

Herzlich willkommen zum Infoabend

Angststörungen

Dipl.-Psych. Ariane Jankowski

Dozentin für moderne Verhaltenstherapie

& in Kooperation mit Likamundi



MindAcademy



Überblick

Was erwartet dich heute?

- ❖ Kurze Vorstellung
- ❖ ICD-11-Kriterien
- ❖ Geschichte der Angststörungsbehandlung
- ❖ Worauf kommt es bei der Behandlung an?
- ❖ Q & A



Einladung zum Therapie- und Behandlungsplan der Angststörungen am 14.03.2026

Über mich

- ❖ Ariane Jankowski
- ❖ Dipl. Psychologin
- ❖ approbierte Verhaltenstherapeutin
- ❖ Dozentin für moderne VT
- ❖ Ausbildungsleiterin für ACT & Schematherapie
- ❖ Supervisorin
- ❖ Selbsterfahrungsbegleiterin ♥



Herzensmission:

Expertise & Authentizität in der therapeutischen Praxis verbinden

ICD-11-Kriterien

Panikstörung – ICD-11 (6B01)

1. Wiederkehrende, unerwartete Panikattacken

- Plötzlich einsetzende Episoden intensiver Angst oder starken Unbehagens, begleitet von körperlichen Symptomen wie Herzrasen, Atemnot, Schwindel oder Kontrollverlust.
- Die Attacken treten nicht ausschließlich in klar definierten, gefürchteten Situationen auf.

2. Anhaltende Sorge oder Verhaltensänderung

- Mindestens mehrere Wochen anhaltende Befürchtungen weiterer Attacken, Sorgen über deren Bedeutung (z. B. „Herzinfarkt“, „Ich verliere die Kontrolle“)
- oder deutliche Verhaltensveränderungen zur Vermeidung erneuter Anfälle.

3. Klinisch relevante Beeinträchtigung

- Die Symptomatik führt zu deutlichem Leidensdruck oder Einschränkungen im sozialen, beruflichen oder privaten Funktionsniveau und ist nicht besser durch andere psychische oder somatische Erkrankungen erklärbar.

Agoraphobie – ICD-11 (6B02)

1. Ausgeprägte Angst vor bestimmten Situationen

- Anhaltende und intensive Angst in Situationen, aus denen eine Flucht schwierig erscheinen könnte oder in denen im Falle panikartiger Symptome keine Hilfe verfügbar wäre.
- Typische Situationen sind öffentliche Verkehrsmittel, Menschenmengen, Kaufhäuser, weite Plätze oder das Alleinsein außerhalb der Wohnung.

2. Aktive Vermeidung oder nur unter starker Belastung ertragen

- Die gefürchteten Situationen werden konsequent vermieden, nur in Begleitung aufgesucht oder unter erheblicher Angst durchgestanden.

3. Deutlicher Leidensdruck oder funktionelle Einschränkung

- Die Symptomatik führt zu relevanten Beeinträchtigungen im Alltag, sozialen oder beruflichen Kontext und ist nicht besser durch andere psychische oder somatische Störungen erklärbar.

Spezifische Phobie – ICD-11 (6B03)

1. Ausgeprägte und anhaltende Angst vor einem spezifischen Objekt oder einer Situation

- Intensive Angst- oder Ekelreaktion beim Kontakt mit einem klar umschriebenen Reiz, z. B. Tiere, Höhe, Blut, Spritzen, Fliegen oder bestimmte Naturereignisse.
- Die Angstreaktion tritt nahezu immer unmittelbar beim Kontakt oder bereits bei der Erwartung auf.

2. Aktive Vermeidung oder starkes Ertragen unter Angst

- Das gefürchtete Objekt oder die Situation wird konsequent vermieden oder nur unter erheblicher Anspannung durchgestanden.
- Die Angst steht in deutlichem Missverhältnis zur tatsächlichen Gefahr.

3. Klinisch relevante Beeinträchtigung

- Die Symptomatik verursacht erheblichen Leidensdruck oder funktionelle Einschränkungen im sozialen, beruflichen oder privaten Bereich und ist nicht besser durch andere psychische Störungen erklärbar.

Fallbeispiel Herr P.

Herr P., 38 Jahre, verheiratet, zwei Kinder, arbeitet im Vertrieb und ist beruflich regelmäßig unterwegs. Er stellt sich aufgrund zunehmender Einschränkungen im Alltag und wiederkehrender Panikattacken vor. Sein Ziel sei es, „wieder normal funktionieren“ und sich frei bewegen zu können.

