



2. Medizinische Diagnostik

Prinzipiell vermeide ich es bei seelischen Leiden von Menschen von „Störungen“ zu sprechen, auch wenn dies vielleicht aus einer vereinfachten sprachlichen Verständigung auf medizinisch-diagnostischer Ebene sinnvoll erscheinen mag. Die bekannte Psychotraumatologin Luise Reddemann hat es in einer Radiosendung so auf den Punkt gebracht: „Wir behandeln keine Traumata, wir behandeln Menschen, Menschen, die an Traumafolgen leiden“ (*DLF, Von den toten Zonen des Selbst*, 2010).

Auch verstehe ich sog. „Störungen“ aus systemisch-(re-)konstruktivistischer Sicht als Lösungsversuche der ganzen Person (mit einem je unterschiedlichen Grad an Bewusstheit), um mit einer mehr oder weniger stark belastenden Situation fertig zu werden. Diese Lösungsversuche können ebenso produktiv wie kontraproduktiv, funktional wie dysfunktional sein. Auch das zunächst normale, weil biologisch so determinierte Reaktionsspektrum auf eine traumatische Situation stellt einen solchen Lösungsversuch des ganzheitlichen menschlichen Organismus (Körper und Leib) dar, der ab einem gewissen Punkt nur eben nicht mehr im Sinne einer Situationsbewältigung funktionieren kann und dann in die typische Dialektik traumatischer Folgereaktionen einmündet.

Ich verwende daher folgende eigene klassifikatorische Begrifflichkeiten:

1. **Akute Belastungsreaktion:** natürliches typisches physiologisch-psychologisches Reaktionsspektrum unmittelbar nach einer traumatischen Erfahrung und in den folgenden ersten 1 – 2 Tagen (entspricht der Schock-/Aufschreibephase nach Horowitz)
2. **Akute Traumafolgereaktion:** entspricht der akuten Belastungsreaktion (ICD-10) und dem Acute Stress Disorder (ASD, DSM-5), bezeichnet das typische akute physiologisch-psychologische Reaktionsspektrum, sofern es länger als 2 – 3 Tage und höchstens 4 Wochen nach einem traumatischen Ereignis andauert.
3. **Traumafolgesyndrom:** entspricht der Posttraumatischen Belastungsstörung bzw. dem Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) (ICD-10 und DSM-5), die ab dem 1. Monat nach dem Ereignis diagnostiziert wird (die Unterscheidung zwischen akuter PTBS [1. – 3. Monat] und chronischer PTBS [ab 4. Monat] findet sich nur im DSM-IV, nicht im ICD-10 und nicht mehr im DSM-5, daher wird auch in meiner Klassifikatorik dieser Unterschied nicht vorgenommen; ich möchte dennoch festhalten, dass die Verläufe eines Traumafolgesyndroms höchst individuell und unterschiedlich sein können mit einer je besonderen Phänomenologie, Komorbiditäten und einer spezifischen Chronifizierungsausprägung und einem spezifischen zeitlichen Verlauf [s. 4.]).
4. **Komplexes Traumafolgesyndrom:** entspricht der von Judith Herman und Bessel van der Kolk vorgeschlagenen „Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung“ bzw. dem „Disorder of Extreme Stress not Otherwise Specified (DESNOS)“ (DSM-IV, Anhang; ICD-10: Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, F62.0); diese Diagnosekategorie trägt der Tatsache Rechnung, dass insbesondere bei (langandauernden) Schwerst- und Mehrfachtraumatisierungen sehr viel komplexere, kompliziertere und stärker chronifizierte Traumafolgen entstehen können.



Auf der Basis von ICD 10, DSM-5 und einer Kriterienliste des Psychotraumatologen Andreas Maercker (Posttraumatische Belastungsstörung, S. 14) kann man die beiden folgenden diagnostischen Kriterienlisten formulieren, je nachdem ob eine Akute Traumafolgereaktion oder ein Traumafolgesyndrom vorliegt:

Akute Traumafolgereaktion (ICD 10: Akute Belastungsreaktion, DSM-5: Acute Stress Disorder)

1. Erlebnis eines Traumas („Traumakriterium“ [Maercker], Def. ICD-10, A-Krit. DSM-5)
2. Intrusionen
3. Vermeidungsverhalten
4. Allgemeiner emotionaler Taubheitszustand und negative Affektivität (*negative mood*)
5. Dissoziative Symptome
6. Anhaltendes physiologisches Hyperarousal (Übererregung)
7. Die Symptome bestehen zwischen 2 – 3 Tagen und längstens einem Monat nach dem traumatisierenden Ereignis fort
8. Klinisch signifikante Behinderungen in der (sozialen, beruflichen etc.) Funktionalität

Traumafolgesyndrom (ICD 10: Posttraumatische Belastungsstörung, DSM-5: Posttraumatic Stress Disorder)

1. Erlebnis eines Traumas („Traumakriterium“ [Maercker], Def. ICD-10, A-Krit. DSM-5)
2. Intrusionen
3. Vermeidungsverhalten
4. Allgemeiner emotionaler Taubheitszustand und negative Affektivität (*negative alterations in cognitions and mood*)
5. Anhaltendes physiologisches Hyperarousal (Übererregung)
6. Die Symptome bestehen länger als ein Monat nach dem traumatisierenden Ereignis
7. Klinisch signifikante Behinderungen in der (sozialen, beruflichen etc.) Funktionalität
8. Dissoziative Symptome.



Der Vollständigkeit halber seien noch die drei „zentrale[n] Symptomkomplexe“ bei einem – in meiner Terminologie – **Komplexen Traumafolgesyndrom** nach Hofmann (EMDR, S. 175) angeführt:

1. „Beziehungsprobleme mit sich selbst und mit anderen“
2. „Störungen der Affekte und der Affektregulation“
3. „Probleme mit den Fragmenten traumatischer Erinnerungen (und ihrer Abwehr)“

Literatur

Hofmann, Arne (Hrsg.): *EMDR. Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*, Stuttgart – New York ⁵2014

Horowitz, Mardi J.: *Stress Response Syndroms*, New York ¹1976

Maercker, Andreas (Hrsg.): *Posttraumatische Belastungsstörung*, Heidelberg ⁴2013

Van der Kolk, Bessel: *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*, Lichtenau 6. Auflage 2019