



Leseprobe aus Hagena und Gebauer, Therapie-Tools Angststörungen
ISBN 978-3-621-28838-5 © 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28838-5>

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	9
Einführung	11
1 Diagnostische Interventionen und Instrumentarien	15
2 Zielklärung und Veränderungsmotivation	46
3 Psychoedukation und Selbstbeobachtung	73
4 Kontrollerleben und Angstbewältigung	113
5 Kognitive Strategien in der Angstbewältigung	147
6 Exposition zur Angstbewältigung	209
7 Emotionale Strategien in der Angstbewältigung	242
8 Aufrechterhaltung und Rückfallprophylaxe	268
Literatur	284

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Diagnostische Interventionen und Instrumentarien	15
AB 1 Praxisscreening und Diagnostisches Interview Angststörungen – nach ICD-10	19
INFO 1 Systematische Kurzdarstellung der Symptomkriterien (ICD-10)	33
INFO 2 Schaubild zur Differentialdiagnostik	36
INFO 3 Geeignete Fragen zur differentialdiagnostischen Klärung	37
INFO 4 Informationen zur Panikstörung (episodisch-paroxysmale Angst)	39
INFO 5 Informationen zur Agoraphobie mit/ohne Panikstörung	40
INFO 6 Informationen zur Sozialen Phobie	41
INFO 7 Informationen zu spezifischen Phobien	43
INFO 8 Informationen zur Generalisierten Angststörung	44
INFO 9 Informationen zu Hypochondrie und Krankheitsangst	45
2 Zielklärung und Veränderungsmotivation	46
INFO 10 Stufenmodell der Veränderung	51
AB 2 Meine Werte, Ziele und Interessen	52
INFO 11 Das »Monster Angst« und der vertraute Weg der Vermeidung	53
AB 3 Der alte Weg und seine Konsequenzen	54
INFO 12 Motivationsförderung zur Bewältigung der Angst	55
AB 4 Werte- und Zielezone	57
AB 5 Mein Leben ohne die Angst	61
INFO 13 Anleitung Problem- und Zieldefinition	64
AB 6 Problemdefinition	66
AB 7 Zwei Radiosender – Besitzstandswahrung/Veränderung	68
INFO 14 Das »Monster Angst«, der neue Weg und seine Herausforderungen	71
AB 8 Zieldefinition	72
3 Psychoedukation und Selbstbeobachtung	73
INFO 15 Die drei Ebenen der Angst	78
INFO 16 Wie funktioniert der Teufelskreis der Angst?	81
AB 9 Teufelskreis der Angst	83
AB 10 Zitronenübung	91
AB 11 Hyperventilationsübung	92
AB 12 Selbstbeobachtungsprotokolle	94
AB 13 Vulnerabilitäts-Stress-Modell	101
AB 14 Kognitiv-behaviorale Gesamtmodelle	104
INFO 17 Instruktion individuelles Erklärungsmodell	110
AB 15 Individuelles Erklärungsmodell	111
4 Kontrollerleben und Angstbewältigung	113
INFO 18 Interventionsleitfaden Angstbewältigungsstrategien	117
AB 16 Merkmale meiner Anspannung	120
INFO 19 Prinzipien der Achtsamkeit	121
INFO 20 Regeln der Achtsamkeit	124

AB 17	Achtsamkeitsübungen	125
INFO 21	Angstbewältigungsstrategien	133
AB 18	Atemübungen	134
AB 19	Wahrnehmungslenkung	138
AB 20	Gedankenstopp	141
INFO 22	Emotionsakzeptanz und -regulation	145
AB 21	Meine Angstbewältigungsstrategien	146
5	Kognitive Strategien in der Angstbewältigung	147
AB 22	Fragebogen zu agoraphobischen Kognitionen	155
AB 23	Fragebogen zu soziophobischen Kognitionen	157
AB 24	Fragebogen zu Sorgeninhalten bei Generalisierter Angststörung	159
AB 25	Fragebogen zu Sorgeninhalten bei Hypochondrie	160
AB 26	Imagination Angstkognitionen	161
AB 27	Katastrophengedanken	162
AB 28	Kognitive Strategien im Umgang mit Katastrophengedanken	164
AB 29	Stressmildernde Gedanken	165
AB 30	Disputationstechniken	166
AB 31	Gedanken im Gegensatz zu Tatsachen	169
AB 32	Gedankenanalyse und Reflexion	170
AB 33	Hinterfragen angstauslösender/-verstärkender Gedanken	172
AB 34	Gedankentagebuch Soziophobie	176
AB 35	Kognitives Erklärungsmodell	178
INFO 23	Beispiele für soziophobische Kognitionen und Grundüberzeugungen	180
AB 36	Leitsätze reflektieren	181
AB 37	Sorgentagebuch Generalisierte Angststörung	185
AB 38	Sorgenstuhl und Sorgenreflexion	187
AB 39	Umgang mit Krankheitssorgen	189
AB 40	Metakognitions-Fragebogen	194
INFO 24	ACT-Strategien: Allgemeine Einführung in den Umgang mit Defusionsübungen	195
AB 41	Metakognitive Techniken – Wie sitzen Sie vor Ihrem Gedankencomputer?	196
AB 42	Metakognitive Techniken – Entgegengesetztes Handeln	198
AB 43	Metakognitive Techniken – Angstgedanken labeln	200
AB 44	Metakognitive Techniken – Assoziationsspaltung	202
AB 45	Metakognitive Techniken – Imaginationsübungen Gedanken ziehen lassen	205
AB 46	Erfahrungen mit meinem Werkzeugkasten	207
6	Exposition zur Angstbewältigung	209
INFO 25	Das Konfrontationsrational	213
INFO 26	Medizinische Abklärung vor der Expositionsbehandlung	215
INFO 27	Somatische Differentialdiagnosen psychischer Symptome	217
INFO 28	Informationen für Ärzt:innen zur Expositionsbehandlung	223
AB 47	Einverständniserklärung zur Expositionsbehandlung	224
INFO 29	Expositionen und Konfrontationsübungen	225
AB 48	Hierarchie von Übungssituationen	234
INFO 30	Merkzettel für Expositionen	235
INFO 31	Regeln zur Angstbewältigung	236
INFO 32	Prinzipien von Expositionsübungen	237

