

Diagnostische Kriterien der Spezifischen Phobie nach DSM-5 (F40.2x)

A	Ausgeprägte Angst vor einem Objekt oder einer Situation
B	Enge Stimulus-Reaktions-Verbindung: Die phobischen Objekte/Situationen rufen immer oder fast immer eine sofortige Angstreaktion hervor
C	Konsequenzen: Vermeidungsverhalten oder Aushalten der Situation unter starker Angst
D	Angst unverhältnismäßig in Relation zur tatsächlichen Bedrohung
E	Angst persistiert (typischerweise ≥ 6 Monate)
F	Schweregrad: Leiden oder Beeinträchtigungen
G	Nicht besser durch eine andere Störung erklärbar

Typen der Spezifischen Phobie

- Tiere (z.B. Spinnen, Insekten, Hunde)
- Natürliche Umgebung (z.B. Höhen, Stürme, Wasser)
- Blut-Injektionen-Verletzungen
- Situativ (z. B. Flugzeuge, Aufzüge; geschlossene Räume)
- Andere

Spezifische Phobie: Klinische Merkmale

- Vorkommen: Lebenszeitprävalenz 10,0% (ECA) bis 11,3% (NCS); Einjahresprävalenz 7-9% (Raten abhängig von Definition des Schweregrades)
Frauenanteil abhängig vom Typus: bei Tier- und naturbezogener Phobie 75-90%, bei Höhenphobie 55-70%, bei situationsbezogener Phobie 75-90%, bei Blut- bzw. Injektionsphobie 55-70%
- Onset: meist bereits in der Kindheit, manchmal auch Mitte des dritten Lebensjahrzehnts (zweigipflige Verteilung)
- Komorbidität: häufig mit anderen Angststörungen, v. a. Panikstörung mit Agoraphobie
- Prädisponierende Faktoren: bedrohliche Ereignisse (z. B. von einem Tier angefallen werden); häufige Warnungen überängstlicher Eltern

Diagnostische Verfahren bei spezifischen Phobien

Verfahren	Beschreibung	Zeitaufwand	
FSS III	Fear Survey Schedule (S) [Wolpe & Lang 1964; dt. Schulte 1976]	72 Items, 4 Subskalen: Soziale Situationen, Blut/Verletzungen, Tiere und speziell Insekten, agoraphobische Ängste	15-20 min.
CLQ	Claustrophobia Questionnaire (S) [Radomsky et al. 2001]	26 Items mit Subskalen Angst vor Erstickten und Angst vor räumlicher Einengung	5-10 min.
AES	Anxiety Expectancy Scale (S) [Gursky & Reiss 1987]; dt.: Angsterwartungsfragebogen bei Flugreisen [Mühlberger et al. 1996]	10 Items zu Flugphobien, Subskalen für Angsterwartung	5 min.
DES	Gefahrenerwartungsfragebogen bei Flugreisen (S) [Gursky & Reiss 1987; dt.: Mühlberger et al. 1996]	9 Items zu Flugphobien, Subskalen für Gefahrenerwartung	5 min.
SAS	Spinnenangstscreening (S) [Rinck et al. 2003]	4 Screeningitems (Spinnen, physiologische Erregung, Vermeidung, Belastung)	2 min.
SPF	Spinnenphobiefragebogen (S) [Watts & Sharrock 1984; dt. Becker & Rinck 2003]	43 Items, 3 Subskalen: Wachsamkeit, Fixierung und vermeidendes Coping	10 min.
SBQ	Spider Phobia Beliefs Questionnaire (S) [Arntz et al. 1993; dt. Pössel & Hautzinger 2003]	deutsche Version mit 43 Items; Differenzierung spinnen- und selbstbezogene Items	10 min.
TAF	Tunnelangstfragebogen (S) [Mühlberger & Pauli 2000]	11 Items, Situation vor, während und nach der Tunnelfahrt	5 min.
DAS	Dental Anxiety Scale (S) [Corah 1969; dt.: Ingersoll 1987]	4 Items (morgen zur Behandlung gehen, im Wartezimmer, Behandlungsstuhl, Bohrer)	2 min.
DFS	Dental Fear Survey (S) [Kleinknecht et al. 1973; dt. Tönnies et al. 2002]	20 Items zur Erwartungsangst/ Vermeidung, Behandlungssituation, physiologische Reaktionen	5-10 min.
S-DAI	Short Version of the Dental Anxiety Inventory (S) [Stouthart et al. 1994]	36 Items; 3 Facetten (Zeit, Situation, Reaktion)	10 min.

Diagnostische Kriterien der Agoraphobie nach DSM-5 (F40.00)

A	Angst vor oder Vermeidung von mindestens 2 der folgenden Situationen: (1) Öffentliche Transportmittel benutzen (z.B. Auto, Bus, Zug, Schiff, Flugzeug) (2) Auf offenen Plätzen sein (z.B. Parkplätze, Märkte, Brücken) (3) In geschlossenen öffentlichen Räumen sein (z.B. Läden, Theater, Kino) (4) Schlange stehen oder in einer Menschenmenge sein (5) Alleine außer Haus sein
B	Person befürchtet, dass Flucht schwierig oder keine Hilfe erreichbar sein könnte im Falle panikartiger oder anderer stark beeinträchtigender oder peinlicher Symptome
C	Enge Stimulus-Reaktions-Verbindung: Die agoraphobischen Situationen rufen immer oder fast immer eine Angstreaktion hervor
D	Mindestens 2 der folgenden Folgen: (1) Die Situationen werden aktiv vermieden (2) Die Situationen können nur mit einer Begleitperson aufgesucht werden (3) Die Situationen werden unter intensiver Angst durchgestanden
E	Angst unverhältnismäßig in Relation zur tatsächlichen Bedrohung
F	Dauer \geq 6 Monate
G	Schweregrad: Leiden oder Beeinträchtigungen
H	Nicht im Rahmen eines medizinischen Krankheitsfaktors
I	Nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärbar

Agoraphobie: Klinische Merkmale

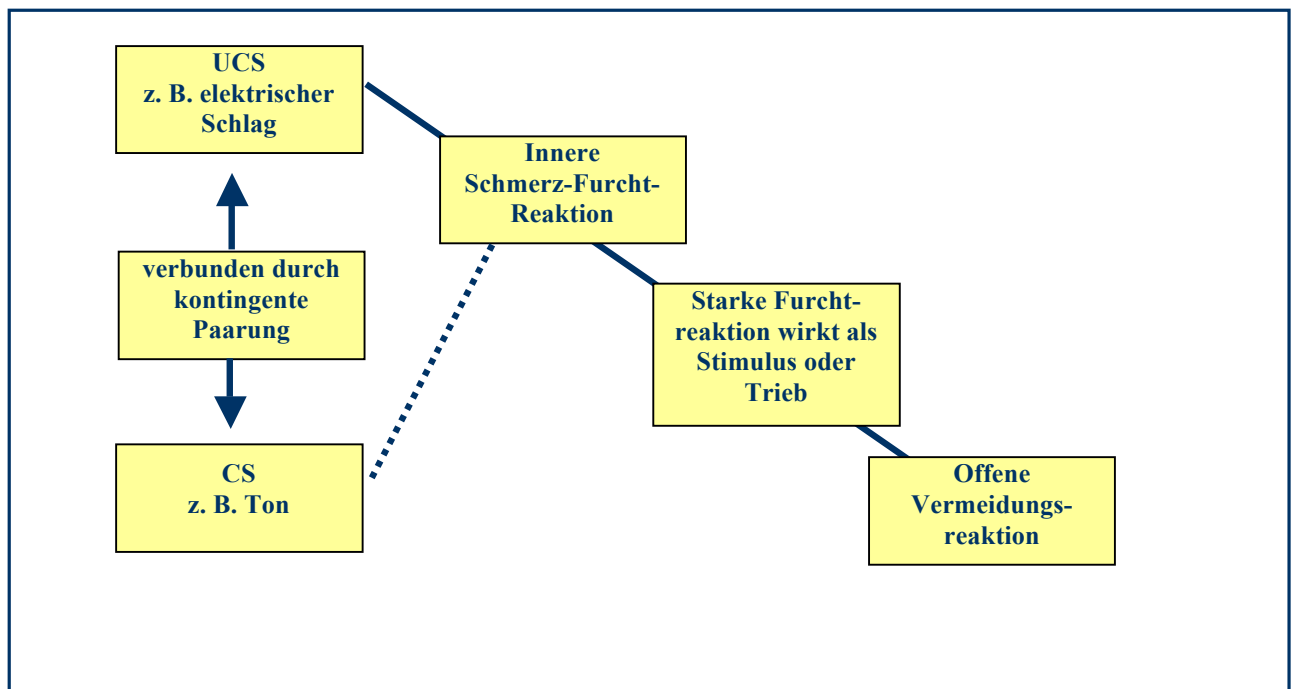
- ➔ **Vorkommen:** Lebenszeit-Prävalenz 5,2% (ECA) bis 5,3% (NCA); 1-Jahres-Prävalenz 2,8% (NCS); bei Frauen 2-4 mal häufiger
Typische Orte: Autofahren, öffentliche Verkehrsmittel, Fahrstühle, Schlange stehen, Kaufhäuser, Supermärkte, Kinos, Theater, Gaststätten, Alleinesein [“in der Falle sein” - trapped]
- ➔ **Onset:** später als bei spezifischen und sozialen Phobien, meist 25.-30. Lj., oft in Verbindung zu Belastungen und Lebensereignissen
(z.B. Krankheiten, Operationen, Ende einer Partnerbeziehung, finanzielle Probleme)
- ➔ **Prädispositionen:** keine empirischen Belege (z.B. Passivität, Schüchternheit, Abhängigkeit, prämorbid sexuelle Anpassung, überprotektives Verhalten der Mutter)

Erklärungsansätze für Phobien

- **Psychoanalytisch:**
 - Angsttheorien von Freud
- **Lernpsychologisch:**
 - 2-Faktoretheorie von Mowrer & Miller
 - Modell der biologischen Vorbereitung (Preparedness) nach Seligman (1970)
 - Andere lernpsychologische Ansätze

2-Faktorentheorie (Mowrer & Miller)

1. **Faktor:** Angstreaktion kann durch KK gelernt werden
2. **Faktor:** die entstandene Angst wirkt als Emotion, die Vermeidungsverhalten verstärken kann



Lernpsychologische Erklärungsmodelle der Phobie

Probleme:

1. Häufig ist bei Phobikern kein traumatisches Ereignis zu Beginn der Störung rekonstruierbar.
2. Die Phobie hat keinen angemessenen Bezug zur Häufigkeit und Bedeutung des phobischen Reiz im Lebenskontext der Person.
3. Phobien sind über alle Kulturen hinweg ähnlich häufig, unabhängig von der tatsächlichen Bedrohung durch den phobischen Reiz.

⇒ *Daher wird die 2-Faktoren-Theorie alleine nicht als ausreichend für die Erklärung von Phobien angesehen.*

Die 2-Faktoren-Theorie ist daher um weitere Komponenten erweitert worden ...

- Modelllernen und negative Erwartungen
- Preparedness
- Angstsensitivität
- Die Angst vor der Angst
- Bewältigung kindlicher Furchtdispositionen

Modelllernen und negative Erwartungen

↳ Beobachtung phobischen Verhaltens

- Experimente mit Rhesusaffen (z.B. Mineka & Cook, 1993).
- Gerull & Rapee (2002): Kleinkinder entwickelten Furcht- und Vermeidungsverhalten gegenüber Gummischlangen und -spinnen, wenn sie vorher einen ängstlichen Gesichtsausdruck der Mutter beim Kontakt mit diesen Gegenständen beobachtet hatten.

