

2 Spezifische Phobien

Lars-Göran Öst

2.1 Einleitung – 32

2.2 Diagnostische Kriterien – 32

2.3 Prävalenz – 32

2.4 Überblick über Therapieerfolgsstudien – 34

2.4.1 Spezifische Phobien – 35

2.5 Kontrollgruppenvergleiche – 40

2.5.1 Vergleich mit Nichtbehandlung – 40

2.5.2 Vergleich mit Aufmerksamkeitskontrollgruppe – 40

2.6 Klinisch signifikante Verbesserungen – 40

2.6.1 Effizienzstudien mit KSV bei spezifischen Phobien – 40

2.7 Schlussfolgerungen – 42

2.7.1 Methoden der Wahl – 42

2.7.2 Weitere Forschungen – 42

Zusammenfassung – 43

Literatur – 43

Weiterführende Literatur – 44

2.1 Einleitung

Die spezifischen Phobien sind seit den 60er Jahren in der wissenschaftlichen Literatur als eigenständiges Krankheitsbild anerkannt. Marks (1969) beschrieb in seinem klassischen Lehrbuch vier Kategorien von Phobien: Agoraphobie, Sozialphobie, Tierphobien und verschiedene spezifische Phobien. Die letzten beiden Kategorien wurden im DSM-III (APA 1980) und DSM-III-R (APA 1987) zu einer Kategorie, den einfachen Phobien, zusammengefasst. Da allerdings das Wort »einfach« zu dem falschen Eindruck führen könnte, dass diese Phobien definitionsgemäß einfach zu behandeln seien, wurde die Bezeichnung im DSM-IV (APA 1994) in »spezifische« Phobie geändert. Damit wird hervorgehoben, dass Menschen, die an dieser Angststörung leiden, Angst vor einem klar umschriebenen Objekt oder einer Situation haben. Im Gegensatz dazu stehen die Agoraphobie oder die Sozialphobie, bei denen eine Vielzahl verschiedener Situationen gefürchtet und vermieden werden. Außerdem ist die Entwicklung von Folgeproblemen wie etwa einer sekundären Depression oder Medikamenten-/Alkoholabhängigkeit bei den spezifischen Phobien bedeutend seltener als bei Agoraphobie und Sozialphobie.

2.2 Diagnostische Kriterien

Die Kriterien für die spezifische Phobie nach DSM-IV (APA 1994) sind in der folgenden Box dargestellt.

DSM-IV-Kriterien für die spezifische Phobie

- A. Durch die Anwesenheit oder die Erwartung eines spezifischen Objektes oder einer spezifischen Situation ausgelöste Angst (z. B. Fliegen, Höhen, Tiere, Spritzen, Blut).
- B. Die Konfrontation mit dem spezifischen Stimulus löst fast immer eine unmittelbare Angstreaktion aus, die die Form eines Angstanfalls annehmen kann.
- C. Die phobischen Stimuli werden vermieden oder mit starker Angst ertragen.
- D. Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unvernünftig ist.
- E. Die Vermeidung oder die ängstlichen Erwartungen verursachen ausgeprägtes Leiden oder beeinträchtigen die berufliche oder soziale Funktionsfähigkeit.
- F. Die Angst oder die phobische Vermeidung steht nicht in Zusammenhang mit einer anderen psychischen Störung, z. B. nicht Angst vor Verunreinigung (Zwangssyndrom), Vermeidung von Hinweis-

reizen auf einen vergangenen schweren Stressor (posttraumatische Belastungsreaktion), Vermeidung von sozialen Situationen aufgrund der Angst vor Peinlichkeit (Sozialphobie), Angst vor einem unerwarteten Angstanfall (Paniksyndrom) oder agoraphobische Vermeidung.

Spezifische Untergruppen:

- natürliche Umgebung (z. B. Tiere, Insekten, Sturm, Wasser),
- Blut, Spritzen, Verletzungen,
- situativ (z. B. Autos, Flugzeuge, Höhen, Aufzüge, Tunnel, Brücken),
- sonstige (z. B. phobische Vermeidung von Situationen, die zum Ersticken, zum Erbrechen oder zu Krampfanfällen führen könnten).

Im DSM-IV sind bei den spezifischen Phobien mehrere Veränderungen bzgl. der diagnostischen Kriterien gegenüber dem DSM-III-R vorgenommen worden:

- Es wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass die Angst sowohl durch die Anwesenheit als auch durch die *Erwartung* eines spezifischen Objektes ausgelöst werden kann;
- Das Kriterium B besagt, dass die Konfrontation mit dem phobischen Objekt fast immer eine Angstreaktion auslöst; ersetzt den weniger klaren Ausdruck »während einer Phase der Phobie« aus dem DSM-III-R. Dies steht in Übereinstimmung mit empirischen Daten, da es bei Erwachsenen selten ist, dass die spezifische Phobie zeitabhängig in ihrem Ausmaß schwankt.
- Es wird die Differenzialdiagnose nur noch nach Kriterium F vorgenommen und findet sich nicht mehr in den Kriterien A und F.
- Der wichtigste Punkt: Aufgrund neuerer Erkenntnisse auf diesem Gebiet wurde eine Unterteilung in vier Subtypen der spezifischen Phobien vorgenommen.

Diese Änderungen im DSM-IV werden wahrscheinlich die Reliabilität der Diagnose erhöhen, was sich aber in zukünftigen Feldstudien noch erweisen muss.

2.3 Prävalenz

Es gibt eine Reihe neuerer epidemiologischer Studien auf der Grundlage des selben strukturierten Interviews, dem *Diagnostik-Interview-Schedule (DIS)*, mit dem eine DSM-III-Diagnose gestellt werden kann.

In der großen ECA-Studie (»Epidemiological Catchment Area«, Myers et al. 1984), in der über 18.500 Personen aus fünf US-amerikanischen Städten untersucht worden waren, berichteten Myers et al. (1984) eine 6-Mo-

2.3 · Prävalenz

nats-Prävalenz für die einfache Phobie von 7% (Agoraphobie 3,8% und Sozialphobie 1,7%); Boyd et al. (1990) berichteten eine 1-Monats-Prävalenz von 5,1% für die einfache Phobie (Agoraphobie: 2,9%, Sozialphobie: 1,3%). Da Mehrfachdiagnosen vergeben werden konnten, sank die Prävalenz der einfachen Phobie nach Ausschluss der Fälle mit einer zusätzlichen Agoraphobie oder Sozialphobie auf 2,9%.

Weitere, beispielhaft ausgewählte, international ermittelte Prävalenzraten zeigt **Tab. 2.1**.

Aus diesen Zahlen wird ersichtlich, dass, international betrachtet, die Prävalenzrate der einfachen Phobien stark schwankt, nämlich von 5,9% in Neuseeland bis 15,1% in den USA.

Ebenfalls in **Tab. 2.1** abgebildet sind die Prävalenzen für einige Typen spezifischer Phobie, die in weniger groß angelegten Studien erhoben wurden. Demnach leiden 7–8% der Bevölkerung an Klaustrophobie, 8–10% an Zahnarztphobie und etwa 10% an Flugphobie. Bourdon et al. (1988) berichteten auf Grundlage der ECA-Daten, dass

Tierphobien (Spinnen, Insekten, Mäuse und Schlangen) sowie Höhenphobien am häufigsten sind, wobei allerdings genaue Prozentangaben fehlen. Da diese Raten aber die ermittelten 10% für die Flugphobie übersteigen müssen, kann man daraus schließen, dass mehr als die Hälfte der Bevölkerung während ihres Lebens einmal eine irgendwie geartete spezifische Phobie haben muss.

Wie lässt sich das mit den 6–15% der mit dem DIS ermittelten Raten in Einklang bringen? Eine Erklärung kann darin bestehen, dass ein großer Anteil an Personen mehr als eine spezifische Phobie hat; allerdings könnte es aber auch an einem Mangel valider diagnostischer Kriterien in den kleineren Prävalenzstudien liegen, so dass dort auch weniger schwere Fälle mit einbezogen wurden, die die DSM-III- oder DSM-III-R-Kriterien einer einfachen Phobie nicht erfüllt hätten.

In allen epidemiologischen Studien wurden signifikant höhere Prävalenzraten für Frauen als für Männer gefunden; so wurde in der ECA-Studie (Bourdon et al. 1988) etwa ein Verhältnis von 1,9:1 ermittelt (**Tab. 2.1**).