AB 49	Wochenplan für Expositionsübungen	238
AB 50	Vorbereitung/Nachbereitung einer Angst-Exposition	239
7	Emotionale Strategien in der Angstbewältigung	242
INFO 33	Gefühlsstern	246
AB 51	Erfahrungen mit Gefühlen	247
INFO 34	Einführung Bedürfnisse	249
AB 52	Gefühle und Bedürfnisse erkennen	251
AB 53	Selbstbeobachtungsprotokoll problematischer Emotionen	252
AB 54	Emotions- und Bedürfnisanalyse angstauslösender Situationen	253
AB 55	Emotions- und Bedürfnisanalyse nach Vermeidungsverhalten	255
AB 56	Emotions- und Bedürfnisanalyse mit Lösungsweg	257
INFO 35	Einführung Emotionsaktivierung	260
INFO 36	Anleitung Emotionsaktivierung	261
AB 57	Imagination und Reflexion Angsterleben	262
INFO 37	Einführung Emotionsmodell	263
INFO 38	Emotionsmodell »Affektbrücke«	264
AB 58	Emotionsanalyse	265
AB 59	Abschwächen von Emotionen	267
8	Aufrechterhaltung und Rückfallprophylaxe	268
INFO 39	Stufenmodell der Veränderung	272
AB 60	Therapiebilanz	273
AB 61	Therapiezielbilanz	276
AB 62	Kritische Situationen und Lösungswege	278
AB 63	Meine persönliche Werkzeugbox	279
INFO 40	Was hilft mir nach Beendigung der Therapie?	280
AB 64	Notfallbox im Pocket-Format	282
INFO 41	Literaturtipps	283

5 Kognitive Strategien in der Angstbewältigung

In der Bearbeitung dysfunktionaler Angstkognitionen spielen in unterschiedlichem Maße kognitive Bewertungen von inneren oder äußeren Reizen, Sorgen und Metakognitionen eine Rolle.

So werden Panikstörungen, soziale, agoraphobische oder spezifische Ängste vielfach durch ein bevorstehendes Ereignis oder durch körperliche Missempfindungen ausgelöst, die wiederum gefahren-assoziierte Gedanken und unmittelbares Fluchtverhalten induzieren. Hierbei zeigt sich die Tendenz von Angstpatient:innen, Katastrophengedanken zu stoppen, indem sie sich frühzeitig zur Vermeidung bedrohlicher Situationen entschließen. Nach einem konkreten Szenario oder einer speziellen Befürchtung in einer Angstsituation befragt, können viele der Patient:innen diese Fragen nicht konkret beantworten, da sie es bisher vermieden haben, eine Katastrophenerwartung (z. B. »Ich kippe in der U-Bahn um«, »Alle lachen mich aus!«) bis zum Ende zu durchdenken, geschweige denn, diese Situationen aktiv aufzusuchen und ihre Befürchtungen »live« in der Situation zu überprüfen.

Kognitive Umstrukturierung von dysfunktionalen Angstkognitionen und Leitsätzen

Während kognitive Strategien und Disputationstechniken zunächst darauf abzielen, eine Erwartungsangst zu durchdenken und auf die Frage hin zu überprüfen, welche eigenen Bewältigungsmöglichkeiten und Lösungswege für dieses Problem verfügbar sind, stehen im weiteren Verlauf der kognitiven Bearbeitung einer Angststörung Diskurse über das Streben nach »100-prozentiger Sicherheit« und die Unfähigkeit, problematische Situationen zu meistern (Resilienz vs. Verletzbarkeit), im Vordergrund. Hierbei bietet auch die Anleitung zur kritischen Reflexion mit den eigenen Leitsätzen, Oberplänen und deren biographischen Entstehungsbedingungen einen wichtigen Beitrag. Dabei finden empirische und funktionale Disputationstechniken (Frage nach Beweisen und Funktionalität) oder behaviorale Techniken im Umgang mit zwanghaftem Grübeln, wie z. B. der »Sorgenstuhl«, ihren Eingang in die kognitive Umstrukturierung der Problemgedanken. Diese Techniken bieten sich besonders in der Behandlung von phobischen Ängsten an.

Begründer und Theoriekonzepte der KVT

Diese Strategien fußen allesamt auf den Theorien der Kognitiven Therapie, um die sich die traditionelle Verhaltenstherapie in den 1970er-Jahren erweiterte.

