

# Spezifische Ängste und Phobien

*Ulrike Petermann und Hans-Jörg Walter*

Die Spezifische Phobie gehört nach DSM-IV (1996) zur Gruppe der Angststörungen. Vormalig wurde die Spezifische Phobie auch Einfache Phobie genannt. Unter einer Spezifischen Phobie versteht man die Ängste einer Person, die sich auf gut abgrenzbare Objekte, Situationen oder Themen beziehen. Diese Ängste sind ausgeprägt und anhaltend, zugleich unangemessen oder unbegründet (Kriterium A nach DSM-IV, 1996). Zum Beispiel hat eine Person Angst vor bestimmten Tieren, sei es, da sie eine traumatische Erfahrung mit einem Tier machte, sei es wegen der Form oder Bewegung einer Tierart; am häufigsten bestehen Ängste vor Mäusen, Spinnen, Schlangen, Hunden, Katzen und Pferden. Andere typische Spezifische Phobien bestehen zum Beispiel in der Furcht vor dem Fliegen, vor Höhen, vor geschlossenen Räumen, vor Blut und ärztlichen Behandlungen, vor Naturereignissen, wie Sturm, oder vor Dunkelheit (vgl. Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1998; Reinecker, 1993). Prinzipiell können alle Objekte oder Situationen eine spezifische Angst auslösen (vgl. Petermann, Essau & Petermann, 2000).

Wenn eine Person mit einem für sie phobischen Reiz konfrontiert wird, dann zeigt diese Person fast immer und sofort eine Angstreaktion (Kriterium B nach DSM-IV, 1996). Zukünftig versucht diese Person, wenn sie eine phobische Situation erwartet, diese zu vermeiden. Besteht zur Vermeidung keine Möglichkeit, wird die Situation unter starker Angst ausgehalten (Kriterium D nach DSM-IV, 1996). Gerade bei der Spezifischen Phobie können die phobischen Stimuli in der Regel gut vermieden werden. Solange dieses Vermeidungsverhalten eine Person in ihrem täglichen Leben nicht beeinträchtigt oder solange sie nicht darunter leidet, besteht kein Behandlungsbedarf (Kriterium E nach DSM-IV, 1996). Führt jedoch beispielsweise eine Hundephobie bei einem Kind zur Verweigerung des Schulbesuchs und zur sozialen Isolation, dann sind die zu erwartenden Folgeprobleme für die kognitive und soziale Entwicklung des Kindes so groß, daß schnelle und effektive Hilfe notwendig ist. Weist die Angstreaktion einen hohen Ausprägungsgrad auf, dann erlebt eine Person Kontrollverlust und situationsgebundene Panikattacken mit den typischen psychophysiologischen Erregungszuständen (vgl. Borden, 1992; DSM-IV, 1996; Reinecker, 1993). Der Ausprägungsgrad der Angst hängt einmal von der Nähe

zum gefürchteten Objekt und einmal von den Fluchtmöglichkeiten ab (vgl. Petermann et al., 2000).

Erwachsene und Jugendliche schätzen ihre Angst als unbegründet und übertrieben ein. Kinder erkennen dies oftmals nicht (Kriterium C nach DSM-IV, 1996). Sie empfinden auch nicht unbedingt durch die Spezifische Angst eine Belastung. Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren müssen die Symptome mindestens sechs Monate beobachtbar gewesen sein, um die Diagnose Spezifische Phobie stellen zu können (Kriterium F nach DSM-IV, 1996). Eine Spezifische Phobie, die in der Regel Panikattacken aufweist, muß gegen Panikattacken mit und ohne Agoraphobie abgegrenzt werden; bei Kindern muß sie zudem gegenüber der Sozialen Phobie, der Störung mit Trennungsangst, gegenüber Zwangsstörungen sowie der Posttraumatischen Belastungsstörung abgeklärt werden (Kriterium G nach DSM-IV, 1996).

Spezifische Phobien werden in fünf Typen eingeteilt, nämlich den

- Tier-Typus,
- Umwelt-Typus (Angst vor Höhen, Stürmen, Wasser u. ä.),
- Blut-Spritzen-Verletzungs-Typus (Angst vor dem Anblick von Blut, Behandlungsangst besonders bei invasiven medizinischen Prozeduren),
- Situativer-Typus (Angst vor dem Benutzen von Flugzeugen, Fahrstühlen, Angst vor Höhen oder engen geschlossenen Räumen),
- Anderer Typus (hierunter fallen z. B. die Angst zu ersticken, zu erbrechen; bei Kindern die Angst vor lauten Geräuschen oder verkleideten Personen, z. B. zu Fasching).

Bei Kindern ist besonders häufig die Angst vor Tieren sowie bezüglich der natürlichen Umwelt, zum Beispiel Gewitter, verbreitet. Diese beiden Subtypen nehmen in der Regel im Kindesalter ihren Anfang und sind meistens vorübergehender Natur. Der Störungsbeginn des Situativen Typus ist zweigipfelig und liegt einmal in der Kindheit und einmal im Alter von Mitte zwanzig. Bei Kindern ist besonders zu beachten, daß sich die Angstreaktion auch in Schreien, Wutanfällen, Erstarren oder Anklammern äußern kann. Bei der Diagnosestellung sollte die „Phobische Störung des Kindesalters“ nach der ICD-10 (WHO, 1993) berücksichtigt werden. Die Klassifikationsmöglichkeit besteht nur in der ICD-10 und meint entwicklungsphasenspezifische Phobien, die typischerweise bei sehr vielen Kindern auftreten können, aber erst bei übermäßig starker Ausprägung, deutlicher sozialer Beeinträchtigung und bei über die alterstypische Phase hinausgehender Dauer kodiert wird. DSM-IV und ICD-10 sollten immer parallel geprüft werden, da es deutliche Unterschiede zwischen beiden Klassifikationssystemen bei den Angststörungen im Kindesalter gibt (vgl. Petermann et al., 2000).

Spezifische Phobien sind in der Allgemeinbevölkerung verbreitet; da sie jedoch nur in Ausnahmefällen zu hoher Beeinträchtigung und Belastung führen und, wie bei Kindern, vorübergehend sein können, wird die Diagnose berechtigterweise nicht in dem Ausmaß der Verbreitung in der Bevölkerung gestellt.

Es wird zur Zeit von Prävalenzraten von neun bis elf Prozent ausgegangen (vgl. DSM-IV, 1996; Petermann et al., 2000).

## 1 Beschreibung des Störungsbildes

Max ist ein fast 14jähriger Junge aus einer Akademikerfamilie. Er hat eine drei Jahre ältere Schwester und besucht die achte Klasse eines Gymnasiums. Die Familie wohnt in einer Großstadt; die Großeltern von Max sowie sein Onkel mit Familie leben im Stadtrandgebiet mit ländlichem Charakter. Die Eltern geben im Rahmen der Exploration an, daß Max ein „Wunschkind“ war. Schwangerschaft sowie Geburt verliefen problemlos. Die körperliche und psychische Entwicklung des Jungen ist bisher sehr positiv gewesen. Mit vier Jahren kam er in den Kindergarten, wo er sich als ein fröhliches und sozial angepaßtes Kind zeigte. Die Schulzeit durchlief Max bis heute reibungslos; allerdings hat er mit den Fremdsprachen Probleme; besonders das Behalten von Vokabeln fällt ihm schwer. Obwohl er sich Mühe gibt und lernt, hat er oft einen „Blackout“ bei Vokabeltests. Die Mutter berichtet weiter, daß Max gern zur Schule geht, und er bei den Lehrern sehr beliebt ist.

