

**Die spezifische Phobie und die posttraumatische
Belastungsstörung - Parallelen und Kontraste zweier
Störungsbilder**

Name: Eva Burgschwaiger, Charlotte Heinze

Abgabedatum: 29.04.19

Kurs: Seminar Persönlichkeitspsychologie SS19

Dozent: Christoph Scheffel, M.Sc.

Professur: Professur für Differentielle- und Persönlichkeitspsychologie;

TU Dresden

Gliederung

| | |
|--|-----------|
| 1. Spezifische Phobien | 2 |
| 1.1. Diagnostik | 2 |
| 1.2. Prävalenz | 3 |
| 1.3. Ätiologie | 3 |
| 1.4. Therapie | 4 |
| 2. Posttraumatische Belastungsstörung | 5 |
| 2.1. Diagnostik | 5 |
| 2.2. Symptome | 7 |
| 2.3. Prävalenz | 8 |
| 2.4. Ätiologie | 9 |
| 2.5. Therapie | 10 |
| 3. Diskussion | 11 |
| 4. Quellen | 14 |

1. Spezifische Phobien

Spezifische Phobien werden als eine Untergruppe der Angststörungen klassifiziert. Nach Definition bezeichnen sie eine „dauerhafte, unangemessene und intensive Furcht vor bzw. Vermeidung von spezifischen Objekten oder Situationen“ (Wittchen & Hoyer, 2011). Das ICD-10 listet die „Nähe von bestimmten Tieren, Höhen, Donner, Dunkelheit, Fliegen, geschlossene Räume, [...] den Anblick von Blut oder Verletzungen“ und weitere als Beispiele für die angstausslösenden Objekte oder Situationen auf.

1.1. Diagnostik

Der Übergang von „starker Angst“ zu „Phobie“ ist fließend. Wenn ein Mensch auf eine Situation oder ein Objekt mit Angst reagiert, ist das durch körperliche Reaktionen wie z.B. Herzklopfen oder Schwitzen relativ leicht zu erkennen. Auf Objekte oder Situationen mit Angst zu reagieren ist aber weder ungewöhnlich noch unbedingt ungesund. Angst kann sich in unterschiedliche Formen und in unterschiedlicher Stärke zeigen, das Kontinuum kann von einem leichten zusammenzucken bis zu einer Panikattacke verlaufen.

Um „im Unterschied zu gewöhnlicher Angst“ eine Störung zu diagnostizieren zu können, müssen deshalb laut dem DSM-V folgende Kriterien auftreten:

Spezifische Phobie - DSM-5-Kriterien

1. Ausgeprägte Furcht oder Angst vor einem **spezifischen Objekt** oder einer **spezifischen Situation**.
2. Das phobische Objekt oder die phobische Situation ruft **fast immer** eine **unmittelbare Furcht oder Angstreaktion** hervor.
3. Das phobische Objekt oder die phobische Situation wird **aktiv vermieden** bzw. nur unter starker Furcht oder Angst ertragen.
4. Die Furcht oder Angst geht **über das Ausmaß der tatsächlichen Gefahr durch das spezifische Objekt oder die spezifische Situation hinaus** und ist im soziokulturellen Kontext unverhältnismässig.
5. Die Furcht, Angst oder Vermeidung ist anhaltend, typischerweise **über 6 Monate** oder länger.
6. Die Furcht, Angst oder Vermeidung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise **Leiden** oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

7. Das Störungsbild kann nicht besser durch die Symptome einer anderen psychischen Störung erklärt werden („Spezifische Phobie DSM-5-Kriterien | 02_Basis_II_Folien_Spezifische Phobien_Soz. Phobien_Zwang“, o. J.).
-

1.2. Prävalenz

Angst oder z.B. Ängstlichkeit als Trait ist ein nicht unbekanntes Themenfeld der Psychologie. Allerdings sind die Übergänge von Angst in Phobien fließend und können die Erhebung von Daten zu dem Thema erschweren. So gaben bis zu 49,5% der Befragten in einer amerikanischen Studie an von „starken Ängsten“ belastet zu sein (National Comorbidity Survey, NCS; Curtis, Agee, Eaton & Wittchen, 1998), obwohl nur circa eine von vier Personen die Diagnose „spezifischen Phobie“ vorweisen konnte.