Pionier der kognitiv-behavioralen Therapie war u. a. Albert Ellis, der mit seinem Konzept der rational-emotiven Therapie (RET, Ellis, 1962; Ellis & Grieger, 1977) die sogenannte kognitive Wende der Verhaltenstherapie einleitete. In Zentrum der Betrachtung standen dysfunktionale Kognitionen und deren Bedeutung für die Entwicklung von psychischen Störungen wie Angst- und Depressionserkrankungen. Dabei traf Ellis die Unterscheidung in rationale Beurteilungen, welche bei unangenehmen Ereignissen durchaus negativ sein können, aber in Ausmaß und Inhalt situationsangemessen bleiben, und in irrationale Beurteilungen. Letztere zeichnen sich dadurch aus, dass die Bewertung der Situation einer Realitätsüberprüfung nicht sicher standhalten kann oder das Unangenehme zu einer unerträglichen Katastrophe gesteigert wird.

Aaron T. Beck (1967) als weiterer Begründer der Kognitiven Therapie betrachtete psychische Störungen als Folge dysfunktionaler, also fehlangepasster Einstellungen, die er auf Denkfehler und automatische negative Gedanken zurückführte. Hinter diesen Gedanken liegen – so sein kognitives Fallkonzept – die häufig unausgesprochenen Grundannahmen oder konditionalen Überzeugungen, sogenannte früh erworbene und erlernte Erklärungsmuster über die eigene Person in Interaktion mit ihrer Umwelt.

Ebenfalls als Mitbegründer der Kognitiven Verhaltenstherapie ist Donald Meichenbaum (1975) zu nennen, der die Auswirkung von gedanklichen Prozessen auf die Bewältigung verschiedener Auf-

gaben untersuchte und sich mit Ursache und Wirkung positiver versus negativer Selbstverbalisation auseinandersetzte.

Aus diesen theoretischen Konstrukten entwickelte sich eine Kognitive Verhaltenstherapie, die explizit auf die Modifikation dysfunktionaler Gedanken und Grundüberzeugungen abzielt und sich unter anderem der Technik der kognitiven Umstrukturierung (s. o.) bedient.

Kognitionen und Metakognitionen bei Angststörungen

Im Gegensatz zu automatischen negativen Angstkognitionen und Erwartungsängsten stehen – insbesondere bei generalisierter oder hypochondrischer Angst – ausgeprägte Sorgen und Katastrophenszenarien mit langen Gedankenketten im Vordergrund. Diese werden durch Metakognitionen ausgelöst und münden letztendlich in einen Aufschaukelungsprozess. Erstmals wurde der Begriff »Sorgen« (engl. »worries«) durch Borkovec et al. (1983) definiert, wonach es sich bei Sorgen um eine Gedankenkette handelt, die sich mit möglichen bedrohlichen Situationen beschäftigt. Eventuelle aversive Ereignisse werden dabei durchgespielt und gleichzeitig wird versucht, diese Gedanken zu vermeiden, z. B. durch Rückversicherungsverhalten. Während sich das Sorgenthema bei der hypochondrischen Angst auf »Krankheit« beschränkt, wird die generalisierte Angst durch vielfältige Sorgenthemen bestimmt: »Familie«, »Beruf«, »Finanzen«, »Krankheit«, »alltägliche Bagatellen«.

Die Metakognitionen, die diesen Sorgen folgen, beziehen sich vielfach auf Inhalte wie die Vorhersagekraft eines Gedankens (»Wenn ich das denke, wird es wahr«) oder auf die Schädlichkeit und Unkontrollierbarkeit von Sorgen (»Die Sorgen machen mich krank, verrückt«, »Die Sorgen kann ich nicht stoppen, beeinflussen, sie kontrollieren mich!«). Sie können aber auch positiv konnotiert sein im Sinne fast magischen Denkens, indem die Metakognition lautet: »Der Gedanke bereitet mich auf mögliche Schwierigkeiten vor und kann mich befähigen, eine Katastrophe zu verhindern.«

Beide Formen – positive wie negative Bewertungen der automatischen Gedanken – verstärken die Symptomatik und halten sie aufrecht. Negative und auch positive Metakognitionen können die Motivation zur Angstkonfrontation schwächen, darum ist es hilfreich, diese frühzeitig zu explorieren, um sie kognitiv zu bearbeiten und damit zu verringern.

Aber auch die Fixierung auf angstausslösende und -verstärkende Kognitionen ist ein wichtiger Entstehungsfaktor für zahlreiche Angsterkrankungen, insbesondere für die Störungsbilder, deren Leitsymptom »Sorgen und Katastrophisierung« ist.

Metakognitive Techniken und Verfahren der »dritten Welle«

Metakognitive Verfahren basieren im Gegensatz zu Kognitiver Therapie auf der Annahme, dass nicht der Inhalt, sondern die Funktion der Gedanken entscheidend für die Entstehung emotionaler Probleme ist. Aufbauend auf diesem Modell, welches die Steuerung des Denkens durch metakognitive Prozesse betont, entwickelte Adrian Wells beispielsweise die Metakognitive Therapie (MCT) der Generalisierten Angststörung (Wells, 1995, 1997) und Steffen Moritz das Metakognitive Training (MKT) bei Zwangsstörungen (Moritz, 2010). Hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens nach diesem Ansatz sind als wesentliche Aspekte die Entfixierung des/der Patient:in auf seine Sorgen sowie die Modifikation negativer (»Der Gedanke weist auf eine bevorstehende Bedrohung hin«) und positiver Metakognitionen (»Die Sorge hilft mir, mich besser vorzubereiten«) zu nennen. »Losgelöste Achtsamkeit« vermittelte Wells als zu erlernende Fähigkeit, sich seiner automatischen Gedanken und Gefühle bewusst zu werden, ohne sich akribisch mit ihnen auseinanderzusetzen und ohne ihnen Verhaltensimpulse folgen zu lassen.