Tab. 2.1. Prävalenzraten im internationalen Vergleich (Mod. vom Herausgeber)

Studie	1-Monats-Prävalenz	6-Monats-Prävalenz	Lebenszeitprävalenz	Verhältnis Frauen : Männer
Spezifische Phobie				
[%]				
Myers et al. (1984; USA)		7		
Wittchen (1986; BRD)		4,1	8	
Canino et al. (1987; Puerto Rico)		4,4	8,6	Canino et al. (1987; Puerto Rico)
Bland et al. (1988a; Canada)			7,2	2,1:1
Bourdon et al. (1988; USA)				1,9:1
Oakley-Brown et al. (1989; Neuseeland)	3,2	4,3	5,9	4:1
Boyd et al. (1990; USA)	5,1 (ohne Patienten mit Sozial- oder Agoraphobie 2,9)			
Robins u. Regier (1991; USA)			15,1	
Kendler et al. (1992; USA)			20,5	
Fredrikson et al. (1996, Schweden)	19,9			21,1:1
Becker et al. (2007; Deutschland, nur Frauen)	9,9		12,8	
Depla et al. (2007; Niederlande)			9,6	
Stinson et al. (2007, USA)			9,4	2:1
	Prävalenz Klaustrophobie	Prävalenz Zahnarztphobie	Prävalenz Flugphobie	
Freidson u. Feldman (1958; USA)		9		
Häkansson (1978; Schweden)		10		
Costello (1982; Canada)	4 (nur Frauen)			
Nordlund (1983; Schweden)			10	
Hällström u. Halling (1984; Schweden)		13		
Kirkpatrick (1984; USA)	13 (nur Frauen)			

2.4 Überblick über Therapieerfolgsstudien

2

Übersicht über die verschiedenen Arten der Therapie spezifischer Phobien

Systematische Desensibilisierung/Konfrontation in sensu

Hierbei stellt sich der Patient das gefürchtete Objekt bzw. die beängstigende Situation so vor, als wäre er in das angstausslösende Geschehen involviert; der phobische Stimulus wird aktiv visualisiert. Durch wiederholte Konfrontation tritt ein Habituationseffekt ein, der die phobische Reaktion vermindert oder auslöschen kann. Bei der systematischen Desensibilisierung wird die In-sensu-Konfrontation mit einem Entspannungsverfahren, z. B. mit progressiver Muskelrelaxation nach Jacobson, kombiniert, das vorher vom Patienten erlernt wird. Systematische Desensibilisierung erwies sich als effektive und langanhaltende Therapie subjektiver Angstsymptome; das reaktive Vermeidungsverhalten hingegen konnte nicht immer erfolgreich beeinflusst werden. In älteren Lehrbüchern findet man mitunter noch den Begriff »Implosion«, der dem heute gebräuchlicheren Begriff »Reizkonfrontation in sensu« entspricht.

Konfrontation in vivo

Nach kognitiver Vorbereitung wird das gefürchtete Objekt bzw. die beängstigende Situation vom Patienten mit therapeutischer Hilfe aktiv aufgesucht (Konfrontation in vivo), bis ein Rückgang der phobischen Reaktionen durch Habituation, Veränderung der Wahrnehmung bzw. Bewertung des phobischen Stimulus, aber auch durch den Aufbau neuer Verhaltensmuster zu verzeichnen ist. In vielen Studien wurde nachgewiesen, dass Reizkonfrontation eine sehr effektive Therapiemethode zur Behandlung spezifischer Phobien ist; bei angemessener kognitiver Vorbereitung und Dauer der Reizkonfrontation konnten sowohl subjektive Angst als auch Vermeidungsverhalten im Vergleich zu Kontrollbedingungen signifikant und dauerhaft gesenkt werden. Für Reizkonfrontation in vivo wurde früher häufig auch der Begriff »Flooding« gebraucht. Bei Flooding handelt es sich um Reizüberflutung, wobei das gefürchtete Objekt oder die gefürchtete Situation massiert therapeutisch eingesetzt wird.

Modelllernen

Beim teilnehmenden Modelllernen bewältigt ein Modell zuerst die angstausslösende Situation und der Patient wird dann angehalten, diese Situation mit therapeutischer Hilfe so schnell wie möglich selbst aufzusuchen. Beim symbolischen/kognitiven Modelllernen wird die angstausslösende Situation und deren Bewältigung durch ein Modell (z. B. im Film) dargeboten oder verbal mitgeteilt – der Patient selbst ist daran nicht aktiv beteiligt. Teilnehmendes

Modelllernen war in Wirksamkeitsstudien effektiver als symbolisches Modelllernen und Wartelistenbedingungen.

Interozeptive Konfrontation

Diese Therapieform findet vor allem Anwendung bei Störungsbildern, bei denen internale Reize für Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung eine große Rolle spielen (z. B. bei Panikstörung, Agoraphobie). Nach kognitiver Vorbereitung werden angstausslösende Interozeptionen beim Patienten herbeigeführt (z. B. Schwindel durch Hyperventilation) und bis zum Abbau der Angst aufrechterhalten bzw. wiederholt. Zur interozeptiven Konfrontation liegen noch keine Langzeitstudien vor. Diese Therapieform kann bei spezifischen Phobien sinnvoll sein, wenn besonders starke körperliche oder verselbstständigte Reaktionen vorliegen.

Virtuelle Realitätstherapie

Mittels computergestützter Animationen, die die Bewegungen des Patienten in die Darstellung mit einbeziehen (z. B. über einen Lagesensor am Kopf), wird dem Patienten die phobische Situation möglichst wirklichkeitsnah dargeboten. Die Konfrontation findet somit virtuell statt. Virtuelle Realität hat sich besonders bei Höhen- und Flugphobie bewährt, für die qualitativ hochwertige Software entwickelt wurde. Die Effektivität virtueller Realitätstherapie ist z. T. vergleichbar mit Konfrontation in vivo und wirksamer als systematische Desensibilisierung – wichtig für den Therapieerfolg ist jedoch, dass sich die Patienten auf die künstliche Situation einlassen können (engl. »immersion«).

Angewandte Anspannung

Bei Patienten mit Blut-, Verletzungs- und Spritzenphobie, kann die biphasische physiologische Reaktion (Herzfrequenz und Blutdruck steigen zunächst an und fallen dann ab) mit angewandter Anspannung erfolgreich behandelt werden. Die Patienten lernen, die frühen Anzeichen eines Blutdruckabfalls wahrzunehmen und mittels Muskelanspannung einer Ohnmacht vorzubeugen. Die Effektivität der angewandten Anspannung bei Patienten mit Blut-, Verletzungs- und Spritzenphobie war auch in Langzeitstudien noch nachweisbar.

Kognitive Therapie

Irrationale, die Phobie aufrechterhaltende Gedankengänge, können mit kognitiver Therapie behandelt werden, entweder in Kombination mit In-vivo-Konfrontation oder als singuläre Behandlungsmethode. Die erzielten Therapieeffekte in Bezug auf subjektive Angst und Vermeidungsverhalten waren in Langzeituntersuchungen noch bei Tierphobie und



Klaustrophobie nachweisbar, während sie sich bei Zahnarzt- und Flugphobie als weniger stabil erwiesen.

Klinische Hypnose

Hypnosetherapie induziert einen veränderten Bewusstseinszustand beim Patienten, der von Veränderungen in der Wahrnehmung, Empfindung, Kognition oder Kontrolle über motorische Fähigkeiten begleitet ist. Im Rahmen der Behandlung spezifischer Phobien erwies sich die klinische Hypnose jedoch als nicht effektiv.

Medikation

Verschiedene Studien untersuchten die Wirksamkeit medikamentöser Behandlungen bei spezifischen Phobien. Medikamente wirken symptomatisch, d. h. sie unterdrücken in der akuten phobischen Situation die Angstreaktion. Anhaltende Therapieeffekte konnten jedoch nicht nachgewiesen werden, da die Gabe von Medikamenten

nicht die Ursache der Angstreaktion behandelt und dem Patienten keine Strategie zur Bekämpfung seiner Angst zur Verfügung stellt.

Einflussfaktoren auf den Behandlungserfolg. Einen großen Einfluss auf den Behandlungserfolg haben die Akzeptanz der Behandlung und die Beendigung der Therapie. Ein vorzeitiger Abbruch der Therapie beeinträchtigt den Behandlungserfolg. Wichtig für die Aufrechterhaltung des Behandlungserfolges ist ebenfalls, dass die in der Therapie erlernten Techniken und Methoden auch nach Beendigung der Therapie vom Patienten weitergeführt werden. Dabei sollte der Kontext der Therapiesituation möglichst auf andere Situationen ausgeweitet werden (z. B. Konfrontation zu verschiedenen Zeitpunkten an verschiedenen Orten; Choy et al. 2006).

Anmerkung des Herausgebers

2.4.1 Spezifische Phobien

Höhenphobie

Die Angst vor Höhen war eine der ersten spezifischen Phobien, die von Verhaltenstherapeuten in kontrollierten Therapiestudien untersucht wurden.