Allgemein schwanken die Prävalenzen also, werden aber bei rund 8 -12% der Bevölkerung angesetzt. Spezifische Phobien zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen unter Frauen. Sie sind von ihnen auch noch doppelt so häufig wie Männer betroffen sind. Der Beginn der Krankheit liegt meist im Kindesalter. Die konkreten Startzeitpunkt variieren für Klassen von unterschiedliche Objekte und Situationen.

Viele Betroffene suchen erst beim Auftreten einer Komorbidität professionelle Hilfe auf. Diese Komorbidität können weitere spezifische Phobien mit anderen Auslösern sein.

Spezifische Phobien stellen allerdings auch einen Risikofaktor für das Entwickeln weitere Störungen da (Regier et al. 1998; Starcevic & Bogojevic, 1997). Die Remissionsraten für eine einfache spezifische Phobie in Therapie sind wesentlich höher (60%) als jene für Menschen mit mehreren Ängsten (30%).

1.3. Ätiologie

Angst als menschliche Emotion ist natürlich und evolutionär sinnvoll, weil sie uns dabei helfen kann, Gefahren zu erkennen und zu vermeiden. Die Essenz einer Angststörung besagt allerdings, dass genau diese Reaktion nicht mehr natürlich und gesund, sondern fehlgeleitet und belastend ist. Der entscheidende Unterschied zwischen Störung und normaler Angst zeigt sich nicht unbedingt in der momentanen Reaktion auf den Angstreiz, sondern in dem Umgang mit dem Auslösereiz.

Es wird davon ausgegangen, dass dieser leidenschaffende Umgang zum einen durch die genetische Prädisposition und zum anderen die letztendliche Ausprägung durch Umwelteinflüsse bestimmt wird.

Über das letzte Jahrhundert sind unterschiedliche Modelle zur Erklärung von Angststörungen entstanden, die nach und nach unterschiedliche Gewichtungen von klassischer Konditionierung, des Modell- und des Instruktionslernen mit einbezogen.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell stellt die aktuellste Erklärung dar. Die Vulnerabilität steht dabei wieder für die genetische Disposition, während der Stress durch Umweltfaktoren und z.B. durch die Lerngeschichte, dem Erziehungsstil oder negative Lebensereignisse erklärt wird.

Nach der initialen Auslösung einer spezifischen Phobie wird sie vor allem durch negative Verstärkungsmechanismen, ähnlich einer operanten Konditionierung, aufrechterhalten. Die gefürchtete Situation oder das gefürchtete Objekt werden stark vermieden und wieder und wieder negativ interpretiert. Die Angst vor dem Reiz verursacht das Vermeiden des Reizes, deswegen können keine neuen, positiven Erfahrungen mit dem Reiz gemacht werden und die Angst, die durch das Vermeiden entsteht wird zur der eigentlichen Angst vor dem Objekt oder der Situation dazu addiert. Der Begriff „Teufelskreis der Angst“, der hauptsächlich bei Panikanfällen verwendet wird, kann auch hier problemlos Anwendung finden.

1.4. Therapie

Die bewährteste Methode zur Therapie von spezifischen Phobien ist eine psychotherapeutische Verhaltenstherapie. Das Ziel einer solchen Behandlung ist die dauerhafte, langfristige Gewöhnung an den Angstreiz, was häufig mit der Hilfe von Konfrontationselementen geschieht. Bestandteile einer solchen Therapie können z.B. Verhaltensanalysen oder psychoedukative Ansätze sein. Am Beliebtesten bleibt jedoch die Konfrontation.

Der/die PatientIn wird dabei in vivo mit den spezifischen angstausslösenden Reizen in Kontakt gebracht. Dieser Prozess kann in Stufen passieren. Ein Patient mit Spinnenphobie kann z.B. Stück für Stück an das Aussehen einer Spinne, dann an die physische Nähe zu ihr und letztendlich an das Spiel mit der Spinne auf der Hand gewöhnt werden.

