

# Konfrontationsbehandlung bei Spezifischen Phobien

Eni S. Becker und Jürgen Hoyer

## 1 Einleitung

Spezifische Phobien stellen die häufigsten psychischen Störungen dar. Die Schätzungen der Lebenszeitprävalenz liegen zwischen 8 und 12 % (Kendler et al., 1992; Magee et al., 1996) und gehen bis zu 25,6 % (Regier et al., 1998). Die Spezifische Phobie ist eine dauerhafte, unangemessene und intensive Furcht vor bzw. Vermeidung von spezifischen Objekten oder Situationen. Sie wurde früher als „Einfache Phobie“ bezeichnet, doch dies ist ein irreführender Begriff. Auch wenn die Betroffenen „nur“ vor einem spezifischen Objekt oder einer spezifischen Situation Angst haben, so können die Auswirkungen sehr beeinträchtigend sein. Manche Betroffene, die beispielsweise Angst vor Vögeln haben, können nicht mehr ihr Haus verlassen, oder andere, die Angst vor Verletzungen haben, beschließen keine Kinder zu bekommen, weil sie nicht wissen, wie sie die Geburt überstehen sollen. Obwohl relativ wenig Betroffene psychotherapeutische Hilfe suchen (Bivenvenu & Eaton, 1998), zeigen Studien doch eine vergleichsweise hohe Belastung (Wittchen, Nelson & Lachner, 1998; Essau, Conradt & Petermann, 2000).

Die häufigsten Phobien betreffen Tiere (z. B. Spinnen, Schlangen, Hunde, Ratten), Höhen, enge Räume, Flugzeuge, Verletzungen, Blut oder Spritzen. Trotz der erstaunlichen Anzahl griechischer und lateinischer Bezeichnungen für Varianten der Spezifischen Phobien zeigt sich in der Praxis, dass Phobien sich im Allgemeinen auf einige bestimmte Situationen beziehen, z. B. Tiere und Höhen. Tatsächlich müssen meist eine phylogenetische Disposition und eine individuelle Lerngenese (ängstliches Modell oder eigene aversive Erfahrungen) zusammen kommen, um eine stabile phobische Reaktion zu begründen. Aus diesem Grund gibt es auch heute noch Schlangenphobien, nicht aber zum Beispiel „Steckdosenphobien“ (Güntürkün, 2000). In dem Bemühen, sinnvolle Klassen zu bilden, unterscheidet das DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) zwischen vier Obergruppen der Spezifischen Phobien: Tierphobien, Situationale Phobien (Höhen, enge Räume, Autofahren), Phobien vor Naturereignissen (Wasser, Gewitter) und Verletzungsphobien (Spritzen und Arztbehandlungen). Da aber nicht alle Spezifischen Phobien in diese Kategorien fallen, gibt es auch noch eine „Restkategorie“. Auf die verschiedenen Typen der Spezifischen Phobie soll etwas genauer eingegangen werden, da die Unterscheidung auch für das therapeutische Vorgehen relevant ist.

Bei *Tierphobien* liegt eine spezifische Angst vor Tieren wie Vögeln (manchmal auch Federn), Hunden, Katzen, Spinnen, Schlangen, Bienen, Motten etc. vor. Praktisch jedes Tier kann Auslöser der für die Spezifischen Phobien typischen massiven Furcht sein. Die häufigsten Ängste bestehen vor Spinnen und Vögeln. Oft werden die abrupten Bewegungen der Tiere gefürchtet. Dabei besteht ein krasses Missverhältnis zwischen der panischen Reaktion auf das Tier und seiner objektiven Gefährlichkeit. Mildere Ängste vor Spinnen, Schlangen, Mäusen und Hunden bestehen in der Bevölkerung sehr häufig, aber

selten sind diese Ängste so stark, dass sie die Bezeichnung einer Phobie verdienen und noch seltener suchen die Betroffenen aktiv Hilfe auf.

Zu den *Blut- und Verletzungspubien* zählen auch die massiven Ängste vor Spritzen, Arzt- oder Zahnarztbehandlungen. Betroffene weigern sich, eine notwendige ärztliche Behandlung durchführen zu lassen, gehen nie zum Zahnarzt (auch nicht bei Schmerzen) oder verweigern Arztkontakte überhaupt. Trotz Kinderwunsch vermeiden manche Frauen Schwangerschaften aus Angst vor der Geburt. Andere brechen ihre Ausbildung zum Arzt oder Krankenpfleger ab, weil sie „kein Blut sehen können“. Die Blut- und Verletzungspubien unterscheiden sich von anderen Phobien in ihrer physiologischen Reaktion auf das gefürchtete Objekt (Sarlo et al., 2002). Auch scheinen sie gehäuft familiär aufzutreten, was evtl. ein Hinweis auf eine genetische Komponente sein könnte (Kendler et al., 1992). Bei den anderen Spezifischen Phobien steigt die Herzrate beim Anblick des Objektes und bleibt erhöht, bis die Habituation einsetzt. Obwohl sich die Betroffenen oft schwindelig fühlen, kommt es jedoch nur selten zu einer Ohnmacht (im Allgemeinen dann durch Hyperventilation). Die phobische Reaktion von Patienten mit Blut- oder Spritzenphobie weicht jedoch von diesem Muster ab: Obwohl auch hier zunächst der Sympathikus stärker aktiviert wird, setzt sehr schnell eine Inhibition durch den Nervus Vagus ein. Werden auf den Reiz zunächst die Herzrate und der Blutdruck erhöht, kommt es dann innerhalb weniger Sekunden oder Minuten zu einem massiven Abfall. Es treten Übelkeit, Schwitzen, Blässe auf, und der Betroffene kann in Ohnmacht fallen. So stehen bei manchen Personen die Gefühle von Übelkeit und die Ohnmacht im Vordergrund der Problematik und nicht so sehr die Gefühle der Angst. Sie vermeiden die Ohnmacht und nicht die Angst vor einer Spritze. Die physiologische Reaktion erfordert ein besonderes Vorgehen bei der Konfrontation, auf das später genauer eingegangen werden soll.

Zu den *Situationalen Phobien* gehören beispielsweise die Angst vor Höhen, engen Räumen, Flugangst und Angst vor dem Autofahren. Treten mehrere solcher Ängste auf, ist im Allgemeinen die Diagnose Agoraphobie angemessen. Oft können die gefürchteten Situationen ohne allzu viele Einschränkungen vermieden werden (die Betroffenen haben auch mehr Kontrolle als z. B. bei den Tierphobien, da die Situationen ja nicht „plötzlich“ auftreten können). weshalb eine Behandlung nur selten gesucht wird. Meist kommen die Betroffenen erst, wenn die Situation plötzlich häufig aufgesucht werden muss, z. B. wenn das gefürchtete Autofahren auf Grund neuer Aufgaben im Beruf nicht mehr vermieden werden kann. *Phobien vor Naturereignissen* (Gewitter, Dunkelheit, Sturm oder Wasser) sind bei Erwachsenen eher selten, sie beginnen normalerweise in der frühen Kindheit und treten oft nur vorübergehend auf. Eine Phobie, die in die Kategorie „Andere“ fällt, soll hier aber noch kurz erwähnt werden: die Angst vor Infektionen. Diese ist nicht ganz einfach von einer Zwangsstörung abzugrenzen. Betroffene haben panische Angst, sich mit einer Krankheit anzustecken, manchmal fürchten sie die Ansteckung ganz allgemein, oft aber auch eine spezifische Erkrankung wie z. B. AIDS. Die Betroffenen vermeiden es, mit Gegenständen oder Personen zusammenzutreffen, die für sie eine Gefahr der Ansteckung darzustellen scheinen. Insoweit gibt es keine Unterscheidung zum Zwang. Patienten mit einer Zwangsstörung werden aber zusätzlich von oft ausufernden Ritualen geplagt, beispielsweise stundenlangem Duschen oder Putzritualen. Treten die Infektionsängste ohne diese Rituale auf, ist die Diagnose Spezifische Phobie angemessen.

Die Angst vor Tieren, Dunkelheit oder auch Höhen tritt bei fast allen Kindern im Laufe ihrer Entwicklung auf (Marks, 1987a, 1987b). Normalerweise verlieren sich diese Ängste nach einiger Zeit wieder. Wenn aber eine Phobie vorliegt, dann ist sie häufig chronisch

und von langer Dauer (Becker et al., submitted). Spezifische Phobien treten häufiger bei Frauen auf, bei vielen Subtypen doppelt bis viermal so häufig wie bei Männern. Eine Ausnahme bilden die Ängste vor Höhen, Ansteckung und Zahnarztbehandlungen mit einem ausgeglichenen Geschlechterverhältnis (Fredrikson et al., 1996). Am häufigsten sind Tierphobien, gefolgt von den Verletzungsphobien und den Situationalen Phobien (Öst, 1987a). Die Tierphobien haben auch den frühesten Beginn, während beispielsweise die Angst vor dem Autofahren oder auch die Infektionsphobie erst deutlich später beginnt (Öst, 1987a). Die Spezifischen Phobien scheinen einen Risikofaktor für spätere psychische Störungen darzustellen (Regier et al., 1998; Starcevic & Bogojevic, 1997), ihre frühzeitige Behandlung ist daher von großer Bedeutung.

Die Diagnose der Spezifischen Phobien ist oft nicht schwer, da der Angst auslösende Reiz eindeutig zu bestimmen ist; in einigen Fällen kann die Differenzialdiagnose jedoch Probleme aufwerfen (vgl. Kasten 1). Die Unterscheidung von einer situationalen Spezifischen Phobie und der Agoraphobie erfordert Sorgfalt, da bei beiden Störungen Panikattacken und Vermeidungsverhalten ähnlicher Situationen auftreten können. Meistens ist die Agoraphobie jedoch dadurch gekennzeichnet, dass vor allem die Panikattacken gefürchtet und daher eine Vielzahl von Situationen vermieden werden, in denen eine solche Attacke auftreten könnte und dann eine Flucht oder schnelle Hilfe nicht möglich wäre. Bei der Spezifischen Phobie wird *eine* Situation gefürchtet, außerhalb der Situation kommt es nicht zu starken Ängsten. Die Spezifische Phobie und die Sozialphobie können auf Grund ihres Angstinhalts voneinander abgegrenzt werden. Bei der Sozialen Phobie wird der Besuch eines Konzerts vermieden, weil der Betroffene sich dort beobachtet fühlt und Angst hat, sich auf irgendeine Art und Weise lächerlich zu machen. Die Peinlichkeit in sozialen Situationen steht im Vordergrund. Bei einer Spezifischen Phobie besteht die Angst z. B. vor der Enge im Konzertsaal, nicht vor der sozialen Situation an sich. Eine gute Ergänzung bei der Diagnosestellung können unterschiedliche Fragebögen für die einzelnen Untergruppen der Spezifischen Phobien sein, z. B. bei der Spinnenphobie (Rinck, Becker & Pössel, 2003). Eine breite Übersicht solcher Fragebögen bieten Hoyer und Margraf (2003).

**Kasten 1: Diagnostische Kriterien für Spezifische Phobien nach DSM-IV**

- A Ausgeprägte, anhaltende Angst, die übertrieben oder unbegründet ist und durch das Vorhandensein oder die Erwartung eines spezifischen Objekts oder einer spezifischen Situation ausgelöst wird.
- B Die Konfrontation mit dem phobischen Reiz löst fast immer unmittelbar eine Angstreaktion aus.
- C Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist.
- D Die phobischen Situationen werden vermieden oder nur unter starker Angst oder Unbehagen ertragen.
- E Die Angst oder das Vermeidungsverhalten schränkt deutlich die normale Lebensführung der Person ein oder verursacht erhebliches Leiden.
- F Bei Personen unter 18 Jahren hält die Phobie über mindestens sechs Monate an.
- G Die Angst, Panikattacken oder das Vermeidungsverhalten sind nicht durch eine andere psychische Störung erklärbar.

## 2 Konfrontationsbehandlungen bei Spezifischen Phobien

Bei der Wahl der Behandlungsmethoden für Spezifische Phobien scheint weitgehend Einigkeit zu bestehen. Es wird überwiegend eine Verhaltenstherapie empfohlen, die Konfrontationselemente möglichst *in vivo* enthält (Hand, 1993). So findet mindestens eine Sitzung statt, in der der Patient bzw. die Patientin mit dem Angst auslösenden Reiz bzw. der ängstigenden Situation konfrontiert wird. Schon 1969 zeigte eine Studie, dass *In-vivo*-Desensibilisierung erfolgreicher war als andere Behandlungsmöglichkeiten (Ritter, 1969). Eine Behandlung, die Konfrontationselemente enthält, erzielt sehr gute Therapieergebnisse. Die Konfrontation wirkt wahrscheinlich über mindestens zwei Mechanismen. Zum einen die natürliche Habituation: Wenn der Patient mit dem gefürchteten Stimulus konfrontiert wird, zeigt er zunächst eine sehr starke physiologische Angstreaktion. Diese klingt jedoch (gegeben der Stimulus und der Kontext verändern sich nicht) natürlicherweise langsam ab, die körperliche Erregung lässt nach. Der zweite Mechanismus ist die kognitive Neubewertung des Stimulus. Der Patient kann die – für ihn – neue Erfahrung machen, dass der Stimulus und vor allem die auftretende Angst ihm nicht schaden, sondern vorübergehen. Auch Patienten mit Spezifischer Phobie fürchten vor allem die auftretenden starken Ängste: sie fürchten den Kontrollverlust oder in Ohnmacht zu fallen. Wichtig ist also neben der Habituation die Änderung der zu Grunde liegenden dysfunktionalen Annahmen, die hier über die Konfrontation vermittelt wird.