Die erste Panikattacke trat vor etwa einem Jahr in einem vollbesetzten Supermarkt auf. Er beschreibt plötzliches Herzrasen, Schwindel, Atemnot und die intensive Angst, ohnmächtig zu werden oder die Kontrolle zu verlieren. Er verließ den Markt fluchtartig. In den folgenden Monaten kam es zu weiteren, teilweise unerwarteten Panikattacken, auch ohne klaren situativen Auslöser.

Im Verlauf entwickelte sich eine zunehmende Vermeidung: große Supermärkte, Autobahnfahrten, öffentliche Veranstaltungen und längere Wege allein meidet er konsequent oder bewältigt sie nur noch in Begleitung seiner Frau. Berufliche Außentermine sagt er zunehmend ab.

Fallbeispiel Frau L.

Frau L., 29 Jahre, Grundschullehrerin, stellt sich aufgrund einer ausgeprägten Angst vor Hunden vor. Sie berichtet, dass sie als Kind von einem Hund gebissen wurde. Vor etwa zwei Jahren sei zudem ein fremder Hund bellend auf sie zugelaufen, woraufhin sich ihre Angst deutlich verstärkt habe.

Beim Anblick eines Hundes – selbst aus größerer Entfernung – treten sofort körperliche Reaktionen auf: Herzklopfen, Muskelanspannung, Zittern und der Impuls, die Situation unmittelbar zu verlassen. Besonders belastend seien freilaufende Hunde in Parks oder auf Gehwegen. Sie wechselt häufig die Straßenseite, vermeidet Grünanlagen und besucht Freunde nur noch, wenn diese ihren Hund vorher wegbringen.

Frau L. weiß rational, dass nicht jeder Hund gefährlich ist, beschreibt ihre Reaktion jedoch als „nicht kontrollierbar“. Allein der Gedanke, ein Hund könne plötzlich auf sie zulaufen, löst intensive Anspannung aus.

In der Stunde wirkt sie reflektiert und einsichtig. Ihr Ziel sei es, „wieder normal durch den Alltag gehen zu können, ohne ständig auf der Hut zu sein“.

***Geschichte der
Angststörungsbehandlung***

Meilenstein 1: Psychoanalytische Phase

Angst als Ausdruck innerer Konflikte – das psychodynamische Modell (1895–1910)

- Nach Freud entsteht Angst, wenn unbewusste Impulse vom **Es** (etwa aggressive oder sexuelle Wünsche) mit Verboten oder moralischen Ansprüchen (vom **Über-Ich**) kollidieren. Angst wird vom **Ich** zum Warnsignal dieses intrapsychischen Konflikts.
- Phobien wurden als Verschiebung innerer Konflikte auf äußere Objekte interpretiert.

Einsicht stand im Vordergrund der Behandlung: Durch freie Assoziation, Traumdeutung und Übertragungsarbeit sollten unbewusste Konflikte bewusst werden.

Die Annahme war: Wird der Konflikt erkannt und verarbeitet, verliert die Angst ihre Funktion.



Meilenstein 2: Personenzentrierte Therapie

Angst als Folge von Inkongruenz (1940)

- In der personzentrierten Psychotherapie nach Carl Rogers entsteht Angst als Folge einer Inkongruenz zwischen aktueller Erfahrung und bestehendem Selbstkonzept.
- **Theoretische Annahme:** Jeder Mensch besitzt eine angeborene Tendenz, seine Persönlichkeit in eine positive Richtung zu entwickeln, sein Potential zu entfalten und sein Leben konstruktiv zu gestalten.
 - ◆ Diese Tendenz nennt sich **Aktualisierungstendenz**.

Der Therapeut schafft durch **Empathie** (einführendes Verstehen), **bedingungslose Wertschätzung** und **Kongruenz** (Echtheit) einen geschützten Raum, in dem der Klient seine Ängste ohne Bewertung erforschen und seine Aktualisierungstendenz aktivieren kann.

Ziel ist die Integration bedrohlicher Erfahrungen in ein realistischeres und flexibleres Selbstkonzept.

Meilenstein 3: Behaviorismus

Angst als erlernte Reaktion (1950er & 60er Jahre)

Mit dem Behaviorismus verschiebt sich der Fokus von inneren Konflikten hin zu beobachtbarem Verhalten und Lernprozessen.

- ❖ Nach der klassischen Konditionierung (Pawlow): Ein neutraler Reiz wird mit einer aversiven Erfahrung gekoppelt und löst künftig Angst aus.
- ❖ Durch operante Konditionierung (Skinner): Vermeidung reduziert Angst kurzfristig → negative Verstärkung → das Vermeidungsverhalten stabilisiert die Störung.

Therapeutische Konsequenz: Neue Lernerfahrungen müssen alte Angstkonditionierungen überschreiben.