In der Familie wird Max von den Eltern als kooperativ beschrieben; im Vergleich zu seiner Schwester ist er eher lebhaft und aufgeschlossen. Mit anderen Kindern hat er immer Kontakt gehabt sowie engere Freundschaften gepflegt. Zur Zeit hat er einen festen Freund und zu zwei weiteren Jugendlichen über den Sportverein einen guten Kontakt. Die Jungen treffen sich gelegentlich zum Spielen. Die Hobbys von Max bestehen vor allem aus sportlichen Betätigungen, wie Handballspielen, Rudern und Radfahren. Darüber hinaus interessiert er sich für Computerspiele, aber auch für das Programmieren.

Im Alter von zehn Jahren wurde Max bei einem Spaziergang mit seiner Großmutter, seinem Vater und seiner Schwester unvermittelt von einem Hund in den Bauch gebissen, nachdem er sich diesem mit der Erlaubnis des Hundebesitzers genähert hatte, um ihn zu streicheln. Max mußte stationär behandelt werden; die Wunde wurde genäht; seit dieser Zeit hat Max extreme Angst vor Hunden. Diese Angst bedeutet für ihn sowohl im Alltag als auch bei familiären Kontakten eine massive Einschränkung. Die Großeltern wohnen in einer Gegend, in der viele Nachbarn Hunde besitzen, auch sein Onkel hat einen Schäferhund. Besucht die Familie den Onkel, bleibt Max oft im Auto sitzen oder fährt erst gar nicht mit. Der Onkel muß den Schäferhund in den Schuppen sperren, wenn Max kommt. Trotz mehrfacher Kontrollen von Max sowie Versicherungen des Onkels ist Max in der Wohnung seines Onkels sehr angespannt. Die Einschränkung im Alltag tangiert eine Reihe von Tätigkeiten, wie Besorgungen erledigen, den Schulweg bewältigen, zu Freunden oder zum Sport gehen. Max bewegt sich fast nur noch mit dem Fahrrad durch die Stadt; dies kommentiert er mit: „Da kann ich schnell flüchten, wenn ich einen Hund sehe!“ Er entwickelt vielfältige Strategien, wie er Hunden aus dem Weg gehen

kann. Dieses Vermeidungsverhalten erhöht den Zeitaufwand bei alltäglichen Unternehmungen oder führt sogar dazu, daß er manche Aktivitäten verweigert, sofern er diese nicht im voraus planen kann. Seit dem Hundebiß lebt Max in einer permanenten Angst, einem Hund zu begegnen.

Die Hundeangst bereitet allen Familienmitgliedern Probleme. Max ist seit diesem Vorfall oft nervös und gereizt. Viele Aktivitäten der Familie können nicht stattfinden, da Max sie verweigert. Die Eltern haben schon einige Versuche gestartet, um Max zu helfen. Eine „Konfrontationstherapie“ mit einem Hund eines Bekannten ist fehlgeschlagen. Max hat dabei am ganzen Körper gezittert und seine Angst ist noch größer geworden. Auch Beruhigungstabletten zeigten nicht den gewünschten Effekt.

Die von einem Kinder- und Jugendpsychiater vorgeschlagene Spieltherapie löste in der Familie große Hoffnung aus. In der Spieltherapie wurde jedoch niemals über das Problem von Max gesprochen. Er hatte dort Karten und im Sandkasten gespielt, gekocht oder Feuer in einem Kamin angezündet. Diese Therapie zeigte naheliegenderweise nach etwa 30 Stunden noch keinen Erfolg, so daß die Therapie abgebrochen wurde. Die Eltern befürchten nun, daß sich Max negativ entwickelt, wenn er seine Angst vor Hunden nicht überwindet. Ein Großteil seines Denkens und Handelns ist von dieser Angst bestimmt. Die angestrebte Verhaltenstherapie ist für die Eltern ein letzter Versuch; sollte auch diese Therapie scheitern, dann wissen die Eltern nicht mehr weiter.

Die Motivationslage für diese Therapie darf als ideal bezeichnet werden. Die Eltern und Max möchten die belastende Situation verbessern. Als Max nach dem Grund gefragt wird, warum er zur Therapie kommt, antwortet er: „Weil ich Angst vor Hunden habe!“. Vor dem Vorfall im Park hatte er sehr viel Kontakt zu Hunden gehabt, besonders Schäferhunde „mag ich sehr gerne, würde ich auch gerne haben, wenn ich diese Angst nicht hätte!“. Er erlebt sich regelrecht in einer Zwickmühle. Einerseits ist die Angst vor Hunden so stark, daß er alles unternimmt, um Kontakte zu vermeiden. Andererseits mag er Hunde sehr und will gerne wieder zu Hunden gehen können. Nachdem der Therapeut die Vorgehensweisen und Möglichkeiten einer Verhaltenstherapie erklärt hat, entsteht zwischen Max und dem Therapeuten schnell ein „Arbeitsbündnis“ und aus diesem eine vertrauensvolle Beziehung (vgl. Petermann, 1996a).

## 2 Differentialdiagnostik

Die Ergebnisse aus Verhaltensbeobachtungen, dem Angstfragebogen für Schüler (AFS; Wiczerkowski et al., 1981) sowie dem Persönlichkeitsfragebogen für Kinder (PFK; Seitz & Rausche, 1992) sind unauffällig. In den Skalen Prüfungsangst, Manifeste Angst, Schulunlust und Soziale Erwünschtheit des AFS erzielt Max durchschnittliche Werte. Im PFK zeigt sich eine deutliche

Selbstüberzeugung sowie ein hohes Sozialengagement und eine niedrige Unbekümmertheit und schließlich ein geringer Ehrgeiz.

Max erscheint als ein ruhiger, differenziert wahrnehmender, überlegt handelnder Junge. Von der ersten Stunde an ist er der Therapie gegenüber positiv eingestellt und kooperativ. Er kann über seine Ängste sprechen und das Therapieziel klar benennen. In gemeinsamen Gesprächen mit den Eltern während der Diagnosephase kann er ihnen gegenüber Bedürfnisse und Wünsche äußern und seine eigene Meinung kompetent durchsetzen.

Die Informationen aus Testdiagnostik, Verhaltensbeobachtung und Exploration werden im Hinblick auf die Kriterien einer Spezifischen Phobie nach dem DSM-IV geprüft; danach kommt man zu folgendem Ergebnis:

### **Kriterium A**

Max zeigt ausgeprägte und anhaltende Angst, die übertrieben ist. Diese Angst wird durch die tatsächliche oder erwartete Begegnung mit Hunden ausgelöst.

### **Kriterium B**

Die Begegnung mit Hunden erzeugt immer und unmittelbar eine Angstreaktion, die bei Max situationsgebundene Panikattacken in Form von Zittern, feuchten Händen, Frieren (Kälteschauer) und Bauchschmerzen (Übelkeit sowie Magen-Darm-Beschwerden) hervorruft. Manchmal äußert sich seine Angstreaktion auch in Gereiztheit und wütendem Verweigerungsverhalten, was ein typisches Verhalten bei Kindern darstellt.

### **Kriterium C**

Max erkennt, daß seine Angst übertrieben ist, und er möchte sie verlieren, damit er sich Hunden nähern und sie sogar streicheln kann.

### **Kriterium D**

Max vermeidet möglichst alle Hundebegegnungen; ist dies zum Beispiel beim Besuchen seines Onkels nicht möglich, dann erträgt er die phobische Situation nur unter starker Angst.