Es gibt unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Konfrontationstherapie: das graduierte und das massierte Vorgehen. Bei der graduierten Vorgehensweise werden die Situationen, die aufgesucht werden sollen, nach ihrem Schwierigkeitsgrad geordnet und schrittweise von der leichteren zur schwereren Situation geübt. Bei dem massierten Vorgehen wird gleich mit einer möglichst schwierigen Situation begonnen und diese solange aufgesucht, bis die Habituation einsetzt. Es gibt Hinweise, dass ein massiertes Vorgehen Vorteile gegenüber einem graduierten Vorgehen bietet (Fiegenbaum, 1986), allerdings gibt es Situationen, in denen nicht massiert vorgegangen werden kann. Im Allgemeinen wird bei der Behandlung von Spezifischen Phobien häufiger graduiert und möglichst *in vivo* vorgegangen (Reinecker, 1993; Öst, 1987b, 1996).

Damit die Konfrontationsbehandlung erfolgreich ist, müssen längere Expositionszeiten eingeplant oder überhaupt möglich sein. Nur so kann es zur erwünschten Habituation an die ängstigende Situation kommen. Eine weitere, sehr wichtige Voraussetzung für einen Therapieerfolg ist die Vorbereitung des Patienten auf die Behandlung, d.h. die Vermittlung des Therapierationalen. Gerade bei Konfrontationsbehandlungen kommt es immer wieder zu Therapieabbrüchen oder „Verweigerungen“ der Therapie (Fiegenbaum, 1986; Barlow, 1988). Diese können deutlich verringert werden, wenn die Patienten sorgfältig auf die Therapie vorbereitet werden. In der späteren Fallgeschichte werden mögliche Vorgehensweisen dargestellt. Zunächst wird aber allgemein auf die Konfrontationsbehandlung eingegangen.

### 2.1 Beschreibung der Konfrontationstherapie

Im Folgenden wird ein Behandlungsmanual vorgestellt, das sich an dem Vorgehen von Öst (1997) orientiert, jedoch teilweise ergänzt wurde. Die Intervention ist gut überprüft

(vgl. Öst, 1996). Der zeitliche Rahmen der Therapie besteht aus mindestens einer Sitzung vor der Konfrontation, in der eine genaue Verhaltensanalyse durchgeführt und das Rational vermittelt wird, die sogenannte kognitive Vorbereitung. Auf die darauf folgende, ungefähr drei bis vier Stunden dauernde Sitzung mit Konfrontationsübungen schließt sich eine Phase an, in der der Patient zu Hause Übungen durchführt und dabei telefonisch oder postalisch begleitet wird.

### 2.1.1 Die kognitive Vorbereitung

Bei der kognitiven Vorbereitung steht eine Verhaltensanalyse im Vordergrund, bei der vor allem die katastrophalen Befürchtungen der Patienten genauer eruiert werden. Im Kasten 2 findet sich ein Beispiel, wie diese Befürchtungen bei einer Spinnenphobie erfragt werden können.

**Kasten 2:** Beispiel für die Verhaltensanalyse bei Spinnenphobie (nach Öst, 1997, S. 2)

- Th:** „Stellen Sie sich vor, dass Sie einen Raum betreten und eine ca. 3 cm große Spinne auf dem Fußboden entdecken. Was geht Ihnen dann durch den Kopf?“
- Pat:** „Ich muss aus dem Raum rennen und um Hilfe rufen.“
- Th:** „Hm, nun stellen Sie sich vor, dass Sie aus irgendeinem Grund den Raum nicht verlassen können.“
- Pat:** „Ich würde laut schreien, so dass jemand vielleicht kommen und mich retten würde.“
- Th:** „Stellen Sie sich vor, dass Sie allein in diesem Haus wären und niemand sonst da wäre, der Sie hören kann.“
- Pat:** „Ich würde heftige Panik bekommen und zittern, und ich würde nur auf die Spinne starren.“
- Th:** „Und was würde dann passieren?“
- Pat:** „Ich weiß nicht .... Ich kann gar nicht daran denken. Ich bekomme Panik, wenn ich auch nur darüber spreche.“
- Th:** „Bitte folgen Sie mir weiter und stellen Sie sich vor, dass Sie in diesem Raum mit der Spinne sind und den Raum nicht verlassen können. Was befürchten Sie, würde passieren?“
- Pat:** „Ich weiß es nicht, weil ich bis jetzt immer wegrennen konnte oder Hilfe bekam.“
- Th:** „Ich verstehe vollkommen, dass es Ihnen sehr unangenehm ist, an diese Situation zu denken. Aber bitte schließen Sie Ihre Augen, und stellen Sie sich vor, dass Sie in dem selben Raum sind wie die Spinne. Was denken Sie ist das Schlimmste, das passieren könnte?“
- Pat:** „Dass die Spinne an meinem Körper hoch krabbeln würde und ich sie nicht abschütteln könnte, weil ich vor Angst gelähmt bin.“
- Th:** „Was würde dann passieren?“
- Pat:** „Sie würde unter meine Kleidung kriechen und das wäre das Ende.“
- Th:** „Wie meinen Sie das, das wäre das Ende?“
- Pat:** „Ich würde sterben.“
- Th:** „Wie würden Sie sterben?“

**Pat:** „Ich würde einen Herzinfarkt wegen der starken Angst bekommen und sterben, weil mein Herz die starken Angstreaktionen mit Herzklopfen nicht verträgt.“

**Th:** „Also, fassen wir zusammen, wo wir bei diesem kleinen Gedankenexperiment gelandet sind. Die schlimmste Konsequenz, die Ihrer Meinung nach eintreten würde, wenn Sie auf eine Spinne trafen, wäre also, dass Sie an einem Herzinfarkt sterben würden. Ist das richtig?“

**Pat:** „Ja vermutlich, aber ich habe es nie vorher gewagt, es so durchzudenken wie jetzt.“

**Th:** „Nun möchte ich, dass Sie auf einer Skala von 0 bis 100% angeben, wie sehr Sie glauben, dass Sie sterben würden, wenn Sie auf eine Spinne treffen in einem Raum, in dem Sie der Situation nicht ausweichen können. Ich möchte, dass Sie mir zwei Angaben machen, zuerst wenn Sie in dieser Situation sind und dann wenn Sie hier sitzen und darüber sprechen.“

**Pat:** „Ich bin mir nicht sicher, aber ich denke es ist viel, ca. 90%.“

**Th:** „Und wenn Sie hier sitzen und ruhig darüber nachdenken?“

**Pat:** „Dann ist es niedriger, sagen wir 40%.“

**Th:** „Gut, es ist normal, dass diese Zahlen weit auseinander liegen.“

Die geäußerten dysfunktionalen Überzeugungen können dann mit Hilfe des Sokratischen Dialoges hinterfragt werden. Argumente dafür und dagegen können gesammelt werden. So könnte im obigen Beispiel gefragt werden, ob der Patient schon mal von jemanden gehört hat, der aus Angst gestorben sei. Es ist wichtig, wie im obigen Beispiel, die tatsächlichen katastrophalen Überzeugungen (und nicht nur die unmittelbaren „Vermeidungsgedanken“ wie „Ich muss aus dem Raum rennen und um Hilfe rufen“) zu erfahren und zu besprechen (vgl. Hoyer, Jacobi & Leibing, 2003; Wells, 1997). Auch die Rolle des Vermeidungsverhaltens, das verhindert, dass der Patient neue Erfahrungen macht,

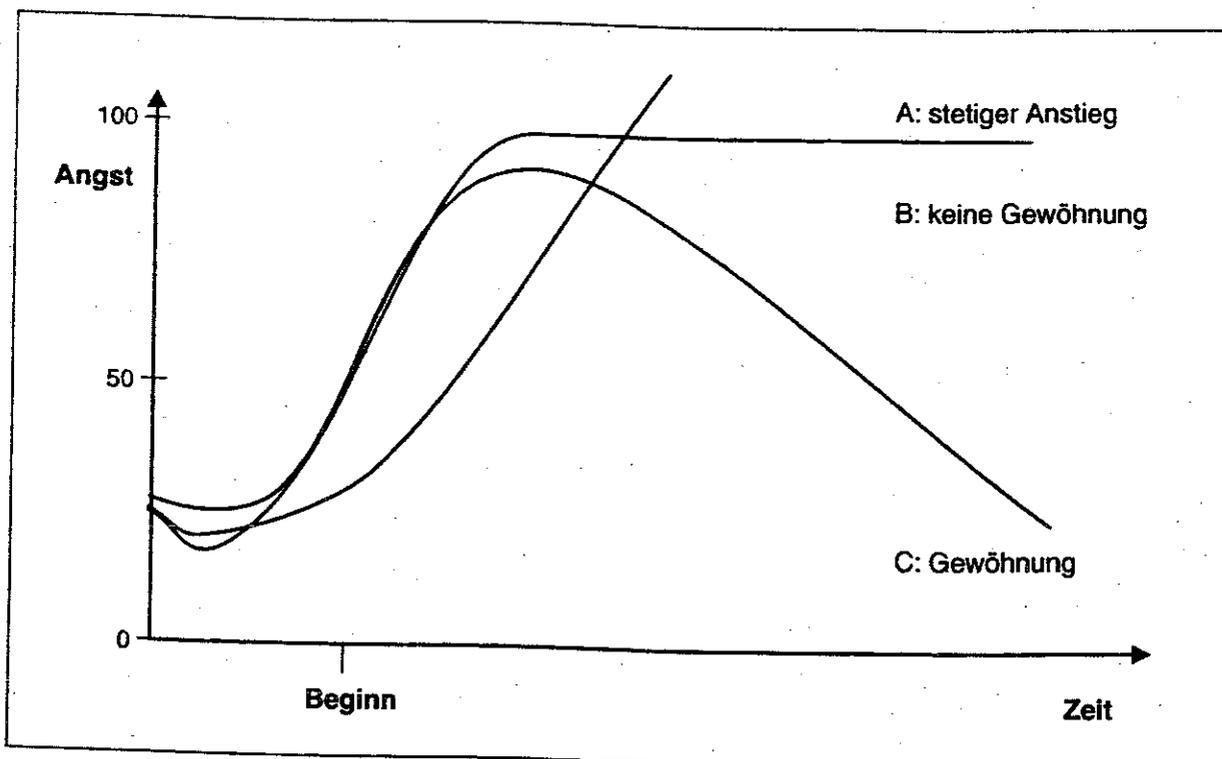


Abbildung 1: Erwartungen eines Patienten bei Konfrontation

sollte verdeutlicht werden. Des Weiteren sollte auch mögliches Sicherheitsverhalten genau erfragt werden. Bei der späteren Konfrontation ist es wichtig, dass der Patient dieses Sicherheitsverhalten unterlässt. Dies wird nur möglich sein, wenn der Patient das Rational der Behandlung verstanden hat.

Ein weiterer Schritt der kognitiven Vorbereitung besteht in der Veranschaulichung des Rationals der Reizkonfrontation, welches auf der Habituation basiert. Hier haben sich graphische Darstellungen des Angst- und Erregungsverlaufs als hilfreich erwiesen. Dabei sollten die Kurven individuell für jeden Patienten erarbeitet werden. Dem Patienten wird verdeutlicht, dass Vermeidung bzw. Sicherheitsverhalten kurzfristig die Erregung verringern, aber langfristig verhindern, dass der Patient die Erfahrung macht, dass die Angst auch ohne Vermeidung auf Grund von Habituation abklingen wird. Die so über mehrere Übungen erreichte Habituation bleibt stabil. Der Patient geht im Allgemeinen davon aus, dass sich die Angst oder das Unbehagen ohne Ausführung des Sicherheitsverhaltens ins Unermessliche steigern oder unerträglich und ewig auf einem hohen Niveau bestehen bleiben wird. Abbildung 1 zeigt eine mögliche grafische Veranschaulichung.

## 2.1.2 Die Konfrontation

Die vorgeschlagene kurze Behandlung von nur einer intensiven, langen Konfrontations-sitzung soll dazu dienen, dem Patienten die Erfahrung zu ermöglichen, dass seine Befürchtungen nicht wahr werden, sondern dass sich die Angst im Laufe der Zeit reduziert. Diese intensive Sitzung darf aber von dem Patienten nur als ein Anfang gesehen werden. Es müssen intensive Übungen folgen, die der Patient alleine vornimmt. Schließlich müssen einer oft jahrelang andauernden Phobie neue Erfahrungen entgegengestellt werden. Man kann dies dem Patienten verdeutlichen, indem man z. B. von Angstmuskeln spricht, die nun intensiv trainiert werden müssen. Nur regelmäßiges Training wird sicherstellen, dass die Angst nicht mehr oder nur noch sehr verringert auftreten wird. Somit soll die Sitzung mit den Konfrontationsübungen sicherstellen, dass der Patient danach, soweit er das Vorgehen kennt, alleine weiterarbeiten kann. Auch wird ihm das nötige Selbstvertrauen gegeben.

Manche Patienten fürchten eine „Schockbehandlung“. Das Verdeutlichen des graduier-ten Vorgehens kann hier beruhigend und motivierend wirken. Trotzdem ist es sinnvoll, das Auftreten starker Angst als Teil des Vorgehens zu schildern. Gerade Menschen mit einer Spezifischen Phobie können sehr heftig und mit einer starken physiologischen Angstreaktion auf den gefürchteten Stimulus reagieren. Es ist besser, den Patienten hierauf vorzubereiten. Es sollte darauf hingewiesen werden, dass die Angst, auch wenn sie eigentlich schon abgeklungen ist, sehr plötzlich wieder aufflackern kann. So kann es bei Tierphobien immer wieder zu Schreckreaktionen kommen, weil sich die Tiere anders verhalten, als es der Patient erwartet.

