabnahmen (detailreich – Vgl. Sorgendrehbuch)
- **Exposition in vivo** (Angsthierarchie – zu Beginn entsprechend Reihenfolge): Kanüle betrachten und berühren, „Probesitzen in Labor (Geruch – Gerätschaften – Utensilien), Bilder & Videos, live bei Blutabnahme zusehen, Röhrchen mit Blut betrachten und in die Hand nehmen, Probelauf mit Desinfektion, Stauschlauch und Spritze ohne Kanüle, Blutabnahme
- Besonderheit: Hausarztsuche - Einbezug Arzt/Ärztin & Vorgespräch über Angst → Kontrollempfinden bzw. Selbstwirksamkeitsempfinden fördern (Signal vereinbaren – Mutmachersätze – Behandlungen im Sitzen oder Liegen)
- Sicherheitsstrategien: Vermeidung, lange Diskussion vorab, musk. Anspannung, genaues Beobachten, wütend werden, Abbruch & Flucht

Umgang mit Flucht und Expositionsabbruch

Ungünstige Aussagen/Verhalten

Lauf nicht weg, sonst war alles umsonst. (Druck durch Therapeuten; Ärger & Frustration beim Th)

Du hast dich (Sie haben sich) doch für die Exposition entschieden. Da musst du/ müssen Sie durchhalten.

Da musst du / müssen Sie durch. (Th versperrt den Weg)

Das ist deine / ihre Entscheidung, dann wird eben die Angst bleiben. Was wird dann aus ihrem Leben?

Es kann nichts Schlimmes passieren.

Günstige Aussagen/Verhalten

Du hast / Sie haben viele Chancen, um den Umgang mit der Angst zu üben. Wofür lohnt es sich zu bleiben?

Was wird passieren, wenn du noch etwas bleibst?

Ist es hilfreich/sinnvoll den Ängsten nachzugeben?

Versuche die Angst weiter zuzulassen. Sie kommt und geht auch wieder.

Natürlich darfst du dich gegen ein Bleiben entscheiden. Aber so gibt die Angst den Weg vor.

Wenn wir jetzt gehen, dann sollten wir es im Anschluss noch einmal besprechen und evtl. andere Situationen üben.

Angsthierarchie – Marie (Emetophobie & Höhe)

- 100: Eiersandwich essen, mit dem Schiff fahren, Erinnerungen an früheres Erbrechen,
- 90: Essen - ohne vorheriges Händewaschen, Bus fahren (Schulstrecke), Bewegung direkt nach dem Essen, Gondelbahn, Serpentinauto, Aufzüge, Veranstaltungen Schule, intensive Gerüche, Alkoholgeruch, Personen die krank aussehen, Personen - die nach Alkohol riechen / Alkoholgeruch,
- 80 - 70: salziges Popcorn, Süßigkeiten, Dr. Pepper Vanille (Cola), süßes und fettiges Gebäck, Zug fahren, öffentliche Toilette nutzen, Schule & Unterricht, Schlange stehen, Supermarkt & einkaufen gehen (alleine), körperliche Anstrengung, Lesen oder Handy schauen bei Auto- oder Busfahrten, Gespräche über „Magen-Darm“, Krankenhaus
- 60 – 50: Zug fahren, essen in unbekanntem Restaurant, Gericht mit vielen Zutaten, Bananen , alleine unterwegs sein, alleine zu Hause sein (ohne Rückversicherung), Gespräche über Übelkeit, Urlaubsreisen
- 30: Multivitaminsaft, Weißbrot,