Dabei soll der/die PatientIn auf der einen Seite der eher körperliche Angstreaktion (z.B. Transpiration oder erhöhte Herzrate) ohne Vermeidungs- oder Sicherheitsverhalten seinen Lauf lassen und dabei erfahren, dass diese Symptome vorübergehen und nicht langfristig medizinisch gefährlich sind.

Auf der anderen Seite soll es eine kognitive Neubewertung geben, die die oben erläuterten negativen Verstärkungsmechanismen ausschalten sollen. Dysfunktionale Verhaltensweisen und Annahmen können durch die Erfahrung des Stimulus ohne negative Bewertung und außerdem mit der Verhaltenstherapie umgeschrieben werden.

Die Behandlung einer spezifischen Phobie mit nur einer Angst verfolgt meist relativ schnell und zeigt schon über wenige Sitzungen Erfolg.

2. Posttraumatische Belastungsstörung

Die ersten psychologischen Beobachtungen von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) wurden nach den beiden Weltkriegen, bei Überlebenden aus Konzentrations- und Vernichtungslagern sowie später bei Opfern von sexueller Gewalt beobachtet. Aus klinischen Beobachtungen ging dabei eine wichtige Gemeinsamkeit der Betroffenen hervor: das Erleben von Extremsituationen (vgl. A. Maercker 2013: 14).

Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) wird also dann diagnostiziert, wenn die Störung an ein vergangenes Ereignis gekoppelt ist, welches einen traumatischen Stressor für die Person dargestellt hat. Die Frage, ab wann ein traumatisches Ereignis als „traumatisch“ einzustufen ist, muss jedoch klar von unserer Umgangssprache abgegrenzt werden. Das bedeutet, dass ein schweres emotionales Ereignis wie z.B. Scheidung, zwar eine traumatische Gefühlswelt hervorrufen kann, dies jedoch nicht unbedingt zur typischen Symptomatik von PTBS führen muss (vgl. Wittchen & Hoyer 2013: 201).

2.1. Diagnostik

In den internationalen „Krankheitsklassifikationssystemen“ DSM und ICD wird der Traumbegriff daher sehr eng gefasst, um klare Grenzen bei der Diagnose zu ziehen. Es wurden folgende Merkmale identifiziert, die bei der Mehrheit der Betroffenen als Risikobelastungen zu sehen sind und somit zur typischen Symptomatik einer PTBS zählen.

- *Erlebnis eines Traumat*
- *Intrusionen (unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma)*
- *Vermeidungsverhalten und allgemeiner emotionaler Taubheitszustand*
- *Anhaltendes physiologisches Hyperarousal (Übererregung)*
- *Die Symptome dauern länger als einen Monat*

(A. Maercker 2013: 14)

Erst nach Auftreten obenstehender Kriterien wird von einer „akuten Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0)“ oder einer „akuten Belastungsstörung (DSM-IV/DSM-5: 308.3)“ gesprochen (ibid.).

PTBS wird in ICD-10 als eine spezifische Form der Traumafolgestörung definiert. Weitere verwandte Störungsbilder sind:

- *Akute Belastungsreaktion ICD-10: F 43.0*
- *Anpassungsstörung ICD10: F 43.2*
- *Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ICD10: F 62.0*
(Flatten G. et al. (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt 3: 202-210).

Die WHO definiert Trauma als „ein belastendes Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Abrufdatum 16.04.19, von: <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F43.-.html?sp=SPTBS>).

Aufgrund der Heterogenität von traumatischen Ereignissen, bedarf es weiteren Klassifikationen, die sich wie folgt einteilen lassen:

- *menschlich verursachte vs. zufällige Traumata*
- *kurz-(Typ-I-) vs. langfristige (Typ-II-)Traumata*
- *medizinisch bedingte Traumata*

(A. Maercker 2015: 15)

Die folgende Tabelle veranschaulicht belastende Ereignisse, die jeweils in die oben genannten Kategorien eingeteilt sind.

| | Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig) | Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig) | Medizinisch bedingte Traumata |
|-------------------------------------|--|---|---|
| Akzidentelle Traumata | Schwere Verkehrsunfälle | Langdauernde Naturkatastrophen (z. B. Erdbeben, Überschwemmung) | Akute lebensgefährliche Erkrankungen (z. B. kardi-ale, pulmonale Notfälle) |
| | Berufsbedingte Traumata (z. B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte) | Technische Katastrophen (z. B. Giftgaskatastrophen) | Chronische lebensbedrohliche/schwerste Krankheiten (z. B. Malignome, HIV/Aids, Schizophrenie) |
| | Kurzdauernde Katastrophen (z. B. Wirbelsturm, Brand) | | Als notwendig erlebte medizinische Eingriffe (z. B. Defibrillationsbehandlung) |
| Interpersonelle Traumata (man made) | Sexuelle Übergriffe (z. B. Vergewaltigung) | Sexuelle und körperliche Gewalt/Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter | Komplizierter Behandlungsverlauf nach angenommenem Behandlungsfehler* |
| | Kriminelle bzw. körperliche Gewalt | Kriegserleben | |
| | Ziviles Gewalterleben (z. B. Banküberfall) | Geiselhaft | |
| | | Folter, politische Inhaftierung (z. B. KZ-Haft) | |

* Der Status dieser Eingruppierung ist noch Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen.

(A. Maercker 2013: 16)

Es konnte beobachtet werden, dass vor allem die interpersonellen sowie die Typ-II-Traumata stärkere belastende und chronische Auswirkungen auf die Psyche des Menschen haben, als die anderen Formen (ibid.).

2.2. Symptome

Maercker (2013) teilt die PTBS-Symptomatik in 3 Gruppen ein:

„Intrusion, Vermeidung/Betäubung und Hyperarousal“ (2013: 17). In diese 3 Symptomgruppe können die zahlreichen Einzelsymptome eingeteilt werden.

Der ICD-10 verdeutlicht diese Einzelsymptome mit folgenden Punkten:

- A) Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.*

- B) *Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung mit Hier-und-Jetzt Qualität (Flashbacks, Nachhallerinnerungen), sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen.*
- C) *Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Vermeiden bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.*
- D) *Entweder 1. oder 2.*
1. *Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.*
 2. *Anhaltende Symptome (nicht vorhanden vor der Belastung) mit 2 der folgenden Merkmale:*
 - *Ein-und Durchschlafstörungen*
 - *Reizbarkeit oder Wutausbrüche*
 - *Konzentrationsschwierigkeiten*
 - *Hypervigilanz*
 - *Erhöhte Schreckhaftigkeit*
- E) *Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf (in einigen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden).*

2.3. Prävalenz

Die Prävalenz von PTBS ist stark vom Lebensraum und von den gesellschaftlichen Bedingungen abhängig, jedoch lässt sich zusammenfassend folgendes Muster beobachten:

Nur etwa 10-20% der traumatisierten Menschen in der Gesamtpopulation entwickeln eine PTBS (Wittchen & Hoyer 2013, zitiert nach Hidalgo & Davidson 2000). Herauszuheben ist, dass sich die Prozentsätze unter den verschiedenen Traumata stark unterscheiden. Physische und vor allem sexuelle Angriffe haben Prävalenzen von 55% der traumatisierten Personen. Jedoch zeigen Verkehrsunfälle mit 8% und Naturkatastrophen mit 5%, eine deutlich niedrigere Rate (Wittchen & Hoyer 2013, zitiert nach Johnson et al. 2009). Frauen haben ein doppelt so hohes Risiko eine PTBS nach einem Trauma zu entwickeln, als Männer (Wittchen & Hoyer 2013, zitiert nach Kessler et al. 1995). Dies lässt sich u.a. durch vermehrtes Auftreten von sexueller

Kindesmisshandlung oder Vergewaltigungen an Frauen erklären (Wittchen & Hoyer 2013, zitiert nach Ehlers 2000).

2.4. Ätiologie

Maercker (2013) hat aus einer Vielzahl an Untersuchungen die folgenden drei pathogensten Traumata gelistet.

- *Vergewaltigung (enge Definition ohne sexuelle Belästigung)*
 - *Misshandlungen und sexueller Missbrauch in der Kindheit*
 - *Kriegsteilnahme (nicht nach Soldat oder Zivilist unterschieden)*
- (2013: 29).