↳ Ankündigung/ Erwartung aversiver Folgen

- Zunahme der Flugphobien nach dem Anschlag des 11.09.2001.

Preparedness

Auf entwicklungsbiologisch vorbereitete Reize entwickeln sich Angstreaktionen leichter als auf andere Reize.

- Phobien entwickeln sich bevorzugt in Bezug auf „natürliche Bedrohungen“ wie gefährliche Tiere, Höhen, Wasser oder Naturgewalten, weniger auf technische Geräte.
- Diese Bedrohungen waren früher sehr bedeutsam und die Angstreaktionen von hohem Überlebenswert.

Angstsensitivität

Da sich bei vielen Phobikern in der Vergangenheit kein traumatisches angstauslösendes Ereignis finden lässt, wird vermutet ...

- ... dass hier vergleichsweise harmlose Ereignisse traumatisch verarbeitet wurden,
- ... dass ein Großteil der Betroffenen vor allem die Konsequenzen der Angst und nicht die phobische Situation an sich fürchtet.

Kognitive Aspekte der Angstsensitivität nach Becks Modell kognitiver Schemata (Beck et al., 1985):

- ... sich für besonders verletzlich und empfindlich halten,
- ... rasch Gefahren sehen und befürchten,
- ... bestimmte Situationen für besonders kritisch halten (z.B. enge Räume),
- ... Angstreaktionen als Zeichen körperlicher Schwäche bzw. schlechter Körperfunktion interpretieren.

Die Angst vor der Angst

Nach Goldstein & Chambless (1978) zwei verschiedene Formen der Phobie:

- Furcht vor der Situation an sich (einfach) ↔ Furcht vor der eigenen Angstreaktion (komplex).
- Bei der komplexen Phobie wird die potentielle interne Bedrohung (z.B. körperliche Überlastung) gegenüber der externen Bedrohung (z.B. Eingeschlossenheit in einer Menschenmenge) überbewertet (vgl. auch das Attributionsmodell von Mathews et al., 1981).

Bewältigung kindlicher Furchtdispositionen

Nach Poulton & Menzies (2002) können Phobien entstehen, wenn Kinder nicht die Erfahrung machen, ihre dispositionellen Ängste bewältigen zu können.

Prospektive Längsschnittstudie in Neuseeland (Dunedin-Studie):

- Personen mit ernsthaften Stürzen vor dem 9. Lj. (von Treppen, Leitern, Bäumen, usw.) entwickelten später seltener Höhenphobien.
- Personen mit späterer Höhenangst hatten in ihrer Kindheit weniger Erfahrungen mit Höhen gemacht (waren weniger häufig auf Bäume geklettert oder hatten seltener auf Klettergerüsten gespielt).

Retrospektiv erinnerte Ursachen von Phobien

Ergebnisse mit dem Phobic Origins Questionnaire (POQ; Öst & Hugdahl, 1981), basierend auf retrospektiv befragten erwachsenen Patienten, Kindern und deren Eltern.

Art des Erwerbs	Tier-Typus	Blut-/Spritzen-/Verletzungstypus	Situativer Typus	Umwelt-Typus (Höhen)
Direkte Konditionierung	56%	51%	69%	12%
Beobachtungslernen	41%	18%	9%	16%
Lernen durch Information	23%	5%	10%	4%
Keine Erinnerung oder Erklärung	11%	25%	12%	13%
Furcht war schon immer da				39%

Behandlungsansätze der Phobie

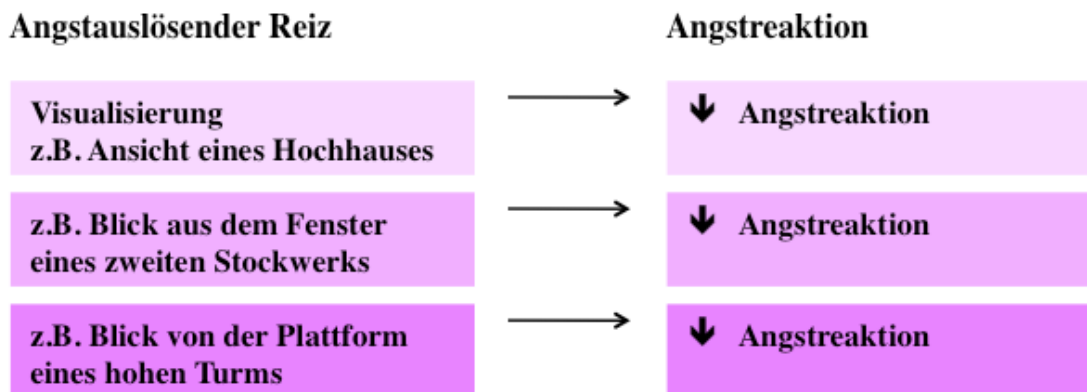
1. Systematische Desensibilisierung
2. Reizkonfrontation in sensu
3. Reizkonfrontation in vivo

Systematische Desensibilisierung

- Geht zurück auf das Prinzip der reziproken Hemmung (Wolpe, 1958).
- Danach gibt es gegenseitig inkompatible Verhaltensweisen, die einander hemmen (z.B. Angst und Nahrungsaufnahme).
- Wird in Gegenwart eines furchtauslösenden Reizes ein zur Furcht antagonistisches Verhalten gezeigt, so kommt es zu einer Hemmung der Angstreaktion (nach Wolpe: konditionierte Hemmung).