### **Kriterium E**

Die Erwartung eines phobischen Reizes sowie sein Vermeidungsverhalten behindern Max erheblich in vielen familiären und Alltagssituationen. Somit sind einerseits soziale Aktivitäten eingeschränkt, andererseits leidet Max unter der Sozialen Phobie, da er Hunde mag und zu Hunden wie zu deren Besitzern (zu seinem Onkel) gern Kontakt hätte.

### **Kriterium F**

Die Spezifische Phobie hält bei Max bereits vier Jahre an.

### **Kriterium G**

Die Spezifische Phobie von Max kann nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden. Der Biß des Hundes in den Bauch von Max stellt sicherlich situativ ein lebensbedrohliches Ereignis dar, besonders im Erleben eines zehnjährigen Kindes. Deshalb ist die Posttraumatische Belastungs-

störung differentialdiagnostisch abzugrenzen. Bei Max treten nicht die für eine Posttraumatische Belastungsstörung typischen zusätzlichen Merkmale auf, nämlich Wiedererleben des Traumas sowie ein eingeschränkter Affekt. Somit handelt es sich bei Max eindeutig um eine Spezifische Phobie.

### Typus-Bestimmung

Max hat eine Spezifische Phobie im Sinne des Tier-Typus, und zwar eine Hundephobie. Die Kodierung dieser psychischen Störung bezüglich der fünf Achsen des DSM-IV ist aus Kasten 1 ersichtlich:

#### Kasten 1:

DSM-IV-Kodierungen unter Berücksichtigung aller fünf Achsen

<b>Achse I: Klinische Störungen und Andere Klinisch Relevante Probleme</b>
300.29 Spezifische Phobie, Tier-Typus (Hundephobie; F40.2 nach ICD-10)
<b>Achse II: Persönlichkeitsstörungen</b>
<b>Geistige Behinderung</b>
V71.09 Keine Diagnose
<b>Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren</b>
Keine
<b>Achse IV: Psychosoziale und Umgebungsbedingte Probleme</b>
Keine
<b>Achse V: Globale Erfassung des Funktionsniveaus</b>
GAF=55 (zur Zeit)
Dieser Wert gibt mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten an, das heißt, Max ist in psychischen und sozialen Funktionen mäßig beeinträchtigt.

Eine alternative Diagnose könnte die „phobische Störung des Kindesalters“ aus der ICD-10 darstellen. Eine Prüfung der Kriterien zeigt, daß nur das der Dauer erfüllt ist: Bei dem jugendlichen Max besteht die Phobie vor Hunden über die alterstypische Phase hinaus. Der entscheidende Aspekt, der gegen eine phobische Störung des Kindesalters (F93.1) spricht, bezieht sich jedoch auf das kritische Lebensereignis, von einem Hund im Alter von zehn Jahren in den Bauch gebissen worden zu sein. Vor diesem Erlebnis hatte Max keine Angst vor Hunden.

### 3 Erklärungsansätze

Zur Erklärung von Phobien werden eine Reihe von theoretischen Modellen bzw. prädisponierenden Faktoren herangezogen. Sie reichen von klassischem, über operantes Konditionieren bis zu Modellernen, kognitiven Theorien und psychophysiologischen Modellen; auch genetische Einflüsse werden in Erwägung gezogen (vgl. DSM-IV, 1996; Emmelkamp et al., 1998; Petermann et al., 2000; Reinecker, 1993). Die Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer (1947) kann als klassische Angsttheorie lerntheoretischer Herkunft bezeichnet werden, die lange Jahre und entscheidend die Diskussion um die Ätiologie der Angst

beeinflusste. Sie verbindet die Vorstellungen des klassischen Konditionierens mit denen des operanten Lernens, indem sie davon ausgeht, daß die Angstreaktion klassisch konditioniert ist und das dazugehörige Vermeidungsverhalten durch operante Prozesse aufrechterhalten wird. Die Für- und Widerpositionen im Spiegel empirischer Untersuchungen stellten Petermann et al. (2000) und Reinecker (1993) zusammen.

Der Beginn einer Spezifischen Phobie wird oft im Zusammenhang mit einem traumatischen Erlebnis gesehen; als solches gilt beispielsweise: von einem Tier angegriffen und gebissen werden, in einem engen Raum eingeschlossen sein oder einen Hausbrand erleben (vgl. DSM-IV, 1996; Emmelkamp et al., 1998). Können solche traumatischen Ereignisse in der Biographie einer Person ausgemacht werden, wobei nicht zwingend eine zeitliche Nähe zwischen einem solchen Erlebnis und dem Beginn der Angstentwicklung gegeben sein muß, dann greifen in der Regel zur Erklärung klassisches und operantes Konditionieren, also die Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer. Emmelkamp et al. (1998) berichten von Studien, in denen die Hälfte und mehr der untersuchten Patienten ein traumatisches Erlebnis hatten, welches im Zusammenhang mit der Entstehung der Phobie stand. Dies bedeutet umgekehrt, daß es bis zu 50 % Patienten mit Spezifischer Phobie gibt, die jedoch kein traumatisches Ereignis erinnern. In weiteren Studien, so Emmelkamp et al. (1998), zeigte sich, daß etwa nur die Hälfte der Personen mit einem traumatischem Erlebnis mit Hunden daraufhin eine Hundephobie entwickelte. Im Lichte solcher Studienergebnisse stellt sich die Frage nach der „Anfälligkeit“ einer Person für klassische Konditionierungsvorgänge. Diese „Anfälligkeit“ könnte von dem individuellen Erregungsniveau abhängen; eine klassische Konditionierung scheint dann leichter möglich, wenn ein erhöhtes Erregungsniveau bei einer Person vorliegt (vgl. Petermann et al., 2000). Zudem scheint es bei der Entstehung von Tierphobien einen kritischen Lebensabschnitt zwischen dem achten und zehnten Lebensjahr zu geben. In diesem Alter genügt scheinbar ein geringfügiges traumatisches Erlebnis, um eine Tierphobie auszulösen. Dies könnte mit der kognitiven Entwicklung erklärt werden; im Alter von acht bis zehn Jahren treten nämlich keine kindspezifischen Ängste, zum Beispiel vor lauten Geräuschen oder vor dem Alleinsein, mehr auf; statt dessen zeigen sich die ersten „normalen Ängste“ (vgl. Emmelkamp et al., 1998; Schneider, 1994). Genetische Faktoren spielen vermutlich bei der Entwicklung Spezifischer Ängste keine Rolle; eine Ausnahme bilden Blutphobiker, bei denen eine familiäre Häufung beobachtet werden kann (DSM-IV, 1996; Emmelkamp et al., 1998; vgl. auch Petermann et al., 2000).

Entwickelt sich eine Spezifische Phobie graduell, so ist dies nicht ohne weiteres mit klassischem Konditionieren erklärbar. In diesen Fällen müssen drei Faktoren zur Erklärung in Erwägung gezogen werden: Modellernen, Instruktionen durch andere und kognitive Aspekte (vgl. Bandura, 1979; Beck & Emery, 1985). Die Beobachtung anderer kann sich darauf beziehen, daß jemand eine traumatische Situation erlebt (z. B. aus großer Höhe stürzt oder am Fenster eines brennenden Hauses um Hilfe ruft) oder daß jemand Angstreaktionen

zeigt. Letzteres dürfte bei Kindern häufiger der Fall sein, zum Beispiel reagiert die Mutter oder Oma in Gegenwart ihres Kindes bzw. Enkels mit Angst und wechselt die Straßenseite, wenn ihr ein Hund begegnet. Auch Instruktionen, zum Beispiel in Form von Warnungen der Eltern vor Hunden, aber auch Zeitungsberichte oder Fernsehreportagen über Unfälle und Unglücke, können zur graduellen Entwicklung einer Spezifischen Phobie beitragen (vgl. auch DSM-IV, 1996; Petermann et al., 2000; Reinecker, 1993). Kognitive Faktoren haben prinzipielle Bedeutung bei der Angstenstehung. Ängstliche Personen zeigen eine selektive Wahrnehmung, indem sie im Vergleich zu wenig ängstlichen Personen bevorzugt bedrohliche oder gefährliche Reize sehen und neutrale bzw. positive Reize übersehen (vgl. Beck & Emery, 1985). Der Einfluß ungünstiger kognitiver Faktoren scheint bei Spezifischen Phobien, außer bei der Hundephobie, keine große Rolle zu spielen. Bei Hundephobikern steht die Angst vor Schmerzen und Verletzung im Mittelpunkt (vgl. Emmelkamp et al., 1998).