Inhalt

1. Übersicht Angststörungen im Kindes- und Jugendalter
2. Grundlegendes zu Expositionsverfahren
3. Phasen der Expositionsbehandlung
 1. Motivation & Psychoedukation
 2. Expositionsphase – Verhaltensexperimente
 3. *Stabilisierung – Neubewertung - Rückfallprophylaxe*
4. Spezifische Aspekte bei der Exposition unterschiedlicher Angststörungen
 1. Exposition mittels virtueller Realität (VR – VRET)
 2. Exposition bei sozialen Ängsten – Prüfungsängsten
 3. Exposition bei Spezifischen Phobien (Tierphobien, Blut-Verletzungs-Spritzen-Phobie, Emetophobie) - Agoraphobie
 4. **Expositionen bei Trennungsangst**
 5. Expositionen bei körperbezogenen Ängsten (Panikstörung, hypochondrische Ängste)
 6. Exposition bei (generalisierten) Sorgen - GAS

Störung mit Trennungsangst 6B05

...Die Störung mit Trennungsangst ist durch eine **ausgeprägte und übermäßige Furcht oder Angst vor der Trennung von bestimmten Bezugspersonen** gekennzeichnet. Bei **Kindern und Jugendlichen** konzentriert sich die Trennungsangst **typischerweise auf Betreuungspersonen**, Eltern oder andere Familienmitglieder, und die **Angst geht über das hinaus, was entwicklungsmäßig als normal angesehen werden würde**. Bei Erwachsenen stehen in der Regel ein Lebenspartner oder die Kinder im Mittelpunkt. Zu den Erscheinungsformen der Trennungsangst gehören Gedanken, dass der Bezugsperson etwas zustoßen könnte, die Abneigung, zur Schule oder zur Arbeit zu gehen, wiederkehrender übermäßiger Kummer bei der Trennung, Abneigung oder Weigerung, getrennt von der Bezugsperson zu schlafen, und wiederkehrende Alpträume bezüglich der Trennung. Die Symptome halten mindestens mehrere Monate lang an und sind so schwerwiegend, dass sie zu bedeutsamem Leid oder signifikanten Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führen.

ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung – Abruf 03/2025

Fragebogen **TAI** (In-Albon et al., 2011, 2013); Kind- und Elternversion (<https://psy.rptu.de/aes/klinische-psychologie-und-psychotherapie-des-kindes-und-jugendalters/forschung/downloads>)

- Gedanken an einen Schaden oder unangenehme Ereignisse, die der Bezugsperson zustoßen,
- Abneigung, zur Schule oder zur Arbeit zu gehen,
- wiederkehrender übermäßiger Kummer bei der Trennung,
- Abneigung oder Weigerung, getrennt von der Bezugsperson zu schlafen,
- wiederkehrende Alpträume über die Trennung.

Trennungsangststörung - Fakten

➤ **Kindesalter**

- Erstauftrittsgipfel bei ca. 7 Jahren – klinische Relevanz zw. 3 - 4 Jahren (ICD 10 – Beginn vor 6 Jahren)
- Prävalenz Kindesalter ca. 3 %
- 75 % vor dem 10. LJ
- Mädchen häufiger betroffen
- Verhaltensmuster Kinder: klammern, weinen, schreien

➤ **Erwachsenenalter (DSM5 & ICD 11)**

- 12-Monats-Prävalenz im Erwachsenenalter liegt in den USA bei 0,9 – 1,9 %
- 43,1% der Fälle nach dem 18ten Lebensjahr
- bleibt häufig unerkannt
- Behandlungsprogramme – bisher kaum evaluiert –
Ausnahme: TAFF (Trennungsangstprogramm für Familien) S. Schneider

**Gründliche Anamnese
– mit Eltern- & Kinder-
Fragebögen
Verhaltensproben bei
Kindern**

FB TAI: <https://psy.rptu.de/aes/klinische-psychologie-und-psychotherapie-des-kindes-und-jugendalters/forschung/downloads>