Negative Metakognitionen weisen in der Regel auf Gefahren und Kontrollverlust hin (»Der Gedanke könnte wahr werden«, »Ich muss die Gedanken stoppen!«, »Ich bin den Gedanken hilflos ausgeliefert«) und werden nach dieser Methode mit verbalen oder behavioralen Disputationsstrategien abgeschwächt. Ebenso wird mit positiven Metakognitionen oder dysfunktionalen Bewältigungsstrategien (z. B. Gedankenunterdrückung) verfahren.

Der sogenannten »dritten Welle« der KVT folgend, zu der auch schon die MCT nach Wells oder das Metakognitive Training nach Moritz zählen, spielen aktuell jedoch vermehrt Interventionen eine Rolle, die sich auf Achtsamkeit und Akzeptanz gründen.

Achtsamkeit als Angstbewältigungsstrategie

Die achtsamkeitsbasierten Verfahren stützen sich auf das Konzept der Achtsamkeitstherapie nach Jon Kabat-Zinn, indem eine gerichtete Aufmerksamkeit definiert wird, welche zwar absichtsvoll sei, aber den gegenwärtigen Moment nicht bewerte (Kabat-Zinn, 2003). Diese Theorie wurde durch Bishop et al. (2004) mithilfe des »Zwei-Komponenten-Modells« operationalisiert:

- (1) Die Übung der Achtsamkeit im Sinne einer bewussten Aufmerksamkeitslenkung auf das »Hier und Jetzt«, einschließlich auftretender Gedanken, Emotionen und Körperempfindungen und
- (2) die Haltung von Offenheit, Neugierde und Akzeptanz.

Damit unterbindet diese Regel auch jede Form der Gedanken- und Emotionsvermeidung sowie des Rückversicherungs- und Kontrollverhaltens, welches bei Angststörungen allgemein und bei der Generalisierten Angststörung und Hypochondrie im Besonderen ein ausgeprägtes Problemverhalten darstellt.

Akzeptanz- und Commitmenttherapie

Die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) von Steven Hayes et al. (1999; Hayes, 2004) konzentriert sich auf die Funktionen und Bedeutungen von Gedanken und Gefühlen und nicht auf ihre Inhalte. Die ACT akzeptiert Gedanken als Teil unseres Erlebens, ohne sie zu verändern oder positiv zu gestalten. Stattdessen liegt der Fokus darauf, negative Gedanken und Gefühle anzunehmen und gleichzeitig nach unseren Werten und Zielen zu handeln. Ob wir einem Gedanken folgen, hängt von Situation und Kontext ab und davon, ob er unseren Werten und Zielen dienlich ist. Dieser Ansatz hat sich u. a. als hilfreich bei sogenannten. »Non-Responder«-Patient:innen mit generalisierten und hypochondrischen Ängsten erwiesen.

Der ACT-Ansatz beinhaltet u. a. die zentralen Grundsätze des Achtsamkeitsbasierten Vorgehens: »Nehme wahr, beschreibe, akzeptieren und folge keinem Impuls.« Weitere Interventionen aus diesem Ansatz werden im Buch behandelt, einschließlich motivationaler Interventionen, Werte- und Zielklärungen und Emotionsakzeptanz.

Gedankendefusion meets dysfunktionale Metakognitionen. An dieser Stelle seien noch einmal typische angstverstärkende Metakognitionen, wie u. a. bei der GAS beschrieben, genannt, dem die Akzeptanz- und Commitmenttherapie mit Gedankendefusion begegnet:

- ▶ die Beeinflussbarkeit des eigenen Handelns (»Dieser Gedanke könnte zur Tat werden«),
- ▶ die Gleichsetzung von Gedanken mit Eigenschaften (»Wenn ich aggressive Gedanken habe, bin ich ein aggressiver Mensch«),
- ▶ Vorhersagbarkeit von Ereignissen durch Gedanken (»Wenn ich an eine mögliche Katastrophe denke, wird sie auch eintreffen«),
- ▶ die Vermeidungsversuche negativer Gedanken als Möglichkeit der 100-prozentigen Kontrolle (»Meine Sorgen helfen mir, Katastrophen zu verhindern, indem ich kontrolliere und mich rückversichere«).

Aber auch negative, lähmende Gedanken oder Grübelschleifen, wie sie bei allen affektiven und Angstspektrumsstörungen vorkommen, beinhalten Metakognitionen:

- ▶ Gedanken sind Tatsachen
- ▶ Gedanken müssen kontrolliert werden
- ▶ Gedanken können über mein Verhalten, meine Ziele und Pläne bestimmen.
- ▶ Gedanken können mich daran hindern, zu tun, was ich tun möchte.

Demgegenüber gestellt werden die zentralen ACT-Botschaften an den Verstand (Strohsal et al., 2004, übersetzt durch M. Wengenroth):

- ▶ Dein Verstand ist nicht dein Feind und auch nicht dein Freund.
- ▶ Wo liegt die Verantwortung für dein Leben – bei deinem Verstand oder bei dir?
- ▶ Gedanken und Gefühle sind keine Ursachen für Verhalten.

- ▶ Das Gefährlichste an der Vergangenheit ist, dass dein Verstand sie zu deiner Zukunft macht.
- ▶ Wem willst du vertrauen – deinem Verstand oder deinen Erfahrungen?
- ▶ Was ist wichtiger – Recht zu haben oder das Richtige zu tun?