Ein zentrales Verfahren ist die systematische Desensibilisierung nach Joseph Wolpe:

- Erlernen einer Entspannungsmethode
- Aufbau einer Angsthierarchie
- schrittweise Konfrontation mit angstausslösenden Reizen
- bei gleichzeitiger Entspannungsreaktion



Meilenstein 4: Kognitive Verhaltenstherapie

Angst als Ergebnis von Lern- und Bewertungsprozessen

Die Verhaltenstherapie entwickelte sich ab den 1960er-Jahren aus dem Behaviorismus und wurde später durch kognitive Modelle erweitert.

- Nicht nur der Reiz selbst, sondern die Bewertung („Ich halte das nicht aus“, „Ich verliere die Kontrolle“) hält die Angst aufrecht.
- Angst als Zusammenspiel von **Lernerfahrungen, Bewertungen und Vermeidungsverhalten.**

Zentrale therapeutische Intervention:

Exposition

Ziel: Durch wiederholte, anhaltende Konfrontation ohne Vermeidung oder Flucht gewöhnt sich das Nervensystem an den angstausslösenden Reiz und die Angst nimmt ab. (**Habituation**)

Klient soll neue Lernerfahrung machen: „Die Angst steigt – fällt aber auch wieder.“

Meilenstein 5: Moderne VT

Moderne Lerntheorien gehen einen Schritt weiter:

Nicht die Gewöhnung (Habituation) ist der zentrale Wirkmechanismus der Exposition, sondern **inhibitorisches Lernen**.

Zentrale Annahme:

Die ursprüngliche Angstverknüpfung wird nicht gelöscht.

→ Stattdessen wird eine neue, hemmende Gedächtnisspur aufgebaut.

Die alte Angst-Assoziation bleibt also im Gedächtnis bestehen. Durch Exposition entsteht jedoch eine neue Lernerfahrung, die diese Angstreaktion hemmt.

Exposition zielt deshalb nicht primär auf Angstreduktion während der Sitzung, sondern auf **Erwartungswiderlegung**.



Was nehmen wir nun mit?

Angstbehandlung ist multifaktoriell

Moderne Angsttherapie kombiniert dabei mehrere Wirkfaktoren:

1. Eine tragfähige therapeutische Beziehung
2. Verständnis für das individuelle Störungsmodell
3. Exposition und neue Lernerfahrungen
4. Kognitive Neubewertung von Bedrohungen
5. Arbeit an den Ursachen

Wichtig: Exposition gehört zu den am besten untersuchten und wirksamsten Verfahren bei Angststörungen.

- Hohe Effektstärken bei spezifischen Phobien, Panikstörung und Agoraphobie
- Leitlinien empfehlen Exposition als zentrales Behandlungselement
- Nachhaltige Wirksamkeit bei systematischer Anwendung

Dennoch zeigt die Praxis

Mehr als **80 % der Therapeuten führen keine Exposition durch.**

Stattdessen finden sich häufig:

- reine Gesprächsführung (über die Angst sprechen)
- kognitive Interventionen
- Atemtechniken, Entspannungsverfahren, Imagination
- biografische oder konfliktorientierte Exploration

Frage an die Gruppe:

Warum wird Exposition selten eingesetzt?

Mögliche Gründe

- ❖ Überschätzung von Stabilisierung und Gesprächsarbeit
- ❖ Fokus auf Ursachensuche
- ❖ Sorge, Klienten zu überfordern oder die Beziehung zu gefährden
- ❖ Zeitdruck und strukturelle Rahmenbedingungen
- ❖ Eigene Unsicherheit oder Angst vor Eskalation
- ❖ Fehlende praktische Ausbildung bzgl. Angstbehandlung
- ❖ Unsicherheit bei der Vorbereitung & Durchführung der Exposition



Einladung zum Behandlungsplan der Angststörungen

14.03.2026 | 5 Stunden

Verständnis der Störung

Du lernst das lerntheoretische Störungsmodell von Angststörungen kennen – und wie du es klar und verständlich psychoedukativ vermittelst.

Strukturierter Therapie- und Behandlungsplan

Kognitive Interventionen zur Korrektur von Fehlinterpretationen, Exposition auf Basis des Inhibitionslernens sowie eine fundierte Rückfallprophylaxe.

Methodenkoffer für deine Praxis

Konkrete Leitfäden zur Erwartungsabfrage, Planung und Nachbesprechung von Expositionen, zum Umgang mit Sicherheitsverhalten und zur Rückfallprophylaxe → direkt umsetzbar im therapeutischen Alltag.

Wenn du Exposition nicht länger dem Zufall überlassen willst und wissen möchtest, wie moderne Angsttherapie strukturiert und evidenzbasiert aufgebaut wird, dann bist du herzlich eingeladen.



Zeit für eure Fragen