Im vorliegenden Fall zeigen die diagnostischen Informationen, daß Max ein traumatisches Erlebnis im besagten kritischen Lebensalter von zehn Jahren hatte. Er wurde von einem Hund in den Bauch gebissen, unerwartet und schmerzlich. Max erschreckte sich. Die klassische Konditionierung seiner Hundephobie erfolgte damit. Sein Vertrauen in Hunde sowie in seine Fähigkeit, mit diesen umzugehen, ist erschüttert. Alle bisherigen Versuche, die von Eltern, Ärzten, Therapeuten und ihm selbst unternommen wurden, führten zu keiner Löschung der Hundephobie. Das Vermeidungsverhalten von Max, in Form von Umwegen machen, Besuche vermeiden, nur mit dem Fahrrad fahren, verhindert jegliche Kontakte zu Hunden und ermöglicht keine neuen, positiven Erfahrungen mit diesen. Damit geht operantes Lernen einher, und zwar wird das Vermeidungsverhalten negativ verstärkt, da durch Vermeiden die Angst verhindert oder minimiert werden kann. Auch eine spontane Remission kann nicht auftreten, da keine Konfrontation mit dem erwarteten  $C^-$ , also einer Begegnung mit einem Hund, erfolgt. Max kann somit nicht feststellen, ob noch ein traumatischer Zusammenhang besteht oder ob eine Hundebegegnung ohne Schmerzen, Schreck und Angst möglich ist.

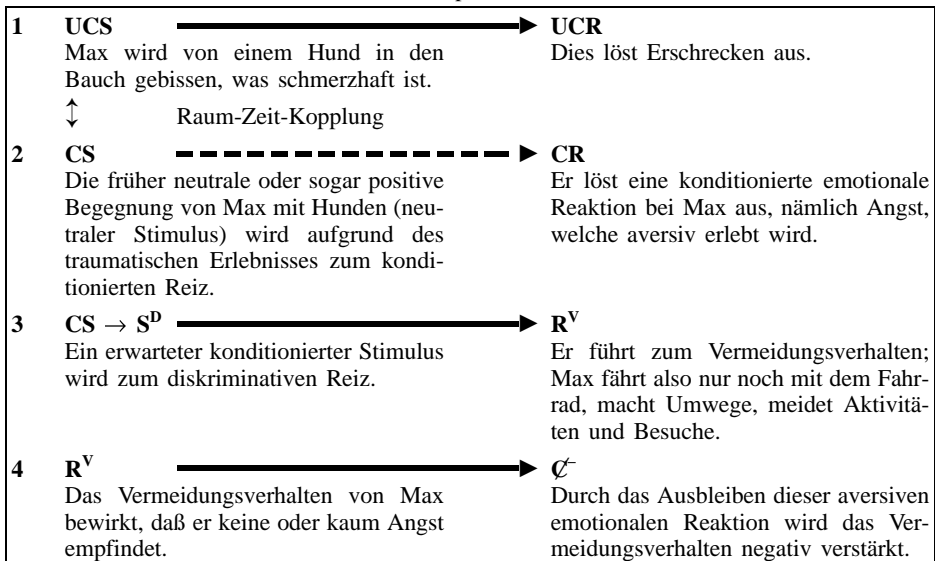
Da der Onkel von Max einen Schäferhund besitzt und Kontakt zwischen diesem sowie den Eltern von Max besteht und da die Eltern hohes Interesse daran haben, daß Max seine Hundephobie verliert, können Modellernen und Instruktionen durch andere als angstinduzierende Faktoren ausgeschlossen werden. Ebenso unwahrscheinlich sind unangemessene Kognitionen bei Max, da er unter den Folgen der Hundephobie leidet und gerne zu Hunden Kontakt aufnehmen können möchte.

Im Rahmen der Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer (1947) kann die Angstreaktion von Max klassisch konditioniert und sein Vermeidungsverhalten als operante Reaktion erklärt werden. Das traumatische Erlebnis „beißender Hund“ ist als unkontingierter Stimulus aufzufassen (UCS). Der daraus resultierende Schreck stellt die unkontingiertere Reaktion dar (UCR). Alle zukünftigen Be-

gegnungen mit Hunden (CS) werden von Max mit Angst (CR) erwartet. Somit werden alle Situationen, in denen eine Hundekonfrontation möglich ist, zum konditionierten Stimulus (CS), und diese lösen die Angst als konditionierte Reaktion (CR) aus. Erwartet Max eine phobische Situation, dann wird diese Erwartung zum diskriminativen Stimulus ( $S^D$ ) für Vermeidungsverhalten ( $R^V$ ). Durch das Vermeidungsverhalten reduziert Max seine Angst ( $\mathcal{C}^-$ ), es tritt also keine erwartete aversive Reaktion ein. Damit ist die Bedingung einer negativen Verstärkung gegeben. Die Entstehung der Spezifischen Phobie von Max wird in Kasten 2 zusammengefaßt.

### Kasten 2:

Entstehung der Hundephobie von Max in Anlehnung an das Zwei-Faktoren-Modell des klassischen und operanten Konditionierens



## 4 Interventionsprinzipien

Die Therapieziele liegen klar auf der Hand und werden auch von Max selbständig formuliert. Er möchte Situationen mit Hunden nicht aus dem Weg gehen und ihnen angstfrei begegnen können; er wünscht sich sogar, sie anfassen und streicheln zu können; er möchte, daß es ihm nichts mehr ausmacht, von Hunden beschnüffelt und an den Händen geleckt zu werden.

Um diese Therapieziele zu erreichen, soll eine Extinktion der Angst angestrebt und dadurch das Vermeidungsverhalten von Max abgebaut werden. Max soll erleben, daß der konditionierte Stimulus, nämlich eine Hundebeggnung, nicht mehr die konditionierte Reaktion, also Angst, auslöst. Dadurch lernt Max, daß der konditionierte Reiz nicht zwingend mit dem unkonditionierten gepaart ist;

das heißt, eine Hundebegegnung ist nicht zwangsweise mit schmerzhaften und erschreckenden Hundebissen verbunden.