Defusion versus kognitive Umstrukturierung

Defusionstechniken, so schreiben Eifert et al. (2009), sind radikaler als die Bemühungen der kognitiven Umstrukturierung. Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass ACT nicht den Inhalt negativer Kognitionen verändern will, sondern ihre Wirkweise.

Es gehe – so Eifert und Forsyth – nicht darum, dass beispielsweise ein:e Patient:in mit Panikstörung seinen/ihren Irrglauben verändert (z. B. an einer Panikattacke zu sterben), sondern vielmehr darum, ihm/ihr zu helfen, diesen Gedanken als das zu erkennen, was er ist: ein Gedanke, nicht mehr und nicht weniger.

■ Wichtig

Gedanken sind »Vorschläge unseres Verstandes«, nach denen wir unser Handeln ausrichten *können*, aber *nicht müssen*. Sorgen und Gedanken können wir wahrnehmen, ohne uns davon in unserem Handeln beschränken oder beeinflussen zu lassen.

Ein:e Angstpatient:in lernt entsprechend dieser Betrachtungsweise, nicht anders oder positiver zu denken, sondern alternativ mit angstausslösenden Gedanken umzugehen, wenn sie auftreten. So zielt Defusion nicht darauf ab, zu entscheiden, ob Gedanken richtig oder falsch sind, sondern darauf, sie einfach zu beobachten, ohne sie zu bewerten, zu korrigieren oder zu bekämpfen. Das direkte Hinterfragen (Hayes & Smith, 2005) macht den Verstand nur noch aktiver und bewertender. Gedanken entsprechend der Prinzipien der Achtsamkeit (Akzeptieren, Beobachten und Beschreiben, Gegenwärtigkeit, Nicht-Reagieren und Üben) kommen und gehen zu lassen, sich dabei – unabhängig dieser Gedanken – weiter den eigenen Plänen und Zielen zu widmen, die einem wichtig sind, das ist das wesentliche Ziel von ACT und wird mit speziellen Defusionsübungen unterstützt.

Die Wahl der kognitiven Technik

In diesem umfangreichen Kapitel werden wir unterschiedliche Interventionen zur Bearbeitung von dysfunktionalen Kognitionen vorstellen und diese in eine (entsprechend unserer Praxiserfahrung) sinnvoll erscheinende Reihenfolge stellen. So finden sich zunächst Fragebögen zur Exploration dysfunktionaler Kognitionen und Sorgeninhalte. Weiterhin werden Disputationstechniken vorgestellt und praxisorientiert vertieft. Sie finden Anleitungen zur Selbstbeobachtung und Reflexion dysfunktionaler Gedanken und Leitsätze – konkret auf spezifische Angststörungen adaptiert. Im Verlauf dieses Kapitels wenden wir uns metakognitiven Techniken sowie achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Strategien zu. In der Vorstellung der Arbeitsblätter finden Sie darüber hinaus Hinweise auf Eignung der jeweiligen Interventionen entsprechend den unterschiedlichen Angststörungen.

Seit Erscheinen der ersten Auflage dieses Therapie-Tools Angststörungen hat sich der ACT-Ansatz zunehmend im Umgang mit automatisierten dysfunktionalen Gedanken und Grundannahmen bewährt, die als Barrieren zwischen der Person und ihren eigenen Werten und Zielen erkennbar werden. So wird auch im Aufbau dieses Kapitels und in der Auswahl der hier vorgestellten Interventionen deutlich, dass wir mehr und mehr dazu übergehen, weniger in die Inhalte der Gedanken einzusteigen als Ihnen mit der Frage nach Brauchbarkeit für die eigene Lebensgestaltung zu begegnen und sie zu entmachten statt uns in dem – oft von Erfolglosigkeit gekrönten – Versuch zu verlieren, sie zu verändern oder »loszuwerden«.

Arbeits- und Informationsmaterial

AB 22 Fragebogen zu agoraphobischen Kognitionen

Der Fragebogen (angelehnt an »ACQ«, Ehlers et al., 1993) ermöglicht einen ersten Überblick über vorherrschende Angstkognitionen.

AB 23 Fragebogen zu soziophobischen Kognitionen

Der Fragebogen (angelehnt an den Fragebogen »SPK«, Stangier et al., 2009) ermöglicht einen ersten Überblick über vorherrschende soziophobische Kognitionen.

AB 24 Fragebogen zu Sorgeninhalten bei Generalisierter Angststörung

Der Fragebogen (modifiziert nach Worry Domain Questionnaire (WDQ) Stöber, 1995) bezieht sich im Wesentlichen auf Sorgeninhalte, wie sie bei der Generalisierten Angststörung bekannt sind.

AB 25 Fragebogen zu Sorgeninhalten bei Hypochondrie

Der Fragebogen (modifiziert Worry Domain Questionnaire (WDQ) Stöber, 1995) bezieht sich im Wesentlichen auf Krankheitsängste und -sorgen.

AB 26 Imagination Angstkognitionen

Das Arbeitsblatt ist eine Handlungsanweisung für Therapeut:innen, um mithilfe einer Vorstellungsübung Angstgedanken zu aktivieren. Da viele Patient:innen Angstgedanken schon sehr früh durch kognitives und behaviorales Vermeidungsverhalten zu unterdrücken versuchen, gelingt es häufig zunächst nur sehr schwer, Zugang zu diesen dysfunktionalen Gedanken zu schaffen. Die Intervention ist gut geeignet, diese gedankliche und emotionale Schranke zu überwinden.