1. Schritt: Erstellung einer Angsthierarchie
2. Schritt: Erlernen eines Entspannungsverfahrens
3. Schritt: Imagination angstauslösender Reize unter Entspannung



Kritik der systematischen Desensibilisierung

- Studie von Lang et al. (1970) mit 9 Tierphobikern: Je höher die Herzratensteigerung während der Konfrontation, desto besser der Therapieerfolg ($r = 0,77$).
- Hamm (2006): Trainiert ein Phobiker, vegetative Reaktionsanteile während der Konfrontation zu aktivieren, so ist das für den Therapieerfolg günstiger als deren Hemmung.

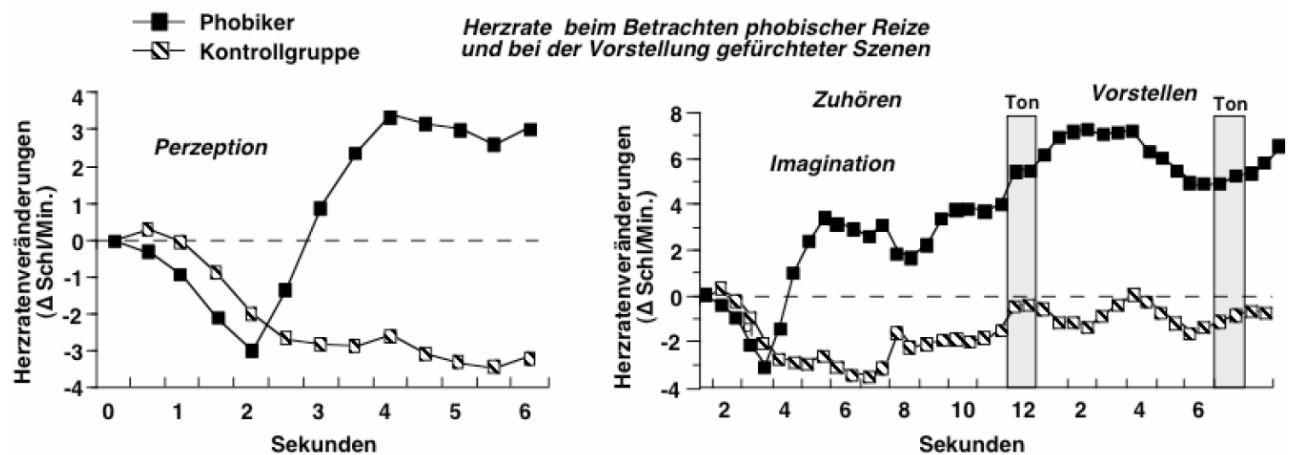
=> Die konditionierte Hemmung scheint also nicht der entscheidende Veränderungsmechanismus zu sein!

Konfrontation in sensu

- ❖ Es muss eine ausreichend intensive vegetative Angstreaktion erzeugt werden, um Habituation/Extinktion/ kognitive Umstrukturierung zu ermöglichen.
- ❖ Imaginationsskripte müssen so konstruiert sein, dass vegetative Veränderungen ausgelöst werden.
- ❖ Die Skripte müssen enthalten:
 - (a) Beschreibung der Szene (semantische Ebene)
 - (b) Reizeigenschaften (sensorische Ebene)
 - (c) eigene Reaktionsanteile (motorische Ebene).

Beispielskript Dentalphobie (aus Hamm, 2006)

„Sie sitzen in einem Zahnarztstuhl und warten auf Ihre Untersuchung. Sie blicken im Raum umher und sehen eine Reihe nadelähnlicher Instrumente vor sich, die für Sie bereitgelegt sind. Sie verspannen sich mehr und mehr, als das durchdringende Heulen eines Bohrers mit hoher Umdrehungszahl quer durch den Korridor in den Raum hallt. Schweiß tropft von Ihren Achseln, als der Zahnarzt hereinkommt, sich die Hände wäscht, einen spitz gebogenen Haken nimmt und diesen zu Ihrem Kiefer führt. Ihr Herz rast, als die kalte Stahlspitze an Ihren Zähnen kratzt und der Zahnarzt nach weichen Stellen am Rande des Zahnfleisches und in den Spalten der Zahnkronen sucht.“



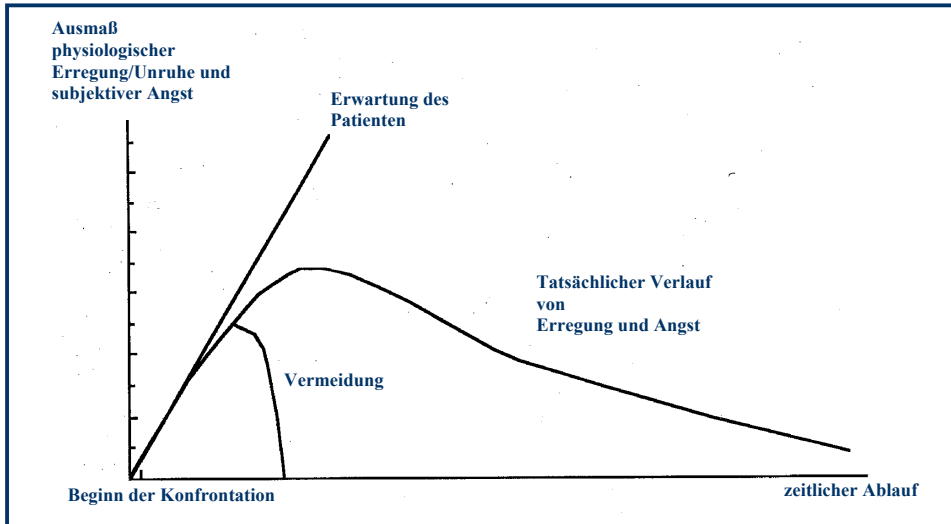
(nach Hamm et al., 2006).