Beim therapeutischen Vorgehen werden unterschiedliche Therapiemethoden miteinander kombiniert. **Selbstverbalisierungs-** und **Angstbewältigungstechniken** werden mit Übungen zur **Interozeption** im Rahmen der **Systematischen Desensibilisierungstechnik** verknüpft (Beck, 1999; Borden, 1992; Essau & Petermann 1994; Petermann et al., 2000; Schneider, 1999; Walter, 1993). Bei Interozeptionsübungen werden körperliche Empfindungen während der Imagination von angstauslösenden Situationen wahrgenommen; eine zuvor erlernte Entspannungstechnik sowie spezifische und positive Selbstinstruktionen sind hilfreich. Die mehrfach gestufte Konfrontation mit dem angstauslösenden Reiz, in sensu oder in vivo, im Rahmen der Systematischen Desensibilisierung zielt auf eine Habituation der Angstreaktion ab. Das bedeutet, es findet eine Gewöhnung an den angstauslösenden Reiz statt, was auf einer Abnahme der Reaktionsstärke auf diesen Reiz beruht. Der Prozeß der Habituation wird durch zeitgleich angewendete Entspannungsübungen erleichtert (vgl. Emmelkamp et al., 1998; Linden, 2000; Petermann, 1996 b). Bei Spezifischen Phobien haben sich besonders in-vivo-Expositionen als effektiv erwiesen, und gerade in diesem Kontext sind Entspannungstechniken sehr hilfreich (vgl. Schneider, 1999; Petermann, 1996 b). Kognitive Therapien hingegen scheinen bei Patienten mit Spezifischen Phobien nicht wirkungsvoll (vgl. Emmelkamp et al., 1998).

**Therapieplan.** Die Analyse über den Zusammenhang zwischen dem Vermeidungsverhalten und der Angst vor Hunden aufgrund des traumatischen Ereignisses wird Max erklärt und von ihm bestätigt. Folgender Therapieplan wird deshalb erstellt (vgl. z. B. auch Glasscock & McLean, 1990; Madonna, 1990; Secret & Bloom, 1994):

1. Analyse der Gedanken zum Problem: Begegnung mit einem Hund, Vermeidungsverhalten und Angst.
2. Erarbeiten und Einüben von Alternativen zur Problembewältigung.
3. Erstellen einer Angsthierarchie für imaginative Expositionen.
4. Hierarchisch aufgebaute Provokationen von Angstreaktionen in der Phantasie (Reizkonfrontation).
5. Wahrnehmen der aufkommenden Angst.
6. Aktives Bewältigen der aufkommenden Angst durch Einsatz von Selbstverbalisationen.
7. Verstärkung für den Einsatz konstruktiver und angstreduzierender Verhaltensweisen.
8. Erstellen einer Angsthierarchie für in-vivo-Expositionen.
9. Reizkonfrontation: Üben unter realen Angstbedingungen (hierarchisch aufgebaute Provokationen von Angstreaktionen in realen Situationen; Anwenden von Hausaufgaben).
10. Erfüllen einer noch genau zu definierenden Aufgabe (z. B.: Einen Hund ausführen oder mit einem Hund längere Zeit spielen).

**1. Sitzung.** Zunächst wird mit Max das Therapieziel klar definiert: „Ich will wieder zu jedem Hund hingehen können, ohne Angst zu haben!“ Anschließend wird der Therapieplan besprochen und ein grober Zeitplan festgelegt. Hierbei wird davon ausgegangen, daß die Therapie zwanzig Stunden umfaßt. Etwa die Hälfte der Zeit ist für Gespräche und Übungen im Therapiezimmer vorgesehen, die andere Hälfte soll in konkreten und realen Situationen stattfinden. Als Ort für die in-vivo-Übungen wird der nahegelegene Stadtpark ausgewählt, in dem viele Hundebesitzer ihre Haustiere ausführen. Max ist mit der Therapieplanung einverstanden, würde allerdings lieber schneller vorgehen. Der Therapeut erklärt ihm die Notwendigkeit der strikten Einhaltung der einzelnen Behandlungsschritte, erklärt sich aber bereit, einzelne Therapieschritte zeitlich zu verkürzen, wenn Max gute Fortschritte zeigt.

Des weiteren lernt Max Entspannungsübungen kennen, und zwar die Grundelemente des Autogenen Trainings (vgl. Petermann, 1996b). Die Entspannungswirkungen sind für die Sensibilisierung der Wahrnehmung von Körperprozessen (Interozeption) sehr hilfreich.

**2. Sitzung.** In ihr setzt sich Max mit dem Thema Hundebegegnung und dadurch ausgelöste Angst auseinander. Zunächst wird eine typische Situation erarbeitet, die Max in Form eines Rollenspiels darstellt. Folgenden Situationsablauf vermittelt Max: Er befindet sich in einem Kaufhaus. Sein Fahrrad ist vor dem Kaufhaus abgestellt. Er kauft sich ein Comic-Heft und will zu seinem Fahrrad zurückgehen. Als er das Kaufhaus verläßt, kommt ihm eine Frau mit einem freilaufenden Hund entgegen. Er verspürt Panik und läuft in das Kaufhaus zurück. – Es schließt sich eine Analyse der Kognitionen, Empfindungen und Reaktionen von Max über diese Situation an (vgl. Kasten 3).

### Kasten 3:

Analyse einer typischen angstauslösenden Situation im Alltag von Max

<b>Analyse der Kognitionen:</b>	„Ich kann nicht an Hunden vorbeigehen, da sie spüren, daß ich Angst habe.“
<b>Analyse der Körperreaktionen:</b>	„Ich empfinde Panik, meine Hände werden naß, mir wird kalt, ich bekomme Bauchschmerzen.“
<b>Analyse der Vermeidungsreaktionen:</b>	„Ich versuche zu entkommen.“

Die Sitzung wird mit einer Entspannungsübung abgeschlossen.

**3. Sitzung.** Mit Max werden verschiedene angstauslösende Alltagssituationen gesammelt und eine Angsthierarchie erstellt. Eine von den wenig angstauslösenden Situationen wird Max differenziert vorgegeben: „Es ist dunkel und Du sollst durch einen Wald laufen. Du hast davor Angst. Welche Möglichkeiten hast Du, Deine Angst zu überwinden?“ Max erarbeitet folgende Möglichkeiten, um diese Situation zu bewältigen:

- „Es kommt auf die Situation an. Wenn der Druck sehr groß ist, durch den Wald laufen zu müssen, so ist die Möglichkeit größer, daß ich es tue!“

- „Wenn ich einen Freund hätte, der mit mir geht, dann würde ich es mir eher zutrauen!“
- „Ich würde ganz schnell mit meinem Fahrrad durch den Wald fahren!“
- „Ich könnte es üben, indem ich zunächst im Hellen, dann in der Dämmerung, dann im Dunkeln durch den Wald laufe!“

Mit Hilfe dieser wenig bedrohlichen Situation aus der Angsthierarchie konnte Max die vier genannten Bewältigungsstrategien erarbeiten. Sie sollten für die weiteren Therapieschritte als Orientierung für die Bewältigung der Angst vor Hunden dienen. Dazu bestimmte Max in einem *ersten Schritt*, ob seine Angst vor Hunden immer gleich stark ausgeprägt ist, und wenn es in der Angstintensität Unterschiede gibt, von welchen Faktoren sie abhängen. Im Rahmen dieser Überlegungen findet Max folgende Einflußfaktoren, die seine Angstausprägung bestimmen:

- a) Wie ist meine eigene Verfassung?
- b) Was für ein Hund begegnet mir?
- c) Sind andere Menschen da oder ist der Hund allein?
- d) Kenne ich den Hund oder den Besitzer?
- e) Wie benimmt sich der Hund?

In einem *zweiten Schritt* werden Strategien besprochen, wie die Angst vor Hunden von Max verringert werden kann. Zunächst fällt es Max schwer sich vorzustellen, was seine Angst verringern könnte; zuerst fällt ihm nur Davonlaufen ein. Nach einer kurzen Pause äußert er: „Im übertriebenen Sinne eine Pistole oder ein Buschmesser.“ Nach längerem Überlegen kommt er zu der Meinung, daß es die beste Hilfe wäre, „keine Angst mehr vor Hunden zu haben, dann haben diese auch keinen Grund mehr anzugreifen“. Als weitere Hilfe nennt Max das Gespräch mit dem Hundebesitzer über den Hund. Er kann sich auch vorstellen, daß ein Straßenseitenwechsel ausreichend ist, wenn der Hund an der Leine geführt wird. Es bleibt für Max aber immer ein Unsicherheitsfaktor und eine „Restangst“ bestehen.