Paula – Trennungsängste und generalisierte Ängste

- Paula, 16 Jahre – mit Mutter (alleinerziehend) & Bruder zusammenlebend
- Befürchtungen, dass der Mutter oder ihr selbst etwas Schlimmes zustoßen könnte, in Dunkelheit noch schwieriger
- Angst vor dem Alleinsein - konnte zu Hause nicht mehr alleine bleiben (begleitete Mutter zur Arbeit)
- in der Klinik, keine Wege alleine – rasch Unterstützung durch MP
- Hintergrund: Bedrohung durch Nachbarn (mit 7 Jahren), Bruder Substanzkonsum
- Expositionstherapie: 2 ganze Tage – unterschiedliche Alltagssituation: zuerst begleitet, dann mit mehr Distanz, erster Tag Fokus auf öffentliche VKM; am zweiten Tag auch alleine in fremder Umgebung unterwegs: Supermarkt – Geschäfte – Café
- Besonderheiten: hohes Autonomiebestreben – eigene Entscheidung für Exposition – Sicherheitsstrategien schrittweise Reduktion
- Aktueller Stand: Weg alleine nach Prien zum Einkauf möglich
- Ziel: Schulbesuch & Abschluss, Auszug in eigene Wohnung

Patienteninterview Paula

- Wie habe ich die Expositionen erlebt?
- Was war hilfreich?
- Wo war es schwierig für mich?

Fallbeispiel Carmen – PTBS & agoraphobische Ängste nach Verkehrsunfall

- 17 Jahre alt, 1. Behandlung mit 16 J im Haus – soziale Ängste
- 2024 VU (Motorradunfall – nicht verschuldet - Oberschenkelhalsbruch) – Vermeidung aller Verkehrssituationen alleine (zu Fuß, Bus) & Autofahrten als Beifahrer
- Befürchtung: „Es wird wieder ein Unfall passieren – ich habe keine Kontrolle – bin hilflos ausgeliefert.“
- Sicherheitsstrategien: Begleitung, abwarten bis kein Fahrzeug mehr sichtbar ist, immer möglichst Ampelübergang nutzen, Übergang nur bei einsehbarer Straße – kein überqueren in Kurvenbereichen oder bei Sichtbehinderung
- Expositionen:
 - In vivo – graduiert: überqueren von Straßen – begleitet und alleine; Mitfahrer in Klinikbus & Auto – verschiedene Positionen, Kreuzungssituationen geregelt und ungeregelt
 - Fahrschule – Fahrsimulator (unterbrochene Fahrausbildung Auto)
 - Zu Hause: Wiederaufnahme der Fahrausbildung – begleitetes Fahren oder Übungen Fahrsicherheitsgelände

Inhalt

1. Übersicht Angststörungen im Kindes- und Jugendalter
2. Grundlegendes zu Expositionsverfahren
3. Phasen der Expositionsbehandlung
 1. Motivation & Psychoedukation
 2. Expositionsphase – Verhaltensexperimente
 3. *Stabilisierung – Neubewertung - Rückfallprophylaxe*
4. Spezifische Aspekte bei der Exposition unterschiedlicher Angststörungen
 1. Exposition mittels virtueller Realität (VR – VRET)
 2. Exposition bei sozialen Ängsten – Prüfungsängsten
 3. Exposition bei Spezifischen Phobien (Tierphobien, Blut-Verletzungs-Spritzen-Phobie, Emetophobie) - Agoraphobie
 4. Expositionen bei Trennungsangst
 5. **Expositionen bei körperbezogenen Ängsten (Panikstörung, hypochondrische Ängste)**
 6. Exposition bei (generalisierten) Sorgen - GAS

Interozeptive Übungen & Exposition

Primäre interozeptive Exposition: --> Symptome werden gezielt erzeugt

Hyperventilationsübung / Strohhalmatmung / Luft anhalten

Drehstuhlübung / Drehen / Kopf nach unten / Schwindelgrafiken

Kniebeugen / Treppensteigen / auf der Stelle laufen

Sekundäre interozeptive Exposition: --> Symptomprovokation über Alltagstätigkeiten

Ergometer-Training / körperliche Belastung / Kaffee trinken/

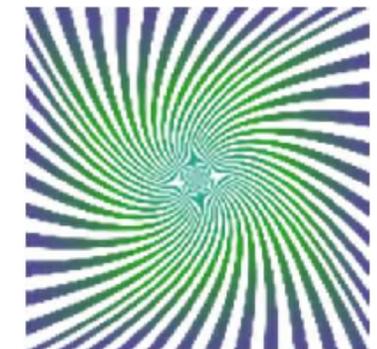
Saunabesuch / Intervalltraining / Sport

Ziel: Erfahrung zu machen, dass körperliche Empfindungen nicht gefährlich oder lebensbedrohlich sind, sich wieder regulieren und verbundene Erwartungen nicht wie befürchtet eintreten!