Konfrontation in vivo

- ❖ Es erfolgt eine Reizkonfrontation mit der angstausslösenden Situation oder dem Objekt in der Realität.
- ❖ Nach Hamm (2006) hat sich für viele Phobien eine Expositionsdauer von 2-3 Stunden innerhalb einer Therapiesitzung als sehr effektiv erwiesen; die Person muss so lange in der Situation verweilen, bis die Angstreaktion schwächer wird.
- ❖ Jede Reizkonfrontationsbehandlung besteht aus 3 Phasen:
 - (1) Kognitive Vorbereitung
 - (2) Exposition
 - (3) Maßnahmen zur Aufrechterhaltung

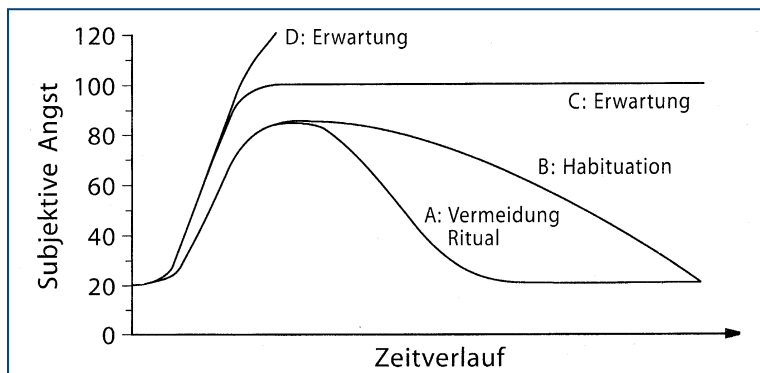
Vorbereitung auf die Exposition

- Dem Pat. wird ein Erklärungsmodell vermittelt, zugeschnitten auf seine individuellen Symptome, Verhaltensweisen, Befürchtungen und Erklärungsschemata.
- Erarbeitung eines Veränderungsmodells (Implikationen für die Therapie werden abgeleitet).
- Besprechung des erwarteten und realistischen Verlaufs der Angst (s. Kurven).

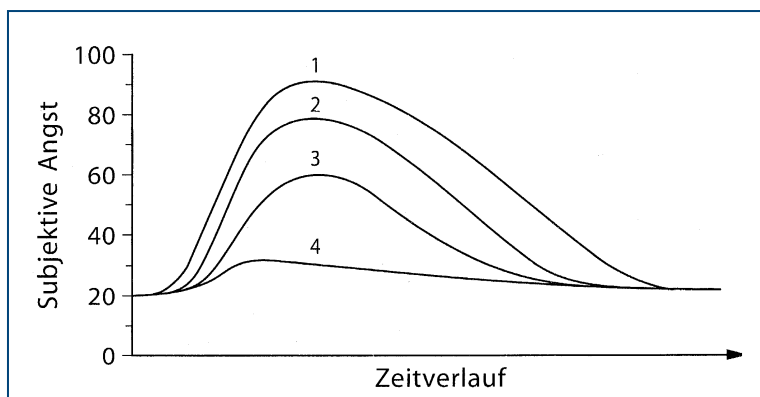


Zeitlicher Verlauf von Angst und Unruhe bei der Konfrontation und Vermeidung der Situation (nach Reinecker 1994)

Verlauf von Angst bzw. Erregung bei der Konfrontation mit Angstreizen. Typisch ist der rasche Anstieg und der langsame Abfall der Angst (nach Margraf 1996)



A: Vermeidungsverhalten (keine spontane Angstreaktion)
B: normale Habituation
C und D: Vom Patienten befürchtete Verläufe („unendliche Angst“)



Verläufe bei therapeutischer Konfrontation mit zunehmender Abflachung der Angstintensität

4 Regeln zur Durchführung einer Exposition

1. Der Patient stimmt zu, so lange in der Situation zu bleiben, bis die Angst nachlässt. Er verpflichtet sich zudem, während der Behandlung nicht zu flüchten.
2. Der Patient wird ermutigt, sich der gefürchteten Situation (dem Objekt) soweit wie möglich anzunähern und in dieser Situation so lange zu bleiben, bis die Angst nachlässt.
3. Wenn die Angst nachlässt, nähert sich der Patient der Situation (dem Objekt) noch weiter an und bleibt auch in dieser Situation, bis die Angst wieder weiter nachlässt.
4. Die Konfrontation wird erst dann beendet, wenn das Angstniveau auf mindestens 50% des höchsten Niveaus abgesunken oder ganz verschwunden ist.

(nach Hamm, 2006)

Weitere Anleitungen für die Exposition

- ❖ Die Exposition hat den Charakter von Teamarbeit; der Therapeut ist kein „Gegner“ oder „Peiniger“.
- ❖ Therapeut hat auch Modellfunktion (fasst z.B. Spinne als Erster an und gibt sie dann dem Patienten).
- ❖ Übungsabschnitte beginnen nicht unerwartet, sondern erst, wenn der Patient ausdrücklich zugestimmt hat.
- ❖ Vermeidungsverhalten (auch kognitiv) muss verhindert werden.
- ❖ Der Therapeut darf sich nicht auf ablenkende Gespräche einlassen.
- ❖ Der Patient muss angeleitet werden, seine Aufmerksamkeit ganz auf die auslösenden Reize richten, Gefühle zulassen, ängstigende Gedanken auszusprechen.
- ❖ Dazu sollten die symptomauslösenden Reize und damit verbundenen Gedanken und Gefühle durch den Patienten genau beschrieben werden.

