



## 2. Medizinische Diagnostik und Aspekte dissoziativen Erlebens

### 2.1. Mein Verständnis von seelischen Erkrankungen

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.

### 2.2 Eine eigene klassifikatorische Begrifflichkeit

Ich habe bisher die folgende eigene klassifikatorische Begrifflichkeiten in Anlehnung an ICD-10 und DSM-5 verwendet. Sie vermeiden zum einen den „Störungsbegriff“, zum anderen differenzieren sie zwischen normalen akuten Reaktionen nach einer potenziell traumatisierenden Erfahrung und längerfristigen posttraumatischen Belastungen. Darüber hinaus tragen sie der Tatsache Rechnung, dass es so etwas wie komplexe Traumatisierungen gibt, die noch schwerere und weiter reichende Folgen für einen Menschen haben können und die deshalb von einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu differenzieren sind.

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.

### 2.3. Diagnostische Kriterienlisten

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 (s. u. 2.5).



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)“

## 2.4 Die neue Klassifikation nach ICD-11

In der neuen ICD-11 sind die traumabedingten Folgephänomene und -erkrankungen neu gefasst. Die wichtigsten Unterschiede zum noch geltenden ICD-10 sind (zitiert nach Kirscht, 2021, S. 40):

1. Es gibt im ICD-11 eine eigene Kategorie von „Disorders specifically associated with stress“, nicht mehr wie bisher ein Gesamtkapitel, in dem u.a. auch Phobien und Ängste zu finden sind. Diese haben ebenfalls ein eigenes Unterkapitel. Dies ist auch die Grundlage für das in diesem Buch vorgestellte *Stress-Informationssystem-Modell von Trauma*.
2. Die „Acute stress reaction“ findet sich nicht mehr in dem Kapitel der psychischen Erkrankungen („Störungen“), sondern in Kapitel 24, „Factors influencing health status or contact with health services“, QE84. Sie wird als eine normale Reaktion eingestuft, die in der Regel innerhalb weniger Tage nach dem traumatischen Ereignis abklingt. Tut sie dies nicht und führt sie zu bleibenden Einschränkungen, die eine traumafolgenspezifische Behandlung angezeigt sein lassen, so hat man jetzt die Möglichkeit, quasi eine „akute PTBS“ zu diagnostizieren (s. 3.).
3. Das „Post traumatic stress disorder“ findet sich wie bisher bei den psychischen Erkrankungen („Störungen“) in Kapitel 06 („Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders“), 6B40. Wie auch bei der *Acute stress reaction* ist der Diagnostext insgesamt kürzer und prägnanter. Er fokussiert auf die drei Hauptsymptome (s.u.), die alle drei vorhanden sein müssen. Das Zeitkriterium verlangt deren Vorhandensein für mehrere Wochen und verursacht signifikante Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen. Man kann also eine PTBS schon sehr früh diagnostizieren und entsprechende Behandlungsmaßnahmen einleiten.
4. Neu im ICD-11 ist die Diagnose „Complex post traumatic stress disorder“ (6B41). Diese Diagnose trägt der Tatsache Rechnung, dass bei frühen und/oder langandauernden Schwerst- und Mehrfachtraumatisierungen zu den drei obengenannten Symptomgruppen (ggf. in komplexerer und stärker chronifizierter Ausprägung) noch die folgenden Symptombereiche hinzukommen: „anhaltende und tiefgreifende Beeinträchtigungen in der Affektregulation, persistierende Überzeugungen vom eigenen Selbst als minderwertig, unterlegen oder wertlos und persistierende Schwierigkeiten, Beziehungen aufrecht zu erhalten“ und eine hohe Dissoziationsneigung (im ICD-11 findet sich eine eigene Kategorie „Dissociative disorders“).



## 2.5 Aspekte dissoziativen Erlebens

Jegodtka und Luitjens (2016, S. 92-93) haben eine Liste zusammengestellt mit „wesentlichen Aspekten des dissoziativen Erlebens“, die ich im Folgenden wörtlich zitiere:

- Verlust des Raum- und Zeitgefühls;
- Lernen ist in dissoziiertem Zustand nicht möglich;
- fragmentierte Informationsverarbeitung;
- »Null-Reaktion« auf die Umwelt, Reize dringen nicht durch;
- Bewegungslosigkeit, keine Gestik;
- die Schmerzwahrnehmung ist deutlich reduziert;
- Verlust des Körpergefühls, starre, oft ausdruckslose Mimik;
- kein Blickkontakt, leerer Blick;
- innere Leere, emotionale Taubheit, keine Energie spürbar;
- automatisierte Handlungsmuster;
- ungeplantes Verhalten, Intrusionen, Bilder;
- Depersonalisationserleben;
- kein Grounding;
- keine Erinnerung.

---

## Literatur

Hofmann, Arne (Hrsg.): *EMDR. Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*, Stuttgart – New York <sup>5</sup>2014

Horowitz, Mardi J.: *Stress Response Syndroms*, New York <sup>1</sup>1976

Jegodtka, Renate/Luitjens, Peter: *Systemische Traumapädagogik*, Göttingen 2016

Kirscht, Ralph: *Wandlungs-Räume - Praxishandbuch traumasensible Seelsorge*, Stuttgart 2021

Maercker, Andreas (Hrsg.): *Posttraumatische Belastungsstörung*, Heidelberg <sup>4</sup>2013

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