Bereits 1969 zeigte Ritter (1969a, b), dass In-vivo-Desensibilisierung wirksamer als andere Formen des Modellerns bzw. als keine Behandlung war. Seit dieser Zeit wurde eine Reihe von Studien veröffentlicht, die verschiedene Formen des Modellerns, der Konfrontation in vivo sowie kognitive Umstrukturierung miteinander verglichen. Nach diesen Studien ist die »Methode der Wahl« das *angeleitete Erfolgslernen* (»guided mastery«) (Williams et al. 1984, 1985), auch bekannt als teilnehmendes Modellern (Bandura et al. 1969).

Beim »guided mastery« wird der Patient dazu angehalten, die schwierigsten Situationen so schnell wie möglich anzugehen. Wenn er dabei Schwierigkeiten hat, gibt ihm der Therapeut dabei folgende Hilfen:

- Beherrschen von Unteraufgaben (z. B. zu üben, noch weit entfernt vom Geländer hinunterzusehen und sich dann zunehmend dem Geländer zu nähern);
- Nahziele (z. B. indem sich der Patient erst einem Zwischenziel widmet, wenn er die ganze Aufgabe zu schwierig findet);
- tätliche Unterstützung (z. B. Führen des Patienten am Arm);
- gestufte Konfrontationsdauer (d. h. die Zeit, in der eine Schwierigkeit bearbeitet wird, erhöht sich zunehmend);

- Modellern (der Therapeut führt erst eine bestimmte Aktivität aus, bevor der Patient gebeten wird, es selbst zu versuchen);
- Unterbindung von Abwehrmanövern (der Patient wird instruiert, die Aufgabe in einer qualitativ besseren Art und Weise auszuführen und abwehrende Aktivitäten zu unterlassen) und
- variierende Ausführungen (der Patient wird instruiert, therapeutische Aktivitäten auf verschiedene Arten auszuführen).

Die Behandlung wird in einstündigen Sitzungen durchgeführt. Williams et al. (1985) berichten, dass 62% der Patienten in einem Verhaltenstest nach der Behandlung alle Übungen durchgeführt haben; in einer Folgestudie waren es 87%.

Tierphobien

Fast alle kontrollierten Studien zu Tierphobien bezogen sich auf Spinnen- oder Schlangenphobien.

Die einzigen Ausnahmen sind die Studien von Whitehead et al. (1978) und Ladouceur (1983); erstere untersuchten neben Schlangen- und Spinnenphobikern auch Kakerlaken- und Katzenphobiker, letztere arbeiteten mit Hunde- und Katzenphobikern.

Über mehrere Jahre hinweg war dieses Gebiet ein reges Forschungsfeld für verschiedene Formen der Behandlung durch Modellern; so erwies sich z. B. bei Bandura et al. (1969), dass bei der Schlangenphobie das teilnehmende Modellern (TM) signifikant besser als systematische De-

sensibilisierung und eine Wartelistenkontrollgruppe abschchnitt. In der Folge überprüften Bandura u. Barab (1973) zwei Arten des symbolischen Modellerns (Film) und fanden heraus, dass es keinen Unterschied macht, ob ein Kind oder ein Erwachsener als Modell fungierte. Bandura et al. (1974) fanden außerdem heraus, dass das TM mit einem mittleren oder einem hohen Ausmaß von verhaltensauslösenden Hilfen besser abschneidet als das TM mit wenig Hilfe; außerdem war das TM mit verschiedenen Formen selbstgesteuerten Verhaltens besser als das einfache TM (Bandura et al. 1975). Bandura et al. (1977) berichteten, dass das TM effektiver war als das Modellernen, bei dem der Patient nicht aktiv teilnahm. Ungewöhnlich kleine Effekte wurden von Bandura et al. (1980) beim kognitiven Modellernen mit oder ohne Wirksamkeitseinschätzungen berichtet. In einer Studie von 1982 untersuchten Bandura et al. eine Behandlung, bei der zu vor hohe, mittlere oder

niedrige Selbstwirksamkeit induziert worden war; in derselben Reihenfolge ergab sich der Erfolg im Verhaltenstest (89%, 77% und 53%).

Ladouceur (1983) überprüfte den Gesamteffekt eines Selbstinstruktionstrainings plus Selbstverbalisation gegenüber dem TM und fand keine Unterschiede zwischen den Bedingungen. Bei allen Behandlungsformen erzielte ein hoher Anteil der Patienten klinische Fortschritte. Katz et al. (1983) untersuchten die Kombination von TM und dem Betablocker Propranolol sowie Placebomedikation, fanden aber keine differenziellen Effekte.

Öst (1989a) entwickelte eine Behandlungsmethode, mit der verschiedene spezifische Phobien in einer Sitzung behandelt wurden. Sie bestand aus massierter Konfrontation, kombiniert mit TM bei Tierphobikern. Am Beispiel der Spinnenphobie soll diese Behandlungsmethode nun illustriert werden.

Behandlung von Spinnenphobie

Die Therapie beginnt mit der Ausarbeitung eines detaillierten Theapierationals für die Behandlung. Vier oder fünf Spinnen von zunehmender Größe werden in dieser Sitzung, die bis zu 3 h andauern kann, eingesetzt. Jeder Schritt des Patienten wird zuerst vom Therapeuten als Modell demonstriert. Das erste Ziel besteht darin, dass der Spinnenphobiker mit einem Glas und Papier die Spinne fängt und simuliert, wie er die Spinne zu Hause aus dem Haus entfernt. Sobald der Patient diesen Schritt mit einem nur noch niedrigen Angstniveau ausführen kann, schreitet die Behandlung fort, bei der der Patient nun eine Spinne, die in einem Plastikbehälter von 50×35×15 cm Größe gehalten wird, mit dem Finger berühren soll. Der zunehmende körperliche Kontakt mit dem Tier endet mit der Ermutigung des Patienten, die Spinne in die Hand zu nehmen. Zu diesem Zeitpunkt betont der Therapeut, wie der Patient selbst das Verhalten der Spinne »kontrollie-

ren« kann, da er ihre Bewegung vorhersagen kann. Die Behandlung fährt auf dieselbe Weise mit drei oder vier anderen Spinnen fort und endet damit, dass der Patient gleichzeitig mit zwei Spinnen hantiert. Wenn der Patient es will, kann dies auch noch auf »Spinne im Haar« und schließlich »Spinne im Gesicht« ausgeweitet werden. Die Sitzung ist beendet, wenn der Patient in der Lage ist, sich mit allen Spinnen nur noch mit wenig oder keiner Angst mehr zu befassen (Einstufung auf der Subjective Units of Discomfort Scale/SUDS kleiner als 30) oder wenn die 3 h um sind. Die Übung wird auf Video aufgenommen, so dass der Patient die Möglichkeit hat, sich den Behandlungsprozess nach der Diagnostik im Anschluss an diese Untersuchung noch einmal anzusehen und sich daran erinnern zu lassen, was im Verlauf der Behandlung passiert ist. Dabei darf sich der Patient in einem eigenen Zimmer das Video für etwa eine Stunde ansehen.

In der ersten Erfolgsstudie dieser Behandlungsmethode der Spinnenphobie (Öst et al. 1991a) diente eine Behandlung mit sechs Selbstkonfrontationen, die auf einem für die Spinnenphobie erarbeiteten Selbsthilfemanual basierte, als Vergleichsbedingung. Die therapeutengeleitete Behandlungsform mit einer Sitzung (1-Session) erhielt signifikant bessere Ergebnisse als die Selbstkonfrontationsbedingung, und diese Ergebnisse hielten sich bis zur Ein-Jahres-Katamnese. In der zweiten Studie (Hellström u. Öst 1995) wurde die 1-Session-Behandlung mit zwei Formen eines Selbstkonfrontationsmanuals verglichen (einem spezifischen Manual für die Spinnenphobie und einem allgemeinen Manual für Angstprobleme), und zwar bei ambulanten und stationären Patienten. Im Ergebnis zeigte sich die 1-Session-Behandlung signifikant effektiver als alle Bedingungen mit dem Manual, die wiederum untereinander keine Unterschiede

aufwiesen. Diese Ergebnisse ergaben sich auch in der Ein-Jahres-Katamnese. In einer dritten Studie wurde die 1-Session-Behandlung in Gruppenform untersucht; eine kleine Gruppe umfasste drei bis vier Patienten, eine große 7–8 Patienten (Öst 1996). Im Ergebnis dieser Studie zeigte sich, dass sowohl die Behandlung der Spinnenphobie in größeren Gruppen als auch die Behandlung in Kleingruppen signifikante Verbesserungen der Symptomatik zur Folge hatte; wobei die Behandlung in Kleingruppen noch etwas effektiver war. Die erzielten Effekte konnten noch nach einem Jahr nachgewiesen werden. Es wurde noch kein direkter Vergleich zwischen der Einzel- und der Gruppenbehandlung der 1-Session-Behandlung vorgenommen, aber dem klinischen Eindruck nach erzielt die Mehrheit der Spinnenphobiker bei der Gruppenbehandlung genauso gute Erfolge wie in der Einzelbehandlung. Es ist dennoch wahrschein-

lich, dass die Patienten, die bei der individualisierten Behandlung die gesamten 3 Therapiestunden der 1-Session-Behandlung brauchen, um klinisch signifikante Fortschritte zu erzielen, dies nicht in einem Gruppenzusammenhang schaffen werden, ganz einfach weil dann die Therapeuten nicht jedem Patienten genug Zeit widmen können.