Öst (1996) empfiehlt, bei den Tierphobien Konfrontation mit Modelllernen zu kombinieren, während dies bei anderen Spezifischen Phobien nicht unbedingt nötig ist. Beim Modelllernen zeigt der Therapeut, wie mit dem Tier umgegangen werden soll. Dabei muss er darauf achten, dass der Patient nicht die Augen schließt oder wegsieht. Danach hilft der Therapeut dem Patienten, sich dem Tier immer weiter zu nähern. Er kann dabei den Patienten auch anfassen, seine Hand führen oder den Arm stützen. Nach und nach

unterbleibt diese Unterstützung. Sie kann aber bei jedem neuen Schritt zunächst wieder nötig werden.

Ziel der Konfrontation ist, dass der Patient im Alltag nun mit der ängstigenden Situation umgehen kann – z. B. eine Spinne einfangen und aus der Wohnung entfernen oder wieder mit dem Auto fahren. Um diesen Transfer zu erreichen, sollten in der Konfrontationssitzung viele unterschiedlich ängstigende Übungen ausgeführt werden. Zum Beispiel sollte mit unterschiedlichen Hunden geübt werden. Auch ist es ratsam, in der Konfrontationssitzung deutlich mehr zu verlangen als z. B. die Spinne mit dem Glas zu fangen; so sollte beispielsweise die Spinne über die Hand laufen. Das wichtigste Ziel ist die Widerlegung der katastrophalen Gedanken. Dies kann nur erreicht werden, wenn der Patient relativ sicher ist, nun in allen Lagen mit dem gefürchteten Objekt oder der Situation zurechtzukommen. Diese konkreten Übungen, wie etwa die Spinne berühren, sollten vorher nicht im Detail mit dem Patienten besprochen werden, da sonst die Erwartungsangst zu stark wäre. Durch die Ankündigung dieser schweren Übung würden die Patienten zu stark verängstigt, bislang können sie ja nicht in einem Raum mit einer Spinne sein, manchmal noch nicht mal das Wort Spinne schreiben. Es werden auch nicht immer alle Ziele des Therapeuten in der Sitzung erreicht. Somit sollte in der Vermittlung des Rationals das Prinzip erklärt, aber nicht alle Übungen detailliert vorgestellt werden. Der Patient darf nicht zu stark bedrängt werden, mancher braucht länger, mancher schafft nicht alle Schritte. Oft übertrifft aber das Erreichte bei weitem die Erwartungen des Patienten. Der Therapeut sollte die Therapie nicht als Misserfolg darstellen, wenn seine Ziele nicht erreicht wurden. Ermutigung und Bestätigung, soweit einige der Übungen vom Patienten durchgeführt werden konnten, sind sehr viel hilfreicher und motivieren den Patienten eher weiterzumachen.

Eine wichtige Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Konfrontationstherapie ist eine tragfähige Patient-Therapeut-Beziehung. Eine Konfrontation ist für den Patienten immer belastend, unangenehm und aufwühlend. Er braucht viel Mut und das Vertrauen in den Therapeuten, der ihn in dieser für den Patienten sehr schwierigen Aufgabe unterstützt. Eine wichtige Voraussetzung für die Entscheidung zur Teilnahme an einer solchen Exposition ist die gute Vermittlung des Rationals, aber darüber hinaus sind die Basisfertigkeiten des Therapeuten gefordert, um eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehung aufzubauen.

### 2.1.3 Rückfallprophylaxe

Der Konfrontationssitzung mit dem Therapeuten schließt sich ein Übungsprogramm an, das der Patient alleine durchführt. Eine Woche nach der Konfrontationssitzung findet ein Treffen zwischen Therapeut und Patient statt. Zunächst wird die Konfrontationssitzung noch einmal nachbesprochen. Was ist dort passiert? Warum ist die Angst geringer geworden? Glaubt der Patient noch, dass bei der Konfrontation etwas Schlimmes passieren könnte? Vor welchen Situationen hat der Patient noch Angst? Dabei wird auch das Rational noch einmal wiederholt. Eine wichtige Botschaft ist, dass der Patient eine „Fähigkeit“ erlernt hat, die Training erfordert. Eine gute Analogie ist das Autofahren. Der Patient hat zwar den Führerschein, aber er ist noch kein sicherer Fahrer, und manche Situationen werden auch noch Angst auslösen. Wichtig ist also weiteres Training. Dabei sollte auch vorausgesagt werden, dass es immer mal wieder zu Angst kommen kann und

dass dies nicht heißt, die Therapie sei erfolglos gewesen. Viele Patienten zeigen ein „Alles-oder-Nichts-Denken“ dahingehend, dass Angst als Rückfall verstanden wird. Angst ist aber lediglich ein Zeichen, in der Situation zu bleiben und weiter zu üben. Ein Rückfall ist es dagegen, wenn der Patient wieder soviel Angst hat wie vor der Therapie und nicht wagt, sich allein der Angst zu stellen. Dies kann vermieden werden, indem der Patient regelmäßig übt. Eine Liste mit Regeln zur Konfrontation kann den Patienten bei seinen Übungen unterstützen; ein Beispiel dazu gibt Kasten 3.

### **Kasten 3: Konfrontationsregeln**

1. Bevor Sie mit der Konfrontation beginnen, planen Sie genau was Sie tun werden, und nehmen Sie sich ausreichend Zeit!
2. Fliehen Sie nicht aus der Situation, wenn die Angst kommt. Warten Sie bis die Angst vorübergeht oder deutlich weniger wird.
3. Stellen Sie sich der Angst. Lenken Sie sich nicht ab!
4. Je länger Sie sich der Angst aussetzen, desto besser.
5. Wiederholen Sie die Konfrontation so lange, bis die Situation keine Angst mehr auslöst.
6. Falls Sie aus der Situation geflohen sind, seien Sie nicht enttäuscht – Sie lernen noch. Gehen Sie möglichst schnell wieder in die Situation.
7. Denken Sie daran, Erfolg ist nicht, sofort angstfrei zu sein – Erfolg ist, sich der Angst zu stellen!

Wenn der Patient Übungen aus Angst abgebrochen hat, sollte er diese so schnell wie möglich wieder durchführen. Traut er sich nicht, sollte er eine ähnliche Situation üben, die ihm ein wenig leichter fällt oder in einer Umgebung üben, in der er sich etwas sicherer fühlt. Nur wenn dies auch nicht gelingt, sollte er Kontakt mit seinem Therapeuten aufnehmen. Es ist sinnvoll, den Patienten über seine Übungen Protokoll führen zu lassen und ihn zu bitten, diese Protokolle monatlich zum Therapeuten zu schicken, der ihm dann telefonisch oder schriftlich Rückmeldung gibt. Selbstverständlich kann man sich auch in persona treffen. Auch ein detaillierter Plan für die ersten Wochen, welche Übungen wann und wo durchgeführt werden sollten, ist wichtig. Ohne eine detaillierte Anleitung sind die meisten Patienten überfordert.

## **2.2 Die Konfrontationssitzung bei unterschiedlichen Spezifischen Phobien**

Zunächst sollen einige Beispiele für ein mögliches Vorgehen bei Tierphobien gegeben werden, dabei folgt die Beschreibung weitgehend Öst (1997), dessen Vorgehen vergleichsweise gut überprüft ist und gute Erfolge aufweist (siehe auch weiter unten in diesem Kapitel).

**Spinnenphobie:** Für die Konfrontationsübung sollten vier Spinnen bereitgehalten werden, möglichst von unterschiedlicher Größe (0,5 bis ca. 3 cm). Die Übungen beginnen mit der kleinsten Spinne, die vom Therapeuten in eine Plastiktüte gesetzt wird. Diese sollte möglichst steile Wände haben (auch eine im Fachhandel erhältliche Tierbox ist geeignet) und von ausreichender Größe sein, so dass in ihr hantiert werden kann. Die

erste Aufgabe des Patienten ist, die Spinne mit Hilfe eines Glases zu fangen, eine Postkarte darunter zu schieben und die Spinne damit aufzuheben. Das Vorgehen wird zunächst vom Therapeuten gezeigt. Dann wird der Patient ermutigt, es dem Therapeuten gleichzutun. Wenn der Patient die Spinne im Glas hält, bittet ihn der Therapeut, die Spinne ganz genau zu beschreiben. Dabei soll der Patient das Glas in der Nähe des Gesichtes halten. Diese genaue Beschreibung führt im Allgemeinen zu einer deutlichen Angstreduktion.

Im zweiten Schritt soll die Spinne berührt werden. Zunächst erfragt der Therapeut, welche Erwartungen der Patient hat. Viele Patienten schildern, dass sie erwarten, dass die Spinnen an ihrer Hand hoch krabbeln und im Ärmel verschwinden werden. Wieder zeigt der Therapeut zunächst die Aufgabe. Hierzu berührt er die Spinne und zeigt, dass sie daraufhin wegläuft und im Laufe der Zeit bei häufigen Berührungen ermüdet und sich immer weniger bewegt. Dann wird der Patient aufgefordert, die Spinne selber zu berühren. Hier kann es sehr hilfreich sein, wenn der Therapeut den Patienten dahingehend unterstützt, dass er zunächst dessen Hand führt.

Im nächsten Schritt soll die Spinne über die Hand des Patienten laufen. Dazu nimmt der Therapeut die Spinne zunächst auf seine Hand, bittet den Patienten seinen Finger auf die Hand zu legen und der Spinne zu erlauben, zu ihm auf die Hand zu krabbeln. Dies wird mehrere Male wiederholt, bis die Angst des Patienten deutlich gesunken ist. Dann wird der Spinne auch erlaubt, zum Ellbogen zu krabbeln. Ein wichtiger Erfolg für den Patienten ist, dass seine Reaktionen immer schneller sind als die der Spinne. Im vierten Schritt wird die Spinne auf das Bein des Patienten gesetzt und darf in Richtung Körper krabbeln. Auch diese Übung wird selbstverständlich solange fortgesetzt, bis eine Angstreduktion eingetreten ist.

Diese vier Schritte werden nun mit den anderen drei Spinnen wiederholt. Wenn der Patient die Übungen mit geringer Angst absolvieren kann, ist die nächste Aufgabe, zwei Spinnen gleichzeitig auf den Händen laufen zu lassen. Je nachdem, wieviel Zeit noch zur Verfügung steht, können noch weitere Übungen durchgeführt werden: Die Spinne wird z. B. ins Haar gesetzt, der Therapeut achtet aber darauf, dass die Spinne nicht in den Kragen läuft. Die Spinne wird auf die Wange des Patienten gesetzt, hier sollte der Therapeut verhindern, dass sie über den Mund, die Augen, Ohren oder Nase läuft.

Mit dem Patienten wird während aller Übungen herausgearbeitet, dass er immer mehr Kontrolle über die Spinne erlangt, indem er zunehmend besser ihr Verhalten vorhersagen kann. Während der Übungen wird der Patient kontinuierlich nach der Höhe seiner Angst auf eine Skala von 0 bis 100 gefragt. Es ist sinnvoll, diese Ratings auch zu notieren, um zu dokumentieren, dass sich die Angst verringert, und diese Aufzeichnungen dann für die Nachbesprechung heranzuziehen.

*Schlangenphobie:* Auch hier sollten unterschiedlich lange (ungiftige) Schlangen organisiert werden. Die meisten Patienten mit Schlangenphobie haben mehr Angst vor großen Schlangen, aber ein nicht unbedeutender Teil fürchtet besonders die kleinen Schlangen. Es ist sinnvoll, vor der Therapie eine Angsthierarchie mit dem Patienten zu erstellen, die die Richtschnur für die folgende Konfrontation sein kann. Der Therapieraum sollte groß genug sein, dass sich die Schlange in einem Teil und der Patient im anderen Teil aufhalten kann. Der Patient sollte dabei die Tür in seiner Nähe haben, damit er das Gefühl größerer Kontrolle hat. Die unten genannte Reihenfolge ist ein mögliches Vorgehen für einen Patienten, der größere Schlangen mehr fürchtet als kleine. Dabei ist es wichtig,

dass der Therapeut die Schlange immer unter Kontrolle hat. Die Übungsreihe in Kasten 4 beginnt mit einer kleinen Schlange, die Länge wird dann gesteigert.

**Kasten 4:** Übungsreihenfolge für die Konfrontation einer Schlangenphobie

- |                  |  |
|------------------|--|
| <b>Schritt 1</b> | Der Therapeut hält die kleinste Schlange am anderen Ende des Raums. Der Patient schildert genau das Aussehen und Verhalten der Schlange. |
| <b>Schritt 2</b> | Der Therapeut fragt, ob er drei Schritte näher kommen kann.  |
| <b>Schritt 3</b> | Der Therapeut kommt immer näher bis auf Armlänge vom Patienten heran.  |
| <b>Schritt 4</b> | Der Patient berührt die Schlange.  |
| <b>Schritt 5</b> | Der Patient nimmt die Schlange in die Hand.  |
| <b>Schritt 6</b> | Der Patient hält seine Hand vor das Maul der Schlange.   |
| <b>Schritt 7</b> | Der Patient nimmt die Schlange in den Schoß.   |
| <b>Schritt 8</b> | Der letzte Schritt wäre, die Schlange um den Hals zu legen. (Nehmen Sie aber besser keine hungrige Würgeschlange.)                       |

Es sollte im Rahmen der Behandlung von Tierphobien nicht unerwähnt bleiben, dass die hier beschriebenen Verläufe idealtypisch sind. Wenn Tiere involviert sind, ist man vor Überraschungen nicht gefeit und sollte sich dessen auch bewusst sein. So schilderte ein Kollege, dass ihm während einer Konfrontationssitzung die sehr lebhaft Spinne entwischt war und schließlich in sein Hosenbein gelangte. Er versuchte, als gutes Modell, nicht nervös zu werden und die Spinne wieder aus der Hose zu schütteln, was nicht gelang. Schließlich musste der Therapeut den Raum verlassen und die Hose ausziehen – die Spinne wurde nie gefunden. Auch andere Tierarten haben ihre Überraschungen parat! Das Wichtigste ist, ruhig zu bleiben, ein gutes Modell abzugeben und die Kunst des Entkatastrophisierens zu beherrschen.

