

# Spezifische Phobien

Vorlesungszyklus

WS 05/06

## Phobie: Definition

### Typen der Spezifischen Phobie und deren Charakteristika

- Tier-Typus (z.B. Hunde, Spinnen, Schlangen): beginnt meist im Kindesalter
- Umwelt-Typus (z.B. Höhen, Stürme, Wasser): beginnt meist im Kindesalter
- Blut-Spritzen-Verletzungs-Typus (bei Anblick von Blut oder einer Verletzung): familiär deutlich gehäuft, Ohnmachtsreaktion!
- Situativer Typus (z.B. Flugzeuge, Fahrstühle, enge, geschlossene Räume): bimodale Altersverteilung (Kindheit und Mitte der 20er Jahre)
- anderer Typus (z.B. Angst vor und phobische Vermeidung von Situationen, die zum Ersticken, Erbrechen führen könnten)

### Kriterien der Spezifischen Phobie (DSM-IV)

- A. Ausgeprägte und anhaltende Angst, die übertrieben oder unbegründet ist und die durch das Vorhandensein oder die Erwartung eines spezifischen Objekts oder einer spezifischen Situation ausgelöst wird (z. B. Fliegen, Höhen, Tiere, eine Spritze bekommen, Blut sehen)
- B. Die Konfrontation mit dem phobischen Reiz ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer situationsgebundenen oder einer situationsbegünstigten Panikattacke annehmen kann (*bei Kindern kann sich die Angst in Form von Weinen, Wutanfällen, Erstarren oder Anklammern ausdrücken*)
- C. Die Person erkennt, daß die Angst übertrieben oder unbegründet ist (**bei Kindern darf dieses Merkmal fehlen**)
- D. Die phobischen Situationen werden gemieden bzw. nur unter starker Angst oder starkem Unbehagen ertragen
- E. Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das Unbehagen in den gefürchteten Situationen schränkt deutlich die normale Lebensführung der Person, ihre berufliche (oder schulische) Leistung oder sozialen Aktivitäten oder Beziehungen ein, oder die Phobie verursacht erhebliches Leiden für die Person
- F. Bei Personen unter 18 Jahren hält die Phobie über mindestens sechs Monate an.
- G. Die Angst, Panikattacken oder das phobische Vermeidungsverhalten, die mit dem spezifischen Objekt oder der spezifischen Situation assoziiert sind, werden nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt  
*wie z.B. Zwangsstörung, PTSD oder Störung mit Trennungsangst, SOPH oder PAN mit APH oder APH ohne PAN in der Vorgeschichte*

### Epidemiologie

- Lebenszeit-Prävalenz 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%

### Beispiele für Spezifische Phobien

- Tiere ( 5,7%)
- Höhe ( 5,3%)
- Geschlossene Räume (4,2%)
- Fliegen ( 3,5%)
- Blut ( 4,5%)
- Allein sein ( 3,1%)

### Anteil der spezifischen Phobien am Spektrum der Angststörungen

#### Verlauf

- Onset abhängig vom Typus:
  - situationsbezogene Phobie in Kindheit sowie Mitte der 20er Lj. (zweigipflige Verteilung),
  - andere Typen meist in der Kindheit

#### Komorbidität

- Komorbidität: häufig mit anderen Angststörungen, v.a. Panikstörung mit Agoraphobie

#### Prädisponierende Faktoren

- Traumatische Ereignisse (z.B. von einem Tier angefallen werden);
- Häufige Warnungen überängstlicher Eltern

### Diagnostische Verfahren zur Erfassung von spezifischen Phobien

FSS III	Fear Survey Schedule (S) [Wolpe et al. 1964; dt. Schulte 1976]	76 Items, Angst vor Tieren, soziale Ängste, medizinische Maßnahmen	20 min
---------	--	--	--------

### Erklärungsansätze für Phobien

#### Psychoanalytisch:

- Angsttheorien von Freud

#### lernpsychologisch:

- 2-Faktoretheorie von Mowrer & Miller
- Modell der biologischen Vorbereitung (preparedness) nach Seligman (1970)
- Modelllernen (z.B. Studien von Mineka)
- Instruktionlernen (z.B. Warnungen der Eltern)

### Psychoanalytische Erklärung

#### Freud:

- Abwehr der Angst vor verdrängten Triebimpulsen aus dem ES
- Angst wird von der gefürchteten Triebregung auf ein Objekt o. eine Situation verschoben, die mit der Triebregung in symbolischem Zusammenhang stehen
- Diese Objekte oder Situationen werden dann zu phobischen Reizen.