Schließlich replizierte Arntz u. Lavy (1993) die Effekte der 1-Session-Behandlung der Spinnenphobie in einer Studie, in der untersucht wurde, ob die sog. Stimuluselaboration die Effekte der Konfrontationsbehandlung noch weiter verstärken kann. Eine Elaboration bedeutete, dass der Patient angehalten wurde, sich die ganze Zeit über mit Einzelheiten der Spinne zu befassen und sie zu beschreiben. In der anderen Bedingung wurde genau dies unterbunden. Im Ergebnis zeigten sich keine Unterschiede zwischen beiden Bedingungen.

Blut-, Verletzungs- und Spritzenphobie

Trotz einer ziemlich hohen Prävalenz der Blut-, Verletzungs- und Spritzenphobie (»Blood-Injury-Injection-Phobia«, im Folgenden als Blutphobie abgekürzt) in der Allgemeinbevölkerung (3–4%; Agras et al. 1969) gibt es nur fünf klinische Therapiestudien dazu, die allesamt im Labor des Autors durchgeführt wurden. Dies kann vielleicht durch die Tatsache erklärt werden, dass i. Allg. nur wenige Per-

sonen mit spezifischen Phobien eine Behandlung aufsuchen, und dies besonders bei den Blutphobikern, da viele von ihnen gar nicht bemerken, dass ihr Zustand eine Phobie ist.

Blutphobie

Die Blutphobie unterscheidet sich von allen anderen Typen spezifischer Phobien darin, dass ein großer Anteil dieser Patienten eine Geschichte von Ohnmachtsanfällen in der phobischen Situation aufweist; außerdem ist die Familienprävalenz mit etwa 60% besonders hoch (Öst 1992). Darüber hinaus zeigen die meisten Blutphobiker bei der Konfrontation mit Blutphobiereizen eine spezifische autonome Reaktion (biphasische Reaktion). Zunächst steigen Herzrate und Blutdruck wie bei den anderen Phobien an, um dann aber rapide abzufallen, was gelegentlich zur Ohnmacht führt, wenn der Patient der phobischen Situation nicht entflieht (Öst et al. 1984b).

Um diese Ohnmacht zu verhindern, hat die Therapeutengruppe um Öst eine Behandlungsmethode entwickelt, die sich direkt auf die physiologische Reaktion richtet, die zu der Ohnmacht führt. Diese Methode wird als »*applied tension*« (angewandte Anspannung; Öst u. S terner 1987) bezeichnet und besteht in ihrer ursprünglichen Version aus fünf Sitzungen (► Box):

»Applied tension«

- In der ersten Sitzung wird eine kurze Verhaltensanalyse durchgeführt und dem Patienten beigebracht, die Anspannungstechnik anzuwenden. Der Patient wird angewiesen, die großen Skelettmuskeln (Arme, Brust und Beine) anzuspannen und diese Spannung für 15–20 s zu halten. Dann wird die Spannung wieder bis auf das Ausgangsniveau, aber nicht bis zur Entspannung, gelöst. Nach einer Pause von 30 s wird die Spannung wiederholt etc. Eine Übungssitzung als Hausaufgabe besteht aus fünf Zyklen dieses Wechsels von Anspannung und Lösen der Spannung, und der Patient soll von diesen Übungen täglich fünf durchführen.
- In der zweiten und dritten Sitzung werden dem Patienten Dias von Verletzten gezeigt. Dabei werden insgesamt 30 Dias benutzt, wobei der Patient angehalten ist, sich die Dias zu betrachten und zur selben Zeit innerlich auf die ersten Anzeichen einer nahenden Ohnmacht zu achten. Dies kann individuell sehr verschieden sein und besteht z. B. in Anzeichen wie kalter Schweiß auf der Stirn, einer bestimmten Empfin-

dung im Magen, Ohrensausen etc. Sobald der Patient die ersten Anzeichen dieser Empfindungen wahrnimmt, soll er die Anspannungstechnik einsetzen und dabei fortfahren, die Bilder zu betrachten. Der Patient spannt sich dann so lange an, bis die autonome Reaktion beendet ist.

- Die vierte Sitzung findet in einem Blutspendedienst statt, wo der Patient andere Personen beim Blutspenden beobachtet und auch selbst eine Spende abgibt. Wiederum wird die Anspannungstechnik benutzt, sobald der Patient die Ohnmachtsempfindungen spürt.
- Die fünfte und letzte Sitzung wird in einer Station für Thoraxchirurgie verbracht, wo der Patient eine chirurgische Operation am offenen Herzen oder der Lunge von einem Beobachtungsraum etwa 3 m über dem Operationstisch beobachtet. Die Sitzung wird mit der Beschreibung eines freiwilligen Aufrechterhaltungsprogramms beendet (Öst 1989b), an dem der Patient die ersten sechs Monate nach der Behandlung teilnehmen kann.

Effizienzstudien. Um herauszufinden, ob die Applied-tension-Technik wirklich das bewirkt, was sie bewirken soll, nämlich den Blutdruck der Patienten zu erhöhen, wird dies während den Sitzungen zwei und drei vor und nach der Anwendung erhoben. Über die drei Studien hinweg, in de-

nen »*applied tension*« bislang evaluiert wurde, betrug der durchschnittliche Anstieg des Blutdrucks 15 mmHg (systolisch) bzw. 10 mmHg (diastolisch). In der ersten dieser Studien (Öst et al. 1989) absolvierten 90% der Patienten den gesamten Verhaltenstest ohne die geringsten Anzei-

chen einer Ohnmacht. Dieses Ergebnis war tendenziell, aber nicht signifikant besser als angewandte Entspannung über neun Sitzungen bzw. der Kombination von angewandter Entspannung und »applied tension« über zehn Sitzungen. Die Effekte hielten bis zur Sechs-Monats-Katamnese an.

In der zweiten Studie (Öst et al., 1991b) wurde untersucht, welche der beiden Komponenten der angewandten Anspannung – Konfrontation in vivo und Anspannung als Bewältigungstechnik – für den erzielten Effekt am ehesten verantwortlich ist. »Applied tension« wurde mit Konfrontation in vivo (ohne jede Copingtechnik) und nur Anspannung (ohne jegliche Konfrontation mit Blutphobiereizen, »tension-only«) jeweils nach fünf Sitzungen verglichen. Im Ergebnis waren »applied tension« und »tension-only« gleich effektiv und beide effektiver als die Konfrontation in vivo. Dies ist wahrscheinlich die erste Studie, in der eine Nichtkonfrontationsbehandlung einer Phobie bessere Ergebnisse als die Konfrontation erzielt. Man kann daraus den Schluss ziehen, dass es bei der Blutphobie nicht notwendig ist, Konfrontation einzusetzen, wenn man dem Patienten eine effektive Copingtechnik beibringt. Dieser Schluss wurde in der dritten Studie (Hellström et al., 1996) bestätigt, in der »applied tension« über fünf Sitzungen mit »applied tension« über eine zweistündige Sitzung sowie einer ebenfalls zweistündigen Tension-only-Behandlung verglichen wurde. Das Ergebnis dieser Studie zeigt, dass alle Behandlungen gleich gut waren und dass es möglich ist, »applied tension« ohne Verlust an klinischer Wirksamkeit auf eine Sitzung zu reduzieren. Auch die Tatsache, dass die Tension-only-Behandlung so gut wie »applied tension« abschnitt, zeigt, dass die Copingtechnik den entscheidenden Teil der Behandlung darstellt.

Unter klinischen Gesichtspunkten bedeutet dies, dass es für eine Therapie meist nicht nötig ist, verschiedene Blutphobiereize zu sammeln oder Konfrontationssituationen zu gestalten. Sie müssen den blutphobischen Patienten lediglich drei Dinge beibringen:

1. die Anspannungstechnik,
2. wie man die ersten Anzeichen einer nahenden Ohnmacht bemerkt und
3. wann und wie die Anspannungstechnik eingesetzt wird.