**Klaustrophobie:** Bei der Konfrontationsbehandlung der Klaustrophobie werden 2 bis 3 Situationen aufgesucht, die stark ängstigend sind. Auch hier ist wieder die Verhaltensanalyse die Grundlage der Konfrontationsplanung, insbesondere um das Procedere auf den jeweiligen Patienten abzustimmen. Patienten mit Klaustrophobie fürchten oft, in den engen Räumen zu ersticken, oder so stark Angst zu bekommen, dass sie etwas Unkontrolliertes tun oder ohnmächtig werden. Die Befürchtungen ähneln stark denen von Patienten mit Agoraphobie. Es ist wichtig, dass der Therapeut eine gute Beziehung zu dem Patienten aufbaut und seine Befürchtungen ernst nimmt, nur so wird sich der Patient zu dieser stark Angst auslösenden Behandlung entscheiden. Die Konfrontation fällt dem Patienten oft leichter, wenn er den Ablauf der Sitzungen oder der Übungen beeinflussen kann und somit Kontrolle hat. Trotzdem sollte der Therapeut den Patienten ermutigen, seine Befürchtungen zu testen. Die Übungen können mit einem kleinen Raum beginnen, der möglichst kein Fenster haben sollte. Zunächst betritt der Patient den Raum, ohne ihn zu verschließen. Ist die Angst deutlich gesunken, wird der Raum verschlossen. Der Patient sollte so lange üben, bis die Angst (auf der Skala von 0 bis 100) auf 20 gesunken ist und er 5 bis 10 Minuten in dem Raum bleiben kann. Anfangs hilft es dem Patienten, wenn der Therapeut in der Nähe ist und ihn auffordert, seine Gefühle und Empfindungen zu beschreiben, die Angst einzuschätzen und seine Gedanken zu schildern. Später sollte der Therapeut jedoch den Patienten „verlassen“ und sich von dem Raum entfernen. Andere Situationen, die geübt werden können, sind Aufzüge, Tunnel, Konzerte, Keller oder auch Busse, je nachdem welche Situationen bei dem einzelnen Patienten Angst auslösen.

Zentral ist dabei, dass die phobische Situation lange genug persistiert, bis eine Habituation einsetzen kann.

**Flugangst:** Die Behandlung der Flugphobie erfolgt nach den gleichen Kriterien wie für die anderen Spezifischen Phobien. Die Probleme bei dieser Behandlung sind eher praktischer Art. Die Therapie ist, da in vivo, für den Patienten relativ teuer. Eine Alternative kann eine Behandlung in Simulation sein (wie weiter unten beschrieben). Die Konfrontation kann mit einem Linienflug durchgeführt werden. Es sollten möglichst mindestens zwei Flüge hintereinander erfolgen. Eine andere Möglichkeit ist, eine kleine Privatmaschine zu chartern. Dies hat den Vorteil, dass auch Landung und Start mehrmals wiederholt werden können, so dass schwierige Situationen gezielt und in ausreichender Dauer (bzw. Frequenz) bearbeitet werden können. Allerdings ist wichtig, dass der Pilot eingeweiht und auf die Situation vorbereitet ist, so dass ihn ein sehr ängstlicher Passagier nicht irritieren und zur sofortigen Umkehr bewegen kann.

**Autofahrphobie:** Bei der Autofahrphobie ist es äußerst wichtig zu klären, wann der Patient zuletzt Auto gefahren ist und ob er noch ausreichend Übung hat. Es kann sein, dass die Übungen mit einem Fahrlehrer und einem Fahrschulwagen durchgeführt werden müssen, weil die Fahrpraxis mittlerweile fehlt. Fährt der Patient noch selber, kann direkt mit seinem Wagen geübt werden. Manchmal berichten die Patienten während der Konfrontation, dass ihr Gesichtsfeld eingeschränkt sei, das sogenannte „Tunnelsehen“, dieses Symptom geht im Allgemeinen schnell vorüber und ist kein Grund, die Konfrontation sofort zu beenden.

### 3 Fallbeschreibungen

#### 3.1 Konfrontationsbehandlung einer Tierphobie vor Katzen

Hier soll nun ein Fall einer Konfrontationsbehandlung einer Tierphobie geschildert werden. Es handelt sich um eine kurze Therapie, ähnlich wie von Öst (1997) vorgeschlagen, mit zwei Sitzungen zur Vorbereitung, einer langen Konfrontationssitzung, und dann einigen Treffen, um weitere Übungen zu planen und die Patientin bei ihren Hausaufgaben zu unterstützen. Das Besondere an dieser Behandlung ist, dass mit einem sehr hohen Schwierigkeitsgrad begonnen wurde. Mit einer sehr schwierigen Übung zu beginnen, hat den Vorteil, dass dem Patienten vermittelt wird, dass man sich der Angst nicht vorsichtig in kleinen Schritten nähern muss. Somit wird die Auffassung gestützt, dass Angst ungefährlich ist und ruhig starke Angst auftreten darf. In der für die Patienten hoch ängstigen Situation selbst wurde graduiert vorgegangen. Noch ein weiterer Aspekt dieser Fallgeschichte ist von Interesse, und zwar berichtet die Patientin nicht nur massive Ängste, sondern auch starken Ekel. Dies kommt bei Tierphobien häufiger vor und kann die Konfrontation erschweren.

#### **Fallbeschreibung:**

**Frau B.** berichtet, dass, als sie ungefähr zwei Jahre alt war, eine Katze unvermittelt durch ein Fenster auf ihren Schoß gesprungen sei. Seitdem habe sie Angst vor Katzen. Immer wenn sie danach eine Katze gesehen habe, habe sie versucht wegzulaufen. Sei dies nicht gelungen, habe sie geschrien, gezittert und es sei zu Schweißausbrüchen

gekommen. Auch heute noch reagiere sie mit starken körperlichen Reaktionen und auch Schreckrufen. Sie leide auch unter großer Erwartungsangst und meide, wenn möglich, fremde Höfe und Häuser. Frau B. meint, sie wisse ihre „Angste seien unsinnig“, aber sie seien so sehr stark. Auch verspüre sie Ekel, wenn sie eine Katze sehe. Frau B. berichtet weiterhin, dass sie, wenn eine Katze in der Nähe sei, ihre Aufmerksamkeit nur auf diese richten könne. Eine Beteiligung an Gesprächen sei dann nicht mehr möglich und es käme zu unkontrollierten Reaktionen (z. B. auf den Stuhl steigen oder schreien).

Frau B. hat sehr große Angst vor Katzen. Diese Ängste bestehen seit ihrer Kindheit und beeinträchtigen sie in ihrem Leben erheblich. So kann sie an keinem Gartenfest teilnehmen oder könnte nicht in einem Haus leben, in dem auch eine Katze lebt. Sieht sie Katzen, muss sie ihnen weiträumig aus dem Weg gehen. Den Abfall bringt sie nur in Begleitung ihres Kindes hinunter, das „Wache“ steht. Sie wünscht nun eine Behandlung, da sie ihre Katzenangst mittlerweile in ihrem Beruf behindert.

In der Vorbereitungsphase wurde mit Frau B. ausführlich besprochen, wie es zu ihren Ängsten gekommen sei. Dann wurde der Schwerpunkt auf die Aufrechterhaltung ihrer Ängste gelegt. Ihre Angstreaktionen, die auftreten, wenn sie Katzen begegnet, wurden anhand von Kurven aufgezeichnet, auch die Erwartungsängste wurden so verdeutlicht. An diesem Beispiel konnte die Wirkung der Vermeidung abgeleitet werden, eine kurzfristige, schnelle Erleichterung. Langfristig verhindert die Vermeidung jedoch, dass Frau B. erkennen kann, dass ihre katastrophalen Befürchtungen nicht eintreten würden. Diese Befürchtungen wurden anhand eines Gedankenexperimentes eruiert: „Was würde passieren, wenn Sie mit einer Katze alleine in einem Raum wären?“ Es wurden wieder Kurven gemalt, ähnlich wie in Abbildung 1. Darauf aufbauend wurden die Therapiemaßnahmen abgeleitet. Frau B. hatte Bedenken, ob sie die Therapie durchstehen würde, wollte es aber auf alle Fälle versuchen.

Die Therapeutin nahm zunächst mit einem Tierheim speziell für Katzen Kontakt auf, und erhielt die Erlaubnis, die Konfrontation dort durchzuführen. Zu Beginn der Konfrontation zeigte Frau B. starke Erwartungsängste und Probleme, sich dem Tierheim zu nähern. Nachdem hier noch einmal kurz Angstratings erhoben wurden (die Patientin wurde gefragt, wie stark ihre Angst auf einer Skala von 0 bis 100 sei), wurde der Raum mit den Katzen ohne weiteren Verzug betreten. Frau B. hatte gehofft, länger vor dem Raum bleiben zu können. Es handelte sich um ein ca. 30 qm großes Zimmer, in dem sich an die 40 Katzen befanden. An den Wänden standen Küchenschränke, so dass es Katzen auf dem Boden, auf den Schränken in halber Höhe und oben unter der Decke gab. Fast alle Katzen liefen frei umher und waren leider relativ unruhig, da die Fütterungszeit bevorstand. Im Katzenzimmer überfielen Frau B. massive Ängste, sie schrie und weinte, zitterte am ganzen Körper, schwitzte und hatte starkes Herzklopfen. Hinzu kam so starkes Ekelgefühl, dass sie befürchtete, sich übergeben zu müssen. Sie kämpfte mit einem Brechreiz. Die Aufgabe der Patientin bestand darin, zunächst an der Wand stehen zu bleiben und die Katzen zu beobachten. Die Therapeutin verhinderte vorerst eine Annäherung der Katzen. Trotzdem kam es immer wieder zu Schreckreaktionen dadurch, dass die Katzen sich bewegten. Nach ca. einer Stunde hatte die Angst deutlich nachgelassen, auch der Ekel war deutlich geringer geworden. Daraufhin wurde damit begonnen, einzelne Katzen näher zu betrachten, ihr Verhalten und ihr Aussehen zu beschreiben. Danach forderte die Therapeutin Frau B. auf, durch den Raum zu gehen. Nach einigem Zögern konnte die Patientin langsam ihren sicheren Platz an der Wand aufgeben. Sie übte, durch

den Raum zu gehen. Als Nächstes wurde ein sehr ruhiges Tier ausgewählt, welches Frau B. streicheln sollte. Nach vielen Schwierigkeiten und massivem Angstanstieg war es der Patientin möglich, die Katze zu berühren. Es wurde nun „Katze streicheln“ und sich den Tieren zu nähern, weiter geübt. Frau B. brauchte eine ganze Weile, wurde aber immer mutiger, auch hier kam es zur Habituation. Die nächste Aufgabe war, eine sehr zutrauliche Katze auf den Arm zu nehmen. Als diese davonsprang, kam es wieder zu Schreckreaktionen, die Angst sank aber dann sehr schnell. Nach ca. vier Zeitstunden war es Frau B. möglich, Katzen zu streicheln (auch eine besonders „ekelige“ Angorakatze) und sie auf den Arm zu nehmen, sie konnte sich relativ frei durch den Raum bewegen. Ekel und Angst hatten deutlich nachgelassen (von ursprünglich 200 – das Rating 100 war ihr zu niedrig – auf ca. 40). Es schloss sich ein Abschlussgespräch an, in dem die Fortschritte des ersten Tages besprochen wurden. Dabei wurde auch abgefragt, welche Bedenken sie nun noch habe, ob es noch weitere katastrophale Annahmen gebe, die überprüft werden müssten. Frau B. war sehr stolz, aber auch sehr erschöpft.

Die weiteren Konfrontationsübungen unternahm Frau B. nun ohne Therapeutin. So ging Frau B. nochmal zum Katzenheim und wiederholte alle Übungen ohne die Therapeutin. Anfangs war die Angst bei Frau B. noch relativ hoch, aber schon deutlich gesunken gegenüber dem Vortag. Es kam nur noch zu sehr schwachen körperlichen Reaktionen der Angst, und auch der Ekel trat nur noch in speziellen Fällen auf (z. B. bei Katzen, denen das Fell ausgegangen war, oder die Wunden hatten, aber auch bei Schildpattkatzen). Frau B. gelang es recht schnell, an dem erreichten Stand des Vortages anzuknüpfen, und mit den Katzen in nahen körperlichen Kontakt zu treten. Dabei kam es auch zu dem Zwischenfall, der von ihr vor der Therapie besonders gefürchtet wurde: Eine Katze kratzte sie ziemlich kräftig an der Brust – sie wollte nicht auf den Arm. Frau B. war allerdings stolz auf ihre Verletzung, die befürchtete heftige Reaktion ihrerseits war ausgeblieben.