### Lerntheoretische Ansätze – Erweiterung der Zwei Faktoretheorie

#### Preparedness

- Auf einige Reize werden Angstreaktionen leichter erlernt als auf andere
  - ↳ z.B. gibt es keine spezifischen Phobien auf technische Geräte, aber wohl auf Vögel, Spinnen und andere Tiere

- das lässt darauf schließen, dass diese Ängste früher funktional waren, um nicht von gefährlichen bzw. giftigen Tieren gebissen zu werden

### **Angstsensitivität**

- Da sich bei vielen Phobikern in der Vergangenheit kein traumatisches angstausslösendes Ereignis finden lässt, wird vermutet ...
  - dass hier vergleichsweise harmlose Ereignisse traumatisch verarbeitet wurden
  - dass ein Großteil der Patienten vor allem die Konsequenzen der Angst und nicht die phobische Situation an sich fürchtet

### **Kognitiv-lernpsychologische Modelle**

- Mathews et al. (1981): Attributionsmodell  
Phobie beruht auf der Überinterpretation von externen (z.B. Menschenmengen) gegenüber internen Ursachen (z.B. Überlastung)
- Beck et al. (1985): Modell kognitiver Schemata
  - sich für besonders verletzlich/empfindlich halten
  - rasch Gefahren sehen/befürchten
  - bestimmte Situationen für besonders kritisch halten (z.B. enge Räume)
  - Angstreaktionen als Zeichen körperlicher Schwäche bzw. schlechter Körperfunktion interpretieren

### **Behandlung der spezifischen Phobie**

- Desensibilisierung
- Reizüberflutung
- Modelllernen

→ Konfrontationstherapien

### **Systematische Desensibilisierung ( J. Wolpe)**

#### 3. Phasen:

- Entspannungstraining
- Erstellen von Angsthierarchie
- Eigentliche Desensibilisierung

### **Reizüberflutung / Implosionstherapie ( T. Stampfl)**

Patienten sollen durch wiederholte Konfrontation mit dem gefürchteten Objekt ihre Angst davor verlieren.

### **Modelllernen**

- Patient sieht reale o. gefilmte Modelle, die ohne Angst mit dem gefürchteten Objekt umgehen  
Therapeut ist oft Modell
- Bei teilnehmendem Modelllernen wird Patient zum Umgang mit dem Objekt ermutigt →  
Besonders bei Tierphobie

### **Medikamente**

- Sedativa
- Tranquilizer
- Anxiolytika
- Benzodiazepine (Valium)

### **Allgemeine Grundregeln zur Expositionstherapie**

- Informationsvermittlung (den Pat. stets vorher über Störungsmodell und Sinn von Konfrontationsübungen aufklären → Verständnis und Einwilligung sind Voraussetzung zur Durchführung von Expositionsbehandlungen)
- Expositionsverlaufmodell erklären
- Orientierung an den Bedürfnissen des Pat. → „Wir werden in der Exposition nichts tun, was Sie nicht wollen und vorher nicht besprochen ist!“ (Grundregel)
- Grundregel schützt vor: juristischen Fallstricken, zu hoher Erwartungsangst und Leistungsdruck, Verantwortungsabgabe des Patienten
- Bei Tierphobien: Exposition mit Modelllernen kombiniert

### **Kontraindikationen**

- Medizinische Krankheitsbilder, bei denen physiologische Erregung nicht erlaubt ist (bspw. Herzerkrankungen)
- Psychosen in der Vorgeschichte (Belastung durch Konfrontation könnte Psychose auslösen)