Spritzenphobie

Spritzenphobie weist viele Ähnlichkeiten zur Blutphobie auf, insbesondere den hohen Anteil von Patienten mit Ohnmachtserfahrungen in der phobischen Situation. Allerdings gibt es einige unterschiedliche Aspekte, die der Spritzenphobiker in der jeweiligen Situation befürchten könnte, z. B. den Schmerz des Nadeleinstichs, die widerwillige Vorstellung, dass jemand einem durch die Haut dringt oder der Verlust der Kontrolle. Nur wenn der Patient wirklich eine ausgeprägte Tendenz hat, in Ohnmacht zu fallen, bringt

man ihm die Technik, sich anzuspannen, bereits vor dem eigentlichen Behandlungsbeginn bei. Die einzige Erfolgsstudie in diesem Bereich verglich eine Sitzung mit fünf Sitzungen Konfrontation in vivo (Öst et al. 1992). Trotz der geringeren Behandlungszeit und der geringeren Zahl an Wiederholungen der Konfrontationsübungen schnitt die 1-Session-Behandlung genauso gut ab wie die andere Bedingung.

Klaustrophobie

Es gibt nur zwei veröffentlichte, kontrollierte Studien zur Klaustrophobie. Öst et al. (1982) teilten ihre Patienten in zwei Gruppen auf, je nachdem, ob sie in einem zuvor durchgeführten Verhaltenstest (Betreten und Verschließen eines fensterlosen kleinen Zimmers) eher verhaltenmäßig oder eher körperlich reagiert hatten (»behavioral vs. physiological reactors«). Innerhalb dieser beiden Gruppen wurden die Patienten zufällig entweder den Bedingungen Konfrontation in vivo, angewandte Entspannung oder einer Wartelistenkontrollgruppe zugeteilt. Im Ergebnis wies die konsonante Behandlung (d. h. Konfrontation für »behavioral reactors« und angewandte Entspannung für »physiological reactors«) im Vergleich zur nichtkonsonanten Behandlung signifikant bessere Effekte auf; diese Effekte hielten sich bis zur Nachuntersuchung nach 14 Monaten.

Booth u. Rachmann (1992) berücksichtigten bei ihrer Behandlungsmethode die Tatsache, dass klaustrophobische Patienten in hohem Maße Panikpatienten ähneln, da sie insbesondere fürchten, in einer Situation, in der sie festsitzen, einen Angstanfall zu bekommen. Sie verglichen Konfrontation in vivo, interozeptive Konfrontation, kognitive Therapie und eine Wartelistenkontrollgruppe. Die aktiven Behandlungsformen erzielten etwa ähnliche Effekte und waren alle besser als die Kontrollbedingung. Nach neueren Daten aus der Ambulanz des Autors und seiner Therapeutengruppe ist eine 1-Session-Konfrontationsbehandlung so effektiv wie eine 5-Session-Konfrontationsbehandlung und fünf Sitzungen kognitiver Therapie ohne Konfrontation, und alle diese Bedingungen sind besser als eine Wartelistenkontrollgruppe.

Zahnarztphobie

Auf diesem Gebiet wurden bereits viele verschiedene behaviorale Methoden in kontrollierten Studien überprüft. In einer frühen Phase wurden v. a. verschiedene Formen des Modelllerns eingesetzt (Bernstein u. Kleinknecht 1982; Shaw u. Thoresen 1974; Wroblewski et al. 1978). Außerdem wurden verschiedene Formen von Bewältigungsmethoden untersucht, wie z. B. die selbstgesteuerte Desensibilisierung (Gatchel 1980), das Stressimpfungstraining (Moses u. Hollandsworth 1985; Jeremalm et al. 1986), angewandte Entspannung (Jeremalm et al. 1986) und Angstmanagement (Ning u. Liddell 1991).

Behandlungsmethode

Die wahrscheinlich am besten entwickelte Behandlungsform für die Zahnarztphobie ist das Breitspektrumprogramm, das von Berggren und Mitarbeitern beschrieben wurde. Berggren u. Carlsson (1984) entwickelten eine »psychophysiologische Therapie für die Angst vorm Zahnarzt«, bestehend aus

- systematischer Desensibilisierung,
- EMG-Biofeedback und
- Modelllernen durch Video.

Der Patient erhält zunächst eine kurze, auf Band aufgenommene Anleitung für eine Entspannungsübung und soll diese täglich üben. Das EMG-Biofeedback (abgenommen von der Stirn des Patienten) wird sowohl zur Verbesserung der Entspannung als auch zur Rückmeldung der Anspannung benutzt, während der Patient Videos betrachtet. Filmsequenzen von kurzen (30 s), aber zunehmend längeren Filmszenen werden dem Patienten vorgespielt, der die ganze Vorführung mit einer Fernbedienung kontrollieren kann. Immer wenn eine Szene zu angstaussendend ist, wird sie vom Patienten angehalten und er erhält Entspannungsanweisungen. In zunehmendem Maße ist es dann dem Patienten möglich, sich das Videomaterial ganz zu betrachten, ohne sich durch die Szenen belasten zu lassen.

Effizienzstudien. In der umfangreichsten Studie auf diesem Gebiet verglichen Berggren u. Linde (1984) diese Breitspektrumbehandlung über 6 Sitzungen mit allgemeiner anästhetischer Behandlung (einmalige stationäre Vollnarkose). Die behaviorale Behandlung erzielte signifikant bessere Effekte, sowohl bei Selbst- und Zahnarztbehandlungen als auch bzgl. des Anteils von Patienten, die sich anschließend einer ambulanten Zahnbehandlung unterzogen (78% vs. 53%); diese Effekte hielten bis zur Nachuntersuchung nach zwei Jahren an (82% vs. 57%). Die genannten Resultate wurden in Studien von Harrison et al. (1989) und Moore et al. (1991) repliziert.

Flugphobie

Es gibt eine bemerkenswerte Diskrepanz bzgl. der Anzahl von öffentlichen und privaten Behandlungseinrichtungen, die in Europa und Nordamerika eine Therapie für die Flugphobie anbieten, und der Anzahl kontrollierter Erfolgsstudien auf diesem Gebiet.

Effizienzstudien. Bei Solyom et al. (1973) waren drei behaviorale Techniken – systematische Desensibilisierung, Aversionserleichterung und Habituation (Konfrontation mit einem Flugalm) – jeweils gleich erfolgreich und signifikant besser als eine Gruppenpsychotherapie. Am Ende der Behandlung absolvierten 70–80% der Probanden einen Flugtest und diese Ergebnisse wurden bis 14 Monate später

aufrechterhalten. Denholtz u. Mann (1975) entwickelten ein vollautomatisiertes audiovisuelles Programm, das etwa ähnlich wie die systematische Desensibilisierung eingesetzt wurde. Die Patienten erhielten über Band Entspannungsanweisungen, während sie phobische Szenen auf einem Bildschirm betrachteten. Diese Behandlung war signifikant besser als drei seiner Variationen, und 65% der Probanden absolvierte den Verhaltenstest nach der Behandlung. Howard et al. (1983) verglichen die vier behavioralen Methoden

- systematische Desensibilisierung,
- Implosion,
- Flooding (▶ Kap. II/2.4; Übersicht über die verschiedenen Arten der Therapie) und
- Entspannung

mit einer Wartelistenkontrollgruppe. Im Testflug nach der Behandlung ergab sich kein Unterschied zwischen den Gruppen: und zwischen 64% und 92% der Probanden absolvierten den Flug.

Beckham et al. (1990) untersuchten eine manuelle gestützte Form des Selbstinstruktionstrainings (weniger als eine Stunde Therapeut-Patient-Kontakt) mit einer Kontrollgruppe ohne Behandlung. Das Manual bestand aus drei Komponenten:

- einem Therapierational,
- einem Entspannungstraining und
- der Beschreibung von fünf Bewältigungsstrategien (Ablenkung, Aufmerksamkeitszuwendung auf körperliche Sensationen, das Vorstellen angenehmer Ereignisse, die Vorstellung anderer körperlicher Empfindungen als Angst sowie der Vorstellung von Angst in einer anderen Situation).

Diese innovative Behandlungsform ließ 82% der Patienten nach der Behandlung den Testflug durchführen (verglichen mit 36% der Kontrollgruppe).

Behandlung der Flugphobie

Öst et al. (1997), verglichen eine 1-Session- mit einer 5-Session-Konfrontationsbehandlung. Bei dieser Studie wurden alle Probanden ausgeschlossen, die es im Rahmen der Diagnostik vor der Behandlung schafften, alleine einen Inlandsflug zu absolvieren, so dass nur die wirklich stark vermeidenden Patienten übrigblieben. Die 1-Session-Behandlung beginnt im Bus zum Flughafen, wo der Therapeut die negativen Kognitionen der Patienten bzgl. der verschiedenen Phasen eines Fluges aktiviert. Vor dem Start und während des Fluges wird der Patient an diese Kognitionen erinnert und dazu angehalten zu beobachten, was wirklich passiert. Auf diese Weise ist die Konfrontation eine Form von Verhaltenstest der katastrophalen Kognitionen des Patienten.