Es gibt eine Reihe an Modellen, die die Ursachen der posttraumatischen Belastungsstörungen untersuchen. Die meisten Modelle haben die Untersuchung der Speicherung des Traumata im Gedächtnis gemein. Unter diesen Modellen möchte ich die **Emotionsverarbeitungstheorie nach Foa und Rothbaum (1998)** hervorheben, die das Furchtgedächtnis der PTBS-Symptomatik schematisch beleuchtet.

Bei der Emotionsverarbeitungstheorie verarbeitet das Furchtgedächtnis drei Arten von Informationen:

1. *Informationen über das erlebte Trauma (also den gefürchteten Stimulus)*
2. *die Reaktionen der betroffenen Person*
3. *die Bedeutung der bedrohlichen Reize und der eigenen Reaktionen.*

Bei der Verknüpfung der Informationselemente kommt es im Furchtgedächtnis zu „fehlerhaften Verbindungen zwischen Stimulus-, Reaktions- und Bedeutungselementen“ (Wittchen & Hoyer 2013: 994f, zitiert nach Foa und Rothbaum 1998). Das bedeutet, dass ein neutraler Stimulus (z.B. ein Mann mit roter Mütze) eine Angstreaktion hervorrufen kann und als „gefährlich“ gesehen wird, da damals der Täter eine rote Mütze trug. Diese Furchtstruktur wird oft weiter ausgebaut, indem zusätzliche Stimuli mit der Gefahrenbedeutung verknüpft werden. Die Struktur vergrößert sich dadurch und wird leichter abrufbar.

Die Emotionsverarbeitungstheorie bietet eine wichtige Grundlage für die verlängerte Konfrontationstherapie, eines der am stärksten untersuchten Verfahren der Traumatherapie (Wittchen & Hoyer 2013: 995).

Im folgenden Abschnitt werden die für PTBS erfolgreichsten Therapieformen wie z.B. Konfrontationstherapie mit dem Ziel der Habituation, Unterbindung des Vermeidungsverhaltens, und der Ersatz von dysfunktionalen Kognitionen mit adaptiveren Kognitionen detaillierter erläutert.

2.5. Therapie

Zur Behandlung von posttraumatischen Verhaltensstörungen stellten sich kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen als eine der gängigsten und erfolgreichsten Therapieformen heraus. Aus zahlreichen Studien geht hervor, dass „die Konfrontation mit den intrusiven Erinnerungen und traumabezogenen Reizen sowie eine Veränderung dysfunktionaler Annahmen und Bewältigungsstrategien“ ein unentbehrlicher Bestandteil in der Therapie von PTBS sein sollte (Wittchen & Hoyer 2013: 999). Ebenso ist es wichtig, Aspekte der „Beziehungsgestaltung, der Abschätzung der objektiven Sicherheit der Patienten, Symptommanagement, Wiederaufnahme von Tätigkeiten aus der Zeit vor dem Trauma und Rückfallprophylaxe“, in den Therapieplan mit aufzunehmen (ibid.).

Zusammenfassend sind folgende Bestandteile wichtig für den Verlauf der Traumatherapie:

- Problemanalyse (Traumagraphiken)
- Verlängerte Konfrontation in sensu und in vivo
- Eingeschränkte oder verlängerte Konfrontation in sensu mit kognitiver Therapie und Verhaltensexperimente
- Triggeranalyse und Diskriminationslernen (Wittchen & Hoyer 2013: 999ff).

Bei der **Problemanalyse** wird analysiert welche “negativen Interpretationen des Traumas und seiner Konsequenzen im Einzelfall dominant sind” (Wittchen & Hoyer 2013: 1000, zitiert nach Grey, Young & Holmes, 2002, Boos, 2005). Somit können die Interventionsmethoden von Fall zu Fall angepasst werden.

Die **in sensu Konfrontation** wirkt dem Vermeidungsverhalten entgegen, indem der Betroffene mit seinen/ihren internen Reizen und “alle dem Trauma assoziierten sensorischen Reaktionen und Erfahrungen” konfrontiert wird. Mit dem wiederholten Wiedererleben soll es zu einer Abschwächung der Angstreaktion kommen. Bei der **in vivo Konfrontation** hingegen soll durch das Wiedererleben von externen Reizen (z.B. Aktivitäten, bestimmte Orte) eine Verminderung der Furchtreaktion erreicht werden (Wittchen & Hoyer 2013: 1000 zitiert nach Foa & Rothbaum, 1998).