### **Mögliche Fehler bei der Expositionsbehandlung**

- Ausübung von Druck („Wenn Sie jetzt abbrechen, werden Sie die Angst nie los/müssen wir die Therapie abbrechen“) oder Androhung von Strafen bei Versagen sind kontraindiziert
- Zu stark angstausslösende Situationen wählen → große Angst bietet keine angemessene Lernbedingung, Expositionen sollten jeweils im mittleren Angstbereich stattfinden, damit Angst tolerierbar und kognitiv gearbeitet werden kann

### **Expositionstherapie aus Sicht des Therapeuten**

- Expositions-Expositionstherapie bedeutet für Therapeuten größere Anstrengung, da längere Zeit und möglicherweise größere (körperliche) Nähe zum Pat. als in Praxis
- Expositions-Expositionstherapie geht auch für Therapeuten mit stärkerer Gefühlsbeteiligung einher → Mitleid, Anspannung, Enttäuschung

#### Tipps:

- Eigene Gefühle nicht am Patienten auslassen (Anspannung, Ermüdung → Tagesablauf so planen, dass genügend Vorbereitungszeit vor Expo und Ruhephase nach Expo möglich ist)
- Sich in Geduld üben, auch wenn Pat. wenig nachvollziehbar zum 100. Mal dieselben Ängste und Gedanken äußert.

### **Charakteristiken und Behandlung der einzelnen Phobien**

#### **Spezifika der verschiedenen Phobien: Sonderfall Insektenphobie**

- Ist keine „normale“ Phobie, da neben Angst vorrangig Ekel eine Rolle spielt
- Ekel bleibt auch nach Exposition lange bestehen, obwohl Angst nachgelassen hat

#### Verschiedene Facetten der Insektenphobie betreffen:

- Bedrohungsseite
- Abwehrseite

## Bedrohungsseite

- Angstgefühl (Lebewesen werden als nicht fassbar und nicht kontrollierbar erlebt; den Insekten werden böse Absichten unterstellt bzw. einen bösen Willen, dem Menschen zu schaden)
- Ekelgefühl → Es wird angenommen, dass das Insekt einen berühren oder in einen hineinkriechen könnte bzw. das Insekt wird als schmutzig (Dreck; Exkrememente) wahrgenommen.
- Abwehrseite (bezieht sich auf Handeln, Wahrnehmung und Denken)
  - Handlungsbezogene Vermeidung → Angst motiviert zur Flucht, Ekel dazu, möglichst viel Abstand von dem Objekt zu halten (bspw. nicht berühren, sondern mit Staubsauger wegsaugen)
  - Wahrnehmungsbezogene Vermeidung → Räume werden immer wieder nach möglichen Insekten oder Anzeichen danach abgesucht
- Durch die Vermeidung der Konfrontation mit dem Objekt entstehen verzerrte Vorstellungen über die Objekte → das Tier wird als größer und ekliger erlebt
- Körperliche Reaktionen auf die Konfrontation mit dem Insekt entsprechen Angstreaktionen, zusätzlich Ekelgefühl
- Angst und Ekelreaktionen verhindern, dass der Betroffene Lage, Situation richtig überprüft → Generalisierung der Angstreaktion. Bspw. kann schon Jucken oder kribbeln zu Abwehrbewegungen (zusammenzucken, Schlagen) führen, ohne dass tatsächlich ein Insekt vorhanden ist
- Durch Generalisierung ständig erhöhte Alarmbereitschaft → es kann zu Einschränkung des Lebensraumes durch Vermeidungsverhalten kommen wie ...
  - z.B. nicht mehr im Sommer raus gehen,
  - auf keine Wiese setzen,
  - immer geschlossene Fenster in der Wohnung haben,
  - im Bett in Bettlaken einhüllen, damit kein Insekt über einen krabbeln kann....