Im Rahmen ihrer Selbstkonfrontation besuchte Frau B. eine Bekannte mit zwei Katzen. Diese erläuterte Frau B. typisches Katzenverhalten, was Katzen mögen, eher ablehnen. Dabei hatte Frau B. auch Gelegenheit, in einer Wohnung zu sitzen, sich zu unterhalten und nicht dauernd die Katzen im Auge behalten zu können. A diese Übungen verliefen sehr gut. Frau B. äußerte Bedenken, dass sie noch Angst hat, falls eine Katze sie auf der Straße überrasche. Hier stößt die Konfrontation an ihre Grenzen, Überraschungen sind nicht planbar. Ein weiteres Thema der Sitzung war auch, wie sie mit ihrem Kind über ihre Therapie sprechen und inwieweit dieses ihr helfen kann. Weitere Übungen wurden von Frau B. geplant und es wurde besprochen, was sie tun kann, falls die Angst zurückkehre. Die Ein-Jahres-Katamnese zeigte, dass die Erfolge stabil blieben.

Das Fallbeispiel verdeutlicht gut das Vorgehen bei einer kurzen Konfrontationstherapie. Diese verlief sehr erfolgreich, so waren innerhalb von vier Stunden die massiven Ängste abgebaut. Interessanterweise verschwand auch der Ekel weitgehend. Frau B. berichtete, dass sie nun einige Katzen sogar ganz niedlich fände, allerdings waren gescheckte oder krank aussehende Katzen immer noch aversiv. Diese leichte Aversion ist allerdings kein Grund zur weiteren Therapie, da Angst vor diesen Tieren nicht mehr bestand.

### 3.2 Konfrontationsbehandlung einer Schluckphobie

Im Folgenden soll die Konfrontationsbehandlung einer Patientin mit massiver Angst vor dem Verschlucken geschildert werden (eine ausführlichere Beschreibung findet sich bei Becker & Schneider, 1998). Schluckphobien werden in der Literatur kaum beschrieben, sie sind relativ selten, kommen aber in der Praxis durchaus vor. Ab und zu findet man Berichte über Patienten mit einem „Globus Hystericus“. Personen mit Globus Hystericus leiden unter einem Kloßgefühl im Hals, welches häufig mit Schluckbeschwerden oder Erstickungsängsten einhergeht. Die Einordnung dieser Störung ist nicht einfach, so wird sie historisch unter den Hysterien eingeordnet. Betroffene Personen wollen eine „Zumutung nicht schlucken“, „ein Kummer würgt sie“ (Bleuler, 1916; Shorter, 1994). Im ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 1993) ist die Störung unter den Somatoformen Störungen zu finden. Die Diagnose des Globus Hystericus ist äußerst schwierig. So weisen eine ganze Reihe von Studien darauf hin, dass die meisten Patienten fehldiagnostiziert sind. Häufig scheint eine organische und nicht eine psychogene Ursache vorzuliegen (Stacher, 1983). Über die Behandlung des Globus Hystericus liegen sehr wenig Studien vor (Bishop & Riley, 1988; Brown et al., 1986). Es gibt jedoch Hinweise auf einen Zusammenhang mit Ängsten (Mersky & Mersky, 1993), wenn auch nicht aus kontrollierten Studien. So kam Klein (1987) zu dem Schluss, dass der Globus Hystericus häufig im Rahmen einer Angststörung auftritt.

Eine Phobie vor dem Verschlucken erscheint auf den ersten Blick nicht sehr geeignet, um eine Konfrontationsbehandlung in vivo durchzuführen. Denn genau die Angst, sich zu verschlucken, kann das Schlucken unmöglich machen, weil der Patient sich völlig verkrampft (wer kennt nicht die Tablette, die hartnäckig auf der Zunge liegen bleibt). Diese physische Besonderheit erschwert eine Konfrontation. Auch kann der Patient wenig unterstützt werden, bzw. die Therapeutin hat sehr wenig Kontrolle über das Geschehen. Hinzu kommt, dass der Expositionszeit Grenzen gesetzt sind, da die Betroffenen nicht stundenlang essen bzw. schlucken können. Des Weiteren besteht die Gefahr, dass die Habituation durch Ekel oder Übersättigung verhindert oder verzögert wird. Im Folgenden wird ein Beispiel gegeben, wie mit dem Problem umgegangen werden kann.

#### **Fallbeschreibung:**

**Frau S. war zum Zeitpunkt der Therapie 29 Jahre alt, verheiratet und hatte einen zehnjährigen Sohn. Frau S. klagte über Ängste, wenn sie schluckt. Sie befürchtete, sie könnte sich verschlucken und in Folge ersticken. Besonders stark waren die Ängste, wenn sie mit anderen zusammen essen musste, die sie sehen oder auch ablenken könnten. Zeitweise konnte sie noch nicht einmal in Gegenwart ihres Mannes und Sohnes essen und nahm alle Mahlzeiten allein ein. In den allerschlimmsten Phasen konnte sie fast nur flüssige Nahrung oder Brei zu sich nehmen und war stark untergewichtig. Sie aß sehr langsam, kaute ausführlich, trank nach fast jedem Bissen einen Schluck. Bestimmte Nahrungsmittel vermied sie ganz. Zur Zeit der Vorstellung waren die Beschwerden nicht ganz so stark: Sie konnte im kleinen Kreis ihrer Familie wieder essen. Einladungen umging sie jedoch so weit wie möglich. Essen mit Fremden war ihr nicht möglich, und auch eine große Anzahl von Lebensmitteln wurde vermieden, weil sie besonders „gefährlich“ erschienen.**

**Als junge Frau erlitt Frau S. 1983 einen Angstanfall. Sie hatte Angst zu ersticken, ihr wurde heiß und kalt, der Notarzt musste gerufen werden. Im Krankenhaus bekam sie eine Beruhigungsspritze; eine organische Ursache konnte trotz sorgfältiger Diagnostik**

nicht festgestellt werden. Es kam noch zu zwei, drei weiteren Angstfällen, jedoch entwickelte sich kein Paniksyndrom. Ungefähr zur gleichen Zeit hatte sie ein zweites für sie traumatisches Erlebnis, bei dem sie sich an einem alkoholischen Getränk so verschluckte, dass sie zu ersticken meinte und daraufhin einen Panikfall erlebte. Die spontanen Panikanfälle traten nicht mehr auf, stattdessen kam es Mitte 1986 dann zu einer immer stärkeren Angst vor dem Schlucken. Auf Grund ihrer Beschwerden wurde Frau S. ausführlich medizinisch diagnostiziert und ein Knoten in der Schilddrüse festgestellt, der operativ entfernt wurde. Die Probleme ließen jedoch nicht nach.

Nach dem Erstgespräch waren mehrere Diagnosen möglich. Es konnte sich um eine komplizierte Art von Panikstörung handeln, in deren Vordergrund das Symptom des Erstickens stand. Auch eine Spezifische Phobie vor dem Verschlucken oder eine Soziale Phobie mit der Angst, in der Öffentlichkeit zu essen, waren denkbare Diagnosen. Ebenso war es möglich, dass es sich um ein Zwangssyndrom handelte mit der Angst, sich zu verschlucken, und ausgedehnten Essritualen. Um die Diagnose abzuklären, wurde mit Frau S. ein strukturiertes Interview (DIPS, Margraf, Schneider & Ehlers, 1994) durchgeführt. Ihre Symptomatik erfüllte die Kriterien einer Spezifischen Phobie, allerdings mit deutlichen sozialen Aspekten. So war das Essen in der Öffentlichkeit, die am stärksten ängstigende Situation für Frau S. Sie zeigte sonst jedoch kein soziales Vermeidungsverhalten oder Ängste. Außerdem hatte sie auch große Probleme, allein zu essen und vermied einige Nahrungsmittel. Hinzu kam, dass Frau S. Angst hatte, sich zu verschlucken und zu sterben, und nicht so sehr, sich zu blamieren. Daher waren die Kriterien einer Spezifischen Phobie und nicht einer Sozialen Phobie erfüllt. Zwar zeigte sie Verhaltensbesonderheiten beim Essen, jedoch ließen sich weder Zwangsgedanken noch ausgereifte Rituale erkennen. Ihr langes Kauen war eine Sicherheitsvorkehrung, ohne dass feste Regeln eingehalten werden mussten und ohne dass die Angst merklich dabei zurückging. Auch die Diagnose Paniksyndrom ohne Agoraphobie traf nicht zu, da es immer einen festen Auslöser der Ängste gab, nämlich das Essen, und somit kam die Angst nicht unerwartet.

Zunächst erfolgte die kognitive Vorbereitung. Gemeinsam mit der Patientin wurde ein Teufelskreis entwickelt (angelehnt an den Teufelskreis der Angst, Margraf & Schneider, 1989): Ihre besondere Aufmerksamkeit auf das Schlucken führte dazu, dass sie Veränderungen während des Essens besonders gut wahrnahm. Diese Veränderungen deuteten für sie an, dass es zum Verschlucken kommen könnte, dies führte wiederum zu Angst. Durch die Angst bekam Frau S. einen „Kloß im Hals“ und die Speiseröhre verengte sich. Es wurde immer schwieriger zu schlucken, und die Angst wurde zur Panik. Im nächsten Schritt wurde vermittelt, wie die Vermeidung aufrechterhaltend für die Angst wirkt. Dadurch, dass sie möglichst „sicher“ aß (z. B. kleine Bissen), machte sie nie die Erfahrung, dass Essen ungefährlich ist. Davon ausgehend wurde das Rational der Konfrontationstherapie vermittelt. Ihre Aufgaben würde also sein, alles wieder zu essen, auch „gefährliche“ Nahrung. Auch Sicherheitsverhalten müsste dann unterbleiben, d.h. sie dürfte nicht jeden Bissen hundert Mal kauen, oder zwischen den Schlucken zum Trinken immer eine Pause machen. Nur so könne sie die Erfahrung machen, dass Essen ungefährlich sei.

Frau S. hatte Angst vor der Therapie. Sie wollte sich gerne absichern, so schlug sie beispielsweise vor, Entspannungstechniken zu erlernen, um beim Schlucken dann nicht zu verkrampfen. Diese Einwände wurden mit Hilfe kognitiver Techniken bearbeitet. So wurde sie beispielsweise gefragt, ob sie wohl beim Schlucken entspannen könne, wenn

sie doch überzeugt sei, beim falschen Schlucken zu sterben. Auch wurde hinterfragt, ob verkramptes Schlucken wirklich ein „gefährliches“ Schlucken sein, das zum Tode führen kann. Obwohl diese Überlegungen Frau S. halfen, blieb die starke Überzeugung, dass sie sich in der Therapie in tödlicher Gefahr befinden würde. Es war für die Patientin sehr hilfreich, dass die Therapeutin mögliche Bedenken vorwegnahm. So fragte die Therapeutin, ob Frau S. nicht Angst habe, durch die Therapie die Fortschritte, die sie bislang alleine erzielt habe, zu gefährden. Frau S. war sehr erleichtert, dass diese Bedenken, die sie sehr wohl hatte, angesprochen wurden. Sie konnte nun darüber erzählen, fühlte sich in ihren Ängsten verstanden und war daher viel eher bereit, sich auf die Therapie einzulassen. Die kognitive Bearbeitung der dysfunktionalen Gedanken war hier von großer Bedeutung, um der Patientin eine Entscheidung für eine Konfrontationsbehandlung zu ermöglichen. Wären ihre Bedenken nicht ernst genommen und in Ruhe besprochen worden, hätte die Patientin die Konfrontationsbehandlung verweigert. Für alle Patienten mit einer Phobie gilt, dass sie sich sehr vor der Behandlung fürchten; daher ist die Vermittlung des Rationalen, mit Hilfe des Sokratischen Dialogs und anderen kognitiven Techniken, entscheidend für die Therapiemotivation.

Nachdem sich die Patientin – wenn auch unter großer Angst – für die Therapie entschieden hatte, wurde mit der ersten Übung begonnen. Zunächst ging sie gemeinsam mit der Therapeutin in ein kleines Restaurant. Im Restaurant bestellte Frau S. ein Putenschnitzel, was sie recht schwierig zu essen fand. Sie schnitt alles vom Fleisch ab, was aussah, als sei es schwer zu kauen, und ließ dies auch trotz Aufforderung nicht bleiben. Auch schnitt sie nur sehr kleine Bissen ab. Sie kaute jeden Bissen etwa fünfzig Mal. Darauf angesprochen sagte sie, vorher könne sie das Fleisch nicht schlucken, es sei für sie dann einfach nicht „richtig“. Sie wurde gebeten, jeden Bissen nur fünfzehn Mal zu kauen, dies gelang ihr jedoch nicht. Hier zeigten sich die ersten Grenzen der Konfrontationstherapie: Der Patientin konnte nicht von „außen“ geholfen werden, weniger zu kauen, sie musste sich alleine dazu bringen, und dies gelang ihr nicht.

Es wurde daraufhin eine Übung gewählt, bei der die Therapeutin etwas mehr Kontrolle hat: Das Schlucken von „Pillen“ (mit „Pillen“ sind zunächst einfach Liebesperlen gemeint, die sich gut eignen, da sie unterschiedliche Größen aufweisen, später wurden dann Placebos aus der Apotheke eingesetzt). Frau S. verweigerte diese Aufgabe jedoch. Es stellte sich heraus, dass Frau S. absolut überzeugt war, dass sie an den „Pillen“ erstickt würde. Sie war sicher, dass ihre Speiseröhre sich vor Angst schließe, dann die „Pille“ zwangsläufig in die Luftröhre geraten würde und sie diese anschließend keinesfalls aushusten könne. Frau S. war sehr ängstlich und erregt. Sie zitterte sichtbar, ihr Herz klopfte. Sie schlug vor, ins Krankenhaus zu fahren, vor Ärzten würde sie sich vielleicht trauen, die „Pillen“ zu schlucken. Sie musste weinen, weil sie so frustriert war, sie war enttäuscht von sich, fühlte sich hilflos. Das anschließende ausführliche Gespräch endete damit, dass sie drei Alternativen hatte: Sie konnte sich überwinden, sie konnte die Therapie „halb“ durchführen, d. h. nur das Essengehen üben, oder sie konnte die Therapie abbrechen. Das Für und Wider jeder Alternative wurde besprochen, und es wurde betont, dass Frau S. stets die volle Kontrolle über alle Entscheidungen in der Therapie behält. Frau S. ging, um sich für ihre Entscheidung einen Tag Zeit zu nehmen.