An dieser Stelle wird die inhaltliche Arbeit für diese Sitzung beendet und abschließend eine Entspannungsübung durchgeführt.

**4. Sitzung.** An der in der vorherigen Sitzung erstellten Angsthierarchie wird angeknüpft. Dazu berichtet Max, daß er in der vergangenen Woche keinen einzigen Hund gesehen hat. Lakonisch äußert er dazu: „Das war richtig langweilig.“ Er bekommt die Aufgabe, eine Angsthierarchie für folgende Fragestellungen zu erstellen:

**a) Welcher Hund begegnet mir unter welchen Bedingungen?**

- a.1 Kleine Hunde an der Leine.
- a.2 Große Hunde an der Leine.
- a.3 Kleine Hunde freilaufend.
- a.4 Große Hunde freilaufend.

**b) Wer begleitet den Hund?**

- b.1 Mein Vater.

- b.2 Gute Freunde oder Verwandte.
- b.3 Fremde.
- b.4 Der Hund ist allein.

**c) Wie ist meine persönliche Bewegungsfreiheit?**

- c.1 Ich habe absolute Ausweichmöglichkeiten.
- c.2 Ich bin mit dem Fahrrad unterwegs.
- c.3 Ich bin zu Fuß und kann nicht ausweichen.

**d) Wie ist mein momentanes Befinden?**

- d.1 Ich habe etwas Tolles erlebt und bin gut gelaunt.
- d.2 Ich habe meine Alltagslaune.
- d.3 Ich bin sehr schlecht gelaunt, weil alles schief gegangen war.

Aus der Abbildung 1 wird deutlich, daß Max seine Hundephobie differenziert und abgestuft nach verschiedenen Einflußgrößen bewerten kann; er betrachtet dies als nur „theoretisch“, denn „in Wirklichkeit laufe ich doch vor jedem Hund weg“.

In einem nächsten Schritt erfolgt eine erste Desensibilisierung in der Vorstellung nach zuvor erzeugter Entspannung. Der Therapeut bespricht mit Max, daß er nun, nachdem er sich entspannt hat, mit der einfachsten Aufgabe anfängt. Er erzählt Max eine Geschichte, bei der ihm ein kleiner Hund, der von seinem Vater an der Leine geführt wird, begegnet; er hat die größten Ausweichmöglichkeiten und ist frohgelaunt.

<b>Sehr große Angst</b>														
10				x				x				x		x
9								x						
8				x										
7													x	
6								x						
5			x											
4											x		x	
3		x					x							
2														
1										x				
0														
<b>Gar keine Angst</b>	a.1	a.2	a.3	a.4	b.1	b.2	b.3	b.4	c.1	c.2	c.3	d.1	d.2	d.3

**Abbildung 1:**  
 Angsthierarchie von Max  
 (a.1, a.2 ... = Situationen, die im vorangestellten Text genannt sind)

Max kann sich relativ schnell entspannen, verspürt aber ein leichtes Unbehagen in Form von „Bauchkribbeln“. Der Therapeut bittet Max, sich zunächst verdeckt zu instruieren, daß das Bauchkribbeln aus dem Bauch herausgehen soll, da zur Zeit kein Grund für Bauchweh besteht. Nach einiger Zeit gelingt

es Max, ohne Bauchkribbeln entspannt zu sein. Erst dann erzählt der Therapeut mit einigen örtlichen Ausschmückungen die abgesprochene Geschichte weiter.

Max kann sich die Geschichte nun bis zum Ende anhören, ohne noch einmal Angst zu verspüren oder „Bauchkribbeln“ zu bekommen. Die Sitzung wird mit einer positiven Erfahrung beendet.

**5. Sitzung.** Die Desensibilisierung in sensu im entspannten Zustand wird mit einer anderen angstauslösenden Situation fortgesetzt. Nach einem kurzen „warming-up“, welches zu Beginn einer jeden Sitzung erfolgt und darin besteht, daß über Schule, Computerspiele und Hobbys gesprochen wird, beginnt der Therapeut, die Angsthierarchie weiter abzarbeiten. Es wird eine etwas schwerere Situation gewählt, in der Max im Park einer fremden Frau begegnet, die einen großen Schäferhund an der Leine führt. Max schiebt sein Fahrrad, da sehr viele Menschen im Park spazieren gehen. Er hat heute Alltagslaune.

Max kann sich gut entspannen, er wirkt ruhig, gelassen und ausgeglichen. Die Imagination kann ausführlich durchgeführt werden; dabei läßt Max den Schäferhund sogar nah an sich vorbeilaufen. Einige Male lächelt er vor Freude über den Erfolg während der Desensibilisierungsübung; aber er ist sich dessen bewußt, daß er in Wirklichkeit einen Hund nicht so nah an sich herankommen lassen würde.

Max erhält eine Hausaufgabe, bei der er mit Hilfe eines Detektivbogens täglich beobachten soll, ob er einem Hund begegnet ist. Ein Detektivbogen ist ein Material für die Kindertherapie, welches zur Selbstbeobachtung einerseits und zur Verhaltensmodifikation andererseits eingesetzt wird (vgl. Petermann & Petermann, 1996).

**6. Sitzung.** Max ist in der letzten Woche zweimal einem Hund begegnet. Jedemal war der Abstand zum Hund so groß, daß er keine Angst verspürt hat. Er berichtet, daß er „innerlich“ große Lust empfand, den Hunden näher zu kommen; er traute sich allerdings nicht, sich ihnen zu nähern. Er äußert, daß er „jeden Hund anfassen und streicheln möchte. Das habe ich früher auch gekonnt.“

Nach dieser Einstimmung in die Therapiesitzung werden die Desensibilisierungsübungen in sensu wieder aufgenommen. Max beschließt mit dem Therapeuten gemeinsam, daß er sich in dieser Sitzung hinsichtlich der Konfrontation mit Hunden steigern will. Die im Rollenspiel zusammengestellte Geschichte hat den folgenden Inhalt: Max trifft einen Bekannten auf der Straße, der seinen Schäferhund ausführt. Er begrüßt den Bekannten und nähert sich dem Schäferhund, um ihn zu streicheln. Der Hund ist ganz ruhig, wackelt mit dem Schwanz und schaut Max erwartungsvoll an.

Nachdem sich Max gut entspannt hat, beginnt der Therapeut, die Geschichte zu imaginieren. Max kann sich in der Vorstellung dem Hund bis auf etwa eineinhalb Meter nähern, ohne Angst zu verspüren. Als der Therapeut ihn auffordert, an das Tier näher heranzutreten, verspürt Max im Magen Unbeha-

gen und im Oberschenkel ein Ziehen. Max verbleibt noch einige Zeit gedanklich in „sicherer“ Distanz zu dem Hund; schließlich kann er seine Angstgefühle überwinden, indem er sich mit Hilfe von Selbstverbalisationen Mut zuspricht und beruhigt: „Es ist ein braver Hund, und wenn ich keine Angst zeige, dann tut er mir auch nichts.“ Die Hausaufgabe für den Detektivbogen von Max am Ende der Sitzung lautet: „Wenn ich einem Hund begegne, dann bleibe ich ganz ruhig!“

**7. Sitzung.** Zu Beginn der Sitzung werden gemeinsam die Hausaufgaben überprüft. Max berichtet, daß er dem Schäferhund seines Onkels begegnet ist. Dieser befand sich hinten im Auto. Max war durch das Hundegitter geschützt gewesen; der Hund war sehr „aufgeregt“ und wollte immer an Max lecken. Das war ihm aber zuviel der Konfrontation, und er hat Angst verspürt. Andererseits hätte er den Hund gern gestreichelt und sich von ihm lecken lassen.