## Behandlung der Insektenphobie

- Therapeut sollte eine möglichst **aktive handlungs- und erfolgsorientierte Haltung** erzeugen und diese modellhaft vorleben
- Der Pat. Sollte häufig gelobt und bestärkt werden („Sie schaffen das schon“, „Weiter so, das war sehr gut“)
- Pat. Soll bei der Exposition das Insekt zunächst wahrnehmen und auf sich wirken lassen
- Pat. **beschreibt** das Insekt **differenziert** („Beschreiben Sie genauer, woraus das Tier besteht, das vor ihnen liegt“)
- Pat. Wird dazu angeleitet, seine inneren Reaktionen auszudrücken (Global: „Wie geht es Ihnen gerade?; Spezifisch: „Was fühlen Sie innerlich genau?“, „Was spüren Sie körperlich?“, „Beschreiben Sie genau alle Ihre Symptome!“, „Was geht Ihnen durch den Kopf?“)
- Positive/ästhetische Aspekte des Insektes suchen („es gibt bei jedem Lebewesen eine andere Seite außer der ekelerregenden, bedrohlichen. Gibt es irgend etwas an diesem Insekt, das Ihnen schön erscheint – bspw. Farbe/Muster o.ä.).
- Pat. soll Verhalten und Dasein des Tieres in sinnvolle Zusammenhänge einordnen („Welchen Nutzen hat das Tier?“, Wie verhält es sich, gibt es bestimmte Muster in seinem Verhalten?)
- Pat. Soll lernen, dass er das Tier durch sein Verhalten beeinflusst (bspw. Spinne im Glas)

## **Ziele und Wirkweise der Interventionen**

- Durch Wahrnehmungsübung stellt sich Pat. Der Situation und lernt, dass er zunächst Kontrolle behalten kann
- Statt diffuser Ängste setzt sich Pat. Mit konkreter Realität auseinander, das Insekt erhält Kontur und wird fassbarer → Angstfantasien werden reduziert
- Verbaler Ausdruck von Emotionen führt zur Reduktion dieser. Durch das Benennen der Emotionen werden diese überschaubarer und erträglicher.
- Durch Entdecken positiver Aspekte wird neuer Bezug zum Insekt hergestellt → bereitet Boden für neue Verhaltensweisen
- Durch Betrachtung der biologischen Aspekte (Nutzen der Tiere, Verhaltensmuster) wird deutlich, dass diese keinen bösen Willen haben, sondern Naturgesetzen und Instinkten unterliegen
- Durch Verhaltensexperiment (Spinne im Glas) wird Selbstwirksamkeit gesteigert und Kontrolle über die Situation erlebt. Zusätzlich können neue Emotionen wie Neugier oder Mitleid auftreten und damit neue Erfahrungen mit dem Insekt implementieren.

## **Erstellen einer Angsthierarchie**

- Um mit Pat. Die Exposition in ansteigender Schwierigkeit durchführen zu können, wird mit ihm eine Angsthierarchie erstellt:

## **Vorgehen bei der Konfrontation mit lebenden Spinnen**

- Möglichst 4 Spinnen bereithalten mit unterschiedlicher Größe (0,5 bis ca. 3cm)
  - Übungen beginnen mit der kleinsten Spinne → wird von Therapeut in eine Plastikschüssel gesetzt (möglichst steile Wände und ausreichend groß)
1. Schritt : Spinne mit Glas fangen (Postkarte drunter und aufheben). Therapeut macht Übung vor. Wenn Spinne im Glas, soll Pat. sie ausführlich beschreiben (Glas nahe ans Gesicht halten)
  2. Schritt: Spinne berühren, vorher Erwartungen abfragen (zumeist „Spinne krabbelt auf mich“). Therapeut ist zunächst Modell und berührt die Spinne. Diese versucht erfahrungsgemäß wegzulaufen und ermüdet. Dann soll Pat. Spinne berühren (Therapeut kann hierzu anfangs die Hand führen)
  3. Schritt : Spinne soll über Hand des Pat. Laufen. Therap. Wieder Modell → soll dann von Therapeutenhand auf Hand des Pat. Krabbeln. Mehrfach wiederholen, bis Angst des Pat. Gesunken (wichtig hier hervorheben, dass Reaktion des Pat. Immer schneller als die der Spinne!)
  4. Schritt: Spinne auf das Bein setzen und Richtung Körper krabbeln lassen
- Alle 4 Schritte mit den anderen Spinnen in ansteigender Größe wiederholen
  - Wenn noch Zeit, mehrere Spinnen gleichzeitig oder Spinne ins Haar, auf die Wange (hier muss Therapeut aufpassen, dass Spinne nicht in Mund/Nase oder Kragen krabbelt).
- Ziel: Pat. Soll bei allen Übungen Kontrolle empfinden und erlernen, Verhalten der Spinne vorherzusagen