In der Verhaltenstherapie wird vor allem “die **Konfrontation in sensu** und die **Habituation** an die Angst” als Werkzeug für die Veränderung der “kognitiv-affektiven Reaktionen (z.B. Schuldgefühle)” genutzt (Ehlers, 1999; Boos, 2005).

Während der **in sensu Konfrontation** werden dem Betroffenen neue Sichtweisen gegeben um die dysfunktionalen Kognitionen mit adaptiveren Kognitionen zu ersetzen (Wittchen & Hoyer 2013: 1000 zitiert nach Ehlers & Clark, 2000).

Eine weitere wichtige Komponente bei der Behandlung von PTBS Betroffenen ist die symptomauslösenden Reize zu identifizieren (**Triggeranalyse**). Dies ist wichtig, um zwischen objektiven bedrohlichen Reizen und vom Traumagedächtnis beeinflussten Reizen, und daher vermeintlich objektiv bedrohlichen Reizen, zu unterscheiden (**Diskriminationslernen**) (Wittchen & Hoyer 2013: 1001).

3. Diskussion

Was genau ist die Verbindung zwischen der PTBS und den spezifischen Phobien? Während man die spezifischen Phobien seit jeher eindeutig den Angststörungen zuordnen konnte, gibt es unterschiedliche Aussagen über die PTBS.

Im DSM-System gab es mit der letzten Aktualisierung genau an dieser Stelle eine große Veränderung: Die PTBS ist von den Angststörungen (DSM-IV) in die Kategorie der trauma- und stressorassoziierten Störungen (DSM-V) verschoben worden (Physician, 2019). Damit verändert sich die Art und Weise, wie über PTBS nachgedacht werden kann. Eindeutige symptomatische Gemeinsamkeiten zwischen PTBS und den spezifischen Phobien gibt es vor allen auf der physiologischen Ebene. Bei beiden Störungen kommt es in Reaktion auf den Trigger (bzw. Angstreiz) zu einer erhöhten sympathiko-adrenalen Reaktion, die sich zum Beispiel in Schwitzen, Atemnot oder Herzbeschwerden bemerkbar macht. Eine weitere Ähnlichkeit ist die Vermeidung von Gedanken, Aktionen und Situationen, die an den Angstreiz oder das Trauma erinnern.

Dazu kommt allgemein eine Veränderung des Stresssystems bei beiden Störungen. Die genauen hormonellen und strukturellen Veränderungen sind von hoher Komplexität. Allgemein betrachtet führt die erhöhte Cortisolausschüttung als Reaktion auf einen extremen Angstreiz zu einer Störung der Speicherfunktion des Hippocampus und zur Überaktivierung der Amygdala. Diese Gehirnareale werden mit dem Gedächtnis und der Angstreaktion assoziiert. Dies kann somit als Erklärungsansatz für die Symptome der Intrusionen und Flashbacks bei der PTBS oder für die Veränderung des Verhaltens gegenüber einem spezifischen Objekt/Situation bei einer spezifischen Phobie gesehen werden (Stedte, S. et al. (2013)).

Trotzdem unterscheiden sich die spezifischen Phobien und die PTBS hinsichtlich einiger stressbezogenen Symptome und ihrer Ätiologie.

Traumata, die eine PTBS auslösen können, kommen immer von außen, während die Auslöser einer spezifischen Phobie eher selten durch äußere Einflüsse motiviert werden (Maerker, 2013). Zusätzlich kann man den Auslöser einer spezifischen Störung in den meisten Fällen im Alltag gut vermeiden. Die teilweise ständig präsenten Trigger in einer PTBS tragen hingegen dazu bei, dass man ständig unter Dauerstress steht und einen hohen Leidensdruck empfindet.

Bevor eine PTBS diagnostiziert werden kann, muss die Störung länger als 1 Monat bestanden haben, während bei der spezifischen Angststörung von einer anhaltenden Belastung von mindestens 6 Monaten oder länger ausgegangen werden muss.