Nach Erreichen des Ziels nehmen Therapeut und Patient den direkten Rückflug und setzen dabei die Behandlung fort. Während der abschließenden Busfahrt zurück wird noch einmal zusammengefasst, was der Patient bei der Therapie gelernt hat. Die 5-Session-Behandlung beginnt mit zwei Sitzungen, in der der Patient auf den Besuch des Flughafens vorbereitet wird. Die nächsten zwei Sitzungen werden auf dem Flughafen verbracht; dabei findet auch eine Konfrontationsübung eines regulierten Fluges in einer Cockpitattrappe statt. Die letzte Sitzung besteht aus einem Flug ähnlich dem der 1-Session-Behandlung. Es zeigte sich, dass 94% bzw. 79% den Verhaltenstest nach der Therapie (unbegleiteter Inlandsflug) absolvierten, und 64% in beiden Gruppen taten dies auch in der Nachuntersuchung ein Jahr später.

2.5 Kontrollgruppenvergleiche

2.5.1 Vergleich mit Nichtbehandlung

In 21 der 59 Studien (9 zu Höhen-, 4 zu Tier-, 2 zu Klaustrophobie, 4 zu Zahnarzt- und 2 zu Flugphobie) wurden eine oder mehr aktive Behandlungsgruppen mit einer Nichtbehandlungs-kontrollgruppe oder einer Wartelistenkontrollgruppe verglichen. Bei 19 (90%) Studien erzielten die aktiven Behandlungsbedingungen signifikant bessere Ergebnisse als die Nichtbehandlung. Die einzigen Ausnahmen waren die Studien von Rosen et al. (1976; Tierphobie) und Moses u. Hollandsworth (1985; Zahnarztphobie). Es ist allerdings bekannt, dass eine Aufmerksamkeitskontroll- bzw. Placebobedingung meist eine bedeutend stärkere Kontrolle darstellt.

2.5.2 Vergleich mit Aufmerksamkeitskontrollgruppe

Zehn Studien (6 zu Zahnarzt-, 3 zu Tier- und 1 zu Flugphobie) haben die aktive Behandlung mit verschiedenen Formen nichtspezifischer Behandlungen als Aufmerksamkeitskontrollbedingungen verglichen. In sechs dieser Studien erzielte die aktive Behandlung signifikant bessere Ergebnisse als die Kontrollbehandlungen (Shaw u. Thoresen 1974; Miller et al. 1978; Wroblewski et al. 1978; Gächel 1980; Ladouceur 1983; Denholtz u. Mann 1975). Eine nähere Untersuchung der übrigen Studien zeigt allerdings, dass Rosen et al. (1976) sowie Barrera u. Rosen (1977) bei ihrer Behandlung der Schlangenphobie nur sehr schwache Formen therapeuten- oder selbstgeleiteter systematischer Desensibilisierung benutzt hatten, die im Verhaltenstest nach der Behandlung nur etwa 20% Veränderung erbrachten. Mathews u. Rezin (1977) benutzten als Aufmerksam-

keitskontrollgruppe in ihrer Studie zur Zahnarztphobie eine Entspannungsbedingung; Jeremalm et al. (1986) zeigten allerdings später, dass angewandte Entspannung bei der Zahnarztphobie eine effektive Behandlung darstellt. In der vierten der »nicht erfolgreichen« Studien benutzten Bernstein u. Kleinknecht (1982) ebenfalls eine äußerst starke Aufmerksamkeitsplacebobedingung, die Stresstoleranztraining genannt wurde. Diese erreichte bei 83% der Patienten, dass sie in der Folge einen Zahnarzt aufsuchen konnten, verglichen mit 88% der Behandlungsgruppe (teilnehmendes Modelllernen).

2.6 Klinisch signifikante Verbesserungen

Neben den statistischen Differenzen, die im vergangenen Abschnitt dargestellt wurden, ist es von vorrangiger Bedeutung, das Ausmaß der *klinisch signifikanten Verbesserungen* (KSV) durch die verschiedenen Behandlungsformen zu betrachten. Unter den verschiedenen Arten, die KSV zu messen, hat sich die von Jacobson et al. (1984) am besten bewährt. Dort müssen zwei Kriterien erfüllt werden:

- Der Unterschied zwischen Vor- und Nachuntersuchung muss für den Patienten statistisch signifikant sein;
- der Wert in der Nachuntersuchung muss im Bereich der normalen Population bzw. außerhalb des Bereichs der Patientenpopulation liegen (definiert als der Mittelwert ± 2 Standardabweichungen in die gewünschte Richtung).

Diese Methode wurde leider nur in wenigen Studien angewandt, so dass im Folgenden nur Sonderfälle beschrieben werden können.

2.6.1 Effizienzstudien mit KSV bei spezifischen Phobien

Höhenphobie

Da in keiner Studie das Ausmaß des Annäherungsverhaltens von nichthöhenphobischen Personen untersucht wurde, kann als konservatives Maß der KSV der Anteil der Patienten herangezogen werden, der in der Nachuntersuchung das Maximum erreicht hat. Die Daten wurden diesbzgl. nur in drei der 14 Studien angegeben. Biran u. Wilson (1981) berichteten, dass 82% der Bedingung mit angeleiteter Konfrontation, aber nur 9% der Bedingung mit kognitiver Umstrukturierung alle Aufgaben im Verhaltenstest nach der Behandlung absolvieren konnten. Williams et al. (1984) berichteten, dass signifikant mehr Patienten aus der Guided-mastery-Bedingung (87%) als aus der Konfrontationsbedingung (50%) alle Aufgaben der Behandlung bewältigen konnten. Williams et al. (1985) berichteten außerdem, dass ein signifikant höherer Anteil der Guided-mastery-Bedingung während der Behandlung ein

maximale Leistung erbrachte (62% vs. 17% bei den Konfrontationspatienten).

Tierphobien

In der Forschung zur Behandlung von Tierphobien wurde der Anteil an Patienten, die die Behandlung bis zum letzten Verhaltenstest durchlaufen konnten, in mehreren Studien berichtet. In der Studie von Bandura et al. (1969) konnten dies in der Bedingung des teilnehmenden Modelllernens (TM) 92% der Probanden verglichen mit nur 25% bei der systematischen Desensibilisierung. In der Studie von Bandura et al. (1974) zum TM erreichten 65% der Probanden mit starker therapeutischer Anleitung alle Ziele verglichen mit 58% mit moderater Anleitung und nur 17% mit niedriger Anleitung. Auch die Induktion von hoher Selbstwirksamkeit erzielte bessere Ergebnisse (89%) als die mitlere (77%) und die niedrige Induktion von Selbstwirksamkeit (53%) in der Studie von Bandura et al. (1982). Rosen et al. (1976) berichteten einen höheren Anteil für drei Formen der Desensibilisierung (52%) als für die Kontrollbedingungen (9%). Schließlich berichtete auch Ladouceur (1983) in seiner Studie zu Hunde- und Katzenphobien über einen 100%igen Erfolg des TM.

Noch schlüssigere Kriterien wurden von Öst et al. (1991a) verwendet. Unter Zugrundelegung der Methode von Jacobson et al. (1984) zur Berechnung klinisch signifikanter Fortschritte wurde festgelegt, dass ein Patient zusätzlich eine signifikante Änderung in drei Maßen (Verhaltenstest, Selbsteinschätzung der Angst und die Einschätzung eines Diagnostikers zum Schweregrad) zeigen sollte, um als klinisch gebessert zu gelten. Die 1-Session-Konfrontationsbehandlung erzielte dabei eine Erfolgsrate von 71% gegenüber 6% bei der Selbstkonfrontation mithilfe eines Manuals. Hellström u. Öst (1995) legen dieselben Kriterien zugrunde und fanden, dass sich bei 80% der Patienten die Tierphobien in der 1-Session-Gruppe im Vergleich zu 14% der vier Selbstkonfrontationsgruppen gebessert hatten.

Blut-, Verletzungs- und Spritzenphobie

In der Forschung des Autors und seiner Forschungsgruppe zur Blutphobie wendete man Jacobsons Methode zur Bestimmung des KSV an. Als klinischer Fortschritt galt, wenn Patienten einen 30-minütigen Film einer Thoraxoperation anschauen konnten, ohne dabei in Ohnmacht zu fallen. In den vier dazu durchgeführten Studien wurde dieses Kriterium von 54% der Konfrontationspatienten, 80% der Applied-tension-Gruppe und 75% der Tension-only-Gruppe erfüllt. In der einzigen veröffentlichten Studie zur Spritzenphobie von Öst et al. (1992) wurde in der 1-Session-Konfrontationsgruppe bei 80% der Probanden ein klinischer Fortschritt nach der Behandlung und bei 90% in der Einjahres-Nachuntersuchung gefunden (verglichen mit 79% bzw. 84% in der 5-Session-Gruppe).