AB 27 Katastrophengedanken

Das Arbeitsblatt kann nach Abschluss der Imagination von Ihrem/Ihrer Patient:in genutzt werden, um eigene Angstgedanken wiederzuerkennen und ggf. durch weitere zu ergänzen. Sie schaffen damit eine Basis zur ersten Bearbeitung dysfunktionaler Angstgedanken.

AB 28 Kognitive Strategien im Umgang mit Katastrophengedanken

Das Arbeitsmaterial gibt Ihnen als Therapeut:in einen ersten Überblick, auf welche Art und Weise dysfunktionale Gedanken bearbeitet werden können. Erste Strategie dabei ist die Konkretisierung und das Zu-Ende-Denken von Katastrophengedanken. Diese Techniken bieten sich bei allen hier genannten Angststörungen mit Ausnahme der GAS und Hypochondrie an, da bei diesen beiden Subtypen ganze Angstketten in Grübelschleifen durchlaufen werden. Bei der Panikstörung, Agora-, Sozio- und spezifischen Phobie führt diese Intervention bereits sehr früh zur Erkenntnis, dass »Konkretisierung« und »Zu-Ende-Denken« der Befürchtung der Angst bereits den Stachel nimmt und eine diffuse »Katastrophe« auch gedanklich ausbleibt. Weiterhin werden erste Disputationsstrategien eingeführt (empirische, funktionale Disputation) und hilfreiche – im Sinne funktionaler – Kognitionen entwickelt.

AB 29 Stressmildernde Gedanken

Das Arbeitsmaterial bietet Patient:innen eine Übersicht über hilfreiche Gedankenoptionen und lässt sich durch weitere eigene Möglichkeiten ergänzen. In der frühen Phase der kognitiven Bearbeitung bedeuten diese Übersichten oft eine gute Hilfestellung, da viele Patient:innen noch nicht darin trainiert sind, dysfunktionale durch funktionale Gedankenmöglichkeiten zu ersetzen.

AB 30 Disputationstechniken

Das Arbeitsmaterial führt Sie als Therapeut:in noch einmal vertiefend in die unterschiedlichen Strategien ein, mit denen Patient:innen mit Ihrer Hilfe ihre dysfunktionalen Gedanken unter die Lupe nehmen und kognitive Dissonanzen zu den automatischen Katastrophengedanken aufbauen. Bei der Übung »Pro und Contra Angstgedanke« wird disputiert, in dem nach Beweisen für und gegen Katastrophengedanken gefragt wird. Es werden optimalerweise rationale Argumente und Erfahrungen erarbei-

tet. Die Kosten- und Nutzenanalyse ist eine Intervention des funktionalen Diputierens. Hier wird danach gefragt, inwieweit ein Gedanke zur Erreichung der eigene Ziele hilfreich ist oder im Wege steht.

AB 31 Gedanken im Gegensatz zu Tatsachen

Das Arbeitsmaterial unterstützt Ihre Patient:innen dabei, zu erkennen, dass es verschiedene Möglichkeiten gibt, eine Situation zu interpretieren. Das Instrument bietet sich besonders bei »voreiligen Schlussfolgerungen« an.

AB 32 Gedankenanalyse und Reflexion

Das Arbeitsmaterial stellt eine gute Möglichkeit dar, Angstkognitionen im Selbstmanagement zu bearbeiten. Es greift Fragen auf, die empirische, funktionale und hedonistische Aspekte beinhalten und schließt mit einer Schlussfolgerung ab, die noch keinen alternativen funktionalen Gedanken beinhalten muss. Es ist völlig ausreichend zur Förderung kognitiver Dissonanz (»Rauchen ist cool« / »Rauchen verursacht Krebs«), wenn Ihr:e Patient:in in dieser Reflexion erkennt, dass dieser Gedanke weder eine Tatsache darstellt noch besonders hilfreich bezüglich der eigenen Ziele und Bedürfnisse ist.

AB 33 Hinterfragen angstauslösender/-verstärkender Gedanken

Das Arbeitsmaterial stellt eine Alternative zum **AB 32** »Gedankenanalyse und Reflexion« dar und dient als Hausaufgabe der Selbstreflexion und dem Training der bereits von Ihnen in den Sitzungen eingeführten Disputationstechniken.

AB 34 Gedankentagebuch Soziophobie

Das Informationsblatt beinhaltet eine Instruktion für Patient:innen als Hilfestellung zur Erklärung des nachfolgenden »Gedankentagebuchs Soziophobie« (angelehnt an »Gedankentagebuch« aus Stangier et al., 2006), in welchem soziophobische Gedanken und rationale Antworten aus der Perspektive eines guten Freundes bzw. einer guten Freundin täglich notiert werden und die Wirkung dieses Perspektivwechsels reflektiert wird. Dadurch wird die Erfahrung ermöglicht, zu welchen konstruktiven Ansichten man durch einen Paradigmenwechsel gelangen kann. Das Eintragungsmöglichkeit (angelehnt an »Gedankentagebuch« aus Stangier et al., 2006) ist ein Reflexionsprotokoll für Patient:innen.