Westphal et al. Verhaltenstherapie 2015;25:268-276



<https://pixabay.com/de/users/talakhaw-14100164>



<https://pixabay.com/de/users/daavidydd-985081/>



Pixabay.com



Pixabay.com

Mögliche interozeptive Übungen – Kontraindikationen beachten!

Symptom	Übung
Kribbelgefühle	Kalt duschen – abtrocknen – 3 Minuten warten
Herzklopfen/Palpitationen	Sport, Treppensteigen, Hampelmänner, Stethoskop nutzen – um eigenen Herzschlag zu beobachten
Ersticken - Brustschmerzen	Hyperventilation, Luft anhalten, Schal/Rolli tragen, „Aufgesetzte“ Hyperventilation, Strohhalmatmung
Schluckbeschwerden	verschiedenen Konsistenten von LM, wenig kauen, rasch hintereinander schlucken, 0,5 Liter auf einmal trinken
Schwindel	Kopf 30 Sek. links/rechts drehen, Drehstuhl, Kopf 30 Sek. nach unten – rasches aufsetzen, visuelle Effekte, Drehen im Stehen
Derealisation - Depersonalisation	Hyperventilation, Strohhalmatmung, Schwindelgrafik, Stroboskoplicht (Nicht direkt in Lichtquelle schauen!), sich selbst im Spiegel anstarren, 30 Sek. In Lichtquelle schauen – danach lesen, 3D-Brille, Reizdeprivation (Kopfhörer & verbundene Augen), visuelle Effekte z. Spiralbilder

Annika – AG mit Panikstörung & sozialphobische Ängste



pixabay / thedigitalartist

- ❖ Annika, 15 Jahre – Agoraphobie mit Panikstörung, sozialphobische Ängste, Essstörung
- ❖ Befürchtung zu ersticken, Angst vor Kontrollverlust & weiteren Panikattacken – Angst negativ aufzufallen oder sich zu blamieren
- ❖ **Expositionsphase**
- **Erster Schritt:** Fokus auf körperliche Symptomatik der Angst - Psychoedukation Körper & Aufmerksamkeit -
– interozeptiven Übungen
Start mit **Verhaltensexperimenten** (Hypothese formulieren: „Ich bekomme sofort eine Panikattacke“ - 10 x rasch & tief atmen – beobachten – Hypothese überprüfen → Steigerung bis zu einer Minute, wiederholtes Üben) - Umsetzung als Exposition
- **Zweiter Schritt:** Exposition der agoraphobischen Ängste (in vivo: Öffis, Menschenmengen, Geschäfte)
- **Dritter Schritt:** Exposition sozialer Ängste – fremde Personen ansprechen, Beratungsgespräch mit Einholen von Rückmeldung
Wahrnehmungslenkung nach außen – Reduktion von Vermeidungs- und Sicherheitsstrategien (v. a. Handy, Blickrichtung) -

Umgang mit Rückversicherung

Ungünstige Aussagen

Es kann nichts Schlimmes passieren, das ist nur Angst.
Du wirst nicht überfordert.
Wegen der Angst kann man nicht sterben.

Durch Angst kann man nicht verrückt werden.

Wenn du die Angst zulässt, dann geht sie auch sicher schnell wieder weg.
Es wird nichts Gefährliches/Schlimmes passieren.
Wir schauen gemeinsam, wie viel Angst du aushalten kannst.

Das hält dein Herz / Körper sicher aus.