Sie entschied sich, die Therapie fortzuführen und auch das „Pillenschlucken“ zu üben. Wir einigten uns jedoch auf ein graduiertes Vorgehen, d. h. wir würden mit kleinen „Pillen“ beginnen und die Größe schrittweise erhöhen. Parallel dazu sollte das Essengehen weiter geübt werden. Frau S. begann mit den kleinen „Pillen“. Sie hatte große Probleme.

Sie beklagte sich häufig, dass sie Angst habe, es werde ihr schlecht. Sie fürchtete, die „Pillen“ würden weiter in ihrem Hals stecken und gar nicht rutschen, ihre Speiseröhre tue ihr weh. Bei diesen Äußerungen schien es sich vor allem um Versuche zu handeln, mit dem Schlucken aufhören zu dürfen und zu vermeiden. Es gelang aber im Laufe von drei Stunden, zu größeren „Pillen“ überzugehen. Frau S. sah die ersten Erfolge.

Auch beim anschließenden Essen zeigte sie Fortschritte. Es gelang ihr, Bissen nur noch zwanzig bis dreißig Mal zu kauen. Nachmittags sollte sie alleine „Pillen“ schlucken. Dies war für sie besonders schwer, weil ihr dann niemand helfen konnte, falls sie sich verschlucken sollte. Es gelang ihr, drei „Pillen“ zu schlucken. Die Fortschritte waren jedoch klein und mühsam erarbeitet; die Habituation stellte sich nicht oder nur langsam ein. Trotzdem und trotz einer deutlich depressiven Stimmung – Frau S. weinte häufiger, dachte, alles sei sinnlos – übte Frau S. weiter. Das Schlucken wurde deutlich unverkrampfter, die Auswahl an möglichen Speisen größer.

Gleichzeitig wurden immer wieder Gespräche geführt und kognitive Strategien eingesetzt. So wurde über das Risiko gesprochen, sich zu verschlucken und anschließend zu ersticken. Frau S. war beunruhigt, dass die Therapeutin hier evtl. ein Risiko sehen könnte. Sie mochte nicht über dieses Thema sprechen, sonst erschien ihr das Risiko noch höher. So beunruhigten sie Überlegungen oder auch Erzählungen über das Ersticken sehr, und sie vermied die Auseinandersetzung mit diesem Thema. Wir versuchten erneut, das Risiko einzuschätzen, sich zu verschlucken und zu ersticken. Alle Argumente auflistend und diese bewertend, schätzte Frau S. ihr persönliches Risiko sich zu verschlucken und zu ersticken auf 50%. Daraufhin sprach die Therapeutin an, dass es sich bei einer solchen Rate vielleicht wirklich lohnt, die Sicherheitsvorkehrungen beizubehalten. Diese paradoxe Intervention brachte den erwünschten Erfolg, dass sich Widerspruch bei Frau S. regte.

Die Übungen gingen weiter und Frau S. machte einige Fortschritte. Sie konnte nun „Pillen“ allein schlucken. Auch wurde sie schneller und unverkrampfter. Sie schluckte immer größere Tabletten, lernte diese weiter hinten auf die Zunge zu legen und schaffte es schließlich auch, ohne Wasser zu schlucken. Auch das öffentliche Essen wurde weiter geübt. Um ihr zu helfen, schneller und unauffälliger zu essen, aßen Frau S. und die Therapeutin synchron, d.h. immer, wenn die Therapeutin einen Bissen nahm, musste auch Frau S. einen nehmen. Sie musste zudem vor organisierten Zuschauern essen. Auch diese Übung, vor der sie sehr viel Angst hatte, meisterte sie sehr gut. Auch die weiteren Übungen verliefen erfolgreich. Das Vermeidungsverhalten wurde immer seltener.

Das Ende der Therapie wurde vorbereitet. Frau S. stellte einen Übungsplan für zu Hause auf, der sehr gut geeignet war, die schwierigen Situationen weiter zu üben. Sollte sie Schwierigkeiten haben, wollte sie zunächst ihren Mann um Hilfe bitten oder die Therapeutin anrufen. Des Weiteren wurde besprochen, was sie tun sollte, falls sie sich wirklich einmal verschlucken sollte, eine Situation, die leider nicht geübt werden konnte. Auch hier stößt die Konfrontation auf ihre Grenzen. Frau S. war mit den Fortschritten, die in der Therapie erreicht worden waren, sehr zufrieden, sie habe viel mehr erreicht, als sie je vorher gedacht habe. Es gab für sie nun keine „gefährlichen“ Speisen mehr, sie aß in einem fast normalen Tempo und konnte mit anderen und in der Öffentlichkeit essen. Es sei kein angenehmer Gedanke, weiter üben zu müssen, und sie habe auch noch Angst, aber sie hoffe, es werde gehen. Sie schätzte nun ihr persönliches Risiko, sich zu verschlucken und zu ersticken, auf ungefähr 15 bis 20%, was Frau S. als relativ geringe Rate sah.

Nach zwei Wochen traf sie die Therapeutin zu einem Abschlussgespräch. Sie hatte zu Hause täglich „Pillen“ geschluckt und empfand kaum noch Angst. Sie war mehrmals mit ihrem Mann Essen gegangen und hatte sich auch zweimal mit Freunden getroffen und gemeinsam gegessen. Sie verspürte immer noch leichtes Unbehagen bei diesen Übungen und beschloss, weiter zu üben. Es wurde besprochen, was sie weiter tun konnte, vor allem, falls die Ängste schlimmer würden oder sie sich verschluckte. Frau S. war sehr zufrieden mit der Therapie, hatte allerdings ein klein wenig Angst, ob sie die Erfolge würde halten können. Sie konnte wieder normal essen und vor allem wieder an sozialen Aktivitäten teilnehmen.

Nach einem Jahr kam Frau S. zur Nachuntersuchung. Sie nahm einmal im Monat nach wie vor große „Pillen“, um „in Übung“ zu bleiben. Sie hatte jedoch keine Probleme mehr mit dem Essen. Sie aß nun alle Speisen (die sie mochte), und ging häufiger mit ihrem Mann ins Restaurant. Auch war sie wieder integriert in das Leben in ihrem Heimatort, ging ohne Probleme zu den Feiern und Kaffeetrinken. Sie war mit ihren Erfolgen ausgesprochen zufrieden. Sie hatte das Gefühl, besser noch ein wenig zu üben, aber sie hatte keine Angst mehr beim Schlucken. Sie sah die Therapie als vollen Erfolg an und war sich sicher, zukünftigen Schwierigkeiten begegnen zu können.

Die Behandlung nahm 33 Behandlungseinheiten à 50 Minuten in Anspruch: Ungefähr drei Behandlungseinheiten für die Diagnostische Phase, 2,5 für die Kognitive Vorbereitung, 25,5 für die Konfrontationsbehandlung und zwei für die Nachbereitung. Während der Konfrontationsbehandlung folgten oft vier bis fünf Behandlungseinheiten aufeinander, teils zur ausführlichen Konfrontation, teils zu ihrer Vorbereitung und Begleitung. Die kognitiven Interventionen wurden in kürzeren Einheiten durchgeführt. Die reine Konfrontationsbehandlung erstreckte sich über sechs Tage. Damit ist diese Therapie sehr viel länger als andere in der Literatur beschriebenen Konfrontationsbehandlungen. Dies mag an dem Einzelfall liegen, der starken Überzeugung, am Schlucken wirklich zu sterben, aber es kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass Angst vor dem Verschlucken vielleicht generell Ähnlichkeit zur Panikstörung aufweist und einen zeitlich längeren Rahmen benötigt.

Im vorgestellten Fall wurde erfolgreich eine Spezifische Phobie vor dem Verschlucken mit einer Verhaltenstherapie behandelt. Hauptbestandteil der Behandlung war die Konfrontation in vivo, begleitet wurde diese von kognitiven Therapieelementen. Andere Behandlungsstrategien wie z. B. eine medikamentöse Begleittherapie wurden nicht durchgeführt. Die Art der Spezifischen Phobie – die Angst vor dem Verschlucken und Ersticken – führte zu einigen Besonderheiten des Vorgehens. Obwohl eine massierte Konfrontation geplant war, musste diese weitgehend modifiziert werden, und es wurde stattdessen ein graduiertes Vorgehen gewählt. Es war der Patientin nicht möglich, die am meisten Angst auslösenden Situationen zuerst zu bewältigen. Die Therapeutin konnte weniger Hilfestellung leisten als beispielsweise bei einer Angst vor Höhen. Um die Angst vor dem Verschlucken zu bewältigen, müssen „gefährlich“ erscheinende Speisen aktiv gegessen werden, während bei anderen Phobien ein weitgehend passives Verhalten während der Konfrontation zunächst ausreicht. Auch konnte die schlimmste Situation, das Verschlucken, gar nicht geübt werden (absichtliches Verschlucken ist unmöglich) und kam leider auch nicht zufällig während der Übungen vor. Ein weiteres Problem war, dass die Habituation sich nur sehr langsam einstellte, zum einen, weil Frau S. noch sehr lange spezifisches Vermeidungsverhalten zeigte (z. B. wurde die „Pille“ ganz vorne auf die Zunge gelegt und mit sehr viel Wasser geschluckt). Zum anderen stellten sich Übelkeit

oder Ekel ein und begrenzten die mögliche Zeit der Konfrontation. Es war nicht immer leicht zu erkennen, ob wirklich Übelkeit aufgetreten war oder ob die Patientin die Sitzung abkürzen wollte. So ist die Konfrontation an die besonderen Gegebenheiten dieser Phobie angepasst worden.

Den größten Anteil am Therapieerfolg hatte sicherlich die Konfrontation in vivo, aber auch andere Therapiebausteine waren von Bedeutung. So stellte die Motivationslage der Patientin eine ganz besondere Herausforderung dar. Es war sehr wichtig, auf ihre Bedenken einzugehen und ihnen genügend Raum in der Therapie zu lassen. Zweimal drohte ein Therapieabbruch, der nur durch die Diskussion und die Akzeptanz ihrer Bedenken verhindert wurde. Sicherlich war auch das Erarbeiten des Therapierationalen, die kognitive Vorbereitung, von großer Bedeutung. Frau S. wusste so genau, warum eine Konfrontation und nicht beispielsweise ein Entspannungsverfahren eingesetzt wurde. Die kognitiven Verfahren unterstützten die Therapie sehr. Vor allem die immer wieder durchgeführten Risikoeinschätzungen und das genaue Erläutern der positiven, negativen, kurz- und langfristigen Konsequenzen waren sehr wichtig.

## 4 Varianten und Kontraindikationen

### 4.1 Spritzen-, Blut- und Verletzungsphobien

Einen wichtigen Sonderfall stellen die Phobien in Bezug auf Blut, Verletzungen und Spritzen dar (oft kurz „Blutphobien“ genannt), die in der Regel gemeinsam auftreten. Im Gegensatz zu allen anderen Angststörungen reagieren Patienten mit Blutphobie bei der Konfrontation mit ihrem phobischen Reiz nur kurz mit einem Anstieg der körperlichen (v. a. kardiovaskulären) Erregung, dann folgt ein Abfall der Herzfrequenz und des Blutdruck (Öst, 1996; Sarlo et al., 2002). Diese Reaktion kann ohne weiteres so stark sein, dass eine Ohnmacht auftritt. Dies hat auch Konsequenzen für die Behandlung. Nach früheren, für die Beteiligten sehr unangenehmen (wenngleich durchaus erfolgreichen) Versuchen mit einer Konfrontationsbehandlung (v. a. durch Videos), ist seit einigen Jahren die Wirksamkeit der Methode der „Applied Tension“ gut belegt (Öst & Sterner, 1987). Diese Methode richtet sich direkt auf die physiologische Reaktion, die zur Ohnmacht führt. Dabei wird den Patienten beigebracht, wie sie durch Anspannen der großen Skelettmuskeln ihren Blutdruck kurzfristig stark steigern und so die Ohnmachtgefahr bekämpfen können. Auch hier wird in der ersten Sitzung eine kognitive Vorbereitung und Verhaltensanalyse durchgeführt. Dem Patienten werden die physiologischen Abläufe, die zur Ohnmacht führen, dargelegt. Dann wird das Anspannungstraining vermittelt. Angespannt werden die großen Muskeln der Arme, Beine und der Brust. Diese werden für 15 bis 20 Sekunden angespannt, dann wieder locker gelassen, ohne sie zu stark zu entspannen (es soll das Ausgangsniveau erreicht werden und nicht ein Zustand der Entspannung). Nach einer Pause von 30 Sekunden werden die Muskeln erneut angespannt. Dieser Zyklus wird regelmäßig bis zu einer halben Stunde wiederholt. Der Patient soll zu Hause mindestens fünfmal täglich trainieren (dabei sollten jedes Mal mindestens fünf Anspannungszyklen durchgeführt werden). Es kann sinnvoll sein, dem Patienten mit Hilfe eines Blutdruckmessgerätes zu zeigen, dass er so wirklich seinen Blutdruck erhöhen kann. Gleichzeitig zum Anspannungstraining lernen die Betroffenen mit Hilfe standardisierter Tagebücher die Früherkennung erster Warnzeichen (Schweißausbrüche,

Übelkeit, Tunnelsehen etc.), die eine herannahende Ohnmacht ankündigen, um dann später die Anspannungsübungen gezielt einsetzen zu können.