Klaustrophobie

In der Studie zur Klaustrophobie (Öst et al. 1982) erbrachten 79% der mit Konfrontation behandelten Patienten und 86% der mit angewandter Entspannung behandelten Patienten die maximale Leistung in der Nachuntersuchung. Nach neueren Daten aus einer noch nicht abgeschlossenen Studie aus der eigenen Ambulanz erreichten 80% der Probanden das Maximum nach einer 1-Session-Konfrontationsbehandlung.

Zahnarztphobie

Bei der Zahnarztphobie ist das offensichtliche Kriterium für eine klinische Verbesserung, ob der Patient nach der Behandlung dazu in der Lage ist, eine zahnärztliche Behandlung aufzusuchen und komplett durchführen zu lassen. In diesem Zusammenhang unterscheiden einige Studien zwischen dem Aufsuchen der Behandlung in der Zahnklinik, in der auch die Studie durchgeführt wird und einer ambulanten Zahnbehandlung. Letzteres dürfte für die meisten Patienten die schwierigere Variante sein. Alle außer zwei der 14 Studien zur Zahnarztphobie machten zu diesem Punkt Angaben.

Shaw u. Thoresen (1974) berichteten, dass 78% der Gruppe mit Modelllernen, 44% bei systematischer Desensibilisierung (SD), 11% bei einer Placebokontrollgruppe und 0% bei der Wartelistenkontrollgruppe die anstehende Zahnbehandlung innerhalb der dreimonatigen Nachuntersuchungszeit abschließen konnten, wobei sich das Modelllernen signifikant von den beiden Kontrollgruppen, nicht aber von der SD unterschied. Mathews u. Rezin (1977) sowie Bernstein u. Kleinknecht (1982) fanden keine klinisch relevanten Unterschiede zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppen. Gatchel (1980) gab die Prozentsätze der Patienten an, die nach der Behandlung »Zahnarzttermine oder -behandlungen vereinbart hatten«: SD (88%) und Information/Diskussion (100%) waren signifikant besser als Nichtbehandlung (33%).

Auch bei den meisten anderen Studien erbrachten behaviorale Methoden klinisch relevante Erfolgsraten von über 80%.

Flugphobie


Wie auch bei der Zahnarztphobie gibt es für die Flugphobie ein natürliches Kriterium für den klinischen Erfolg, nämlich ob die Patienten nach der Behandlung in der Lage sind, alleine Flüge zu absolvieren.

In nur zwei der sechs Studien zur Flugphobie wurden Verhaltenstests vor und nach der Behandlung eingesetzt, und nur einer Studie (Öst et al. 1997) wurden alle Personen ausgeschlossen, die vor der Behandlung noch nicht die Fähigkeit besaßen, einen Inlandsflug zu absolvieren, als Ausschlusskriterium. Da sich in den anderen Studien wahr-

scheinlich mehrere Probanden befanden, die auch bereits vor der Behandlung einen Flug absolviert hätten, ist es dort sehr schwierig, die Effektivität der Behandlung abzuschätzen; die Erfolgsraten im Testflug nach der Behandlung betragen allerdings durchgehend 70–100%.

2.7 Schlussfolgerungen

2.7.1 Methoden der Wahl

Es mag angesichts der geringen Anzahl von Studien zu den meisten spezifischen Phobien vermessen scheinen, daraus die jeweilige Behandlungsmethode der Wahl zu bestimmen. Dennoch ist der Autor der Meinung, dass man aufgrund der verfügbaren Studien die folgenden Aussagen machen kann, die in  Tab. 2.2 zu zusammengefasst sind. Hierbei wird die KSV miteinbezogen.

Legt man jeweils die erfolgreichsten Behandlungsmethoden zugrunde, so lässt sich bei den spezifischen Phobien in 77–95% der Fälle eine klinische Verbesserung erzielen.

2.7.2 Weitere Forschungen

Trotz der eindrucksvollen Wirksamkeit der oben beschriebenen behavioralen Behandlungsformen gibt es in vielen Gebieten noch Anlass zu weiteren Verbesserungen. Es gibt noch eine ganze Reihe spezifischer Phobien, für die es bislang gar keine Therapieerfolgsstudien gibt, z. B. für die Angst vor

- dem Ersticken,
- Dunkelheit,
- dem Autofahren,
- Krankheit,
- Lärm,
- Sturm,


- Donner und Blitz,
- dem Erbrechen und
- Wasser.

Für alle diese Bereiche gibt es Einzelfallstudien, und in der klinischen Praxis sind hier und da Patienten mit diesen Phobien anzutreffen. Zumindest einige dieser Phobien sind so verbreitet, dass es eigentlich kein Problem darstellen sollte, genug Probanden für eine Erfolgsstudie zusammen zu bekommen.

Außerdem wurden einige Phobien nur in einer Studie (Spritzenphobie) oder Fallstudien (Klaustrophobie) untersucht. Es gibt auch nur vier Studien zur Blutphobie und sechs zur Flugphobie. Zu allen diesen Phobien sollten noch weitere Untersuchungen angestellt werden. Darüber hinaus gibt es nur in den wenigsten Studien Ergebnisse dazu, ob die in den jeweiligen Verhaltenstests erzielten Erfolge auch auf den Alltag generalisiert werden konnten. Die Einschätzung der klinisch signifikanten Verbesserung (z. B. mit der Methode von Jacobson et al. 1984) sollte zukünftig grundsätzlich in allen Studien verwendet werden.

Weitere Behandlungsformen sollten gefunden bzw. bestehende noch ausgebaut werden, um die Wirksamkeit noch weiter zu erhöhen.

Ein Beispiel dafür ist der Versuch, die Behandlungszeit zu reduzieren und z. B. die Behandlung in nur einer Sitzung durchzuführen. Die eigene Forschung hat ergeben, dass die 1-Session-Behandlung bei der Blutphobie, bei der Spritzenphobie, bei der Flugphobie und bei der Klaustrophobie ebenso erfolgreich wie die 5-Session-Behandlung war. Außerdem war sie effektiver als die Selbstkonfrontationsbehandlung der Spinnenphobie. Auch von anderen Forschergruppen wurde die Effektivität einer 1-Session-Behandlung

 **Tab. 2.2.** Behaviorale Behandlung der Wahl bei spezifischen Phobien

Phobie	Behandlungsmethode	mittlere KSV ^a	mittlere Zeit [h]
Höhenphobie	Guided Mastery	77%	3,7
Tierphobie	Teilnehmendes Modellernen	87%	1,9
Blut-, Verletzungsphobie	»Applied Tension«	80%	4,0
Spritzenphobie	1-Session-Konfrontation in vivo ^b	80%	2,0
Klaustrophobie	Angewandte Entspannung ^b	86%	8,0
	1-Session-Konfrontation in vivo ^b	80%	3,0
Zahnarztphobie	Breitspektrumprogramm	95%	7,1
	Systematische Desensibilisierung und Copingtechniken	92%	7,3
Flugphobie	Copingtechniken	91%	4,9
	1-Session-Konfrontation in vivo ^b	94%	3,0

^a Anteil der Patienten, die einen klinisch signifikanten Fortschritt erzielten. ^b Weniger als drei Erfolgsstudien

bei spezifischen Phobien gezeigt, z. B. bei der Höhenphobie, bei Tierphobien und bei der Zahnarztphobie (zu Literaturangaben vgl. die jeweiligen Abschnitte oben). Weitere Beispiele für die Weiterentwicklung therapeutischer Methoden und die Effektivität der Behandlung sind die Evaluierung von Selbsthilfe-Behandlungsmanualen und die Entwicklung von Methoden der Gruppenbehandlung.

! Schließlich muss noch angemerkt werden, dass in 34% der Studien eine Nachuntersuchung fehlt und dass nur 18 Studien (31%) langfristige Nachuntersuchungsdaten (nach mindestens einem Jahr) liefern. Es gibt also noch einen großen Bedarf an Forschung zu den meisten Typen der spezifischen Phobie, sowohl um bereits entwickelte Behandlungsmethoden zu evaluieren als auch um neue Behandlungsmethoden zu entwickeln.

Zusammenfassung

In diesem Kapitel wird ein Überblick zu Klassifikation, Epidemiologie und Therapie spezifischer Phobien gegeben. Näher beschrieben werden u. a. verhaltenstherapeutische 1-Session-Behandlungen und die Methode der »applied tension« nach Öst. Für die verschiedenen spezifischen Phobien (Höhen-, Tier-, Blut-/Verletzungs-/Spritzenphobie, Klaustro-, Zahnarzt- und Flugphobie) werden darüber hinaus ausführlich Therapieeffektivitätsstudien vorgestellt.