AB 35 Kognitives Erklärungsmodell

Das Arbeitsblatt führt Sie als Therapeut:in ein in die Erarbeitung von automatischen situationsabhängigen Gedanken auf dem Boden konditionaler Überzeugungen (Oberplänen) und Grundannahmen/Schemata. Sie sollten es möglichst am Flipchart zusammen mit Ihren Patient:innen erarbeiten. Es verschafft Ihnen gemeinsam einen Überblick, welche Grundüberzeugungen auf die eigene Person und die Umwelt bezogen die Angstkognitionen befeuern. Als störungsübergreifendes Tool anwendbar, ist es besonders zielführend für die Bearbeitung soziophobischer, generalisierter und hypochondrischer Angststörungen. Perfektionismus, Verletzbarkeit und Streben nach 100-prozentiger Sicherheit werden verstehbar und das Fundament für die Bearbeitung tiefer liegender Grundannahmen wird gelegt.

INFO 23 Beispiele für soziophobische Kognitionen und Grundüberzeugungen

Das Informationsblatt bietet Ihnen als Therapeut:in einen ersten Überblick über automatische Gedanken, deren zugrunde liegenden konditionalen Überzeugungen und Schemata und vertieft Ihr Verständnis für Sinn und Zweck kognitiver Fallkonzepte und möglicher Ansatzpunkte in der kognitiven Arbeit.

AB 36 Leitsätze reflektieren

Das Arbeitsblatt führt Sie in die Bearbeitung kritischer Auseinandersetzung mit Erziehungsleitlinien und Prägungen ein und gibt Beispiele für eine erlebnisaktivierende Bearbeitung der nächsten Intervention. Das Arbeitsblatt ist für Patient:innen gedacht, die unter Soziophobie, GAS oder Hypochondrie leiden und für alle, bei denen Sie o. g. Grundannahmen (Perfektionismus, unerbittliche Standards, Hilflosigkeit, Verletzbarkeit, Streben nach 100-prozentiger Kontrolle) als maßgeblich verantwortlich und aufrechterhaltend für die Angststörung einschätzen. Es regt das Verständnis für die eigene »Ge-

wordenheit« der Persönlichkeit, aber auch für die Selbstverantwortung für den neuen Weg im Umgang mit der Angst an.

AB 37 Sorgentagebuch Generalisierte Angststörung

Das Arbeitsblatt bietet eine Handlungsanweisung für Patient:innen im Umgang mit dem Sorgentagebuch Generalisierte Angststörung (angelehnt an »Sorgentagebuch« aus Becker & Margraf, 2002), das sie für eine bestimmte Zeit regelmäßig und täglich führen. Die Reflexion belastender emotionaler Begleitumstände soll eine Einsicht in den Ventilcharakter einer unangemessenen Angst/Sorge fördern. Zusammenhänge zu reflektieren und zu interpretieren ist das Ziel, das Sie in der Nachbesprechung derartiger Selbstbeobachtungsprotokolle verfolgen. Der zweite Teil des Arbeitsblattes (angelehnt an Becker & Margraf, 2002) ist ein Reflexionsprotokoll für Patient:innen.

AB 38 Sorgenstuhl und Sorgenreflexion

Die Sorgenstuhl-Technik wirkt paradox über das Prinzip der Symptomverschreibung: Der/Die Patient:in macht im Verlauf der Übung, in der er/sie sich täglich zu festgesetzter Zeit eine volle Stunde lang mit den Sorgen beschäftigt, die Erfahrung, dass eine intensive Beschäftigung aversiv und unbequem ist. Wichtig ist hierbei, dass der/die Patient:in die volle Stunde des »Sich-Sorgens« einhält und nicht vorher abbricht. Dadurch erhöht sich die Chance, dass der/die Patient:in einen Widerstand gegen die Sorgen/das Grübeln entwickelt und es in der Folge besser abstellen kann.

AB 39 Umgang mit Krankheits Sorgen

Das Arbeitsmaterial vermittelt, nach einer Instruktion für Therapeut:innen, eine Disputationsstrategie im Umgang mit auftretenden Krankheitsängsten und kann in Eigenregie zuhause durch Patient:innen weitergeführt werden. Des Weiteren bietet es eine Anleitung für Patient:innen, Symptome und körperliche Missempfindungen alternativ zu bewerten und damit eine Distanzierung von Krankheitsängsten zu erreichen.

AB 40 Metakognitions-Fragebogen

Das Arbeitsmaterial (angelehnt an Skala 2, Möbius & Hoyer, 2003) führt ein in die Bedeutung der Metakognitionen, also der Gedanken und Bewertungen von automatischen und aufdringlichen Gedanken. Er verdeutlicht, inwieweit Gedanken mit positiven (»Der Gedanke hilft mir, mich auf Katastrophen vorzubereiten«) oder mit negativen (»Der Gedanke weist auf eine reale Gefahr hin«) Interpretationen verbunden sind und in welchem Maße Gedanken handlungsbestimmend interpretiert werden. Er bietet die Grundlage für verschiedene metakognitive Behandlungskonzepte wie z. B. das »Metakognitive Training« von Steffen Moritz (Moritz et al., 2007), die »Akzeptanz- und Commitmenttherapie« von Steven Hayes und achtsamkeitsbasierte Verfahren, deren Interventionen wir gezielt und zunehmend erfolgreich in der Angstbewältigung einsetzen.