Wenn der Patient die Anspannung beherrscht, wird diese kombiniert mit der Konfrontation. Die Patienten schauen zunächst Dias von Verletzungen an. Ziel ist, die ersten Anzeichen der Ohnmacht zu erkennen und dann mit der Anspannung reagieren zu können. Es wird also sowohl die Körperwahrnehmung als auch das Coping trainiert. Dies geschieht so lange, bis die autonome Reaktion beendet ist. In weiteren Sitzungen kann beispielsweise in den Finger gestochen oder es können auch blutige Verbände angesehen werden. Auch der Besuch einer Blutspendeeinrichtung, in der der Patient zunächst andere beobachtet und dann selbst spendet, ist eine sehr hilfreiche Übung. Öst organisiert zum Abschluss den Besuch einer Herzoperation. Bei ihm dauert die Behandlung normalerweise sechs Sitzungen. Bei Spritzenphobien sind die Übungen vergleichbar. Man beginnt mit dem Stechen in den Finger. Es gibt dazu Geräte, wie sie auch Diabetiker benutzen, die einfach zu bedienen und steril sind. Eine sterile Lanzette kann auch eingesetzt werden, es sollte dann auch richtiges Spritzen und Blutabnahme geübt werden; dies geht jedoch nur mit Fachpersonal. Wichtig ist, dass der Therapeut bzw. seine Helfer nur zustechen, wenn der Patient dies vorher erlaubt hat. Patienten haben oft die negative Erfahrung gemacht, dass sie gegen ihren Willen Spritzen erhielten, dies sollte sich in der Therapie nicht wiederholen. Bei fortschreitender Sicherheit mit der Methode der Angewandten Anspannung kommt es in der Regel zu einem Abbau der phobischen Angst und der Ohnmacht, so dass die Anspannung nach einer gewissen Zeit bei vielen Patienten nicht mehr eingesetzt werden muss.

## 4.2 „Virtual reality“-Konfrontationen

In dem Bemühen, die Konfrontationstherapien möglichst effektiv und kostengünstig zu gestalten, werden immer häufiger Therapien durchgeführt, die mit Hilfe von Simulatoren oder „Virtual-Reality-Systemen“ durchgeführt werden. Dazu wird der Patient in einer virtuellen Realität seinen angstausslösenden Situationen ausgesetzt (Virtual Reality Exposure Therapy, kurz VRET). Computer-gesteuerte Systeme lassen ihn sowohl visuell als auch akustisch oder propriozeptiv verschiedene Situationen durchleben, die er fürchtet. Dabei soll, wie bei der Konfrontation in vivo, Angst entstehen und Habituation ermöglicht werden. Die Vorteile dieser Therapie sind vielfältig. Die Behandlung kann im therapeutischen Setting durchgeführt werden, sie ist evtl. kostengünstiger (z. B. bei Flugphobien), auch können individuelle, besonders ängstigende Situationen dargeboten und diese so häufig wie nötig wiederholt werden. Zudem haben manche Patienten vor einer Konfrontation in vivo so starke Angst, dass sie sich zu einer solchen Behandlung nicht durchringen können. Hier kann die VRET eine Alternative sein, die eventuell eine Brückenfunktion zur Exposition in vivo erfüllt. Die Patienten (und auch die Therapeuten) schätzen an der VRET, dass die Übungen so gut kontrolliert und im sicheren Rahmen des Büros ablaufen können. So gibt es keine unliebsamen Zwischenfälle, die bei der Konfrontation in vivo schon mal auftreten können (z. B. Unfälle während der Behandlung einer Fahrphobie, Menschaufläufe, falls ein Patient ausgesprochen laut ängstlich wird, oder bissige Hunde etc.).

Doch die VRET hat auch Nachteile. Das Argument, dass sie besonders kostengünstig sei, muss eingeschränkt werden. So gibt es auch virtuelle Therapie-Programme für Per-

sonen mit Spinnenphobie, aber die Apparatur dürfte sehr viel teurer sein als ein paar Spinnen. Selbst bei der Flugangst rechnet sich die Anschaffung der Geräte erst, wenn häufiger Patienten mit diesen Ängsten behandelt werden. Besonders effektiv ist die VRET nämlich nur, wenn sie möglichst lebensnah wirkt und auch die Bewegungen eines Fluges nachgespürt werden können. Ein solcher Spezialsitz dürfte recht teuer sein. Aber der deutlich größere Nachteil liegt in der Effektivität dieser Behandlung. So konnte zwar schon mehrmals gezeigt werden, dass Patienten, die mit VRET behandelt wurden, nach der Intervention deutlich weniger Angst angeben, doch viele dieser Studien sind nur Fallberichte (z. B. Carlin, Hoffman & Weghorst, 1997; Botella et al., 1998; eine Übersicht geben auch Glanz et al., 1996). Die Ergebnisse der kontrollierten Studien sind eher uneinheitlich und nicht immer einfach zu bewerten. So behandelten Rothbaum und Kollegen (1995) höhenängstliche Studenten. Die VRET schnitt gut ab, allerdings hatten viele der Studenten während der Therapie sich selber in vivo konfrontiert. Effektiver könnte daher die Konfrontation in vivo gewesen sein, andererseits ist es ja nicht unerwünscht, dass die Patienten die Situation auch in der Realität und nicht nur in der virtuellen Realität aufsuchen.

Genau dieser Test, ob die Patienten nach der Therapie die sie ängstigende Situation wirklich aufsuchen, fehlt bei den meisten Studien. So forderten Öst, Brandberg und Alm (1997), dass ein Testflug vor und nach der Therapie durchgeführt werden sollte. Entsprechend hatten Rothbaum und Mitarbeiter (2000) nach der Therapie erhoben, wie viele ihrer Patienten bereit waren zu fliegen. In der Gruppe, die mit Konfrontation in vivo behandelt worden war, waren 67% bereit, am Flug teilzunehmen, in der VRET-Gruppe 53% und 7% in der Wartekontrollgruppe. In einer ähnlichen Untersuchung zur Flugangst (Maltby et al., 2002) wurden nur Personen aufgenommen, die zu einem Testflug vorher nicht bereit waren. In der VRET-Gruppe flogen nach der Behandlung 65% der Patienten, aber auch 57% der Kontrollgruppe. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass ihre Behandlung ungefähr so gut oder etwas besser sei als Konfrontation in sensu (oder in der Imagination) und etwas weniger erfolgreich als die Konfrontation in vivo. Erstaunlicherweise schnitt die Placebo-Kontrollgruppe in dieser Studie auch so gut ab. Bei der Beurteilung des Therapieerfolges sollte nicht ganz vergessen werden, dass bei den Probeflügen häufig der Therapeut dabei war, sie also nicht ganz den natürlichen Bedingungen entsprachen. Aber in der Studie von Maltby und Mitarbeitern (2002) sind immerhin 47% der VRET-Gruppe und 36% der Kontrollgruppe innerhalb eines halben Jahres spontan geflogen.

Diese und andere Studien (z. B. Smith et al., 1997; Mühlberger et al., 2001) zeigen, dass die VRET effektiv ist, allerdings oft nicht ganz so erfolgreich wie die Konfrontation in vivo. Es gibt hingegen auch Berichte über Fälle, in denen die VRET kaum effektiv war, so eine Untersuchung an zwei Kindern, die auf Grund von Spinnenangst behandelt wurden (Nelissen, Muris und Merckelbach, 1995). Auch eine kontrollierte Studie zum Vergleich von VRET und Konfrontation in vivo an 28 Kindern mit Spinnenangst zeigte eine deutliche Überlegenheit der In-vivo-Bedingung (Dewis et al., 2001). VRET war in dieser Untersuchung nicht besser als die Warte-Kontrollgruppe. VRET kann also nicht generell empfohlen werden. Wichtig erscheint, dass der Transfer von der virtuellen zur realen Realität gelingt. Die VRET scheint somit nur sinnvoll und eine gute Alternative, wenn der Patient eine Konfrontation in vivo ablehnt oder wenn die Behandlung zu teuer ist.

### 4.3 Kontraindikationen

Es gibt ausgesprochen wenig Kontraindikationen bei der Konfrontationsbehandlung. Eine Konfrontation *in vivo* sollte nicht durchgeführt werden, wenn ein medizinisches Krankheitsbild keine physiologische Erregung erlaubt (z. B. eine ernsthafte Herzerkrankung). Dann müssen andere Techniken eingesetzt werden. Hier kann ganz besonders die Angewandte Entspannung (Öst, 1987b), empfohlen werden, ihre Wirksamkeit für Angststörungen ist gut nachgewiesen (Öst, 1993; Arnzt, 2003), und die physiologische Belastung ist deutlich geringer. Ein ähnliches Problem stellen Psychosen in der Vorgeschichte dar. Da Konfrontationsbehandlungen recht belastend sind, können sie psychotische Episoden evtl. auslösen. Hat der Patient also in der Anamnese Psychosen, z. B. eine Schizophrenie, berichtet, sollte evtl. auf eine Konfrontation verzichtet werden, zumindest sollte dann graduiert vorgegangen werden. Aber auch hier kann die Angewandte Entspannung eine sinnvolle Alternative sein.

Ein anderes Problem kann die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen darstellen. Wenn mehrere Störungen behandelt werden, ist es besonders wichtig, die Therapierationale aufeinander abzustimmen. Nicht selten finden sich implizite Widersprüche zwischen den verschiedenen Behandlungsansätzen, die einen Therapieerfolg gefährden. So ist beispielsweise die Kombination von Konfrontation mit einem Entspannungstraining nicht unproblematisch. Dem Entspannungstraining liegt eher die Idee der Schonung oder – handelt es sich um Angewandte Entspannung – auch der aktiven Bekämpfung der Angst zu Grunde. Angst soll also eher vermieden werden. Bei der Konfrontation geht das zu Grunde liegende Rational davon aus, dass Angst nicht bekämpft, sondern „lediglich“ ausgehalten werden muss und dass Angst von „alleine“ geht, wenn sie zugelassen wird. Werden daher beide Interventionen gemeinsam eingesetzt, kommt es zu impliziten Widersprüchen, die die Patienten verwirren können und den Behandlungserfolg gefährden.

## 5 Wirkungsweise und empirische Erfolgskontrolle

Es wird übereinstimmend festgestellt, dass die Konfrontation *in vivo* zur Behandlung der verschiedenen Spezifischen Phobien seit Jahrzehnten gut erprobt und ausgesprochen erfolgreich ist (Chambless & Gillis, 1993; Craske & Rowe, 1997; Öst, Ferebee & Furmark, 1997b; Barlow, 1988). So zeigt eine Studie von Bandura (1969), dass die Behandlung einer Tierphobie mit Modelllernen und Konfrontation bei 42 % der Patienten Erfolg zeigte. Die hier vorgestellten Ansätze von Öst mit einer längeren Konfrontationssitzung, die auch diese beiden Elemente vereinen, zeigen Erfolgsraten von 71 bis 80 %, die auch langfristig stabil bleiben (Hellström & Öst, 1996). Nach einer Konfrontationstherapie unterzogen sich ca. 78 % der behandelten Patienten einer zahnärztlichen Behandlung (Berggren & Linde, 1984), und bei einer Behandlung der Blutphobien mit Angewandter Anspannung und Konfrontation konnten 90 % erfolgreich an einem Verhaltenstest teilnehmen. Für die meisten Spezifischen Phobien liegen kontrollierte Studien vor, die eine beeindruckende und stabile Effektivität der Konfrontation *in vivo* belegen (zur Übersicht siehe auch Öst, 1996). Auch die Zahl der Abbrecher (0 %) und der Verweigerer (1,9 %) ist bei Öst (1996) sehr gering.

Da die Erfolge der Konfrontation in vivo so gut belegt sind, wenden sich die Wissenschaftler eher Fragen zu, wie die Behandlung besonders effektiv gestaltet werden kann, welche Therapieelemente enthalten sein sollten und wie ein Rückfall oder der sogenannte „Return of Fear“ (ROF: Rückkehr der Angst) möglichst verhindert werden kann. Mittlerweile ist deutlich geworden, dass die Therapie sehr kurz sein kann und immer Konfrontation in vivo enthalten sollte (Öst, 1996). Bei Tierphobien hat sich die Kombination mit Modelllernen gut bewährt (Öst, 1996), bei Spritzen- und Verletzungssphobien mit der Angewandten Anspannung (Öst & Sterner, 1987). Ob die Therapien im Gruppen- oder Einzelformat durchgeführt werden, scheint in Bezug auf die Effektivität keinen Unterschied zu machen (Öst, 1996). Eine noch offene Frage ist, ob eher ein zeitlich massiertes Vorgehen (eine längere Sitzung der Konfrontation) oder ein verteiltes Vorgehen (über mehrere Sitzungen) gewählt werden sollte. Studien fanden hier keine bedeutsamen Unterschiede (Grey, Rachman & Sartory, 1981; Chambless, 1990). Aber es gibt Hinweise, dass das verteilte Vorgehen zu weniger Rückfällen führt (Rowe & Craske, 1998a).