## **Tierphobie: Sonderfall Schlangenphobie**

- Die meisten Menschen haben Angst vor großen Schlangen
- Daher sollte die Länge der Schlange gesteigert werden → Angsthierarchie erstellen
- Pat. Sollte Tür in der Nähe haben, Therapeut sollte Schlange kontrollieren können
- Bei Unvorhergesehenen Vorkommnissen:  
Ruhe bewahren und als gutes Modell keine Nervosität zeigen (Kunst des Entkatastrophisierens)

beherrschen)

### **Bsp. Ablauf einer Schlangenphobiebehandlung**

- Therapeut hält die kleinste Schlange am anderen Ende des Raumes. Der Pat. Schildert genau das Aussehen und Verhalten der Schlange
- Der Therapeut fragt, ob er drei Schritte näher kommen kann
- Der Therapeut kommt immer näher bis auf Armlänge vom Pat. Heran
- Der Pat. Berührt die Schlange
- Der Pat. Nimmt die Schlange in die Hand
- Der Pat. Hält seine Hand vor das Maul der Schlange
- Der Pat. Nimmt die Schlange in den Schoss
- Der letzte Schritt wäre, die Schlange um den Hals zu legen

### **Charakteristika von Höhenphobikern**

- Häufig undifferenzierte Erwartungsängste bzgl. der Gefährlichkeit der Situation und nur geringe Selbstwirksamkeitserwartung
- Katastrophendenken in Form überwältigender körperl. Beschwerden oder Gedanken wie Angst zu sterben, Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden
- Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsprozesse sind auf interne unangenehme Körperzustände (Herzschlag, Schwindel, Schwächegefühl) oder externe Merkmale (Gitter vorhanden, viele Menschen) gerichtet
- Automatisierte, motorische Sicherheitshandlungen wie sich am Geländer festhalten, in der Mitte der Treppe gehen, Probeschritte machen)
- Angstschemata werden in Situationen aktiviert und führen zu Flucht bzw. später zu Vermeidungsverhalten, welches die Angst durch negative Rückkoppelungsprozesse aufrechterhält.

### **Ziele und Schritte der Exposition in vivo**

- Korrigierende Erfahrungen führen zu Neuordnung der kognitiv-emotionalen Struktur
- Aktualisierung des Angstschemas findet in der akuten Situation statt, die Fluchtreaktion wird unterbunden, um eine Habituation zu ermöglichen
- Dazu müssen folgende Schritte bei der Exposition durchgeführt werden:

### **5 Schritte der Exposition bei Höhenphobie**

#### **Schritt 1:**

Überprüfung der Elemente des Angstschemas wie „Erwartung, Katastrophendenken, Fehlinterpretation interner und externer Reize, Sicherheitshandlungen, etc.