Beispiel für eine Expositionstherapie der Agoraphobie (meist im Kliniksetting)

Tag 1:

- Autofahrt zu einer Bergbahn
- 3 Berg- und Talfahrten in der Gondeln
- Autofahrt in eine Stadt zu einer großen Waschanlage, 5x im Auto durch die Waschanlage fahren
- Zugfahrt nach München
- Weiterfahrt innerhalb der Stadt mit U-/S-Bahn nach vorgegebener Route
- Besuch eines überfüllten Kaufhauses
- Besteigung des Alten Peter (Turm mit enger Aussichtsplattform), Verweilen 3x 10 min. auf der Plattform
- Abendessen in überfülltem Restaurant
- Übernachtung alleine im Hotel

Tag 2:

- Besuch der Hotelsauna und Sonnenbank
- U-Bahnfahrt zur Innenstadt, Bummel durch die Fußgängerzone
- Mittagessen in einem Kaufhausrestaurant
- Fahrt zum Olympiazentrum
- Liftfahrt zur Aussichtsplattform des Olympiaturms
- weitere U-/S-Bahnfahrten
- Zugfahrt zurück
- Abendessen in überfüllter Kneipe

Maßnahmen zur Aufrechterhaltung

Damit Veränderungen langfristig stabil bleiben:

- I Eigenverantwortliches Weiterarbeiten des Patienten.
- I Während der Intensivphase zunehmend Übungen alleine durchführen

Selbstexposition vorbereiten:

- I Welche Situation konkret ...
- I Wie lange ...
- I Wie häufig ...
- I Was bei Flucht- und Vermeidungstendenzen hilfreich ist ...
- I Worauf besonders achten ist ...

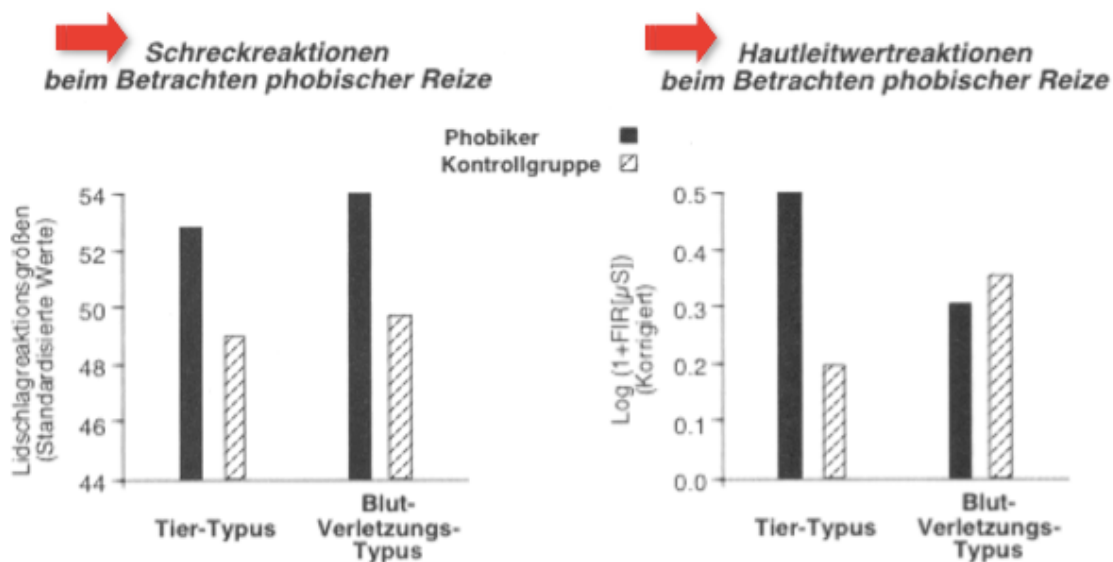
Der Therapeut zieht sich immer mehr zurück.

Welches sind die Wirkmechanismen?

- Habituation = Abklingen der vegetativen Angstreaktion
(↓ Intensität, ↑ Latenz, ↓ Wahrscheinlichkeit).
Nach dem Zwei-Prozess-Modell der Habituation von Groves & Thompson (1970) erfolgt Habituation umso schneller, (a) je höher das tonische Erregungsniveau des Organismus ist, (b) je intensiver und öfter die Reize wiederholt werden.
 - Extinktion durch aktive Hemmung = bewusster Verzicht auf Vermeidungsverhalten.
 - ↑ Selbstwirksamkeitserleben und Kontrollüberzeugung (veränderte Wahrnehmung und Bewertung des angstauslösenden Reizes und positivere Einschätzung der eigenen Copingstrategien).
-

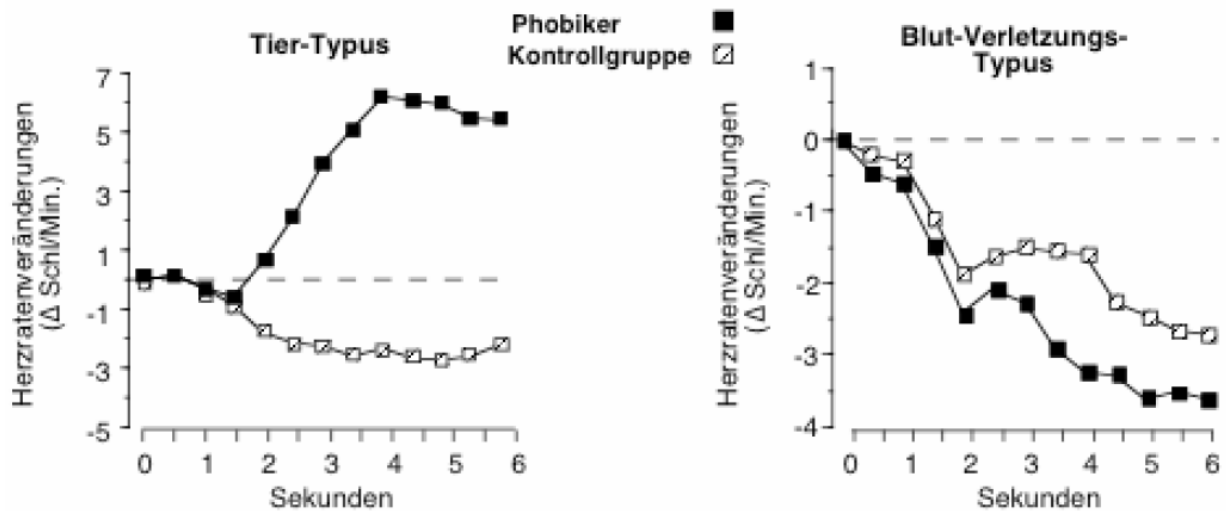
Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie: Spezielle Behandlungsansätze

➡ Besonderheit: ... können mit Ohnmachtsanfall einhergehen, da es bei diesen Phobien zu einem Abfall des Blutdrucks und einem Rückgang der Herzrate kommen kann.