Zusammengefasst muss gesagt werden, dass es nicht leicht ist, reliable Faktoren für den „Return of Fear“ zu bestimmen (Rodrigues et al., 1999). Aber in Tierexperimenten konnte gezeigt werden, dass, wenn Reize in einer Umgebung gelöscht werden, diese Reize in einer neuen Umgebung erneut Angst auslösen können (Bouton, 1988, 1993). Bei Menschen scheint sich Ähnliches zu zeigen – wechselt der Kontext der Reize, ist der „Return of Fear“ wahrscheinlicher (Rodrigues et al., 1999; Rowe & Craske, 1998b). Rowe und Craske (1998b) untersuchten 36 Personen mit starker Spinnenangst. Diese wurde nach dem Manual von Öst behandelt, d.h. eine Vorbereitungssitzung und dann eine maximal 2-stündige Konfrontationssitzung mit Modelllernen. Vor der Therapie nahmen die Personen an einem Verhaltenstest (BAT, Behavioral Assessment Test) teil, sie wurden in einen von zwei möglichen Räumen geführt. Ihre Aufgabe war, so schnell und nah wie möglich an eine Vogelspinne in ihrer oben offenen Box zu treten und wenn möglich die Spinne oder die Box zu berühren. Es wurde gemessen, wie gut die Aufgabe erledigt wurde, zudem schätzten die Personen ihre Angst während der Aufgabe ein. Dann wurde die Therapie durchgeführt. Ziel war, eine Vogelspinne innerhalb 1,5 Stunden auf die Hand zu nehmen, wer dies nicht schaffte, wurde als Behandlungsmisserfolg gezählt. Nach der Therapie wurde erneut der BAT im Behandlungszimmer durchgeführt. Eine Woche später wurde ein dritter BAT durchgeführt, entweder im schon bekannten Behandlungszimmer oder aber in einem unbekanntem Zimmer. Die Behandlung war hoch-effektiv, und die Angstratings bei den BATs fielen von durchschnittlich 85 auf 10 (auf einer Skala von 0 = „keine Angst“ bis 100 = „maximale Angst“) direkt nach der Therapie. Für die Gruppe, die den letzten BAT im gleichen Kontext hatte wie die beiden BATs zuvor, blieben die Ratings auf demselben niedrigen Niveau. Wurde der Kontext geändert (der BAT fand in einem anderen Raum statt), stiegen die Ratings leicht an – auf ca. 20. Dies deutet darauf hin, dass der Kontext einen Einfluss auf Rückfälle haben könnte, allerdings zeigt die Studie auch, dass die Kontext-Einflüsse sehr gering waren, und insgesamt dem Erfolg der Behandlung kaum schaden konnten. Für die Therapie bedeutet es, dass die Übungen möglichst in unterschiedlichen Kontexten mit möglichst vielen Reizen durchgeführt werden sollten.

#### **Fazit:**

Die Konfrontation in vivo ist die Intervention der Wahl bei der Behandlung der Spezifischen Phobien. Bei Kontraindikation können ggf. Konfrontation in sensu, Angewandte Entspannung oder VRET Alternativen sein. Die Konfrontation in vivo kann durch

Modelllernen, Angewandte Anspannung und verschiedene kognitive Techniken sinnvoll ergänzt werden. Die Behandlungen benötigen oft nur 7 bis 10 Stunden und können sowohl im Einzel- als auch im Gruppenformat durchgeführt werden. Die Erfolge können stabil gehalten werden, wenn die Konfrontationsübungen in möglichst unterschiedlichen Kontexten und zeitlich etwas verteilt durchgeführt werden.

Wichtige Voraussetzung für den Therapieerfolg ist eine tragfähige und vertrauensvolle Patient-Therapeut-Beziehung. Eine gute kognitive Vorbereitung des Patienten auf die Behandlung ist unerlässlich. Im Zentrum steht die Identifizierung der katastrophalen Annahmen des Patienten. Diese können gut anhand verschiedener Angstkurven und Gedankenexperimente eruiert werden. Der Patient muss das Vorgehen nachvollziehen und verstehen, sonst wird er der Behandlung nicht zustimmen oder nicht wirklich mitarbeiten können. Der Therapeut sollte den Einwänden und Bedenken des Patienten genügend Raum geben, so dass sich der Patient mit der Therapie wirklich einverstanden erklären kann. Während der Konfrontationsübungen muss der Therapeut den Patienten unterstützen, sich auf seine Ängste zu konzentrieren. Wichtig ist auch, dass er dem Patienten die Kontrolle überlässt, die Übung durchzuführen und Schritt für Schritt fortzuschreiten. Damit die Erfolge stabil bleiben, ist es erforderlich, dass der Patient weiter übt und sich konfrontiert. Die Übungen müssen sorgfältig vorbereitet werden. Der Patient sollte auf die Möglichkeit hingewiesen werden, dass immer mal wieder Angst auftreten wird, aber dass ein Rückschlag noch kein Rückfall ist. Die Konfrontation in vivo ist sehr erfolgreich – bei ca. 80% der Patienten stellt sich eine Verbesserung ein, und nur wenige erleben Rückfälle.

## Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research Therapy*, 41, 633-646.
- Bandura, A. (1969). Modelling approaches to the modification of phobic disorders. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 6(1), 201-223.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press.
- Becker, E. S. & Schneider, S. (1998). Die Konfrontationsbehandlung einer Spezifischen Phobie vor dem Verschlucken. *Verhaltenstherapie*, 8, 50-56.
- Becker, E. S., Türke, V., Neumer, S., Krause, P. & Margraf, J. (submitted). Specific phobias and specific fears in young women: prevalence and correlates. *Journal of Anxiety Disorder*.
- Berggren, U. & Linde, A. (1984). Dental fear and avoidance: a comparison of two modes of treatment. *Journal of Dental Research*, 63, 1223-1227.
- Bienvenu, O. J. & Eaton, W. W. (1998). The epidemiology of blood-injection-injury phobia. *Psychological Medicine*, 28, 1129-1136.
- Bishop, L. C. & Riley, W. T. (1988). The psychiatric management of the globus syndrom. *General Hospital Psychiatry*, 10, 214-219.
- Bleuler, M. (1916). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Botella, C., Banos, R. M., Perpina, C., Villa, H., Alcaniz, M. & Rey, A. (1998). Virtual reality treatment of claustrophobia: a case report. *Behaviour Research & Therapy*, 36 (2), 239-246.

- Bouton, M. (1988). Context and ambiguity in the extinction of emotional learning: implications for exposure therapy. *Behaviour Research & Therapy*, 26, 137-149.
- Bouton, M. (1993). Context, time, and memory retrieval in the interference paradigms of Pavlovian learning. *Psychological Bulletin*, 114 (1), 80-99.
- Brown, T. A., Schwartz, J. M., Summergard, P. & Jenike, M. A. (1986). Globus hystericus syndrome responsive to antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 143, 917-918.
- Carlin, A. S., Hoffman, H. G. & Weghorst, S. (1997). Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 153-158.
- Chambless, D. L. (1990). Spacing of exposure sessions in treatment of agoraphobia and simple phobia. *Behavior Therapy*, 21, 217-229.
- Chambless, D. L. & Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Craske, M. & Rowe, M. (1997). A comparison of cognitive and behavioral treatment of phobias. In G. Davey (Ed.), *Phobias: Description, Treatment and Theory*. Wiley Series on Chemical Psychology. New York: Wiley.
- Dewis, L. M., Kirkby, K. C., Martin, F., Daniels, B. A., Gilroy, L. J. & Menzies, R. G. (2001). Computer-aided vicarious exposure versus live graded exposure for spider phobia in children. *Journal of Behavior Therapie and Experimental Psychiatry*, 32, 17-27.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 (2), 221-231.
- Figgenbaum, W. (1986). *Agoraphobie: Theoretische Konzepte und Behandlungsmethoden*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- 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.
- Glanz, K., Durlach, N. I., Barnett, R. C. & Aviles, W. A. (1996). Virtual Reality (VR) for psychotherapy: from the physical to the social environment. *Psychotherapie*, 33, 464-473.
- Güntürkün, O. (2000). Evolution der Angst. In G. Lazarus-Mainka & S. Siebeneick (Hrsg.), *Angst und Ängstlichkeit* (S. 90-106). Göttingen: Hogrefe.
- Grey, S., Rachman, S. & Sartory, G. (1981). Return of fear: the role of inhibition. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 135-143.
- Hand, I. (1993). Expositionsbehandlung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Hellström, K. & Öst, L.-G. (1996). Prediction of outcome in the treatment of specific phobia. A cross validation study. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (5/6), 403-411.
- Hoyer, J., Jacobi, F. & Leibing, E. (2003). Gesprächsführung in der Verhaltenstherapie. In W. Hiller & E. Leibing (Hrsg.), *Verhaltenstherapie (Lehrbuch der Psychotherapie, Band 2)*. München: CIP-Medien.
- Hoyer, J. & Margraf, J. (2003). *Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren*. Berlin: Springer.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. & Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- Klein, D. F. (1987). Globus hystericus and panic attacks (letter to the editor). *American Journal of Psychiatry*, 144, 390-391.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H.-U., McGonagle, K. A. & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Maltby, N., Kirsch, I., Mayers, M. & Allen, G. J. (2002). Virtual Reality Exposure Therapy for the treatment of fear of flying: a controlled investigation. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 70 (5), 1112-1118.

- Margraf, J. & Schneider, S. (1989). *Panik; Angstanfälle und ihre Behandlung*. Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (1994). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS)*. Berlin: Springer.
- Marks, I. M. (1987a). *Fears, phobias, and rituals*. New York: Oxford University.
- Marks, I. M. (1987b). The development of normal fear: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 667-697.
- Mersky, H. & Mersky, S. J. (1993). Hysteria, or 'suffocation of the mother'. *Canadian Medical Association Journal*, 148, 381-382.
- Mühlberger, A., Herrmann, M. J., Wiedemann, G., Ellgring, H. & Pauli, P. (2001). Repeated exposure of flight phobics to flights in virtual reality. *Behaviour Research & Therapy*, 39, 1033-1050.
- Nelissen, I., Muris, P. & Merckelbach, H. (1995). Computerized exposure and in vivo exposure treatments of spider fear in children: two case reports. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 26 (2), 153-156.
- Öst, L.-G. (1987a). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96 (3), 223-229.
- Öst, L.-G. (1987b). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 397-409.
- Öst, L.-G. (1993). Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 383-394.
- Öst, L.-G. (1996). Spezifische Phobien. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Bd. 2. Berlin: Springer.
- Öst, L.-G. (1997). *Manual for the 1-session treatment of specific phobias*. Unpublished manuscript. Stockholm University: Department of Psychology.
- Öst, L.-G., Brandberg, M. & Alm, T. (1997). One vs. five-sessions of exposure treatment of flying phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 987-996.
- Öst, L.-G., Ferebee, I. & Furmark, T. (1997). One session group therapy of spider phobia: direct versus indirect treatments. *Behavior Research and Therapy*, 35 (8), 721-732.
- Öst, L.-G. & Sterner, U. (1987). Applied tension. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25-29.
- Regier, D. A., Rae, D. S., Narrow, W. E., Kaelber, C. T. & Schatzberg, A. F. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173, 24-28.
- Reinecker, H. (1993). *Phobien: Agoraphobie, soziale und spezifische Ängste*. Göttingen: Hogrefe.
- Rinck, M., Becker, E. S. & Pössel P. (2003). Fragebogen zur Angst vor Spinnen (FAS). In J. Hoyer & J. Margraf (Hrsg.), *Angst-Diagnostik: Grundlagen und Testverfahren* (S. 435-438). Berlin: Springer.
- Ritter, B. (1969). The use of contact desensitization, demonstration-plus-participation and demonstration-alone in the treatment of acrophobia. *Behaviour Research & Therapy*, 7 (2), 157-164.
- Rodriguez, B. I., Craske, M., Mineka, S. & Hladek, D. (1999). Context-specificity of relapse: effects of therapist and environmental context on return of fear. *Behaviour Research & Therapy*, 37 (9), 845-862.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Kooper, R., Opdyke, D., Williford, J. S. & North, M. (1995). Effectiveness of computer generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. *American Journal of Psychiatry*, 152, 626-628.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Smith, S., Lee, J. H. & Price, L. (2000). A controlled study of virtual reality exposure therapy for the fear of flying. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68 (6), 1020-1026.

- Rowe, M. K. & Craske, M. G. (1998a). Effects of varied-stimulus exposure training on fear reduction and return of fear. *Behaviour Research & Therapy*, 36 (7-8), 719-734.
- Rowe, M. K. & Craske, M. G. (1998b). Effects of an expanding-spaced vs massed exposure schedule on fear reduction and return of fear. *Behaviour Research & Therapy*, 36 (7-8), 701-717.
- Sarlo, M., Palomba, D., Angrilli, A. & Stegagno, L. (2002). Blood phobia and spider phobia: two specific phobias with different autonomic cardiac modulations. *Biological Psychology*, 60, 91-108.
- Shorter, E. (1994). *Moderne Leiden*. Reinbek: Rowohlt.
- Smith, K. L., Kirkby, K. C., Montgomery, G. & Daniels, B. A. (1997). Computer-delivered modelling of exposure for spider phobia: relevant versus irrelevant exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 11 (5), 489-497.
- Stacher, G. (1983). Schlucken und Psyche. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 8: 95 (14), 502-511.
- Starcevic, V. & Bogojevic, G. (1997). Comorbidity of panic disorders with agoraphobia and specific phobia: relationship with the subtypes of specific phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 38 (6), 315-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders. A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Weltgesundheitsorganisation. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10*. Bern: Huber.
- Wittchen, H.-U., Nelson, C. B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.