Literatur

- Agras, W. S., Sylvester, D. & Oliveau, D. (1969). The epidemiology of common fears and phobias. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 151–156.
- Arntz, A. & Lavy, E. (1993). Does stimulus elaboration potentiate exposure in vivo treatment? Two forms of one-session treatment of spider phobia. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 1–12.
- APA (American Psychiatric Association). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., DSM-III). Washington/DC: Author.
- APA (American Psychiatric Association). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.-Revised, DSM-III-R9). Washington/DC: Author. [dt. Übersetzung: Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (1996). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV). Göttingen: Hogrefe].
- APA (American Psychiatric Association). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., DSM-IV). Washington/DC: Author.
- Bandura, A. & Barab, P. G. (1973). Processes governing disinhibitory effects through symbolic modelling. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 1–9.
- Bandura, A., Blanchard, E. B. & Ritter, B. (1969). Relative efficacy of desensitisation and modelling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 173–199.
- Bandura, A., Jeffery, R. W. & Wright, C. L. (1974). Efficacy of participant modelling as a function of response aids. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 56–64.
- Bandura, A., Jeffery, R. W. & Gajdos, E. (1975). Generalizing change through participant modelling with self-directed mastery. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 141–152.
- Bandura, A., Adams, N. E. & Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 125–139.
- Bandura, A., Adams, N. E., Hardy, A. B. & Howells, G. N. (1980). Tests of generality of self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 39–66.
- Bandura, A., Reese, L. & Adams, N. E. (1982). Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 5–21.
- Barrera Jr., M. & Rosen, G. M. (1977). Detrimental effects of a self-reward contracting program of subjects' involvement in self-administered desensitisation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 1180–1181.
- Becker, E. S., Rinck, M., Türke, V., Kause, P., Goodwin, R., Neumer, S. & Margraf, J. (2007). Epidemiology of specific phobia subtypes: Findings from the Dresden Mental Health Study. *European Psychiatry*, 22, 69–74.
- Beckham, J. C., Vrana, S. R., May, J. G., Gustafson, D. J. & Smith, G. R. (1990). Emotional processing and fear measurement synchrony as indicators of treatment outcome in fear of flying. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 21, 153–162.
- Berggren, U. & Linde, A. (1984). Dental fear and avoidance: A comparison of two modes of treatment. *Journal of Dental Research*, 63, 1223–1227.
- Bernstein, D. A. & Kleinknecht, R. A. (1982). Multiple approaches to the reduction of dental fear. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 287–292.
- Bourdon, K. H., Boyd, J. H., Rae, D. S., Burns, B. J., Thompson, J. W. & Locke, B. Z. (1988). Gender differences in phobias – results of the ECA community survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 227–241.
- Booth, R. & Rachman, S. (1992). The reduction of claustrophobia – I. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 207–221.
- Boyd, J. H., Rae, D. S., Thompson, J. W. et al. (1990). Phobia: prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 314–323.
- Denholtz, M. S. & Mann, E. T. (1975). An automated audiovisual treatment of phobias administered by non-professionals. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 111–115.
- Depla, M. F. I. A., ten Have, M. L., Balkom, A. J. L. M. van & Graaf, R. de (2007). Specific fears and phobias in the general population: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. Epub ahead of print.
- Fredrikson, M., Annas, P., Fischer, H. & Wik, G. (1996). Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 33–39.
- Gatchel, R. J. (1980). Effectiveness of two procedures for reducing dental fear: Group-administered desensitisation and group education and discussion. *Journal of American Dental Association*, 101, 634–637.
- Harrison, J. A., Berggren, U. & Carlsson, S. G. (1989). Treatment of dental fear: Systematic desensitisation or coping? *Behavioural Psychotherapy*, 17, 125–133.
- Hellström, K. & Öst, L.-G. (1995). One-session therapist directed exposure vs. two forms of manual directed self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 959–965.
- Hellström, K., Fellenius, J. & Öst, L.-G. (1996). One vs. five sessions of applied tension in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 101–112.
- Howard, W. A., Murphy, S. M. & Clarke, J. C. (1983). The nature and treatment of fear of flying: a controlled investigation. *Behaviour Therapy*, 14, 557–567.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C. & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behaviour Therapy*, 15, 336–352.

- Jerremalm, A., Jansson, L. & Öst, L.-G. (1986). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of dental phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 587–596.
- Katz, R. C., Stout, A., Taylor, C. B., Horne, M. & Agras, W. S. (1983). The contribution of arousal and performance in reducing spider avoidance. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 127–138.
- Kendler, N., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. & Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women. The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273–281.
- Ladouceur, R. (1983). Participant modelling with or without cognitive treatment for phobias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 942–944.
- Mathews, A. & Rezin, V. (1977). Treatment of dental fears by imaginal flooding and rehearsal of coping behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 321–338.
- Miller, M. P., Murphy, P. J. & Miller, T. P. (1978). Comparison of electromyographic feedback and progressive relaxation training in treating circumscribed anxiety stress reactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1291–1298.
- Moore, R., Brodsgaard, I., Berggren, U. & Carlsson, S. G. (1991). Generalisation effects of dental fear treatment in a self-referred population of odontophobics. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 243–253.
- Moses III, A. N. & Hollandsworth Jr., J. G. (1985). Relative effectiveness of education alone vs. stress inoculation training in the treatment of dental phobia. *Behaviour Therapy*, 16, 531–537.
- Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, G. L. et al. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959–967.
- Ning, L. & Liddell, A. (1991). The effect of concordance in the treatment of clients with dental anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 315–322.
- Öst, L.-G. (1989a). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1–7.
- Öst, L.-G. (1989b). A maintenance program for behavioral treatment of anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 123–130.
- Öst, L.-G. (1992). Blood and injection phobia: Background, cognitive, physiological, and behavioral variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 68–74.
- Öst, L.-G. & Sterner, U. (1987). Applied tension: a specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25–29.
- Öst, L.-G., Johansson, J. & Jerremalm, A. (1982). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of claustrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 445–460.
- Öst, L.-G., Lindahl, I.-L., Sterner, U. & Jerremalm, A. (1984). Exposure in vivo vs applied relaxation in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 205–216.
- Öst, L.-G., Sterner, U. & Lindahl, I.-L. (1984b). Physiological responses in blood phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 109–117.
- Öst, L.-G., Sterner, U. & Fellenius, J. (1989). Applied tension, applied relaxation, and the combination in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 109–121.
- Öst, L.-G., Salkovskis, P. M. & Hellström, K. (1991a). One-session therapist-directed exposure vs. self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behaviour Therapy*, 22, 407–422.
- Öst, L.-G., Hellström, K. & Käver, A. (1992). One vs. five sessions of exposure in the treatment of injection phobia. *Behaviour Therapy*, 23, 263–282.
- Öst, L.-G. (1996). One session group therapy of spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 707–715.
- Öst, L. G., Brandberg, M. & Alm, T. (1997). One versus five sessions of exposure in the treatment of flight phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 987–996.
- Ritter, B. (1969a). Treatment of acrophobia with contact desensitisation. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 41–45.
- Ritter, B. (1969b). The use of contact desensitisation, demonstration-plus-participation and demonstration-alone in the treatment of acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 157–164.
- Rosen, G. M., Glasgow, R. E. & Barrera Jr., M. (1976). A controlled study to assess the clinical efficacy of totally self-administered systematic desensitisation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 208–217.
- Shaw, D. W. & Thoresen, C. E. (1974). Effects of modelling and desensitisation in reducing dentist phobia. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 415–420.
- Solyom, L., Shugar, R., Bryntwick, S. & Solyom, C. (1973). Treatment of fear of flying. *American Journal of Psychiatry*, 130, 423–427.
- Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Smith, S., Goldstein, R. B., Ruan, W. & Grant, B. F. (2007). The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiology Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 37, 1047–1059.
- Whitehead, W. E., Robinson, A., Blackwell, B. & Stutz, R. M. (1978). Flooding treatment of phobias: Does chronic diazepam increase effectiveness? *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 219–225.
- Williams, S. L., Doseman, G. & Kleefeld, E. (1984). Comparative effectiveness of guided mastery and exposure treatments for intractable phobias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 505–518.
- Williams, S. L., Turner, S. M. & Peer, D. F. (1985). Guided mastery and performance desensitisation treatments for severe acrophobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 237–247.
- Wroblewski, P. F., Jacob, T. & Rehm, L. P. (1978). The contribution of relaxation to symbolic modelling in the modification of dental fears. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 113–117.

Weiterführende Literatur

- Choy, Y., Fyer, A. & Lipsitz, J. D. (2006). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27, 266–286
- Marks, I. M. (1969). *Fears and phobias*. London: Heineman.
- Moore, R. (1991). Dental fear treatment: comparison of a video training procedure and clinical rehearsals. *Scandinavian Journal of Dental Research*, 99, 229–235.
- Öst, L.-G., Fellenius, J. & Sterner, U. (1991b). Applied tension, exposure in vivo, and tension-only in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 561–574.
- Rachman, S. J. (1990). *Fear and courage*. New York: WH Freeman.