In der Vorstellung wird mit der Desensibilisierung unter Einbezug von Selbstverbalisationen fortgefahren. Der Therapeut und Max sprechen sich ab, daß sie die Geschichte aus der sechsten Sitzung noch einmal benutzen. Zusätzlich wählt Max den Satz „Ich habe keine Angst und will den Hund streicheln!“ für die Selbstverbalisationsübung während der Entspannungsdurchführung.

Zunächst gelingt es Max nur mäßig, sich zu entspannen. Deshalb wird das Vorgehen kurz unterbrochen, und bei einem Gespräch darüber stellt sich heraus, daß ein geplanter Ausflug nach Holland mit einer Gruppe von Jugendlichen nicht klappt, da alle Plätze besetzt sind. Darüber hat sich Max sehr geärgert, und er muß immer daran denken. Nachdem er darüber berichtet hatte, ist Max bereit, die Entspannungsübung noch einmal zu versuchen. Nun gelingt ihm die Entspannung, die Desensibilisierung mit Einbezug der Selbstverbalisation kann beginnen. Bei der Vorstellung, in unmittelbarer Nähe des Hundes zu sein, verspürt Max im Magen ein leichtes Unbehagen, worauf der Therapeut ihn bittet, mit der Selbstverbalisation anzufangen. Zusätzlich soll Max folgenden Satz denken: „Bauchzwicken, verlasse bitte meinen Bauch!“; diese Selbstinstruktion gibt er sich so lange, bis das unangenehme Gefühl verschwunden ist.

Nach einiger Zeit gelingt es Max, das unangenehme Gefühl abzubauen; der Therapeut kann mit seiner Geschichte weitermachen. Nun kann Max sich ohne Probleme vorstellen, daß er den Hund an sich heranläßt; dieser leckt mit seiner Zunge an seinen Fingern, und Max streichelt ihm über den Kopf. Max hält bei dieser Übung die Augen geschlossen, lächelt dabei und sieht entspannt aus. Nach dieser Übung ist er euphorisch, fast übermütig. Er freut sich sehr, daß er sich vorstellen konnte, einen Hund anzufassen, ohne Angst zu verspüren.

Aufgrund der erfolgreichen in-sensu-Desensibilisierungsübungen wird mit Max eine Angsthierarchie für in-vivo-Übungen zusammengestellt. Es stellt sich jedoch heraus, daß es wegen dieser guten Stimmung schwierig ist, mit Max eine Angsthierarchie für die Feldübungen aufzustellen. Er will mit den

schwierigsten Aufgaben anfangen und glaubt, daß er es schafft, zu jedem Hund gehen zu können. Der Therapeut macht ihm klar, daß ein schrittweises Vorgehen für den Therapieerfolg wichtig ist und ein Fehlschlag seine Motivation beeinträchtigen kann.

Zur Einschätzung der situativen Befindlichkeit wird eine Angstleiter von null bis zehn gewählt (vgl. Kasten 4).

**Kasten 4:**  
Angstleiter für Max

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
↑										↑
gar keine Angst					sehr große Angst					

Es werden zwei Übungen für die folgende Sitzung festgelegt, die zeitlich hintereinander durchgeführt werden sollen:

- Max geht mit dem Therapeuten in den Stadtpark und beobachtet, aus sicherem Abstand, die dortigen Hunde. Er registriert sein Angstniveau mit Hilfe der Angstleiter und teilt dieses dem Therapeuten mit.
- Max „sucht sich einen Hund aus“ und versucht, Kontakt mit ihm zu bekommen; dann streichelt er den Hund, wenn dieser sowie sein Besitzer es akzeptieren.

Als abschließende Hausaufgabe trägt Max in seinen Detektivbogen ein: „Wenn ich einem Hund begegne, dann bleibe ich ganz ruhig!“

**8. Sitzung.** Max berichtet, daß er mehrmals Hunden begegnet ist. Da es fremde Hunde waren, hatte er sie mit einer „gewissen Vorsicht“ beobachtet und sich ihnen auch nicht genähert. Max fand es allerdings „absolut toll“, daß er die „Angst von früher“ nicht mehr verspürt hatte.

Zur in-vivo-Exposition einigen sich Max und der Therapeut auf die erste Aufgabe aus der vorherigen Sitzung und begeben sich in Richtung Stadtpark. Max verhält sich äußerlich „locker“, Angst ist ihm nicht anzusehen. Er berichtet allerdings, daß er „weiche Knie“ hat und Unbehagen verspürt. Auf der Angstleiter befindet er sich zwischen vier und fünf.

An einer Parkbank angelangt, verschaffen sich Max und der Therapeut zuerst einen Überblick. Auf der nahegelegenen Wiese spielt ein schwarzer, mittelgroßer Hund mit einem Ball, welchen sein Frauchen immer wieder fortwirft. Auf der anderen Seite der Wiese geht ein älterer Herr mit einem kleinen Pudel spazieren. Max entscheidet sich, daß er an diesem Hund vorbeigehen will. Gemeinsam mit dem Therapeuten passiert er diesen. Hierbei schaut Max ständig auf den Hund und spricht ihn auch an. Dieser zieht an der Leine und will zu Max laufen. Max berichtet, daß er eher weniger Angst verspürt hat als vorher. „Etwa drei bis vier auf der Angstleiter.“

Die Frage, ob er sich unsicher gefühlt hat, verneint Max entschieden. Er will auch die zweite Aufgabe durchführen, es ist aber kein Hund mehr in Sicht. –

Als Hausaufgabe für den Detektivbogen erhält Max wieder die Selbstinstruktion: „Wenn ich einem Hund begegne, bleibe ich ganz ruhig!“

**9. Sitzung.** Max berichtet, daß er einen Pudel gestreichelt hatte. Sein Vater ist dabei gewesen. Die Pudelbesitzerin hatte Max mehrfach gesagt, daß der Hund ganz brav ist und noch nie gebissen hat. Max war sehr aufgeregt und hatte auch Angst verspürt. „Ich wollte aber diesen Pudel streicheln!“ und „Der war so niedlich!“, sind die Kommentare von Max.

Für die in-vivo-Desensibilisierungsübung wird die zweite, noch nicht durchgeführte Aufgabe aus der siebten und achten Sitzung gewählt. Max will heute einen Hund anfassen. Er geht mit dem Therapeuten über die Innenstadt zum Park. In der Innenstadt begegnen Max viele Hunde, und er kann ruhig sowie mit geringer Angst (auf der Skala 2–3) an den Hunden vorbeigehen. Im Park geht Max auf einen sehr jungen Hund zu und streichelt ihn. Der Hund ist sehr anhänglich und will immer wieder von Max gestreichelt werden. Max berichtet später, daß er keinerlei Angst verspürt hatte, nur Freude über den „süßen“ Hund. – Die Hausaufgabe aus der letzten Sitzung wird wiederholt.

**10. Sitzung.** Bei der Besprechung der Hausaufgabe erzählt Max, daß er keinem Hund begegnet war. Er hatte viel Streß in der Schule und in Englisch eine fünf geschrieben.