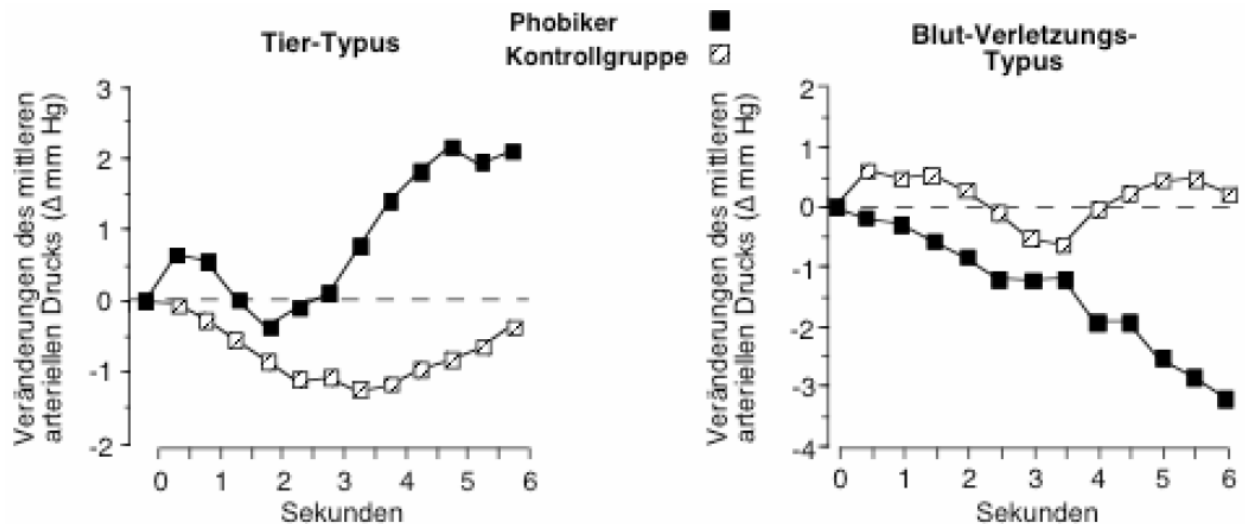


Physiologische Reaktionen beim Betrachten von phobischen Reizen bei Phobikern vom Tier- sowie vom Blut- und Verletzungstypus im Vergleich zu Kontrollpersonen (nach Hamm et al. 2006).

Herzrate beim Betrachten phobischer Reize



Blutdruck beim Betrachten phobischer Reize



Physiologische Reaktionen beim Betrachten von phobischen Reizen bei Phobikern vom Tier- sowie vom Blut- und Verletzungstypus im Vergleich zu Kontrollpersonen (nach Hamm et al. 2006).

Behandlung der Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie

Applied-Tension-Technik (Öst 1996): Es werden Strategien zum Umgang mit Ohnmachtsanfällen vermittelt (physiologische Gegenregulation).

- ➔ Pat. erlernt Anspannungstechnik (Arme, Brust und Beine werden 15-20 Sek. angespannt)
- ➔ Pat. wird mit Dias konfrontiert, die Ohnmachtsanfälle auslösen können; bei ersten Ohnmachtsanzeichen (z.B. kalter Schweiß, Ohrensausen, Übelkeitsgefühl) soll die Anspannungstechnik angewandt werden
- ➔ Transfer in reale Situationen

Wirksamkeit der Expositionstherapie bei spezifischen Phobien

- ❖ Effektivität durch viele Studien gut belegt.
- ❖ Öst (2000): Bei 19 von 21 publizierten RCTs waren die behandelten PG signifikant stärker gebessert als die nicht-behandelten KG.
- ❖ Massierte Konfrontation in vivo besser als Konfrontation mit graduierem Vorgehen oder in sensu, auch besser systematische Desensibilisierung [Studie von Fiegenbaum (1988): von 104 behandelten Agoraphobikern 78% nach 5 Jahren noch beschwerdefrei].
- ❖ Allerdings geringere Akzeptanz der massierten Konfrontation (10-25% lehnen diese Methode ab) im Vergleich zum graduierem Vorgehen.

Intensive Reizkonfrontation in vivo und der Anteil der klinisch signifikant verbesserten Patienten (aus Hamm, 2006)

Art der Phobie	Behandlungsmethode	Klinisch gebessert	Behandlungsdauer
Schlangenphobie	Teilnehmendes Modelllernen	87%	1,9 Std.
Spinnenphobie	Exposition in vivo	89%	2,1 Std.
Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie	Exposition in vivo + angewandte Entspannung	80%	2,0 Std.
Klaustrophobie	Exposition in vivo	80%	3,0 Std.
Höhenphobie	Exposition in vivo	77%	3,5 Std.