PTBS Betroffene leiden unter dauernden Beschwerden wie z.B. langanhaltende Erinnerungen, das Wiederleben der Belastung, Schlafstörungen oder Konzentrationsstörungen. Bei der spezifischen Phobie hingegen, geht es um plötzlich auftretende Furcht- und Angstreaktionen bei Konfrontation mit dem vermiedenen, angstausslösenden Objekt oder der Situation. Das Vermeidungsverhalten gegenüber angstausslösenden bzw. dem Trauma ähnelnden Objekten und Situationen trifft aber bei beiden Störungsbildern zu.

Ein typisches Beispiel für das Vermeidungsverhalten sehen wir bei der unfallbedingten spezifischen Phobie, wo sich die Symptome der von uns betrachteten Störungsbilder überlappen und daher folgende Differentialdiagnose getroffen wird: „Insbesondere bei Verkehrsunfallopfern ist beschrieben worden, dass ohne das Vorliegen eines PTBS-Vollbildes oder einer subsyndromalen Störung gravierendes Vermeidungsverhalten auftritt, z. B. die Phobie, ein Fahrzeug zu führen oder mitzufahren (7 Kap. 28). Falls intrusive Erinnerungen sowie ein chronischer Hyperarousal fehlen, sollte deshalb die Diagnose einer spezifischen Phobie vergeben werden“ (A. Maercker 2013: 27).

Bezüglich der Entstehung einer PTBS hat der/die Betroffene ein „katastrophenartiges“ Ereignis wie z.B. Krieg oder Naturkatastrophen erlebt. Im Vergleich dazu ist bei der spezifischen Phobie die tatsächliche Gefahr des Objektes oder Situation und die dadurch entstehende Phobie im soziokulturellen Kontext unverhältnismäßig. Jedoch können beide Störungsbilder starke Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen bewirken.

Eine bewährte Therapiemethode für beide betrachtete Störungen ist die Verhaltenstherapie. Insbesondere wird die in vivo Konfrontation als sinnvolle Intervention für PTBS und die spezifische Phobie gesehen. Bei diesem Therapieansatz wird der/die Betroffene mit dem angstausslösenden, externen Stimulus konfrontiert, mit dem Ziel eine kognitive Neubewertung und letztendlich eine Verminderung der Furchtreaktion herbeizuführen. Während die

Behandlung der spezifischen Phobie oftmals schon nach wenigen Sitzungen erfolgreich sein kann, handelt es sich bei der Therapie von PTBS um eine langfristige Intervention.

All diese Argumente tragen zur Verschiebung der PTBS in die Kategorie der trauma- und stressorassoziierten Störungen (DSM-V) bzw. der Traumafolgestörungen (ICD-10) bei und zieht die Grenze zwischen PTBS und Angststörungen noch klarer.

4. Quellen

ICD-10-GM-2019 F40.01 Mit Panikstörung - ICD10. (o. J.). Abgerufen 10. April 2019, von <http://www.icd-code.de/icd/code/F40.01.html>

Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). In (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin Heidelberg: Springer

Spezifische Phobie DSM-5-Kriterien | 02_Basis_II_Folien_Spezifische Phobien_Soz. Phobien_Zwang. (o. J.). Abgerufen 10. April 2019, von <https://www.repetico.de/card-61695892>

Maercker A. (2013) Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In: Maercker A. (eds) Posttraumatische Belastungsstörungen. Springer, Berlin, Heidelberg

F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Abrufdatum 16.04.19, von: <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F43.-.html?sp=SPTBS>

Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud Ch, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Wöller W (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt 3: 202-210

Physician, A. B.-C. (30.03.2019). The Criteria for Diagnosing PTSD in DSM-5. Abgerufen 24. April 2019, von Verywell Mind website: <https://www.verywellmind.com/ptsd-in-the-dsm-5-2797324>

Delahanty et al.: „Initial urinary epinephrine and cortisol levels predict acute PTSD symptoms in child trauma victims“ (2004)

Stedte, S. et al. (2013). Hair Cortisol as a Biomarker of Traumatization in Healthy Individuals and Posttraumatic Stress Disorder Patients. *Biological Psychiatry*, 74, 639 – 646