Um den bisherigen Therapieerfolg zu stabilisieren, wird ein Verhaltensauftrag mit Max definiert, welcher seine nächste Hausaufgabe beinhaltet: Er soll versuchen, mit dem Schäferhund seines Onkels in Kontakt zu kommen; er soll den Schäferhund so nah an sich herankommen lassen, wie er es sich zutraut. Dabei soll er sein Angstniveau registrieren und die mit ihm geübten Selbstverbalisationen durchführen. – Nach der Erarbeitung dieser Hausaufgabe schließt sich die in-vivo-Übung an. In der Stadt kann Max auf jeden Hund zugehen, ihn ansprechen; einen Hund kann er sogar streicheln.

**11. Sitzung.** Es fällt auf, daß Max ganz stolz zur Sitzung kommt. Die Auswertung der letzten Hausaufgabe erhellt den Grund: Max hat mit dem Schäferhund seines Onkels „Freundschaft geschlossen“. Drei Tage hat er dafür gebraucht.

**1. Tag:** Max geht zum Hund, hält die Hand vor seine Schnauze und streichelt sogar den Hund!

**2. Tag:** Max geht mit dem Onkel und dessen Hund auf den Feldern spazieren. Er hält es mit dem Hund zusammen im Auto aus. Den Kopf des Hundes, der auf dem Schoß von Max liegt, streichelt er.

**3. Tag:** Tagsüber spielt Max mit dem Hund alleine. Er übernachtet beim Onkel, wobei der Hund in seinem Zimmer geschlafen hat.

Bei der letzten in-vivo-Übung, dem Spaziergang durch den Stadtpark, gibt es keine Probleme mit Hunden. – Für den Detektivbogen erhält Max die Hausaufgabe, sich bei der Konfrontation mit dem ehemals phobischen Reiz selbst zu instruieren: „Wenn ich einem Hund begegne, bleibe ich ganz ruhig!“

**12. Sitzung.** Max berichtet darüber, daß er in der vergangenen Woche in der Stadt einen niedlichen, schwarzen Hund gestreichelt hatte. Da die Therapie sehr erfolgreich verlief, wird sie mit der zwölften Sitzung beendet. Dazu erscheinen auch die Eltern von Max, damit mit ihnen über den Therapieverlauf reflektiert werden kann. Die Eltern sind sehr froh darüber, daß Max seine Angst überwunden hat. „Es ist wie ein Geschenk, daß es mit Max geklappt hat. Es ist für uns alle eine große Entlastung.“ Am Wochenende war Max noch einmal mit dem Schäferhund seines Onkels unterwegs. Das familiäre Zusammenleben verläuft zur Zeit sehr gut. Max ist „lieb und sehr verträglich“. Für das Lernen in der Schule braucht Max einen gewissen Druck; allerdings soll er sein Lernpensum weitgehend alleine finden. – Es bestehen lediglich die anfangs genannten Lernprobleme. Mit der Familie wird vereinbart, daß im Laufe von drei Monaten ein Kontakt pro Monat stattfinden soll.

## 5 Resümee

Die Therapie mit Max baut stringent auf der Verhaltensanalyse auf, die in Anlehnung an das Zwei-Faktoren-Modell durchgeführt wird. Dieses Vorgehen und die Kombination verschiedener Interventionsprinzipien, aber auch die gute Therapiemotivation von Max und seinen Eltern sowie schließlich die vertrauensvolle Kind-Therapeut-Beziehung tragen vermutlich zu dem schnellen Therapieerfolg bei. Der Therapieverlauf wird nicht nur anhand subjektiver Schilderungen von Max, sondern auch mit Hilfe der Angstleiter zur Einschätzung von Befindlichkeit und Angstniveau, der Kontrolle der Hausaufgaben (Detektivbogen) sowie der direkten Verhaltensbeobachtung bestimmt. Bei den Verhaltensbeobachtungen wird genau auf Vermeidungs- und Annäherungsreaktionen in den in-vivo-Situationen geachtet.

Die drei monatlichen Kontakte mit Max nach Therapieende dienen einerseits der Stabilisierung des Therapieeffektes, andererseits zu deren Kontrolle. Dabei zeigte sich im einzelnen:

**Ein Monat nach Therapieende.** Es geht Max gut, auch in der Schule ist alles in Ordnung. Mit Hunden hat er zur Zeit wenig Kontakt. Es scheint für Max kein „diskussionswürdiges Thema“ zu sein.

**Zwei Monate nach Therapieende.** Max geht mit dem Therapeuten nach draußen. Hier treffen sie auf einen mittelgroßen Hund, der auf Max zugeht. Max zeigt keinerlei Angst oder Nervosität und spricht den Hund freundlich an.

**Drei Monate nach Therapieende.** Zu diesem Termin fühlt sich Max nicht wohl. Er hat Kopfschmerzen, Übelkeit und Bauchschmerzen. Er wird um eine Einschätzung zur Therapie befragt, worauf er äußert: „Hören wir ruhig auf!“ Beim Spaziergang durch die Stadt geht Max an einem mittelgroßen Hund

vorbei, der sich ruckartig umdreht und an Max hochspringt. Max zeigt keinerlei Angst, im Gegenteil. Er spricht ruhig mit dem Hund und streichelt ihn.

## Literatur

- Bandura, A. (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, J. S. (1999). *Praxis der Kognitiven Therapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Borden, J. W. (1992). Behavioral treatment of simple phobia. In S. M. Turner, K. S. Calhoun & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (3–12). New York: Wiley, 2. Auflage.
- DSM-IV (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Emmelkamp, P. M. G., Bouman, T. K. & Scholing, A. (1998). *Angst, Phobien und Zwang*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 2. Auflage.
- Essau, C. A. & Petermann, U. (1994). Behandlung von ängstlichen und unsicheren Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 3, 185–191.
- Glasscock, S. E. & McLean, W. E. (1990). Use of contact desensitization and shaping in the treatment of dog phobia and generalized fear of the outdoors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 169–172.
- Linden, M. (2000). Systematische Desensibilisierung. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (308–311). Berlin: Springer, 4., überarb. Auflage.
- Madonna, J. M. (1990). An integrated approach to the treatment of a specific phobia in a nine-year-old boy. *Phobia Practice and Research Journal*, 3, 95–106.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning – a reinterpretation of „conditioning“ and „problemsolving“. *Harvard Educational Review*, 17, 102–148.
- Petermann, F. (1996 a). *Psychologie des Vertrauens*. Göttingen: Hogrefe, 3. Auflage.
- Petermann, U. (1996b). *Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, U., Essau, C. A. & Petermann, F. (2000). Angststörungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie* (227–270). Göttingen: Hogrefe, 4., völlig überarbeitete Auflage.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1996). *Training mit sozial unsicheren Kindern*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 6., überarb. Auflage.
- Reinecker, H. (1993). *Phobien*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, S. (1994). Angstdiagnostik bei Kindern. *Kindheit und Entwicklung*, 3, 164–171.
- Schneider, S. (1999). Kognitive Verhaltenstherapie bei Angststörungen im Kindesalter. *Kindheit und Entwicklung*, 8, 226–233.
- Secret, M. & Bloom, M. (1994). Evaluating a self-help approach to helping a phobic child: profile analysis. Special Section: Practical applications of single-system research designs. *Research on Social Work Practice*, 4, 338–348.
- Seitz, W. & Rausche, A. (1992). *Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (PFK 9–14)*. Göttingen: Hogrefe, 3., überarb. u. erg. Auflage.
- Walter, H.-J. (1993). Verhaltenstherapie bei multiplen Kinderängsten. *Kindheit und Entwicklung*, 2, 164–171.
- WHO (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10: Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber, 2., korrigierte Auflage.
- Wieczerkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (1981). *Angstfragebogen für Schüler (AFS)*. Göttingen: Hogrefe, 6. Auflage.