Klinisch gebessert = Mittelwert minus 2 SDs

Implikationen für die Behandlung (nach Hamm, 2006, p.4)

„Therapeutische Ansätze, die ausschließlich im Sinne eines Stress-Management-Ansatzes auf eine Reduktion der Furchtintensität und vegetativen Erregung durch Entspannungsinduktion abzielen, sind für die Behandlung Spezifischer Phobien ungeeignet. Die Effektstärken liegen hier im Bereich der Wartelistenkontrollgruppe (Ruhmland & Margraf, 2001).“

Metaanalyse von Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers, Telch (2008)

Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis, *Clinical Psychology Review*, 2008, 28, 1021-1037.

- ⇒ Nur RCTs
- ⇒ Basis: 33 publizierte Studien im Zeitraum 1977 – 2004
- ⇒ 90 Behandlungen an insgesamt 1.193 Personen
- ⇒ Mittlere Behandlungsdauer 3,04 Sitzungen, in 46% der Studien nur eine Sitzung
- ⇒ Behandlungsformen: (a) Exposition, (b) Non-Exposition, (c) Placebo oder Warteliste (WL)
- ⇒ 82% der Studien evaluierten eine expositionsbasierte Therapie
- ⇒ 60% hatten eine Follow-up-Untersuchung

Ergebnisse:

- ⇒ Outcomemaße: B = Behavioral (Verhaltensmaße); Q = Questionnaire (subjektive Angaben); C = Composite (beide Maße verschmolzen)

1. Alle psychologische Therapien (Ex oder Non-Ex) versus WL

- 20 Studien eingeschlossen, bei 18 davon wurden Expositionen eingesetzt.
- Psychologische Behandlungen klar überlegen.
- Für die Prä-Post-Vergleiche Effektstärken zwischen den Gruppen von 1,02 (Q) bis 1,09 (B).
- Es lagen zu wenige Follow-up-Daten vor, um ausgewertet werden zu können.

2. Expositionstherapien (Ex) versus WL

- 18 Studien eingeschlossen.
- Ähnliche Effekte wie oben (für die Prä-Post-Vergleiche Effektstärken 1,00 – 1,16).

3. Non-Expositionstherapien (Non-Ex) versus WL

- 6 Studien eingeschlossen.
- Für die Prä-Post-Vergleiche Effektstärken zwischen den Gruppen zwischen 0,81 (B) bis 1,07 (Q).
- Daher Hinweis, dass Nicht-Expositionstherapien eingesetzt werden können bei Personen, die nicht bereit sind, sich auf eine Expositionstherapie einzulassen.

4. Direkte Intrastudienvergleiche Ex versus Non-Ex

- 10 Studien eingeschlossen, davon 7 mit Follow-up-Daten.
- Für die Prä-Post-Vergleiche Effektstärken zwischen den Gruppen in der Größenordnung 0,44 (C) bis 0,51 (Q) zugunsten Ex; d.h. Ex klar überlegen.
- Für die Prä-Follow-Up-Vergleiche ebenfalls deutliche Vorteile für Ex mit Effektstärken von 0,33 (B) bis 0,36 (Q).

5. In-vivo-Ex (IVE) versus andere Form von Ex

- 7 Studien eingeschlossen, davon 6 mit Follow-up-Daten.
- Für die Prä-Post-Vergleiche Effektstärken zwischen den Gruppen in der Größenordnung 0,37 (B) bis 0,38 (C und Q) zugunsten IVE; d.h. IVE klar überlegen.
- Für die Prä-Follow-Up-Vergleiche ebenfalls deutliche Vorteile für IVE mit einer Effektstärken von 0,20 (gleicher Wert für alle 3 Maße).

6. Ex versus Kombination Ex plus kognitive Therapie (Ex+CT)

- 5 Studien eingeschlossen, davon 3 mit Follow-up-Daten.
- Für die Prä-Post-Vergleiche Effektstärken zwischen den Gruppen in der Größenordnung 0,17 (C) bis 0,25 (B) zugunsten Ex+CT; d.h. die Kombination ist leicht überlegen.
- Für die Prä-Follow-Up-Vergleiche noch schwächere Vorteile für die Kombination mit Effektstärken von 0,14 (C) und 0,15 (B).

7. Therapien mit nur 1 Sitzung versus solche mit mehrere Sitzungen

- 7 Studien eingeschlossen, davon 4 mit Follow-up-Daten.
- Für die Prä-Post-Vergleiche nur geringfügige Vorteile für die Mehr-Sitzungs-Therapien mit Effektstärken zwischen den Gruppen zwischen 0,11 (C) und 0,23 (B), jedoch bei Q kein Unterschied (Effektstärke 0,00).
- Für die Prä-Follow-Up-Vergleiche Mehr-Sitzungs-Therapien leicht überlegen mit Effektstärken von 0,18 (C) bis 0,35 (B).

Fazit der Autoren

1. Expositionstherapien sind die Therapien der Wahl bei spezifischen Phobien.
„ (...) our findings are consistent with other qualitative reviews (...) indicating that exposure-based treatments appear to be the most potent and durable of the treatments currently subjected to empirical evaluation.“ (p. 1035)
2. Mehr-Sitzungs-Therapien erscheinen vorteilhafter als solche mit nur einer Sitzung.
3. Nicht-Expositionstherapien haben einen Effekt, der vermutlich überwiegend auf unspezifischen Wirkfaktoren beruht.

Empfohlene Literatur zu Phobien

- ➔ Davey GCL (1997). Phobias. New York, Wiley.
- ➔ Hamm A (2006). Spezifische Phobien. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen, Hogrefe.
- ➔ Hofmann N, Hofmann B (2004). Exposition bei Ängsten und Zwängen. Weinheim, Beltz PVU.
- ➔ Marks IM (1987). Fears, Phobias, and Rituals. New York, Oxford University Press.
- ➔ Öst LG (1992). Blood and injection phobia: Background and cognitive, physiological and behavioral variables. Journal of Abnormal Psychology, 101, 68-74.
- ➔ Reinecker H (1993). Phobien. Bern, Huber.

[Stand: WS 2014/15]