

Auszug aus: Ralph Kirscht, Wandlungs-Räume. Praxishandbuch traumasensible Seelsorge, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2021, S. 39-41



2.2 Diagnostik psychischer Traumatisierungen: ICD-10 und ICD-11 ergänzt mit DSM-5

Da der Zeitpunkt der Einführung der im Mai 2019 von der 72. Sitzung der WHA (World Health Assembly) verabschiedeten neuen ICD-11 (International Classification of Diseases) in Deutschland noch nicht feststeht (international soll sie am 01. Januar 2022 in Kraft treten inkl. einer folgenden fünfjährigen Übergangszeit), verwende ich für die medizinische Diagnostik die in Deutschland aktuell noch geltende ICD-10¹, ergänzt durch hilfreiche Inhalte aus dem DSM-5². Die traumaspezifischen Neuerungen oder Veränderungen in den diagnostischen Klassifikationen der ICD-11 gegenüber der ICD-10 sind signifikant und sollen deshalb nicht unerwähnt bleiben.³ Wer das in diesem Kapitel Dargestellte vertiefen möchte, sei auf die beiden aktuellen Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung akuter und posttraumatischer Traumafolgesyndrome der AWMF verwiesen (s. Literaturverzeichnis).

Im ICD-10 sind die Traumafolgesyndrome in dem Kapitel F40 – 48 „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ eingeordnet, wo sich außerdem u.a. die Phobischen, die Angst- und die Zwangsstörungen finden. Das Unterkapitel F43 trägt die Überschrift „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“. Zu einer Traumatisierung (s.o.) kann es nur durch ein Trauma kommen, d.h. mindestens ein ursächliches äußeres Ereignis, das gemäß ICD-10 als „ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis“ oder als „eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“, definiert wird⁴. Das DSM-5 spricht von „Exposure to actual or threatened death, serious injury, or sexual violation“ (DSM-5 308.3/309.81). Maercker folgend nenne ich dies das „objektive Traumakriterium“.⁵

Im ICD-11 finden sich gleich mehrere Neuerungen bzw. Veränderungen:

¹ Die ICD-10 ist zu finden unter: <https://www.icd-code.de/icd/code/ICD-10-GM.html> (aufgerufen am: 18.04.2020).

² APA (2013): DSM-5.

³ Die ICD-11 ist zu finden unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/> (aufgerufen am: 18.04.2020) und liegt z.Zt. nur in einer englischen Fassung vor.

⁴ <https://www.icd-code.de/icd/code/F43-.html> (aufgerufen am: 18.04.2020). Es ist auch die Rede von „außergewöhnliche physische oder psychische Belastung“ (F43.0).

⁵ MAERCKER (2013): *Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie*, in: MAERCKER (Hrsg.): *Posttraumatische Belastungsstörungen*, 13–34, 14.

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.).¹

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 Diagnosetext 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

¹ WULFES et al. (2021): *Psychosoziale Notfallversorgung*, 25.

² MAERCKER (2013): *Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie*, in: MAERCKER (Hrsg.): *Posttraumatische Belastungsstörungen*, 13–34, 21–25. Für chronisch traumatisierte Kinder hat van der Kolk eine eigene Diagnose vorgeschlagen, die „Entwicklungsstrauma-Störung“. Vereinfacht kann man sagen, dass es sich um eine Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung handelt, bei der zusätzlich noch die gesamte (Weiter-)Entwicklung des schwer(st) traumatisierten Kindes unter dem Vorzeichen der Traumatisierung steht. Ausführlich hierzu VAN DER KOLK (2009): *Entwicklungsstrauma-Störung*. Auch SACK (2010): *Schonende Traumatherapie*, 13–16, schlägt eine „erweiterte Traumadefinition“ vor, bei der die „verschiedenen Formen von körperlicher oder seelischer Vernachlässigung und

5. Neu ist ebenfalls die „Prolonged grief disorder“. Einerseits ermöglicht diese Diagnose eine kassenfinanzierte Psychotherapie, andererseits ist eine Unterscheidung zwischen „normaler“ und „pathologischer“ Trauer nicht eindeutig zu treffen und u.a. deshalb ist diese neue diagnostische Kategorie nicht unumstritten.¹

¹ ONNASCH (2021): *Trauer und Freude*, 142–144.