INFO 24 ACT-Strategien: Allgemeine Einführung in den Umgang mit Defusionsübungen

Das Arbeitsmaterial bietet Ihnen als Therapeut:in eine Hilfestellung in der Anleitung von Defusionsübungen: Diese unterscheiden sich dahingehend von den vorangehenden kognitiven Strategien, dass sie sich nicht mit den Inhalten der jeweiligen Gedanken und Sorgen, sondern mit ihrer Funktion auseinandersetzen und dadurch implizit alternative Metakognitionen (s. **AB 40** »Metakognitions-Fragebogen«) aufbauen.

AB 41 Metakognitive Techniken – Wie sitzen Sie vor Ihrem Gedankencomputer?

Das Arbeitsmaterial ist eine eindrückliche und bekannte ACT-Metapher von Steven Hayes et al. (1999) und wurde im Therapie-Tools-Band »ACT« von Matthias Wengenroth (2012) in dieser Form aufbereitet und als Arbeitsblatt entwickelt. Es veranschaulicht den Unterschied zwischen Verschmelzung von Kognitionen, Emotionen und Handlungsoptionen und der Fähigkeit, einen Gedanken lediglich als »Vorschlag des Verstandes an uns« zu verstehen, dem wir nicht automatisch folgen müssen.

AB 42 Metakognitive Techniken – Entgegengesetztes Handeln

Das Arbeitsmaterial unterstützt Patient:innen, sich gezielt zu einem Verhalten entsprechend ihrer Werte, Ziele und Bedürfnisse zu entscheiden anstatt dem angstausslösenden oder verstärkenden Gedanken entsprechend zu handeln. Es ermöglicht zunächst eine theoretische Reflexion und bietet damit die Möglichkeit, sich entsprechend oder entgegengesetzt eines Gedankens oder einer Sorge zu verhalten.

AB 43 Metakognitive Techniken – Angstgedanken labeln

Das Arbeitsmaterial (angelehnt an Wengenroth, 2012) bietet Alternativen an, wie mit Angstgedanken umgegangen werden kann. Es stellt eine weitere Technik dar, Gedanken zu begegnen, ohne ihnen auszuweichen oder allzu viel Bedeutung beizumessen.

AB 44 Metakognitive Techniken – Assoziationsspaltung

Das Arbeitsmaterial (angelehnt an Jelinek et al., 2009) ist eine Handlungsanleitung für Therapeut:innen und orientiert sich an der von Moritz et al. (2007) entwickelten Technik zur Behandlung von Zwangsgedanken. Wir nutzen diese Methode und transferieren sie auf die Themen und Inhalte von angstauslösenden Gedanken. Ziel dieser Intervention ist es, Patient:innen zu ermöglichen, ihre Angstkognitionen, die oft netzwerkartig verknüpft sind, abzuschwächen.

AB 45 Metakognitive Techniken – Imaginationsübungen Gedanken ziehen lassen

Das Arbeitsmaterial sind Vorstellungsbilder aus den achtsamkeitsbasierten Verfahren und als kognitive Bewältigungsstrategie anzuwenden, die vieler Wiederholungen und Übung bedürfen, aber dann von Patient:innen als sehr hilfreich beschrieben werden.

AB 46 Erfahrungen mit meinem Werkzeugkasten

Das Arbeitsmaterial ist eine Intervention zur Reflexion der vorgestellten Techniken. Das Monitoring der erlernten und eingesetzten kognitiven Strategien verfolgt das Ziel, die Selbstwirksamkeitserfahrungen der Patient:innen im Umgang mit ihren Sorgen und Ängsten wahrzunehmen

Fragebogen zu agoraphobischen Kognitionen



In diesem Fragebogen finden Sie Gedanken oder Befürchtungen aufgelistet, die Ihnen durch den Kopf gehen können, wenn Sie nervös oder ängstlich sind. Bitte markieren Sie, ob diese Gedanken häufig, manchmal oder nie vorkommen. Bitte geben Sie auch an, welche der Gedanken am häufigsten vorkommen, indem Sie jeweils den ganzen Satz unterstreichen. Die Nutzung ist rein qualitativ und ermöglicht Ihnen und Ihrem/Ihrer Therapeut:in einen Überblick über Ihre angstauslösenden Kognitionen.



Gedanken/Befürchtungen	nie	manchmal	häufig
Ich muss mich gleich übergeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde in Ohnmacht fallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss einen Hirntumor haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde einen Herzanfall bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde verrückt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde ersticken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde mich lächerlich machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde sterben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde die Kontrolle verlieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde meiner Angst hilflos ausgeliefert sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keiner wird mir zur Hilfe kommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde jemandem etwas antun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde einen Schlaganfall bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde verrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde schreien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde Unsinn reden oder stammeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde das nicht aushalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde vor Angst erstarren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zu agoraphobischen Kognitionen

Gedanken/Befürchtungen	nie	manchmal	häufig
Ich werde umkippen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Angst werde ich nicht aushalten können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde das nicht schaffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Angst bestimmt mein Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Angst ist stärker als ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Angst wird mich umbringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Gedanken, die hier nicht aufgeführt sind: [Bitte angeben!]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zu soziophobischen Kognitionen

0/1 Gedanken 0–100 %



..... Ich bin angreifbar.

..... Ich werde schwitzen.

..... Ich werde erröten und alle bemerken das.

..... Ich bin komisch/anders als die anderen.

..... Die Leute werden sehen, dass sich unsicher bin.

..... Die Leute denken, dass ich langweilig bin.

..... Alle werden mich anstarren.

..... Ich fange an zu stottern.

..... Ich bringe kein Wort heraus.

..... Ich werde mich peinlich verhalten.

Andere Gedanken:

.....

.....

.....

.....