#### **Schritt 2:**

Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsprozesse werden so umstrukturiert, dass reale Gegebenheiten wahrgenommen werden können

#### **Schritt 3:**

Motorische Sicherheitshandlungen bewusst machen und abbauen

#### **Schritt 4:**

Negative Rückkoppelung erläutern und durch neue Erfahrungen unterbinden

#### **Schritt 5:**

Betonung der positiven Aspekte zur Reintegration der neuen Erfahrungen

### **Vorgehen**

- Kleine Schritte sind erlaubt (Pat. kann bspw. auf dem Turm von Stufe zu Stufe steigen und

jeweils auf einer Stufe warten, bis sich das Erregungsniveau gesenkt hat)

### **Sonderfall: Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie:**

- Im Gegensatz zu anderen Angststörungen hier
  - nur kurzer Anstieg des Blutdrucks bei Konfrontation mit phobischem Reiz,
  - dann folgt Abfall des Blutdrucks und der Herzfrequenz → kann so stark sein, dass es zu einer Ohnmacht kommt
- Behandlung daher nicht reine Exposition, sondern „Applied Tension“ → richtet sich direkt auf physiologische Mechanismen, die zur Ohnmacht führen

### **„Applied Tension“ Technik bei Blutphobie**

- Pat. erlernt Anspannungstechnik für die große Skelettmuskulatur (Arme, Brust und Beine), um kurzfristig den Blutdruck in die Höhe zu treiben und die Ohnmachtsgefahr zu bekämpfen
- Ähnliches Vorgehen wie bei anderen Expositionstherapie: 1. Informationsvermittlung zum Modell, dann Expositionsrational erklären, Verhaltensanalyse und kognitive Vorbereitung (Abläufe, die zur Ohnmacht führen, werden erläutert)
- Anspannungstraining vermitteln: Arme, Beine, Brust werden 15-20 Sek. Angespannt, dann locker gelassen; 30 sec Pause, dann erneut Anspannen. Zyklus wird bis zu einer halben Stunde wiederholt
- Pat. soll zu Hause mind. 5x tägl. Training durchführen (ggf. Demonstration mit Blutdruckgerät, welche Auswirkung das Training auf den Blutdruck hat).
- Zusätzlich: Anhand Tagebüchern Früherkennung von Warnzeichen für Ohnmacht wie Schweißausbrüche, Übelkeit, Tunnelsehen, etc.)
- Wenn Pat. Anspannung beherrscht, wird diese kombiniert mit Konfrontation eingesetzt.
- Pat. wird mit Dias konfrontiert, die Ohnmachtsanfälle auslösen können; bei ersten Ohnmachtsanzeichen (z.B. kalter Schweiß, Ohrensausen, Übelkeitsgefühl) soll die Anspannungstechnik angewandt werden
- In weiteren Sitzungen beispielsweise in Finger stechen oder blutige Verbände angesehen werden, möglicherweise Besuch einer Blutspendeinrichtung

### **Applied Tension bei Spritzenphobie**

- Gleiches Vorgehen wie bei Blutphobie
- Auslösereize aber hier Stechen in Finger (bspw. Pikser für Diabetes Patienten), Blutabnahme und Spritzen durch Fachpersonal

### **Exkurs: Virtual Reality Konfrontationen (VRET)**

- Um Expositionen kostengünstiger und effektiv zu gestalten → Simulationen
- Pat. wird dabei virtueller Realität mit angstausslösenden Reizen konfrontiert
- Visuell, akustisch, propriozeptiv
- Angst soll entstehen und Habituation ermöglicht werden
- Alternative zu teuren in-vivo Therapien (bspw. Flugangst) oder bei zu starker Angst vor in-vivo Konfrontation
- Nachteil: teure Anschaffung der Spezialgeräte wie bspw. Sitz für Flugphobiker, der Flugbewegungen simuliert
- Effektivität: meist besser als Konfrontation in-sensu, aber etwas schlechter als in-vivo Exposition

### **Wirksamkeit von Konfrontationsbehandlungen bei SPH**

- Für die meisten spezifischen Phobien liegen kontrollierte Studien vor, die stabile Effektivität für Konfrontation in vivo belegen.
- Behandlung von Tierphobie mit Modelllernen und Konfrontation: Erfolgreiche Patienten 42% (Bandura, 1969)
- Therapie nach Öst (Längere Konfrontationssitzungen)- Erfolgsrate 71-80% (Hellström & Öst, 1996)
- Zahl der Abrecher (0%) und Verweigerer (1,9%) bei Öst (1996) sehr gering