Günstige Aussagen

Wir werden nichts tun, was ich nicht verantworten kann.
Ich habe noch nie erlebt, dass jemand vor Angst gestorben ist. Aber ich kann es nicht ganz ausschließen.
Es ist relativ unwahrscheinlich, dass du durch die Angst verrückt wirst. Es fühlt sich für dich gerade so an.
Beobachten wird zuerst den Anstieg der Angst. Dann schauen Sie, wie der weitere Verlauf der Angst ist. Du hast erlebt, dass Angst auch wieder weniger wird. Aber das kann dauern.
Schau genau hin, was tatsächlich passiert.
Ich traue dir zu, die Angst zulassen und auch aushalten zu können.

Was spricht für die Befürchtung, dass das Herz versagt. Was aber auch dagegen?

Inhalt

1. Übersicht Angststörungen im Kindes- und Jugendalter
2. Grundlegendes zu Expositionsverfahren
3. Phasen der Expositionsbehandlung
 1. Motivation & Psychoedukation
 2. Expositionsphase – Verhaltensexperimente
 3. *Stabilisierung – Neubewertung - Rückfallprophylaxe*
4. Spezifische Aspekte bei der Exposition unterschiedlicher Angststörungen
 1. Exposition mittels virtueller Realität (VR – VRET)
 2. Exposition bei sozialen Ängsten – Prüfungsängsten
 3. Exposition bei Spezifischen Phobien (Tierphobien, Blut-Verletzungs-Spritzen-Phobie, Emetophobie) - Agoraphobie
 4. Expositionen bei Trennungsangst
 5. Expositionen bei körperbezogenen Ängsten (Panikstörung, hypochondrische Ängste)
 6. **Exposition bei (generalisierten) Sorgen - GAS**

Exposition bei Sorgen und generalisierten Ängsten (GAS)

- **Kennzeichen:** übermäßige & unverhältnismäßige Sorgen und Ängste, die sich auf unterschiedliche Lebensbereiche beziehen (u.a. Unfälle, schlimme Ereignisse, Leistungen Schule, Pünktlichkeit, Unvorhergesehenes, Weltgeschehen, Gesundheit / Krankheit)
- **Körperliche Symptomatik** eher von Anspannung, Unruhe, Nervosität, Reizbarkeit, Müdigkeit und Konzentrationsproblemen geprägt
- **Sicherheits- und Vermeidungsverhalten:** kognitive Vermeidung (z.B. nicht zu Ende denken), Emotionen vermeiden/unterdrücken (= Erlebnisvermeidung), Vermeidung der angstbesetzten Situationen, **Rückversicherung** einholen, andere kontrollieren, sich permanent informieren, „sich-sorgen“ als Vermeidung/positive Metakognition, genaue Vorbereitung auf Situationen, möglichst perfekt sein, Fehler vermeiden etc.

Exposition in sensu – Sorgendrehbuch – Fallbeispiel Maike

Demo
Sorgendrehbuch

▶ **Verhaltensexperimente & Expositionen:**

- ▶ **Fokus:** Reduktion der gedanklichen und emotionalen Vermeidung („Sorgendrehbuch“) = Erlebnisaktivierung; „zu-Ende-denken“, Reduktion von Vermeidungsstrategien; b. B. Problemlösetraining, Metakognitives Arbeiten
- ▶ **Möglichkeiten:** einzelne Sorgenbereiche und konkrete Sorgen mit Tagebuch erarbeiten, Sorgenhierarchie erstellen, **Sorgendrehbuch** erarbeiten; → begleitete Imaginationsübung (mit Therapeuten), auf Band sprechen, vorlesen lassen, selbständiges lautes Lesen; **Expositionen in vivo**
Drehbuchfragen: Wo sind Sie? Was passiert? Wie geht die Szene zu Ende? Was fühlen Sie dabei?
- ▶ **Schwierigkeiten:** Patienten oft wenig bereit oder ambivalent, sich auf Expositionen einzulassen, PL bei klass. kognitiver Umstrukturierung

Vielen Dank

für Ihre Aufmerksamkeit!

